



BESCHWERDE- UND INFORMATIONSTELLE
PSYCHIATRIE IN BERLIN

Handbuch für Patientenfürsprecher/innen

**in den psychiatrischen Kliniken
und psychiatrischen Stationen
der Allgemeinkrankenhäuser in Berlin**

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	2
1. Formale Grundlagen für das Amt als Patientenfürsprecher/in	3
2. Allgemeine Patientenrechte	6
3. Kurzübersicht: Häufige psychiatrische Diagnosen.....	8
3.1 Schizophrene Störungen	8
3.2 Affektive Störungen – Depression	9
3.3 Bipolare affektive Störungen.....	10
3.4 Angststörungen.....	10
3.5 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	11
3.6 Persönlichkeitsstörungen.....	12
3.7 Störungen durch psychotrope Substanzen/Sucht.....	12
4. Idealtypischer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik	14
4.1 Aufnahme.....	14
4.1.1 Geplante Aufnahme.....	14
4.1.1.1 Administrative Aufnahme	14
4.1.1.2 Aufnahme auf Station.....	15
4.1.2 Akutaufnahme	15
4.1.2.1 Öffentlich-rechtliche Unterbringung nach PsychischKranken-Gesetz	16
4.1.2.2 Zivilrechtliche Unterbringung nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch.....	17
4.2 Zuständigkeiten und Routinen des medizinischen Personals	18
4.3 Umgang mit dem sozialen Umfeld und dem ambulanten System	19
4.3.1 Aufgaben des Sozialdienstes	19
4.3.2 Kontakt mit Angehörigen und Freund/innen	20
4.4 Hausordnung und allgemeine Verhaltensregeln	20
4.5 Zwangsbehandlung und Zwangsmaßnahmen	23
4.5.1 Zwangsbehandlung nach Bundesrecht	23
4.5.2 Zwangsbehandlung nach dem PsychKG.....	23
4.5.3 Fixierung: Vorgehensweise und Dokumentation	24
4.6 Entlassung: Standards und Ablauf.....	25
4.7 Übergang ins ambulante Hilfesystem.....	26
5. Beschwerdethemen und -wege in psychiatrischen Kliniken	28
5.1 Interne Beschwerdewege	28
5.2 Externe Beschwerdewege	29
5.3 Vorgehen bei bestimmten Beschwerdethemen	31
5.3.1 Medizinische Behandlung	31
5.3.2 Zwangsunterbringung.....	32
5.3.3 Überbelegung	33
5.3.4 Entlassungssituation.....	34
5.3.5 Beschwerden von Angehörigen.....	34
6. Aufgaben und Ziele der Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin	35
Anhang: Anforderungsprofil Patientenfürsprecher/innen.....	36

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Patientenfürsprecher/innen,

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 steht den Patient/innen und ihren Angehörigen ein/e direkte/r und unabhängige/r Ansprechpartner/in vor Ort für ihre Anliegen, Probleme und Beschwerden zur Verfügung. Gerade da im psychiatrischen Bereich zum Teil therapeutische oder medizinische Interventionen ohne oder gegen den Willen der Patient/innen durchgeführt werden und zugleich die Patient/innen in psychischen Krisen häufig vermehrten Unterstützungsbedarf haben, ist Ihr Amt von besonderer Bedeutung.

Im Bezirk, der Sie demokratisch gewählt hat, haben Sie einen wichtigen Kooperationspartner, und 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/r Patientenfürsprecher/in 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 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, das wir in den letzten Monaten erarbeitet haben, 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.

Freundlicherweise durften wir einige Textabschnitte dieses Handbuchs von anderen Einrichtungen übernehmen. Unser Dank gilt hier insbesondere Verena Koch (Qualitätsmanagement St. Joseph-Krankenhaus Weißensee), unter deren Mitarbeit das Kapitel „Darstellung des idealtypischen Ablaufs in einer psychiatrischen Klinik“ entstanden ist. Weiterhin möchten wir uns für die Unterstützung bei der Erstellung des Handbuchs bei Prof. Dr. Erdmann Fähndrich, Rechtsanwalt Alexander Paetow und Roswitha Schröter (Qualitätsmanagerin Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum) sowie Kyra Jellinek, Björn Trenker und Katrin Döring 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.

Stefan Weigand und Petra Rossmannith für das BIP-Team

1. Formale Grundlagen für das Amt als Patientenfürsprecher/in

Die rechtlichen Grundlagen der Arbeit der psychiatrischen Patientenfürsprecher/innen – im Weiteren Fürsprecher/innen genannt – sind im Landeskrankenhausgesetz (§ 30 LKG) sowie im Gesetz für psychisch Kranke (§ 40 PsychKG) festgehalten. Den Wortlaut der beiden entsprechenden Paragraphen finden Sie im Folgenden.

Landeskrankenhausgesetz (LKG) Berlin § 30 Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher

in Kraft seit 01.10.2011

(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) **§ 40 Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher**

in Kraft ab: 01.10.2011

Patientenfürsprecherinnen oder -fürsprecher in psychiatrischen Krankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen eines Krankenhauses werden nach § 30 des Landeskrankenhausgesetzes 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 Fürsprecher/innen durch die Bezirksverordnetenversammlungen gewählt. Das Bezirksamt ist daher ein wichtiger Ansprechpartner für Sie. In einer berlinweiten Arbeitsgruppe der Bezirke unter Beteiligung der Berliner Patientenbeauftragten wurden Standards für die Zusammenarbeit zwischen Bezirk und Fürsprecher/innen 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 sicher zu stellen ist:

- Unterstützung der Fürsprecher/innen bei der Wahrnehmung der Aufgaben und Benennung von Ansprechpartner/innen
- regelmäßige Treffen zum Informationsaustausch, Rückkopplung an die zuständigen Gremien
- Öffentlichkeitsarbeit, z.B. in Form von Hinweisen auf den Internetseiten des Bezirksamtes sowie Beiträge in Regionalzeitungen
- Zahlung der Aufwandsentschädigung nach Anzahl der Betten der Einrichtung

Die Bezirke erwarten von Ihnen als Fürsprecher/innen:

- Rückmeldung an den Bezirk sowie Teilnahme an regelmäßigen Treffen des Bezirkes, darüber hinaus sofortige Information bei schwerwiegenden Vorkommnissen, sowie die Abfassung eines Jahresberichtes
- Fortbildung, Vernetzung und Austausch, u.a. die aktive Mitarbeit im AK Patientenfürsprecher/innen von Gesundheit Berlin-Brandenburg und die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen (z.B. bei der BIP)
- Kontaktaufnahme, Austausch und ggf. Vermittlung zu den Organisationen der Betroffenen (BOP&P - Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener e.V.¹ etc.) und Angehörigen (ApK - Angehörige psychisch Kranker Landesverband Berlin e.V.²)

In den Kliniken, für welche Sie gewählt sind, sollen Sie als Ansprechpartner/in bei Problemen, Hinweisen und Beschwerden der Patient/innen und ihrer Angehörigen fungieren. Dazu sollen Sie Ihre Erreichbarkeit gewährleisten – sowohl in Form von regelmäßigen, mindestens wöchentlichen, Sprechstunden als auch per Telefon/Anrufbeantworter oder E-Mail. Dies ist besonders wichtig, um

¹ BOP&P e.V., Belziger Str. 1, 10823 Berlin / E-Mail: boppev@web.de

² ApK e.V., Mannheimer Str. 32, 10713 Berlin / E-Mail: info@apk-berlin.de

für Patient/innen im Anschluss an ihren Aufenthalt oder für Angehörige erreichbar zu sein. Sie sollen die Beschwerden und Anliegen von Patient/innen 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 Mitarbeiter/innen der Klinik verstehen. Die Anliegen und Beschwerden sollen unter Berücksichtigung des Datenschutzes und der Schweigepflicht bearbeitet werden. Es soll stets eine Rückmeldung an die Beschwerdeführer/innen 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 heran treten.

Formal sollen Sie als psychiatrische Patientenfürsprecher/innen zudem bei der Eingliederung der Patient/innen im Anschluss an deren Entlassung und sowie bei der Aufklärung der Öffentlichkeit über psychische Erkrankungen mitwirken. In der Praxis lässt sich dieser berechnete, jedoch sehr hohe Anspruch mit dem Ehrenamt als Fürsprecher/in meist nur schwierig verbinden.

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

- Einrichtung und Ausstattung eines Arbeitsplatzes, der einen niedrighwelligen Zugang und ungestörtes Gespräch ermöglicht (Ausstattung: Telefon mit AB, möglichst PC mit Internetzugang, abschließbarer Schrank und eigener Briefkasten)
- Bekanntmachung der Funktion und Aufgaben innerhalb der Klinik (z.B. Beiträge in Patientenbroschüren, Hinweise auf den Stationen und auf den Internetseiten der jeweiligen Klinik)
- Unterstützung bei der Wahrnehmung der Aufgaben etwa in Form einer offiziellen Einführung im Haus sowie mittels der Benennung von Ansprechpartner/innen und dem Angebot regelmäßiger Gesprächstermine
- Die Kliniken sollen zudem über ein transparentes Beschwerdemanagement verfügen, das bei Beschwerden, die über Sie eingereicht werden, eine Rückmeldung sowohl an die jeweiligen Patient/innen wie auch an Sie ermöglicht (vgl. Abschnitt 5.1.)

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

In Bezug auf die kinder- und jugendpsychiatrischen Patient/innen 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 Fürsprecher/innen 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. 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 ...

- Arzt/Ärztin 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 sowie zu alternativen Behandlungsmethoden sowie auf Abschriften von Aufklärungs- und Einwilligungunterlagen.
- die **Gebärdensprache oder andere Kommunikationshilfen** zu verwenden, wenn sie sich mit dem/der Arzt/Ärztin sprachlich nicht verständigen können. Die Kosten sind durch die zuständige Krankenkasse zu übernehmen.
- auf einen **Hinweis** vor der Behandlung, dass **voraussichtliche Kosten** nicht oder nicht in voller Höhe 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** des/der Arztes/Ärztin **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 – verankert.

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

- Patientenbeauftragte für Berlin
- Patientenberatung der Berliner Zahnärzt/innen
- Patienten- und Pflegeberatung der Verbraucherzentrale Berlin
- Selbsthilfeorganisationen
- Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)

Text übernommen mit freundlicher Genehmigung der Patientenbeauftragten von Berlin.

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.

Kontaktdaten der Patientenbeauftragten:

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales - Die Patientenbeauftragte für Berlin -

Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Telefon (030) 9028-2010 (telefonisch Mo - Fr, 10:00 – 14:00 Uhr, persönliche Sprechstunde nach Vereinbarung)

E-Mail: patientenbeauftragte@sengs.berlin.de

3. Kurzübersicht: Häufige psychiatrische Diagnosen

Eine Beschäftigung mit den verschiedenen Diagnosen und ihrer praktischen Anwendung ist für Sie als Fürsprecher/in 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, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem ICD-10 oder Handbücher wie das „Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin“ (Hrsg. Harald J. Freyberger, Wolfgang Schneider, Rolf-Dieter Stieglitz) zurück zu greifen. Zudem bieten viele Kliniken Fortbildungen zum Thema Diagnosen für das Personal - ggf. können Sie hier eine Vereinbarung treffen, um kostenfrei an den entsprechenden Fortbildungen teilzunehmen.

Zu 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 (<http://www.antipsychiatrieverlag.de>) weiterführend zu informieren.

3.1 Schizophrene Störungen

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

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 Sinnesgebieten, Ratlosigkeit, Verstimmungen und erlebte Gefühlsverarmung. 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 Soziotherapie³.

Je nach Krankheitsphase – unterschieden wird zwischen akuter Phase (Dauer: Wochen bis Monate), postakuter Stabilisierungsphase (Dauer: drei bis sechs Monate) und stabiler Remissionsphase⁴ (Dauer: Monate bis Jahre) – werden die verschiedenen Dimensionen

³ Soziotherapie ist eine definierte ambulante Versorgungsleistung für Patient/innen 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.

⁴ Remission meint den Rückgang der Symptome.

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 psycho-edukative⁵ 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 Halluzinationen, wahnhaften Störungen oder Verhaltensanomalien eingestuft⁶. 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.

3.2 Affektive Störungen – Depression

In der Diagnostik wird zwischen der anhaltenden depressiven Störung – bei welcher über lange Zeit, mitunter lebenslang, eine depressive Symptomatik vorliegt – und depressiven Episoden/rezidivierenden⁷ depressiven Störungen, bei welchen für mindestens zwei Wochen ein durchgehendes depressives Syndrom vorliegt, unterschieden. 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 Patient/innen, 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 Haltung gegenüber depressiven Patient/innen 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 Patient/innen. Zugleich sollen Selbstständigkeit und Eigenverantwortung der Patient/innen gestärkt werden. Dazu sollen Stressbewältigungs-Kompetenzen, optimaler Weise im Gruppenrahmen, vermittelt werden.

⁵ Schulungen, die einem besseren Verständnis und Umgang mit der Krankheit dienen sollen.

⁶ 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.

⁷ Rezidiv meint das Wiederauftreten einer Krankheit oder einigen Symptomen nach einer Behandlung, die zeitweilig erfolgreich war.

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.

3.3 Bipolare affektive Störungen

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 Ausschleichen⁸ des verabreichten Antidepressivums.

3.4 Angststörungen

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.

⁸ 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 Verfahren⁹ 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.

3.5 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (u.a. Posttraumatische Belastungsstörung)

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-Patient/innen häufig auch unter depressiven oder Angststörungen leiden, die sich im klinischen Bild¹⁰ z.T. vor die PTBS schieben, muss dem Verdacht auf PTBS entsprechend gründlich nachgegangen werden.

Studien haben gezeigt, dass unter den psychotherapeutischen Methoden, die bei PTBS angewendet werden, Verhaltenstherapie und Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)¹¹ 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 längerfristigeren therapeutischen Auseinandersetzung, um das Trauma in das Leben der Betroffenen zu integrieren.

Auf der medikamentösen Ebene zeigten sich mehrere trizyklische Antidepressiva¹² 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

⁹ Exposition meint die Konfrontation der Betroffenen mit dem angstauslösenden Objekt.

¹⁰ Klinisches Bild bedeutet die Gesamtheit der aus einem Krankheitsprozess resultierenden Symptome, die Symptomatik.

¹¹ 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 der/die Patient/In eine besonders belastende Phase seines traumatischen Erlebnisses gedanklich einfrieren, während der/die Therapeut/in ihn mit langsamen Fingerbewegungen zeitgleich zu rhythmischen Augenbewegungen anhält, was bei vielen Betroffenen die Angst reduziert, die ihre Erinnerungen hervorrufen.

¹² 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.

Hemmer für die PTBS-Therapie zugelassen. Bis sich ein medikamentöser Therapieerfolg einstellt, kann ein längerer Zeitraum von mehreren Wochen verstreichen.

3.6 Persönlichkeitsstörungen

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.

Der Diagnoseprozess stellt sich häufig 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 fremdanamnestiche¹³ Angaben zurück gegriffen.

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 Patient/innen 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.

3.7 Störungen durch psychotrope Substanzen/Sucht

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

¹³ Fremdanamnese bedeutet die Befragung von Personen aus dem Umfeld der Betroffenen.

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 Konsument/innen 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 Verfahren an. Hierbei kann zwischen psychometrischen¹⁴ 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 Patient/innen je nach Untersuchungsergebnis juristisch relevante Nachteile zukommen können.

Substanzübergreifend haben sich – von einzelnen Besonderheiten abgesehen – ähnliche Therapiestrategien etabliert. Dazu zählen die Motivierende Gesprächsführung¹⁵, die Qualifizierte Entgiftung¹⁶, Community Reinforcement¹⁷ 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.

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
<http://de.wikipedia.org>

¹⁴ Die Psychometrie ist das Gebiet der Psychologie, das sich mit der Theorie und Methode des psychologischen Messens befasst.

¹⁵ Damit ist ein Interaktionsstil, welcher der Auflösung der Ambivalenz und der Verringerung der Abwehr dient, gemeint.

¹⁶ Zusätzlich zur körperlichen Entgiftung werden hier suchtspezifische psychiatrische und psychotherapeutische Therapieelemente angeboten. Die Betroffenen werden mit Interventionen aus unterschiedlichen Schulen der Psychotherapie behandelt.

¹⁷ Basis des Community Reinforcements ist die Überlegung, dass Patient/innen 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.

4. Idealtypischer 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 Patient/innen 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 Patient/innen. 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 den/die ambulante/n Psychiater/in oder die/den Hausarzt/Hausärztin und eine Kostenübernahme der Krankenkasse Voraussetzung.¹⁸ 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 Patient/innen alle nötigen Bescheinigungen (Aufnahmemitteilung, Bescheinigung über den Krankenhausaufenthalt, Merkblatt für Eigenbeteiligung, Patientenbroschüre) aus. Bei der Aufnahme werden die Patient/innen über die Existenz der Fürsprecher/innen informiert. Diese Information hängt zudem auf Station aus. Sollten die Patient/innen eine Patientenverfügung oder eine Behandlungsvereinbarung¹⁹ 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 von Krankenhausbehandlung.

¹⁸ Bei Kindern und Jugendlichen ist die Einwilligung der Eltern bzw. der Sorgeberechtigten notwendig.

¹⁹ Bei Behandlungsvereinbarungen handelt es sich um Absprachen, die auf den Erfahrungen vorangegangener Behandlungen beruhen. Diese gelten nur krankenhausesintern und sind nicht mit Patientenverfügungen zu verwechseln. In der Behandlungsvereinbarung, die in der Patientenakte oder an externer Stelle, z.B. in der Ambulanz, aufbewahrt wird, werden u.a. Wünsche zur Behandlung und Medikation, zur Station, Verpflegungs- und Besuchswünsche etc. festgehalten. Dagegen sind Patientenverfügungen einseitige Willensbekundungen für den Fall einer möglichen späteren Einwilligungsunfähigkeit, zu einer nicht unmittelbar bevorstehenden Untersuchung, Heilbehandlung oder andere ärztliche Eingriffe.

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

4.1.1.2 Aufnahme auf Station

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

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

Die Patient/innen werden in alle Stationspläne eingetragen und Meldung an die Küche gemacht. Vertreter/innen jeder Berufsgruppe, die mit den jeweiligen Patient/innen arbeitet, z.B. Sozialarbeiter/innen, Ergotherapeut/innen und Bezugspfleger/innen, nehmen in den Folgetagen eine eigene Anamnese vor.

4.1.2 Akutaufnahme

Wenn sich Patient/innen unvorhergesehen selbst einweisen oder von Dritten (z.B. Polizei) ohne Vorankündigung eingewiesen werden, werden sie in der Akutaufnahme erstversorgt. Die Bereitschaftsärzt/innen werden informiert, sie untersuchen die Patient/innen und entscheiden über das weitere Vorgehen. Zudem werden die Patient/innen ins Aufnahmebuch eingetragen. Kliniken der **Pflichtversorgung** müssen alle Patient/innen aus ihrem Einzugsgebiet aufnehmen. Unterliegt die Klinik nicht der Pflichtversorgung oder kommen die Patient/innen nicht aus dem Einzugsbereich der Klinik, können die Patient/innen je nach Bettenkapazität aufgenommen werden oder an die zuständige Klinik weitervermittelt werden.

Stationär aufgenommene Patient/innen 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 Patient/innen 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 Patient/innen gefragt, ob sie Kinder haben. Falls es sich um Eltern minderjähriger Kinder handelt, werden die Patient/innen befragt, ob die Versorgung der Kinder sicher gestellt ist. Falls das nicht der Fall ist, werden mit Einwilligung der Patient/innen durch den Sozialdienst Verwandte, das Jugendamt oder der Kindernotdienst kontaktiert, um die Unterkunft und Versorgung der Kinder zu gewährleisten.

Nach Haustieren werden die Patient/innen nicht routinemäßig gefragt. Wenn es solche Tiere gibt, die versorgt werden müssen, muss dies von den Patient/innen selbst artikuliert werden. Falls die Patient/innen 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 Zwangsunterbringung, die rechtlich betrachtet in zwei Varianten möglich ist: als öffentlich-rechtliche Unterbringung nach dem Berliner PsychischKranken-Gesetz oder als zivilrechtliche Unterbringung nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch.

4.1.2.1 Öffentlich-rechtliche Unterbringung nach PsychischKranken-Gesetz (PsychKG)

Nach § 8 PsychKG darf eine Person zwangsuntergebracht werden, wenn diese krankheitsbedingt ihr Leben oder „ernsthaft ihre Gesundheit oder besonders bedeutende Rechtsgüter anderer (insbesondere Leben und körperliche Unversehrtheit) in erheblichem Maße gefährdet und diese Gefahr nicht anders abgewendet werden kann“. Die Unterbringung wird auf schriftlichen Antrag des Bezirksamtes/Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) durch das Betreuungsgericht angeordnet. Das Bezirksamt kann eine vorläufige Unterbringung längstens bis zum Ablauf des auf die Unterbringung folgenden Tages anordnen, wenn eine gerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig herbeigeführt wird.

Kann das Bezirksamt eine solche Unterbringung nicht rechtzeitig anordnen, so kann auch die Polizei oder das Krankenhaus, in welchem die Unterbringung vollzogen wird, eine vorläufige Unterbringung bis zum Folgetag anordnen.

Das ärztliche Gutachten für die Unterbringung soll nicht durch eine/n Arzt/Ärztin der Klinik erstellt werden, sondern immer von einem/r externen Arzt/Ärztin.

Checkliste Unterbringung nach PsychKG		
Vorgang	Vorhanden?	Bemerkungen zur Klinik/Station
Unterbringungsgrund nach § 8 PsychKG vorhanden?		
Schriftlicher Antrag des SpDi vorhanden?		
Gerichtlicher Unterbringungsbeschluss vorhanden?		
<i>Alternativ: vorläufige Unterbringung bis Folgetag?</i>		
Gutachten vorhanden?		
Persönliche Anhörung durch Richter/in erfolgt?		

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 des/der Betreuten vorliegt. 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 der/die Betreute die Notwendigkeit der Unterbringung krankheitsbedingt nicht zu erkennen vermag oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.

Das Betreuungsgericht kann eine Unterbringung auch vorläufig genehmigen, wenn entweder ein dringendes Bedürfnis für ein sofortiges Tätigwerden besteht oder Gefahr im Verzug vorliegt. Der Antrag auf Unterbringung muss durch den/die Betreuer/in gestellt werden.

Bei der öffentlich-rechtlichen sowie der zivilrechtlichen Unterbringung sind, neben dem Betreuungsgericht und der/dem Betroffenen, formell **am Verfahren beteiligt**:

- der/die Rechtliche Betreuer/in, sofern vorhanden *oder* ein/e Bevollmächtigte, sofern vorhanden (z.B. im Rahmen einer Vorsorgevollmacht)
- der/die Verfahrensbevollmächtigte des/der Betroffenen (Rechtsanwalt/-wältin)
- ein/e Verfahrenspfleger/in, sofern vorhanden
- die zuständige Behörde auf Antrag der entsprechenden Behörde (bei öffentlich-rechtlicher Unterbringung der Sozialpsychiatrische Dienst) im Interesse des/der Betroffenen u. U. dessen/deren Ehe- oder Lebenspartner/in sowie Eltern und Kinder; ferner eine von dem/der Betroffenen benannte Vertrauensperson sowie der/die Leiter/in der Einrichtung, in welcher der/die Betroffene lebt.

Der/die Richter/in 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/dem Betroffenen durch eine **persönliche Anhörung** zu verschaffen. Ferner muss das Gericht für eine Unterbringungsmaßnahme das Gutachten eines/einer Sachverständigen, welches sich auch auf die voraussichtliche Dauer der Unterbringung erstrecken soll, einholen. Der/die Sachverständige soll Arzt/Ärztin für Psychiatrie sein - notfalls genügt aber auch ein/e Arzt/Ärztin mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie, jedoch ohne spezifische psychiatrische Ausbildung. Die Untersuchungen und Befragungen des/der Betroffenen müssen persönlich erfolgen. 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 Patient/innen vorstellen und sie über ihre jeweilige Funktion und die Rechte der Patient/innen aufklären.

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 Patient/in entsprechend informiert?		
Patient/in über Rechte aufgeklärt?		
Persönliche Anhörung durch Richter/in?		
Gerichtlicher Unterbringungsbeschluss vorhanden?		
Sachverständigengutachten vorhanden?		

4.2 Zuständigkeiten und Routinen des medizinischen Personals

Die Patient/innen haben jeweils eine/n behandelnde/n Arzt/Ärztin, der/die die therapeutischen Maßnahmen und ggf. medikamentöse Behandlung verordnet. Bei Bedarf finden individuell vereinbarte Einzelgespräche mit den Stationsarzt/innen statt. Zudem findet einmal pro Woche die Oberarztvisite statt, in der die Patient/innen 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 Psycholog/innen und/oder Psychotherapeut/innen 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 Patient/innen für pflegebezogene, organisatorische und persönliche Problemen Bezugspfleger/innen zur Verfügung – jede/r einzelne Patient/in wird durch eine ihm/ihr zugeteilte Bezugspflegekraft betreut. Die Bezugspflegekraft stellt den alltäglichen Kontakt zu den Patient/innen her. Die Bezugspflegekraft erstellt eine Pflegeanamnese, formuliert die Primärziele, organisiert die Gespräche zur Planung der Behandlung zwischen pflegerischer und ärztlicher Seite und den Patient/innen und aktualisiert den Pflegeplan. Mindestens einmal pro Woche sollte ein Bezugspflegegespräch mit den jeweiligen Patient/innen stattfinden. Die Bezugspflegekraft bereitet die Entlassung mit vor und führt u.a. ein Abschlussgespräch bei Entlassung. Dieser persönliche Kontakt mit den Bezugspfleger/innen ist ein wichtiger Aspekt in der therapeutischen Arbeit mit den Patient/innen.

Liegen Behandlungsvereinbarungen oder Patientenverfügungen vor, sind die darin enthaltenen Vereinbarungen bzw. Wünsche von dem Personal zu respektieren und entsprechend umzusetzen.

Checkliste Medizinische, therapeutische und pflegerische Versorgung			
Vorgang	Unterprozess	Vorhanden?	Bemerkungen zur Klinik/Station
Ärztlich	Behandelnde/r Arzt/Ärztin bekannt?		
	Wöchentliche Visite Oberarzt/-ärztin?		
	Möglichkeit, Nicht-Einverständnis zu äußern?		
	Beteiligung an Behandlungsplan?		
Therapeutisch	Angebot verschiedener Therapien?		
	Finden Therapien tatsächlich statt?		
	Sind Therapeut/innen 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 Patient/innen. Neben der Beratung in sozialrechtlichen Fragen, die im Zusammenhang mit der Erkrankung stehen, bietet der Sozialdienst Hilfe bei der Existenzsicherung, Anspruchklärung 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 Helfer/innen, wie z.B. Rechtlichen Betreuer/innen, Bewährungshelfer/innen 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 Betreuer/innen 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 Sozialdienstes²⁰.

4.3.2 Kontakt mit Angehörigen und Freund/innen

Generell entscheiden jedoch die Patient/innen, mit welchen Angehörigen und Freund/innen sie selbst bzw. die Klinik Kontakt aufnehmen und welche Angehörigen und Freund/innen die Patient/innen anrufen und/oder besuchen dürfen. Schon bei der Aufnahme und der ärztlichen Anamnese werden die Patient/innen gefragt, ob es Personen gibt, zu denen sie keinen Kontakt wünschen. Auch während des weiteren Klinikaufenthaltes kann mit den Patient/innen vereinbart werden, für wen ein zeitweiliges Besuchsverbot verhängt wird. Von den Patient/innen erwünschte Besuche können in therapiefreien Zeiten entsprechend der Hausordnung empfangen werden. Auch im Umgang mit Angehörigen und Freund/innen gilt, dass die Patient/innen über ihre Daten selbst verfügen. D. h., die Patient/innen müssen einwilligen, wenn Daten über sie weiter gegeben werden. Somit können auf Wunsch der Patient/innen auch den Ehepartnern, Kindern oder Eltern Auskünfte des Klinikpersonals verweigert werden.²¹

Der therapeutische Prozess richtet sich zu aller Erst an die Patient/innen selbst, die im Mittelpunkt der Behandlung stehen. Vereinzelt können Gespräche seitens der Ärzt/innen und Therapeut/innen mit der Familie geführt werden. Eine Therapie unter Einbezug der Familie oder des weiteren sozialen Umfelds kann jedoch in der Klinik nicht geleistet werden²².

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 angeraten, größere Geldbeträge und Wertsachen nicht in die Klinik mit zu bringen, 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 (NRSchG 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 Raucher/innen zur Verfügung.

²⁰ In einigen Krankenhäusern gibt es Angehörigenvisiten, bei denen neben dem Sozialdienst auch die behandelnden Ärzt/innen bei Angehörigengesprächen beteiligt sind.

²¹ 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 bestehenden Vollmachten überprüft und ggf. korrigiert werden.

²² In kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen ist dies anders gewichtet. Dort kann die Einbeziehung des sozialen Umfeldes und der Familie einen größeren Raum einnehmen.

Zwangsuntergebrachte haben ein Recht auf Zugang zu gesicherten Freiflächen, das in der Krankenhaus-Verordnung bzw. in der amtlichen Begründung zum Berliner PsychKG festgeschrieben ist²³. 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 Patient/innen 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 Patient/innen. 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 lesbar Hinweise auf die Aufgaben und Erreichbarkeiten der Patientenfürsprecher/innen zu finden sein. In der Regel hängt die Stationsordnung auf der Station aus bzw. muss die Haus- und Stationsordnung auf jeden Fall den Patient/innen 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/der diensthabende Ärztin/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. Patientenfürsprecher/innen 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 Patientenfürsprecher/innen eingesehen werden.

²³ In § 14 Abs. 6 der Berliner Krankenhaus-Verordnung ist dazu festgeschrieben: „Für Kranke, die gerichtlich untergebracht sind, müssen gesicherte Freiflächen vorhanden sein.“ Auch in der amtlichen Begründung zum Berliner PsychischKranken-Gesetz (PsychKG) heißt es: „[...] ist die Möglichkeit zum regelmäßigen Aufenthalt im Freien eine ganz wesentliche Forderung, die es im Interesse der Patienten zu erfüllen gilt. Es ist ihnen daher täglich zu ermöglichen, sich jedenfalls für kürzere Zeit außerhalb des Gebäudes aufzuhalten. Hierfür sind gegen Entweichen besonders gesicherte Freiflächen vorzuhalten, die für längerfristig untergebrachte Patienten Möglichkeiten auch für Sport und Gemeinschaftsspiele bieten sollen.“

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 Zwangsuntergebrachte: 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 Fürsprecher/in	Aushang auf Station		

4.5 Zwangsbehandlung und Zwangsmaßnahmen

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

4.5.1 Zwangsbehandlung nach Bundesrecht

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 in § 1906 des BGB sowie in den Paragraphen 312-333 des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) geändert.

Das Gesetz ermöglicht eine Zwangsmedikation unter der Auflage, dass der/die Betreuer/in in die ärztliche Maßnahme einwilligt. Diese Einwilligung darf nur erteilt werden, wenn

- der/die Betreute aufgrund seiner/ihrer Erkrankung die Notwendigkeit der Maßnahme nicht erkennen kann
- zuvor versucht wurde den/die Betreute/n 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 der/die Betreuer/in, sondern auch das Betreuungsgericht seine Zustimmung erteilen. Zudem muss in jedem Fall ein/e Verfahrenspfleger/in für den Genehmigungsprozess bestellt werden, der/die auf die Einhaltung der formalen Standards achtet.

Wichtig ist weiterhin, dass der/die medizinische Gutachter/in nicht der/die zwangsbehandelnde Arzt/Ärztin sein soll (§ 312 FamFG Absatz 1) – er/sie kann jedoch aus der selben Einrichtung stammen, in welcher der/die Patient/in 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 der/die Gutachter/in den/die Patient/in vorher weder behandelt noch begutachtet haben. Auch sollte er/sie dann nicht in der Klinik tätig sein, in welcher der/die Patient/in aktuell untergebracht ist.

4.5.2 Zwangsbehandlung nach dem PsychKG

Die Zwangsbehandlung von nach dem PsychKG untergebrachten Personen ist in **§ 30 PsychKG** Berlin geregelt. Nach § 30 Abs. 2 Satz 2 PsychKG Berlin soll eine Zwangsbehandlung bei „unaufschiebbaren“ Behandlungsmaßnahmen möglich sein. Vor dem Hintergrund zweier grundlegender Beschlüsse des Bundesverfassungsgerichts zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug aus dem Jahr 2011 erscheint es aber fraglich, ob diese Vorschrift den

verfassungsrechtlichen Anforderungen an eine gesetzliche Grundlage zur Zwangsbehandlung entspricht²⁴.

Dies bedeutet, dass derzeit die rechtliche Legitimation für Zwangsbehandlungen mit Psychopharmaka von nach dem PsychKG untergebrachten Personen fehlt. Wer dennoch zwangsbehandelt wird, kann ggf. versuchen, diese Zwangsbehandlung auf dem Rechtsweg und durch das Stellen von Strafanzeigen wegen Körperverletzung gegen die behandelnden Ärzte zu unterbinden.

Sind die Patient/innen nach dem PsychKG zwangsuntergebracht, unterliegen sie **Beschränkungen nach § 29 PsychKG**. Besondere Sicherungsmaßnahmen nach § 29a PsychKG sind zulässig, wenn die Gefahr besteht, dass die/der Patient/in sich selbst tötet oder ernsthaft verletzt oder gewalttätig wird und wenn diese Gefahr nicht anders abgewendet werden kann. Entsprechende Sicherungsmaßnahmen sind z.B. die Beschränkung des Aufenthalts im Freien, die Wegnahme von Gegenständen, die Absonderung in einen besonderen Raum und die Fixierung.

4.5.3 Fixierung: Vorgehensweise und Dokumentation

Für die Fixierung gibt es 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/der Betreuerin umgehend über die Fixierung zu informieren.

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

Eine Fixierung muss durch die zuständigen Ärzt/innen **schriftlich angeordnet** werden. Die Ärzt/innen übernehmen damit die Verantwortung für die Zeitdauer der Fixierung, die korrekte pflegerische Begleitung und die Überprüfung der Dauer der Fixierung in regelmäßigen Abständen (spätestens nach vier Stunden). Bei „**Gefahr im Verzug**“ ist das Pflegepersonal befugt, auch ohne ärztliche Anordnung eine Fixierung durchzuführen, wenn sie zur Abwehr einer unmittelbaren drohenden, erheblichen Gefahr dient. Die diensthabenden Ärzt/innen müssen in solchen Fällen schnellstmöglich informiert werden.

Vor der Fixierung soll den betroffenen Patient/innen in einfachen Worten die Situation erklärt werden. Die Umstände der Zwangsmaßnahme sind genau zu begründen.

Für den kompletten Zeitraum der Fixierung, bei der mehrere Mitarbeiter/innen anwesend sein sollten, müssen die Patient/innen durch anwesende Mitarbeiter/innen einzelbetreut oder zumindest durch ständigen Blick- und Hörkontakt überwacht werden. Dies dient dem Schutz und der Unversehrtheit von Patient/innen und Mitarbeiter/innen. In nicht kontrollierbaren Situationen kann die Polizei unterstützend hinzuzogen werden.

Nach Zwangsmaßnahmen sollte obligatorisch eine **Reflexion der Maßnahme** mit der/dem betroffenen Patient/in erfolgen. Auch Mitpatient/innen, die das Geschehen miterlebt haben, sollten die Möglichkeit bekommen, über ihre Gefühle im Zusammenhang mit der Zwangsmaßnahme zu sprechen.

Die Anordnung und die Umstände der Fixierung müssen **dokumentiert** werden. Aus der Niederschrift müssen die Begründung für die Fixierung, der zeitliche Rahmen und die Beschreibung der konkreten Situation hervor gehen. Mögliche Komplikationen und die Rechtsgrundlage der

²⁴ Vgl. BVerfG FamRZ 2011,1128 und FamRZ 2011, 1927.

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. ausgewertet werden. Dieser Bericht kann auf Wunsch von den Patientenführer/innen eingesehen werden, ist aber nicht öffentlich zugänglich.

4.6 Entlassung: Standards und Ablauf

Für die Entlassung gibt es einen **Expertenstandard Entlassungsmanagement**, der vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelt wurde. Demgemäß sollen alle Patient/innen mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf ein individuelles Entlassungsmanagement erhalten, um eine kontinuierliche bedarfsgerechte Versorgung zu sichern und Drehtüreffekte zu vermeiden. An diesem Expertenstandard – adaptiert für die psychiatrischen Besonderheiten – orientieren sich auch viele psychiatrische Kliniken.

Die Entlassungsvorbereitungen beginnen an sich bereits bei der Erfassung der krankheitsbedingten Problemstellungen zum Aufnahmezeitpunkt. Die konkrete Form und der Zeitpunkt der Entlassung werden vom behandelnden **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 Betreuer/innen – im **Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung** fungieren. Der Sozialdienst soll sicherstellen, dass die Patient/innen im Anschluss an den Aufenthalt in eine funktionierende Unterkunft zurückkehren können, also dass etwa Strom und Wasser in der Wohnung funktionieren, und die Patient/innen – 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 Patient/innen stellen. In diesem Zug sollen ggf. auch berufliche und soziale Rehabilitationsmaßnahmen (z.B. Betreutes Einzelwohnen, Tagesstätte etc.) eingeleitet werden. Unter Umständen werden Patient/innen vom Sozialdienst auch bei der Organisation präventiver Hilfen, z.B. ehrenamtlicher Tätigkeit und Verbesserung sozialer Kompetenzen, unterstützt.

Nach dem stationären Aufenthalt erhalten die Patient/innen einen vorläufigen **Entlassbrief**. Dieser enthält Angaben zur Diagnose, aktuellen Medikation und andere wichtigen Informationen, die für die ambulante Weiterbehandlung nötig sind.

Der reguläre Arztbrief sollte unverzüglich – innerhalb von etwa zwei bis drei Wochen – fertig gestellt und der/dem einweisenden Ärztin/Arzt und/oder der/dem Hausärztin/-arzt zugestellt werden.

Die Patient/innen geben (meist schon bei der Aufnahme) im Behandlungsvertrag an, ob der Arztbrief an die/den einweisende/n Ärztin/Arzt und/oder die/den Hausärztin/-arzt geschickt werden darf. Weiteren Personen oder Ämtern wie z.B. dem Jobcenter kann der Arztbrief nur nach ausdrücklicher Einwilligung der Patient/innen zugesandt werden – die Patient/innen 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 Behandlungsverlaufes während des Aufenthaltes, eine Einschätzung des/der Patient/in zum Zeitpunkt der Entlassung und eine Empfehlungen zur Fortführung der Therapie.

In der Regel können Patient/innen eine Kopie des Arztbriefes mit Anlagen anfordern.

In psychiatrischen Bereichen bestehen zwar spezifische Einschränkungen der Einsichtsrechte von Patient/innen, die jeweils im Einzelfall von ärztlicher Seite begründet werden müssen. Wegen des

„objektiven Charakters“ von Arztbriefen können diese jedoch auch im Bereich der Psychiatrie nicht a priori vom Einsichtsrecht ausgeschlossen werden. Bestehen keine medizinischen Verwehungsgründe – sehen die Ärzt/innen die Heilung also nicht durch die Einsichtnahme beeinträchtigt –, so muss den Patient/innen Einsicht gewährt werden.

Die objektiven Anteile des Arztbriefs, z.B. Laborbefunde, Untersuchungsergebnisse und Diagnosen, können sich die Patient/innen im Anschluss an die Behandlung von den Ärzt/innen zeigen und im Gespräch erklären lassen. Darunter fallen jedoch nicht subjektive Mitschriften bzw. Eindrücke der Ärzt/innen, Therapeut/innen und Pfleger/innen, wie sie z.B. bei Visiten entstanden sind.

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 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 Übergangswohnheim (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-Betroffene 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 Psychiater/innen und Psychotherapeut/innen sowie die Soziotherapie, die in der Regel von Sozialarbeiter/innen bzw. psychiatrischen Fachpfleger/innen durchgeführt wird. Auch die ambulante medizinische und pflegerische Versorgung, beispielsweise über häusliche Pflegedienste, gehört zu diesem kassenfinanzierten Bereich.

Arbeits- bzw. Beschäftigungsmöglichkeiten haben nach der Entlassung für ehemalige Nutzer/innen 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 Arbeitsamtes oder dem Arbeitsverhältnis in einer Integrationsfirma. Angesichts der hohen Differenzierung der Maßnahmen existieren dafür zahlreiche verschiedene Ansprechpartner/innen, 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.

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 KBSen 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 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 Ansprechpartnern.

Der Wegweiser kann online auf der Webseite des Berliner Psychiatrie-Beauftragten eingesehen werden (www.berlin.de/lb/psychiatrie/aktuelle_projekte/#wegweiser) und liegt diesem Handbuch als Anlage bei. Des Weiteren existieren in vielen Bezirken eigene Wegweiser, die das jeweilige bezirkliche Versorgungssystem und die entsprechenden Ansprechpartner/innen 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 sicher zu stellen, sowie als zentraler Ansprechpartner für die Beschwerden von Patient/innen und Angehörigen zu fungieren.

Für die Patientenfürsprecher/innen gilt es zunächst, bei Beschwerdesituationen möglichst klinikinterne und problemorientierte Lösungen zu suchen. D.h. die Person, gegen die sich die Beschwerde richtet – im Folgenden Beschwerdeempfänger/in genannt – sollte wenn möglich persönlich kontaktiert werden. In manchen Fällen genügt eine kurze Nachfrage oder ein gemeinsames Gespräch mit dem/der Beschwerdeführer/in, um Missverständnisse zu klären. In anderen Fällen, z.B. wenn die Beschwerdeempfänger/innen nicht erreichbar sind oder abweisend reagieren, macht es Sinn, die jeweiligen Vorgesetzten des/der Beschwerdeempfänger/in zu kontaktieren, etwa im Fall einer Pflegekraft die Stationspflegeleitung oder im Falle eines Stationsarztes den Oberarzt/Chefarzt der Klinik. Die dritte betriebsinterne Option ist, an das Qualitätsmanagement bzw. Beschwerdemanagement der jeweiligen Klinik heran zu treten.

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 Mitarbeiter/innen)
- 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 jeweiligen Beschwerdeführer/innen – ob Patient/in, Angehörige/r oder Patientenfürsprecher/in – möglichst schnell eine Eingangsbestätigung. Z.T. gilt hier der Standard, innerhalb von 24 Stunden zu reagieren. Anschließend wird die Beschwerde an den/die zuständige/n Vorgesetzte/n mit Bitte um Stellungnahme durch den/die Vorgesetzte/n und Mitarbeiter/innen 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 Beschwerdeführer/innen – 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. ein/eine Beschwerdeführer/in über ein

bestimmtes Bett in einem Krankenhaus beschwert, weil er sich durch dessen Konstruktion beinahe verletzt hätte, wird geprüft, ob hier ein generelles Sicherheitsrisiko vorliegt und ggf. entsprechende Umbau-Maßnahmen eingeleitet werden müssen.

Wenn Patientenfürsprecher/innen keine eigenen Beschwerden einbringen, sondern die Beschwerde eines/r Patient/in weiterleiten, erfolgt die schriftliche Rückmeldung zur Beschwerde aus Datenschutzgründen lediglich an den/die Patient/in. Die Patientenfürsprecher/innen erhalten dann aber eine mündliche Auskunft des Beschwerdemanagements über das Ergebnis der Beschwerde. Sollten sie die schriftliche Darstellung einsehen wollen, müssen sie sich an den/die entsprechende/n Patient/in 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 des Klinikbetriebes stehen je nach Beschwerde verschiedene Ansprechpartner/innen bereit. Bei Beschwerden über Umfang und Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung können sich Patient/innen generell immer 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 Patient/innen 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 Krankenhausaufsicht 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/krankenhausaufsicht einsehbar sind.

Beschwerden über ärztliches Fehlverhalten können an die Ärztekammer Berlin gerichtet werden, in der alle Ärzt/innen zwangsweise Mitglied sind²⁵ (Kontaktdaten siehe Kasten). Bei Beschwerden wegen mangelnder "Kundenorientierung" von Ärzt/innen (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

²⁵ Dies gilt nicht für Ärzte/Ärztinnen, die bei eigenen Körperschaften wie z.B. der Charité beschäftigt sind. Hier gibt es eigene Beschwerdeinstanzen innerhalb der jeweiligen Körperschaft.

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 Beschwerdeführer/innen werden jedoch nicht über den weiteren Fortgang der Bearbeitung unterrichtet – nur Kammermitglieder, also Ärzt/innen, 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-Koordinator/innen 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. Aufgrund ihrer Funktion als zentrale Koordination wie auch aufgrund ihrer detaillierten Kenntnis der lokalen Strukturen sind sie als Kontakt bei Beschwerden zur klinischen Versorgung geeignet und können gegebenenfalls weitere geeignete Ansprechpartner/innen benennen.

Alle Beschwerden über Psychotherapeut/innen können an die Psychotherapeutenkammer gerichtet werden, da die Kammer die Berufsaufsicht innehat. Manche Therapeut/innen, z.B. verbeamtete Therapeut/innen, fallen allerdings nicht in die Zuständigkeit der Kammer.

Beschwerden können sowohl von Patient/innen 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. Ansprechpartner/in bei der Psychotherapeutenkammer für Beschwerden ist die Geschäftsstelle bzw. der Vorstand der Kammer. Beschwerden sollten am Besten schriftlich und direkt dorthin eingereicht werden (Kontakt Daten siehe Kasten).

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.

Kontakt Ärzte- und Psychotherapeutenkammer Berlin:

Ärztekammer Berlin, Abteilung Berufs- und Satzungsrecht, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Telefax: 030 - 40806552198

E-Mail: berufsrecht@aekb.de

Web: www.aerztekammer-berlin.de

Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 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. Darauf haben Patient/innen einen Anspruch, den das Bundesverfassungsgericht aus den Grundrechten auf Selbstbestimmung und personale Würde abgeleitet hat. Auch das ärztliche Berufsrecht verpflichtet Ärzt/innen zur Gewährung dieser Einsicht. Subjektive Passagen dürfen die Ärzt/innen schwärzen. Für Kopien der Unterlagen kann ein Entgelt von maximal 0,50 Euro pro Seite verlangt werden. Gegebenenfalls ist es sinnvoll, vor Beschreiten des meist langwierigen berufs- oder strafrechtlichen Weges mit dem Arzt/der Ärztin über die Möglichkeit einer gütlichen Einigung zu sprechen.

Um ein Gutachten über einen Behandlungsfehler erstellen zu lassen, können sich Patient/innen bei ihrer Krankenkasse beraten lassen. Die Krankenkasse kann dann auf Antrag des/der Patient/in oder eine/r von ihm/ihr bevollmächtigten 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/n selbst beauftragte/n Gutachter/in hingegen würde vorab von dem/der Patient/in bezahlt werden müssen. Erst mit einem den Verdacht bestätigenden Gegengutachten kann der Gang vor Gericht erfolgen. Die anwaltliche Vertretung sollte am Besten durch eine/n auf Medizinrecht spezialisierte/n Anwalt/in 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 Patient/innen eine konkrete ärztliche Pflichtverletzung einschließlich der Kausalität des Fehlers für den vorliegenden Schaden nachweisen.

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 Ärzt/innen ihre Unschuld beweisen. Bis 5.000 € Streitwert ist die Klage beim Amtsgericht einzureichen, bei einem höheren Streitwert ist das Landgericht zuständig.

Alternativ können Patient/innen 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 Patient/innen beeinflusst werden²⁶.

Bei Unterbringungen nach dem PsychKG ist auch eine Beschwerde vor Gericht bezogen auf die medizinische Behandlung möglich.

²⁶ Die Ärztekammer ist nicht zuständig für Beschwerden gegen verbeamtete Ärzt/innen (z.B. im Sozialpsychiatrischen Dienst) sowie Ärzt/innen der Charité. Die Charité gilt als eigene Gliedkörperschaft, entsprechende Beschwerden sind daher an den Vorstandsvorsitzenden der Charité zu richten.

Hilfe bei der Suche nach geeigneten Rechtsanwält/innen:

Das Medizinrechts-Beratungsnetz ist ein Netzwerk spezialisierter Rechtsanwält/innen und bietet ein kostenloses juristisches Orientierungsgespräch mit einem/r Vertrauensanwalt/-anwältin. 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

5.3.2 Zwangsunterbringung

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

Unterbringungsbeschlüsse sind den Betroffenen bekannt zu machen. 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.

Zwangsuntergebrachten Patient/innen muss die Möglichkeit gegeben werden, Beschwerde einzulegen. Dazu müssen z.B. auch Patient/innen, die vorübergehend fixiert sind, die entsprechenden Mittel – Stift, Papier etc. – zur Verfügung gestellt werden. Wenn Patient/innen sich nicht selbst vertreten können, können sie einen Antrag auf Bestellung eines/einer Verfahrenspfleger/in stellen. Im Gegensatz zu einem/einer von dem/der Betroffenen beauftragter/n Rechtsanwalt/-anwältin ist der/die Verfahrenspfleger/in objektive/r Interessenvertreter/in, 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/n Bevollmächtigte/n (z.B. Rechtsanwalt/-anwältin) 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 Lebenspartner/innen 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. Das gleiche Recht steht einer von dem/der 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 weiter geleitet, 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/n Anwalt/Anwältin einzulegen.

Desweiteren kann bei Beschwerden gegen den/die Richter/in, beispielsweise aufgrund von Verhaltensfehlern, bei dem/der Präsident/in des jeweiligen Gerichtes (Dienstaufsichts-) Beschwerde eingelegt werden.

Patient/innen, die im Krankenhaus des Maßregelvollzugs (KMV) untergebracht sind, können sich bei der Strafvollstreckungskammer des Landgerichts Berlin, Standort Moabit, hinsichtlich des Haftzusammenhanges 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/sen/justiz/gerichte/ag/index.html

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 Patient/innen, da diese mit fehlender Privatsphäre, Ruhestörung durch Patient/innen auf dem Flur oder Einschränkungen der pflegerischen und medizinischen Versorgung einhergehen kann. Intern können Beschwerden an den Chefarzt oder die Geschäftsführung gerichtet werden. Auch Beschwerden bei dem Träger der Klinik sind möglich. Wenn die Beschwerde intern zu keinem zufriedenstellenden Ergebnis führt, sollte sie telefonisch oder schriftlich an den/die Amtsarzt/-ärztin als Leiter/in des Gesundheitsamtes, der/die für ordnungsbehördliche Maßnahmen im Gesundheitswesen des jeweiligen Bezirkes zuständig ist, oder an die Krankenhausaufsicht des Landesamtes 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
Dr. Schmiedel
Telefon: (030) 90229-2301
Fax: (030) 90229-2097

Postanschrift:

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LAGeSo)
Krankenhausaufsicht / Referat I B 1
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 Medikationsplan der entlassenen Patient/innen, in Kenntnis gesetzt wird. Beschwerden sollten sich gegen 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 Unterstützungsnetzwerkes der Patient/innen 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 Beschwerdeführer/innen 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 Ärzt/innen oder des Pflegepersonals können den Angehörigen als nicht korrekt erscheinen, weshalb 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 Selbsthilfevereinigung Berlin-Brandenburg e.V.,
Nachbarschaftsheim Schöneberg, Jeverstr. 9, 12157 Berlin
Telefon: 030-91708002, E-Mail: bipolaris@bipolaris.de, Web: www.bipolaris.de

Angehörigenberatung Kontakt- und Begegnungsstätte Tempelhof – Die Kurve
Forddamm 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 Nutzer/innen 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,
- Angehörigen-Sprechstunde: Beratung speziell für Angehörige in Kooperation mit dem ApK - Angehörigenverband psychisch Kranker,
- Arztsprechstunde: Bei Fragen zur Behandlung im ambulanten und stationären Bereich sowie zu ärztlichen Gutachten,
- Betroffenen-Sprechstunde: Beratung und Vermittlung speziell für Betroffene in Kooperation mit BOP&P e.V., der Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrenener und –Betroffener,
- Beratung mit Dolmetscher/innen und Gebärdensprachdolmetscher/innen 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 Patientenfürsprecher/innen organisiert die BIP Fortbildungen, Austauschtreffen und steht als Ansprechpartnerin bei Fragen und Unterstützungsbedarf zur Verfügung.

Ansprechpartner für Patientenfürsprecher/innen:

Stefan Weigand

Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie (BIP), Grunewaldstr.82, 10823 Berlin

Tel. (030) 789 500 3616 | Fax (030) 789 500 363 | E-Mail: weigand@psychiatrie-beschwerde.de

Anhang: Anforderungsprofil Patientenfürsprecher/innen

Eine Arbeitsgruppe der Bezirke, die bei der Berliner Patientenbeauftragten Frau Stötzner angesiedelt war, hat 2011 berlinweit einheitliche Anforderungsprofile und Bedingungen für die Zusammenarbeit zwischen Patientenfürsprecher/innen, Bezirken und Krankenhäusern erarbeitet. 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 § 40 PsychKG)

Ist nachfolgend von Patientenfürsprechern die Rede, sind immer beide Geschlechter gemeint.

1. Kurze Aufgabenbeschreibung

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

2. Aufgaben und Tätigkeitsbereiche

- Information und Unterstützung von Patienten bei der Vertretung ihrer Interessen gegenüber dem Krankenhaus und den zuständigen Gesundheitsbehörden
- Entgegennahme von Beschwerden und Hinweisen der Patienten und deren Angehörigen (mündlich, schriftlich, telefonisch und auch per E-Mail), gute Erreichbarkeit
- 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 wöchentlich), Besuche der Patienten – auch auf den Stationen
- Tragen eines Namensschildes mit Namen und Funktion
- Kommunizieren mit relevanten Akteuren im Krankenhaus unter Wahrung der Unabhängigkeit, für Bekanntheit des Amtes und der Person sorgen
- Regelmäßige Information über die Versorgungssituation im Krankenhaus an die BVV
- Erstellung der gesetzlich eingeforderten Jahresberichte für die BVV und die Krankenhausleitungen anhand des vorgegebenen Fragenrasters

3. Mitarbeit in Gremien und Arbeitsgruppen

- Teilnahme am Berliner Arbeitskreis Patientenfürsprecher bei Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
- Teilnahme am Krankenhausbeirat (wenn vorhanden)
- Teilnahme an den bezirklichen Treffen
- Bei Bedarf Mitarbeit in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft PSAG und deren Arbeitsgruppen
- Teilnahme an den Sitzungen des Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Seniorenfragen der BVV nach entsprechender Einladung

Impressum

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

Redaktion:

Petra Rossmanith (V.i.S.d.P.)

Stefan Weigand

Stand: 01.08.2013

Auflage: 80 Stück

Herausgeber:

Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin (BIP)

Grunewaldstr. 82

10823 Berlin



Senatsverwaltung
für Gesundheit und Soziales



Die BIP befindet sich in Trägerschaft von Gesundheit Berlin-Brandenburg und wird gefördert von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin.

Kontakt: Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin (BIP)

Grunewaldstr. 82

10823 Berlin

Tel.: 030 – 789 500 360

Fax: 030 – 789 500 363

Email: info@psychiatrie-beschwerde.de