

## **Wortprotokoll**

## Öffentliche Sitzung

### **Ausschuss für Gesundheit und Soziales**

18. Sitzung  
21. Januar 2013

Beginn: 12.05 Uhr  
Schluss: 13.50 Uhr  
Vorsitz: Dr. Wolfgang Albers (LINKE)

#### Punkt 1 der Tagesordnung

##### **Aktuelle Viertelstunde**

Siehe Inhaltsprotokoll.

#### Punkt 2 der Tagesordnung

##### **Aktuelles aus der Senatsverwaltung**

[0045](#)  
GesSoz

Siehe Inhaltsprotokoll.

**Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers:** Wir kommen nun zu

#### Punkt 3 der Tagesordnung

Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs  
**Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in  
Berlin (BIP) – Erfahrungen und Erfolge bei der  
Unterstützung von Betroffenen und Angehörigen  
sowie Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen**  
(auf Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion der  
CDU)

[0081](#)  
GesSoz

Dazu ist Ihnen am Freitag der Jahresbericht der Informations- und Beschwerdestelle zugegangen. Er ist 58 Seiten stark – wenn ich das richtig in Erinnerung habe. Ich gehe davon aus, dass Sie diesen Bericht alle gelesen haben. – Wird ein Wortprotokoll gewünscht? – Ich höre keinen Widerspruch.

Ich begrüße zu diesem Tagesordnungspunkt Frau Rossmann von der Beschwerdestelle. Frau Rossmann hat Herrn Weigand mitgebracht. – Ist das richtig? – Vielen Dank! – Dann ist Herr Beuscher anwesend, der Landesbeauftragte für Psychiatrie, den ich ebenfalls begrüße. – Vielen Dank, Herr Beuscher! – Ich gehe davon aus, dass Sie den Tagesordnungspunkt begründen wollen. – Bitte, Herr Ludewig!

**Gottfried Ludewig (CDU):** Ja, nur ganz kurz: Ich glaube, dass insbesondere der letzte Gesundheitsbericht Berlin-Brandenburg aus dem Spätherbst letzten Jahres uns allen noch mal deutlich aufgezeigt hat, dass es eine besorgniserregende Zunahme psychischer Erkrankungen gerade im Berliner und Brandenburger Bereich gibt. Das ist ein Thema, das unsere gesamte Gesellschaft, uns alle direkt oder indirekt häufig betreffen kann und auch immer häufiger betrifft, wenn man sich die Entwicklung der Zahlen anschaut. Die Beschwerde- und Informationsstelle beschäftigt sich nicht nur mit den Betroffenen, sondern gerade auch mit den Angehörigen und anderen, die sich dieser Thematik widmen, wie den Mitarbeitern in diesen Bereichen, was, glaube ich, sicherlich noch eine größere Aufmerksamkeit in dieser Stadt verdient hat. Das ist auch die Meinung der Koalition, weshalb wir uns gern dieses Themas annehmen wollten und das heute in diesem Ausschuss tun werden, mit dem Interesse, wie die Arbeit der Beschwerde- und Informationsstelle begonnen und wie sie sich entwickelt hat. Themen wie Regionalisierung und Krisenzeiten interessieren uns dabei insbesondere sowie ein Ausblick in die Zukunft, wie das Phänomen einer Zunahme der psychischen Erkrankungen aus Ihrer Sicht bewertet wird. Wir freuen uns als Koalition sehr, dass wir das heute miteinander besprechen können und danken beiden Anzuhörenden schon jetzt, dass Sie sich dafür die Zeit genommen haben.

**Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers:** Vielen Dank, Herr Ludewig! – Es beginnt Herr Beuscher. – Bitte, Herr Beuscher, Sie haben das Wort!

**Heinrich Beuscher** (Landesbeauftragter für Psychiatrie): Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Wir haben uns nicht abgesprochen, wer beginnt, und deswegen fange ich jetzt einfach mal an. – Die Einladung zum heutigen Termin erfolgte sehr kurzfristig. Deshalb habe ich auch keine Powerpoint-Präsentation für Sie vorbereitet. Ich möchte in einer kurzen Rede darstellen, wie die Hintergründe in Berlin gewesen sind, wie überhaupt die Entwicklung im Bereich der Krisenberatung in Berlin gewesen ist und wie der aktuelle Stand ist.

Meinen Ausführungen dazu möchte ich einen Leitsatz der WHO, der mir sehr wichtig ist, voranstellen: „Es gibt keine Gesundheit ohne die seelische Gesundheit.“ – In Berlin nehmen an die 40 000 Menschen jährlich eine durch Kliniken erbrachte Leistung wahr. Weit über 8 600 Menschen erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe im betreuten Wohnen respektive der Tagesstrukturierung. Der Berliner Krisendienst hat inzwischen jährlich über 60 000 Kontakte zu Menschen in seelischer Not. Mit der Thematik „Seelische Gesundheit“ oder auch „Psychische Erkrankung“ wenden wir uns also nicht einer gesellschaftlichen Randerscheinung zu, sondern tragen Verantwortung für eine zentrale Bedingung für die gesundheitliche und soziale Stabilität in unserer Stadt.

Menschen in seelischer Not sind häufig sehr verletzlich und nicht selten auch verletzend. Viele Tausend Menschen unterschiedlichster Professionen arbeiten täglich mit diesem und für diesen Personenkreis. Dabei ist es unabweislich, weil menschlich, dass auch Fehler, insbesondere Fehlhandlungen vorkommen. Neben der Entwicklung und Steuerung des erforderlichen Behandlungs- und Betreuungssystems ist es die Aufgabe der Senats- und der Bezirksverwaltungen, aber auch der Leistungserbringer, in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich alles zu unternehmen, um Leistungsberechtigte ausreichend und verständlich zu informieren, durch ein Qualitätsmanagement die Leistungen zu verbessern und Beschwerden mit dem Ziel aufzunehmen, sie tatsächlich auch einer Lösung zuzuführen.

Um der Beratung, der Information und dem Schutzanliegen psychisch erkrankter Menschen Rechnung zu tragen, wurde schon in den Achtzigerjahren im PsychKG die Verpflichtung der Bezirke festgeschrieben, für jede psychiatrische Abteilung eine oder, je nach Größe, mehrere sachkundige Personen – so heißen die Patientenfürsprecher im Bereich der Psychiatrie – durch die Bezirksverordnetenversammlung zu berufen. Die sachkundigen Personen sind Ansprechpartner für die Beschwerden und Hinweise von Personen, die sich konkret in der Behandlung befinden. Über die politischen und fachlichen Gremien der Bezirke sowie durch den direkten Kontakt zur Klinikleitung, aber auch zum bezirklichen Gesundheitsamt können die Patientenfürsprecher oder – besser gesagt – die sachkundigen Personen die Anliegen der Patientinnen und Patienten und die Beschwerden aufnehmen und auf Abhilfe drängen.

Den aktuellen Stand im klinischen Bereich fasse ich wie folgt zusammen: Die sachkundigen Personen sind ein wichtiges bezirkliches Instrument der Beschwerdeaufnahme und -bearbeitung. Durch ihre persönliche Präsenz vor Ort können sie Beschwerden direkt aufnehmen und versuchen, diese einer Lösung zuzuführen.

Zweitens: Die sachkundigen Personen werden durch die Bezirksverordnetenversammlung gewählt. Mit Bezug auf die besonderen Bedürfnisse psychisch erkrankter Menschen scheint es sinnvoll, dass die sachkundigen Personen in Zukunft für die Wahrnehmung ihres Ehrenamts bestimmte Grundkenntnisse mitbringen oder erwerben. Hierzu gibt es aktuell in Federführung der Patientenbeauftragten erarbeitete gute Grundlagen und Hinweise. – Ich komme später noch einmal darauf zurück und mache da auch die Verbindung zur BIP.

Drittens: Die Funktion der sachkundigen Personen stammt noch aus der Zeit der kommunalen Verantwortung für die öffentlichen Krankenhausbetriebe. Gleiches gilt für die somatischen Patientenfürsprecher. Mit der Entkommunalisierung ist der Einfluss der Bezirke auf die Krankenhausbetriebe deutlich zurückgegangen. Das wirkt sich auch auf die Wahrnehmung der sachkundigen Personen und ihrer Möglichkeit der Einflussnahme aus, über zum Beispiel ihre Berichte in den Bezirksverordnetenversammlungen.

Viertens: Aus meiner Sicht sollten die sachkundigen Personen zentral organisiert und verstärkt Fortbildungsangebote und die Möglichkeit des Austauschs erhalten. Dabei sollte ihre bezirkliche Anbindung in jedem Fall erhalten bleiben. Das folgt dem Prinzip der regionalen Pflichtversorgung und Verantwortung in der Sicherstellung der Versorgung im Bereich der Psychiatrie.

Ich komme jetzt kurz auf den extramuralen Bereich zu sprechen. – Im Bereich der betreuten Wohnformen und der tagesstrukturierenden Angebote sowie der weiteren Angebote im Bereich der Pflichtversorgung psychisch Kranker haben die Leistungsanbieter vermehrt ein Qualitäts- und Beschwerdemanagement aufgebaut. Die Qualität der Leistungserbringung wird dabei regelmäßig und zeitnah in jedem Einzelfall – das betone ich dabei – durch die Arbeit der bezirklichen Steuerungsgremien Psychiatrie in Verbindung mit dem Fallmanagement des Kostenträgers überprüft. Bei der Feststellung gravierender Mängel wurden in der Zuständigkeit der Gesundheitsämter und auch des LAGeSo die rechtlichen Möglichkeiten geschaffen, um im Bedarfsfall eingreifen zu können. – Wir haben entsprechende Änderungen ergänzend im GGD – Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst –, aber auch im Bundteilhabe-gesetz niedergelegt. – Das beinhaltet letztlich auch die Möglichkeit der Schließung des jeweiligen Angebots. Jenseits dieser eher ordnungsbehördlichen Eingriffsmöglichkeiten ist das Gesundheitsamt selbstverständlich kontinuierlicher Ansprechpartner für alle Formen von Beschwerden.

Zum Bereich des Extramuralen fasse ich wie folgt zusammen: Mit dem Aufbau der psychiatrischen Steuerungsstrukturen, aber auch des Fallmanagements wurden in den letzten Jahren gute Voraussetzungen für eine Qualitätskontrolle geschaffen. Ihre Wahrnehmung liegt in der Verantwortung der Bezirke.

Zweitens: Traditionell sind insbesondere die Gesundheitsämter Ansprechpartner für Beschwerden. Problematisch erscheint hier jedoch die Tatsache, dass sie gleichzeitig Beteiligte im Leistungsgeschehen sind.

Drittens: Zwischenzeitlich gibt es weitreichende Initiativen zur Ausgestaltung eines Qualitäts- und Beschwerdemanagements bei den Leistungserbringern im psychiatrischen Versorgungsgeschehen. Unabhängig von diesen erfreulichen Entwicklungen im Feld des Qualitäts- und Beschwerdemanagements bestand jedoch zu jeder Zeit von Angehörigen, Psychiatrieerfahrenen, bezirklichen Psychiatriekoordinatoren und Fachverbänden die Forderung nach unabhängigen Beschwerde- und Informationsstellen, die ausweislich und alleinig die Belange psychisch erkrankter Menschen bei Beschwerden gegenüber Leistungserbringern aufnehmen und unterstützen. Schon im Jahr 2002 hatte daher die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung zusammen mit den bezirklichen Psychiatriekoordinatoren die Initiative zur flächendeckenden Etablierung von bezirklichen Beschwerdestellen gegründet. In den Folgejahren gelang es jedoch nur einigen wenigen Bezirken, kleinere Ansätze eines Beschwerdemanagements zu etablieren.

Trotz viel Engagements und interessanter Ansätze scheiterte diese Initiative letztlich an der Berliner Haushaltssituation. Weder die für die Gesundheit zuständige Senatsverwaltung noch die Bezirke hatten die Möglichkeit, die erforderlichen zusätzlichen Mittel für dieses Angebot zu generieren. Es dauerte dann bis zum Jahr 2007 bis zur nächsten Initiative der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung. In direkter Anbindung an den Landesbeauftragten für Psychiatrie wurde eine trialogisch besetzte Arbeitsgruppe gegründet. Neben Angehörigen psychisch Kranker, psychiatrieeerfahrenen Mitarbeiterinnen der Senatsverwaltung gehörte dieser Arbeitsgruppe auch der Landesarzt für Psychiatrie an. Ziel dieser Arbeitsgruppe war es, eine Rahmenkonzeption für ein sozialpsychiatrisches Beratungs- und Beschwerdemanagement zu erarbeiten.

In den Jahren 2008/2009 wurde der Konzeptentwurf berlinweit auf fachlicher Ebene intensiv diskutiert, modifiziert und abschließend konsentiert. Das Konzept ruht auf den folgenden drei eng miteinander zu verzahnenden und gesetzlich noch zu verankernden Komponenten, und zwar – erstens – auf einer zentralen unabhängigen Beschwerde- und Informationsstelle mit hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, von denen zumindest ein Teil eigene Psychiatrieerfahrung einbringt, sozusagen als Kernteam. - Zweitens: auf mindestens drei Besuchskommissionen mit ehrenamtlichen Mitgliedern zur Begehung und Beratung insbesondere der psychiatrischen Kliniken und Abteilungen, die mit hoheitlicher Gewalt beliehen sind und – drittens – auf den sachkundigen Personen oder psychiatrischen Patientenfürsprechern – wie wir es genannt haben – für den Bereich der klinischen Psychiatrie und für das Krankenhaus des Maßregelvollzugs. Auch diese Kolleginnen und Kollegen sollten ehrenamtlich tätig sein, genauso wie die Kolleginnen und Kollegen in den Besuchskommissionen.

Mit direktem Bezug zum Rahmenkonzept bewarb sich Gesundheit Berlin e. V. um die Trägerschaft des Projekts Beratungs- und Beschwerdestelle. Das eingereichte Konzept wurde danach in mehreren Sitzungen der Arbeitsgruppe diskutiert und von Gesundheit Berlin e. V. entsprechend überarbeitet. Nachdem der Haushaltsgesetzgeber die finanziellen Voraussetzungen geschaffen hatte, konnte die Berliner Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie – kurz BIP genannt – am 1. Juli 2010 ihre Arbeit in den Räumen im Bezirk Tempelhof-Schöneberg aufnehmen.

Der Ihnen vorliegende Bericht der BIP über die Arbeit im Jahr 2011 belegt aus meiner Sicht die gute Arbeit der dort tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In allen relevanten Fachgremien wurde dieser Bericht zwischenzeitlich vorgestellt, diskutiert und mit großer Unterstützung gewürdigt. Dabei wurde insbesondere vom fachlichen Beirat der BIP, aber auch vom Landespsychiatriebeirat empfohlen, nach einem Jahr Tätigkeitsbericht noch keine strukturellen Diskussionen zu führen. – Ein Beispiel wäre der Hinweis auf die Qualifikation der rechtlichen Betreuer im Versorgungssystem, da hierzu der Erfahrungszeitraum einfach viel zu kurz ist. – Später sind diese grundsätzlichen Diskussionen selbstverständlich zu führen.

Im Folgenden einige zentrale Aussagen aus dem Bericht – für diejenigen, die ihn schon gelesen haben, ist das eine Wiederholung. – Erstens: Der Bericht ist keine Good-Bad-Liste. Zweitens: Die Beschwerdeanzahl gibt nicht automatisch Auskunft über die Qualität der Arbeit der Institutionen oder des Leistungsgeschehens. Drittens: Das Gesamtbeschwerdeaufkommen bei der BIP liegt bei 468 Beschwerden im Berichtszeitraum. Das sind etwa 30 bis 40 Beschwerden pro Monat. Viertens: Psychiatrie und Angehörige bilden mit 83 Prozent den Schwerpunkt der Beschwerdeführer. Fünftens: 372 Beschwerden wurden abgeschlossen, davon 157 aus Sicht der Beschwerdeführer positiv. Sechstens: Insgesamt 165 Beschwerden bezogen sich auf die ambulante Versorgung, 162 auf die klinische Versorgung, 144 auf Ämter und Behörden, 56 auf Kostenträger und 47 auf das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem. Insgesamt ergibt sich aus den Beschwerden kein regionaler Schwerpunkt. Die Beschwerden berühren alle Bereiche der psychiatrischen Versorgung, mit Schwerpunkten im klinischen und ambulanten Behandlungsbereich.

Ich fasse den aktuellen Stand wie folgt zusammen. Erstens: In dem guten Jahr ihrer Arbeit hat sich die BIP einen sehr guten Namen im gesamten psychiatrischen Versorgungssystem gemacht. Zweitens: Die Erfahrungen aus der Beschwerdearbeit fließen konkret in die Arbeit der Leistungsanbieter ein. – Beispiele dafür wären die Beendigung einer videounterstützten Be-

handlung im klinischen Bereich, die Erstellung von Betreuungsvereinbarungen im Bereich der Wohnbetreuung – eine Initiative, die zurzeit insbesondere bei den Unternehmen und Vereinen, die beim Paritätischen Wohlfahrtsverband organisiert sind, läuft – und die Fortbildung durch die BIP für die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher. Drittens: Die Beschwerdearbeit erfolgt auch aus Sicht des Beirats der BIP auf einem hohen fachlichen Niveau und erfüllt vollumfänglich die konzeptionellen Anforderungen gemäß dem Konzept. Das betrifft sowohl die Transparenz, die Form der Dokumentation, das Arbeitshandbuch, das von der BIP erstellt worden ist und weiterentwickelt wird, die Fortbildungen sowie die parteiliche Beratung und Unterstützung von Beschwerdeführerinnen und -führern. Viertens: Die BIP hat ihre Arbeit in allen wichtigen Gremien des psychiatrischen Versorgungssystems vorgestellt, ihre Arbeit transparent gemacht und zur Diskussion aufgefordert. Das betrifft zum Beispiel den Arbeitskreis der bezirklichen Psychiatriekoordinatoren, aber auch den Landespsychiatriebeirat. Fünftens: Mit dieser Arbeit hat das psychiatrische Versorgungssystem einen wichtigen Baustein auch zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention mit Erfolg etabliert. Das betrifft die Stärkung der Rechte behinderter Menschen sowie ihre parteiliche Unterstützung und Information. Sechstens: Mit der BIP setzt Berlin ein deutliches Zeichen – auch in das Bundesgebiet hinein – für eine offene Psychiatrie, der Beschwerden nicht Last, sondern ein Anreiz für Qualitätsverbesserung sind. Siebtens: Die Inanspruchnahme sprengt schon nach einem Jahr die Kapazitäten dieses Angebots. Eine Stärkung der Kapazitäten in der direkten Beratung wäre angemessen.

Abschließend möchte ich festhalten, dass mit der Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie den sachkundigen Personen, den Patientinnen- und Patientenfürsprechern, den bezirklichen Gesundheitsämtern, den Kontakt- und Beratungsstellen und den Kammern der Ärzte und Psychotherapeuten in Berlin eine belastbare Infrastruktur für die Aufnahme individueller Beschwerden und die Information über das Versorgungssystem zur Verfügung steht. Ergänzt werden die Informationen durch die Wegweiser auf Landes-, aber in vielen Fällen auch auf bezirklicher Ebene.

Mit Schaffung der rechtlichen Grundlagen für die Besuchskommission – Stichwort: PsychKG – und der Etablierung eines Bausteins zur Schaffung von Transparenz auf der strukturellen Ebene erwarte ich eine weitere Steigerung in der Qualität des Berliner Behandlungs- und Versorgungssystems für psychisch erkrankte Menschen. – Vielen Dank für Ihr Interesse und Ihre Aufmerksamkeit!

**Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers:** Vielen Dank, Herr Beuscher! – Bitte, Frau Rossmannith!

**Petra Rossmannith (BIP):** Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrter Herr Senator! Ich möchte das nur noch um unsere Erfahrungen ergänzen. Ich bin ebenfalls sehr kurzfristig über diesen Termin informiert worden und habe deswegen auch keine Powerpoint-Präsentation vorbereitet.

Zu unseren Erfahrungen: Wichtig war zum einen die dialogische Ausrichtung des Teams. Für die Beschwerden war es wichtig, eine gute Erreichbarkeit zu gewährleisten und dass es möglich ist, sich anonym zu beschweren, dass eine zeitnahe Bearbeitung der Beschwerden möglich ist und dass es eine flexible Gestaltung der Beschwerdebearbeitung und individuelle Absprachen gibt. Es ist wichtig, dass das nicht ein standardisierter Vorgang ist mit möglichst vielen Formularen, die erst einmal ausgefüllt werden müssen, sondern dass wir flexibel darauf

eingehen können, wenn jemand sagt, dass er erst einmal vorbeikommen und uns kennenlernen möchte, wenn er sein Anliegen persönlich vortragen oder nur per Mail kommunizieren möchte und dass es möglich ist, eine Unterstützung anzubieten sowohl in unserem Namen, dass wir uns an Dritte wenden, als auch, dass wir dabei helfen, einen Beschwerdebrief im Namen des Beschwerdeführers zu schreiben.

Wir waren völlig überrascht von den hohen Beschwerdezahlen, weil von den Zahlen der bezirklichen Beschwerdestellen her, die wir vor der Eröffnung kannten, damit nicht zu rechnen war. Daher haben wir nach Eröffnung im Jahr 2011 den Schwerpunkt ausschließlich auf die Beschwerdebearbeitung gelegt. 2012 sind die Beschwerdezahlen gleichgeblieben. Es ist auch jetzt, im Jahr 2013, immer noch so, dass nach wie vor ca. 30 bis 40 Beschwerden pro Monat eingehen, davon nur ein sehr geringer Teil Beschwerden, wo Menschen sich mehrfach melden. Andere Beschwerdestellen in den Bezirken hatten z. T. die Schwierigkeit, dass sie von einigen wenigen Beschwerdeführern überrannt wurden. Das haben wir aber relativ gut geregelt, indem wir uns Standards gegeben haben, dass pro Person nur zwei Beschwerden zu einem Zeitpunkt möglich sind, also nicht jemand mit zehn Punkten gleichzeitig bei uns beraten werden kann. Dadurch kommen wir zu einer Fokussierung und verfolgen nur diese zwei Beschwerden, und dadurch gibt es relativ wenig Doppelbenennungen.

Der Fokus liegt auf der Sicherstellung der niedrigschwelligen Erreichbarkeit und darauf, dass wir während der Öffnungszeiten gut erreichbar sind und eine nachhaltige Beschwerdebearbeitung gewährleisten. Da ist es so, dass sich aufgrund des hohen Beschwerdeaufkommens die Bearbeitungszeiten der Beschwerden – durchschnittlich drei Monate – z. T. sehr in die Länge ziehen, u. a. weil wir es z. T. nicht beschleunigen können. Teilweise warten wir sehr lange, bis Beschwerdeempfänger sich zurückmelden oder auch bis wir nach der Beratung bei den Beschwerdeführern noch mal nachfragen können, wie die Beschwerde ausgegangen ist. Im weiteren Beschwerdeverlauf kommen wir dem oft nicht nach, und die Bearbeitungszeiten werden nach unserem Gefühl oft in die Länge gezogen. Es wäre wünschenswert, dass eine Beschwerde im Durchschnitt nach 60 Tagen abgeschlossen ist.

Gezeigt hat sich, dass es in der Zusammenarbeit mit den Trägern – wie Herr Beuscher es vorgestellt hat – interne Qualitätssicherungen gibt, dass wir aber oft viel Recherchearbeit leisten und nachfragen müssen, wer zuständig ist für die Beschwerden, dass oft – auch weil wir neu waren – Abklärungen notwendig waren, wie mit uns kooperiert wird, wie eine Zusammenarbeit ablaufen kann, aber oft auch innerhalb der Träger eine Klärung der Zuständigkeiten notwendig war. Infolgedessen gab es mit uns Kooperations- oder Beratungsgespräche zur Optimierung des Beschwerdemanagements oder des Umgangs mit Beschwerden. Es ist auch durchaus so, dass wir immer wieder auch von den Patientenfürsprechern die Rückmeldung kriegen, dass wir mit Beschwerdeführern immer wieder das Gespräch darüber führen müssen, wie sinnvoll Beschwerden sind und was damit erreicht werden kann. Wir müssen z. T. auch Motivationsarbeit leisten, um eine Beschwerde weiterzuverfolgen und sich für Rechte einzusetzen.

Wichtig ist eine Stärkung der Beschwerdeeinrichtung. Die Patientenfürsprecher werden oft nicht als durchsetzungsfähig wahrgenommen, oder die mangelnde Erreichbarkeit wird kritisiert. Genauso wird trägerinternes Beschwerdemanagement oft als nicht durchsetzungsfähig wahrgenommen, es entsteht dann eher das Gefühl, es wird einfach nur notiert, aber nichts damit gemacht.

Von den Zahlen her ist es so, dass wir uns bei über 40 Prozent der Beschwerden auch an Dritte gewandt haben. Das heißt, dass wir vermittelnd tätig wurden, dass wir aufsuchende Klärungsgespräche geführt haben mit den Beschwerdeführern und -empfängern. Das, was wir dann umsetzen, ist immer nur in ganz enger Abstimmung mit den Beschwerdeführern ge-



schehen. Bei weiteren 40 Prozent haben wir über Handlungsmöglichkeiten beraten, und bei 17 Prozent der Fälle wurde nur registriert.

Die Erfahrungen generell waren, dass wir oft eine große Dankbarkeit auch bei den Beschwerdeempfängern erlebt haben und auch eine Dankbarkeit in Bezug auf strukturelle Hinweise, die durch die Beschwerden gegeben wurden. Beispielsweise war oft noch gar nicht klar, unter welchen rechtlichen Gesichtspunkten ein Antrag auf Akteneinsicht bei Wohnbetreuung möglich ist, z. T. waren auch die formalen Bedingungen nicht geklärt, wie es jetzt möglich ist, die Akten an die Betreuten herauszugeben.

Herr Beuscher hat schon die Videoüberwachung angesprochen. Eine andere strukturelle Beschwerde, die durch einen rechtlichen Betreuer vorgetragen wurde, war der Zugang zu gesicherten Freiflächen während einer Zwangsunterbringung in einer psychiatrischen Klinik. Immer wieder tauchen Fragen zur Akteneinsicht in Krankenhäusern und zum Umgang mit Arztbriefen auf, und es stellt sich auch in unserer Arbeit immer wieder dar, dass da z. T. noch rechtliche Fragen geklärt werden müssen, bei denen wir mit aufwendiger Recherchearbeit um Antworten bemüht sind. Bei manchen Kliniken ist es z. B. so, dass sie den Arztbrief mit einem Stempel als Eigentum der Klinik deklarieren. Da gibt es Nachfragen von den Patienten, wie weit sie die Herausgabe mit den Kliniken absprechen müssen. Das sind Beispiele für rechtliche Fragen, die noch geklärt werden müssen oder in unserer Arbeit auftauchen.

**Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers:** Vielen Dank, Frau Rossmannith! – Dann kommen wir jetzt zur Aussprache. Zunächst hat sich Herr Isenberg gemeldet. – Bitte, Herr Isenberg!

**Thomas Isenberg (SPD):** Vielen Dank, Frau Rossmannith und Herr Beuscher, für den guten Bericht und das exzellente schriftliche Material! Ich bin auch von der Terminologie begeistert: „Produkte der Öffentlichkeitsarbeit“ – das ist ja mal neu für eine Sozialberichterstattung. Das finde ich schön und auch detailliert nach so kurzer Zeit. – Ich will jetzt nicht auf die Vernetzung mit dem PsychKG eingehen, darüber werden wir noch ausführlich diskutieren, auch über die Besuchskommission und sicherlich auch über die Frage, wie man die demokratische Kontrolle vielleicht noch optimieren kann.

Aber, Frau Rossmannith, drei Fragen an Sie – erstens: Könnten Sie noch mal kurz darstellen, mit welcher Personalausstattung die Arbeit bewältigt wird? Das Zweite: Sie sprachen von Parteilichkeit. Wird das auch wahrgenommen, dass sie parteilich sind? Ist das jetzt ein Zufall gewesen, dass Sie es gesagt haben, oder wird es auch aktiv kommuniziert? Also auf wessen Seite stehen Sie? Das Dritte: Bei der Evaluationsbefragung – Tabelle 7 auf Seite 16, die ich sehr beeindruckend finde mit immerhin 157 Rückläufern bei über 400 Fällen – sagen Sie, bei 51 von 157 Antworten habe sich das Verständnis des Beschwerdeführers verbessert. Schön! Nun kann es natürlich auch sein, dass es sich verbessert hat, ohne dass sich was geändert hat. „Beschwerde wurde dokumentiert“: 40. „Eine Einigung wurde erzielt.“ Was bedeutet das? Welche Qualität hat das? Hat sich in der Einigungserzielung auch die Rechtsposition des Beschwerdeführers verbessert? Das sagen Sie ganz klar für 17 Fälle. Und Sie sagen, die „übergeordnete Stelle hat positiv entschieden“. Mich interessiert die Quote des Materiellen, wo sich für den Beschwerdeführer rechtlich etwas verbessert hat. Wie würden Sie das beschreiben? Mit welchen Strategien kann man Ihrer Meinung nach in diesen harten Problemfällen die Anerkennungs- oder Durchsetzungsquote der individuellen Rechte der Betroffenen verbessern?

Was sind nach Ihrer Wahrnehmung die Erfolgsfaktoren des ersten Jahres? Ich finde das sehr gut, ich würde nur gern mal Ihre Einschätzung hören, wie Sie sich dem Thema nähern.

**Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers:** Vielen Dank, Herr Isenberg! – Herr Thomas, bitte!

**Heiko Thomas (GRÜNE):** Vielen Dank, Frau Rossmanith und Herr Beuscher! Ich muss vorweg sagen, dass mir der Bericht ausgesprochen gut gefallen hat, weil er auch für mich, der ich eher ein Außenstehender bin, aber wohl jemand, der wie wir alle, denke ich, relativ viele Einzelfälle hört, einen sehr guten Überblick bietet und sehr lesenswert ist. Man bekommt nicht nur einen quantitativen, sondern auch einen qualitativ guten Einblick, welche Problem-bereiche – sagen wir es vorsichtig – auch in der Psychiatrie in Berlin vorhanden sind.

Mich würde ergänzend zu der Frage von Herrn Isenberg interessieren: Herr Beuscher, ich glaube, Sie sprachen davon, dass nach einem Jahr die Kapazitätsgrenzen schon gesprengt sind. Was bedeutet das? Was wäre aus Ihrer Sicht notwendig, um adäquat und angemessen die anfallende Arbeit ausführen zu können? Daran schließt sich meine zweite Frage an: Sie haben in dem Bericht auch geschrieben, dass Sie sowohl einen Rechtsanwalt als auch einen Arzt haben. Ist da die Situation ausreichend? Insbesondere habe ich auch die Frage zum Thema Migrationshintergrund: Das sind doch erheblich viele. Es fällt aber auf, dass die Sprachdienste nur sehr marginal gebraucht werden. Auf der anderen Seite sind die Leistungen oder Angebote wohl auch gestrichen worden, wenn ich das richtig verstanden habe. Vielleicht können Sie da etwas aufklären bzw. sagen: Was ist da eigentlich notwendig? Sie schreiben auch, dass Sie die Communities vielleicht noch nicht ausreichend genug erreichen würden.

Dann würden mich die Standards interessieren, die Sie sich gesetzt haben, die ich sehr spannend finde. Haben die sich bewährt, auch nach den mittlerweile zwei Jahren Arbeit? Dann würde ich gern noch ein bisschen mehr zu der Frage hören: Wie reagieren die Einrichtungen, mit denen Sie da zu tun haben, auf die BIP? Sehen Sie da noch – Sie haben es angedeutet – konkrete Ergänzungsmöglichkeiten auch rechtlicher Natur? Sie haben jetzt Bereiche genannt. Aber was sind die Erwartungen an uns oder an den Senat, wie man diese rechtliche Klarstellung oder auch sonstigen Verbesserungen erreichen könnte?

Dann schreiben Sie, dass Sie zumindest 2011 einen als „offen“ bezeichneten Charakter vorgefunden haben bei den Stellen. Die Frage ist, wie sich das weiterentwickelt hat. Ist das geblieben? Stoßen Sie nach einer vielleicht positiven Erfahrung jetzt eher auf größere Akzeptanz oder eher auf eine größere Sorge: Um Gottes willen, jetzt kommen die von der BIP. Jetzt lasst uns lieber mal die Schotten dichtmachen!?

Dann würde mich interessieren – Herr Beuscher, Sie haben dazu schon relativ viel angedeutet –: Wir haben das PsychKG. Ja, das kommt noch. Aber wie sieht insgesamt Ihre Bewertung des Hilfe- und Beschwerdesystems in Berlin aus? Sie deuten ja auch an, dass es insbesondere im Bereich der Einzelfallhelfer durchaus noch Bedarf gibt. Wenn ich das richtig verstanden habe, wird da insbesondere bei den Professionellen sehr unterschiedlich reagiert. Hat sich das verstetigt, oder gibt es da andere Entwicklungen? Oder sind das tatsächlich Einzelfälle?

Herr Beuscher, Sie haben gesagt, dass man noch keine strukturellen Debatten führen sollte. Das finde ich auch völlig angemessen nach einem Jahr. Gleichwohl würden mich ein paar Bereiche interessieren, z. B. die aktuelle Situation. Kann man sagen, dass sich diese Tenden-

zen verstetigt haben? Ich nenne das Stichwort „Psychiatisierung“, also die ganze Frage Medikamentierung, Dosierung, zwangsweise Unterbringung ist für mich ein Bereich, die Frage der gutachterlichen Tätigkeiten, die Sie in Ihrem Bericht thematisieren, die Frage von Gewalt und sexuellem Missbrauch. Was mich konkret interessieren würde: War das ein Einzelfall mit dieser Videoüberwachung, wo Sie dann ja unangemeldet – wenn ich es richtig verstanden habe – mit der Krankenhausaufsicht reingegangen sind? Was mich noch interessieren würde, wäre die weitere Entwicklung im Zusammenhang mit der Schnittstellen- und Drehtürproblematik, insbesondere die somatischen Erkrankungen. Sie sprechen an der Stelle von „Pendelverkehr“. Hat sich das verstetigt, oder sehen Sie das als eher zufällig an? – Danke!

**Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers:** Vielen Dank! – Herr Kowalewski, bitte!

**Simon Kowalewski (PIRATEN):** Frau Rossmanith! Herr Beuscher! Vielen Dank auch von meiner Seite für den Bericht, auch für die schriftliche Abfassung! Was man auf jeden Fall raushört, ist, dass die BIP eine sehr wichtige Arbeit leistet in der Kommunikation der Betroffenen, der psychiatrieerfahrenen Menschen, mit den Einrichtungen. Die hohe Beschwerdezahl überrascht mich, ehrlich gesagt, nicht wirklich, denn dass eine Stelle, die zentral, unabhängig und auch mit einer guten Öffentlichkeitsarbeit arbeitet, mehr Fälle hat als bezirkliche Stellen, die vielleicht auch nicht ganz so gut zu finden waren, versteht sich von selbst. Das ist aber meiner Meinung nach gerade ein gutes Zeichen. Natürlich haben diese Beschwerden, zumindest diejenigen, die nicht völlig unbegründet waren, immer auch einen Hintergrund. Da ist in allererster Linie die Frage an den Senat, auch wenn Sie jetzt nicht direkt politische Empfehlungen abgeben, inwiefern Sie die einzelnen Punkte, die sich zumindest an manchen Stellen zu häufen scheinen, berücksichtigen und daraus dann vielleicht auch einzelne Ideen für Controllingverfahren entwickeln.

Der Bericht selber wird ab der Hälfte sehr lebendig durch die Beispiele, gerade auch das Beispiel mit der Videoüberwachung. Ich bin mir sicher, es gibt weitere Sachen, über die man etwas schreiben kann. Ich denke, den Bericht sollten viele Leute lesen, und vielleicht wird er auch anschaulicher, wenn man davon noch eine Kurzversion machen könnte und darstellen könnte: Das haben wir gemacht. Das fände ich sehr schön, denn dadurch würden vielleicht mehr Leute von Ihrer Arbeit erfahren und vielleicht auch die Anzahl von Beschwerden noch steigen. Wenn ich jetzt sehe, dass Sie im Rückblick leider auch 16 Fälle als „abgebrochen wegen Arbeitsüberlastung“ angegeben haben und es ja auch zu erwarten ist, dass Sie in den weiteren Jahren Ihrer Tätigkeit immer mehr frequentiert werden, weil es sich auch rumspricht, dass Sie da sind, dann frage ich Sie, ob Sie das Gefühl haben, mit den Mitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen, auszukommen, oder ob man noch an einer besseren personellen Ausstattung arbeiten oder mit Sachmitteln noch mal nachsteuern müsste. Ich bin sowieso überrascht, wie Sie das mit den Stellen, die Sie haben, so gut hinbekommen haben. Weiter so! Wir sind natürlich auch auf die weitere Entwicklung gespannt. Aber es scheint auf jeden Fall in die richtige Richtung zu gehen und tatsächlich Probleme aufzudecken und konkrete Vorschläge zu ermöglichen, wie man da weiterkommt und was man machen kann.

**Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers:** Vielen Dank, Herr Kowalewski! – Herr Ludewig, bitte!

**Gottfried Ludewig (CDU):** Auch herzlichen Dank von der CDU-Fraktion an die Vortragenden für die guten Informationen! Nach dem Fragenkatalog des Kollegen Thomas, der ja fast allumfänglich war, ganz kurz noch drei Punkte: Zum einen sprachen Sie, Herr Beuscher, auch

von der Kapazitätsauslastung. Mich würde interessieren, wie sich das konkret auswirkt, ob das auch mit diesen zwei Eingaben pro Person – Frau Rossmannith, das hatten Sie erwähnt – zusammenhängt, also ob die Beschränkung auf zwei Eingaben pro Person nur Kapazitätsgründe hat oder ob das auch den Grund hat, dass sonst möglicherweise der Vorgang insgesamt lahmgelegt werden könnte durch einzelne Personen. Zweitens würde mich diese ehrenamtliche Besuchskommission interessieren. Vielleicht könnten Sie noch etwas zur Zusammenarbeit, zur Zusammenstellung, zur Auswahl sagen, wie die Arbeit dort ist. Drittens würde mich hinsichtlich der Bekanntheit interessieren – also wie bekannt ist es eigentlich? –, ob Sie was dazu sagen könnten, wie Ihre Zusammenarbeit ist, was Ihre Werbe- und Informationsmaßnahmen sind. Ihre Tabellen sieht sind ja insgesamt sehr interessant. Auf die Frage: „Wie haben Sie von der BIP erfahren?“, antworten von 468 Fällen, glaube ich, 130 „durch andere“ und 243 „unbekannt“. Es wäre interessant zu erfahren, wie die Zusammenarbeit ist, insbesondere weil auch in dem Bericht steht, glaube ich, dass nach dem Tag der offenen Tür im Jahr 2011 ein Peak von Inanspruchnahme da war. Anscheinend gibt es einen klaren Zusammenhang zwischen der Öffentlichkeitswirksamkeit dieser Stelle, der Bekanntheit der Stelle und der Inanspruchnahme der Stelle. Wie bewerten Sie das? – Das wären die drei Fragen.

**Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers:** Vielen Dank, Herr Ludewig! – Dann hätte ich noch eine Frage. Vielleicht kann einer von Ihnen uns Auskunft darüber geben, wie viel psychiatrische Behandlungsfälle wir etwa im Jahr in Berlin haben, um einfach mal eine Relation zu bekommen. 468 Beschwerden waren das in den 16 Monaten seit Existenz der Beschwerdestelle. Können Sie eine Auskunft darüber geben – das fehlt mir nämlich in dem Bericht –, wie substanziell diese Beschwerden waren? Das wäre natürlich ein Hinweis: Haben wir hier ein Qualitätsdefizit, oder haben wir über diese Beschwerdestelle indirekt auch noch einen Beweis für die entsprechende Qualität? Beschwerde ist natürlich nicht Beschwerde. Gerade in dem Bereich und bei der – in Anführungsstrichen – Klientel relativiert sich ja auch manche Beschwerde einfach in der praktischen Erfahrung.

Jetzt hat sich Frau Burkert-Eulitz noch gemeldet. – Bitte!

**Marianne Burkert-Eulitz (GRÜNE):** Mich würde noch interessieren, wie viele der Beschwerden von geschlossen Untergebrachten nach PsychKG kamen, und wie viele es überhaupt im Land Berlin pro Jahr sind.

**Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers:** Vielen Dank, Frau Burkert-Eulitz! – Wer möchte jetzt beginnen? – Frau Rossmannith!

**Petra Rossmannith (BIP):** Ich fange mal bei der Frage nach den Beschwerden der geschlossen Untergebrachten an. Wir hatten 468 Beschwerden in zwölf Monaten. Die Zahlen beziehen sich ausschließlich auf das Jahr 2011. Im Jahr 2012 gab es Beschwerden von 12 Zwangsuntergebrachten, wo wir auch eine aufsuchende Beratung in den Psychiatrien gemacht haben.

Die Personalausstattung ist so, dass wir zwei Vollzeitstellen haben, die wir uns zu viert teilen. Davon machen drei Personen die Beschwerdebearbeitung. Das heißt, wir machen mit ca. 60 bis 70 Wochenstunden die Beschwerdebearbeitung. Parteilichkeit bedeutet, dass wir immer ganz klar parteilich für den Beschwerdeführer oder die Beschwerdeführerin arbeiten. Das äußert sich darin, dass wir immer klar und zielgerichtet versuchen, mit den Beschwerdeführern zu arbeiten: Über wen genau wollen sie sich beschweren und mit welchem Hintergrund?

Was genau ist passiert? Was würde für sie positiv dabei herauskommen? Was ist die Absicht ihrer Beschwerde? Was wollen sie erreichen? – Da beraten wir aber auch immer bezogen auf die Ressourcen.

Zur Frage nach der Begrenzung auf zwei Beschwerden: Wir legen den Fokus auf höchstens zwei Beschwerden, damit die Beschwerdeführer sich nicht selbst verzetteln. Wir beraten immer in Bezug auf uns bekannte mögliche Beschwerdewege, und zwar sinnvolle. Wir beraten, was sinnvoll ist oder nicht. Es kommt dann manchmal auch zum Abbruch der Beschwerdebearbeitung, weil wir sagen: Wir finden das nicht sinnvoll an dem Punkt. Es ist zwar möglich, hier z. B. eine Klage einzureichen, aber wir denken, das hat keine Aussicht auf Erfolg. Sie können das machen, aber wir unterstützen Sie darin nicht. – So sind dann zum Teil die Abgrenzungen, und die erleben wir auch als notwendig. Das hat nicht unbedingt etwas mit der Personalausstattung zu tun, sondern mit der Sinnhaftigkeit der Beschwerdebearbeitung.

Die Qualifizierung der Beschwerden ist so, dass wir im Jahr 2011 parallel zu der Beschwerdebearbeitung ein Dokumentationssystem aufbauen mussten, um der Dokumentation oder der Auswertung nachzukommen, und dabei die Kategorien entwickelt haben. Die Bewertung ist immer die aus Sicht der Beschwerdeführer. Das heißt, wir fragen sie am Ende, wie sie das wahrnehmen. Oder sie geben uns auch die Rückmeldung, ob sie das sinnvoll fanden oder nicht. Dann gibt es die Rückmeldung: Das Gespräch in der Klinik hat mir gar nichts gebracht, es hat mich noch hilfloser dastehen lassen. Ich bin zwar mit Ihrer Beratung zufrieden, oder ich fand Sie ganz nett, aber mit dem Ergebnis bin ich nicht zufrieden. – Das ist dann sozusagen die Zurückweisung. Es gibt auch das Gegenteil, dass gesagt wird: Das Gespräch hat mir was gebracht, mein Verständnis hat sich verbessert. Ich sehe jetzt, dass ich damals auch sehr anstrengend war und verstehe die Haltung der Ärzte besser. – Darüber löst es sich auf. Das heißt, „das Verständnis hat sich verbessert“. Zum Teil sind die Beschwerdeführer einfach damit zufrieden zu wissen, es ist dokumentiert worden, und es wird von uns sozusagen ins System zurückgemeldet. Die Kategorie „eine Einigung wurde erzielt“ bedeutet, dass der Beschwerde tatsächlich stattgegeben wurde vonseiten der Beschwerdeempfänger bei Kostenbewilligungen oder Ähnlichem. Bei „übergeordnete Stelle hat entschieden“ ist das Beispiel mit der Kameraüberwachung zu nennen, wo der Datenschutzbeauftragte des Landes Berlin das korrigiert hat und ein Brief an die Krankenhäuser ging, dass die Kameras entfernt werden müssen. „Einigung wurde erzielt“ ist der Fall, wenn z. B. bei einer Kostenübernahme, wo das Sozialamt erlassen hat, dass eine Eigenbeteiligung für das Betreute Wohnen notwendig ist, weil die Frau selber berufstätig ist und da ein Berechnungsfehler passiert ist, letztendlich die Eigenbeteiligung zurückgenommen wurde und nicht mehr notwendig war, weil tatsächlich einfach ein Übertragungsfehler passiert ist. „Position des Beschwerdeführers hat sich verbessert“: Das ist das, was wir z. T. intern oder die Beschwerdeführer uns als Psychiatisierung beschreiben. Sie sagen, die Wahrnehmung von ihnen ist über die Jahre der Betreuung hinweg in so ein Raster gerutscht, dass sie als Querulanten wahrgenommen wurden. Im Zusammenhang mit der Beschwerdebearbeitung konnte noch mal geklärt werden, was das Anliegen des Beschwerdeführers ist, was seine Wünsche sind. Der Beschwerdeempfänger konnte noch mal sein Bild überprüfen, und damit wurde wieder eine neue Arbeitssituation oder Vereinbarungssituation geschaffen und die Position hat sich verbessert. Das sind so Beispiele von dem, wie wir das bewerten.

Weiter zu den Kapazitätsgrenzen: Es ist schon so, dass wir noch eine Stelle für die Beschwerdebearbeitung brauchten. Es ist deutlich, dass wir, um die Beschwerdebearbeitung leisten zu

können und auch die internen qualitätssichernden Maßnahmen zu ergreifen, die man braucht, um solche Standardisierungen zu überarbeiten und sie auch einzuhalten, das jeweils gleich dokumentiert und bearbeitet wird und diese Standards auch so weiter fortgeführt werden. Um dem Beschwerdeaufkommen gerecht werden zu können, brauchte man deutlich mehr Kapazität in der Beschwerdebearbeitung.

Die Sprechstunden, die wir haben, werden genutzt, auch sehr häufig, sie sind aber in dem Umfang eigentlich ausreichend. Die rechtsanwaltliche Beratung findet nahezu ausschließlich zum Unterbringungs- und Betreuungsrecht statt. Sie wird oft für Medizinrechtsfragen angefragt. Aber da vermitteln wir auch an andere Stellen, weil es von der Erfahrung her oft angefragt wird, aber außer Acht gelassen wird, dass es gar keine ärztliche Aussage gibt, dass ein Fehler vorlag. Man brauchte erst mal ein ärztliches Gutachten, bevor ein Rechtsanwalt überhaupt beraten kann. Die Auskunft können wir ja auch geben. Da muss kein Rechtsanwalt sitzen, um zu sagen: Das kann ich medizinisch nicht einschätzen. Sie müssen erst ein ärztliches Gutachten erbringen. – Von daher vermitteln wir da teilweise oder haben diese Arztsprechstunde eingerichtet, wo dann eine ärztliche Gegenmeinung oder eine ärztliche Beratung eingeholt werden kann.

Zur Migrationsthematik: Es ist so, dass wir das nicht eingestellt haben, sondern auf Abruf bereit haben, dass wir immer, wenn der Bedarf da ist, Dolmetscher zur Hilfe holen, aber nicht mehr vor Ort bereitstellen. Dass wir das nicht mehr machen, lag an der mangelnden Nachfrage. Es hat sich einfach gezeigt, dass das Vor-Ort-Vorhandensein von Dolmetschern in der Form nicht nachgefragt wird. Das ist immer mal notwendig, aber dann meistens über eine Vermittlung. Wir haben jetzt Einlegeblätter in verschiedenen Sprachen in unsere Flyer gelegt, um den Personenkreis besser zu erreichen. Dann könnten wir das mit den Dolmetschern flexibel auch wieder aufstocken – eine dolmetschende Beratung. Prinzipiell wäre es gut, im Team jemanden mit Migrationserfahrung zu haben, um da eine andere Ansprechbarkeit zu haben.

Die Standards haben sich so weit bewährt. Sie sind größtenteils entstanden, um mit den hohen Beschwerdezahlen zurechtzukommen und uns eine klare Handlungssicherheit zu geben. Sie haben sich aber auch als Handlungssicherheit und auch für die Beschwerdeführer im Hinblick auf Transparenz bewährt, indem relativ klar ist: Wie arbeiten wir, nach welchen Grundsätzen arbeiten wir? Das gibt in dem doch oft turbulenten Gefüge einfach eine Handlungssicherheit.

Die Reaktion von Einrichtungen auf die BIP ist offen. Es gab von Anfang an Einrichtungen, die nicht kooperiert oder einfach gar nicht reagiert oder sehr unerfreut reagiert haben. Aber der größte Teil hat sehr offen reagiert, bemüht um eine Klärung und eine Kooperation, und das ist auch so geblieben.

Es gab die Nachfrage: Wie weit ist das wirklich substanziell, und wie weit gibt man den Beschwerdeführern nur noch mal ein neues Forum? Das begegnet uns auch bei den Beschwerdeempfängern. Es gibt auch einzelne Beschwerden, wo es schon deutlich wird, dass es sehr anstrengend war für alle Beteiligten inklusive uns und nicht wirklich sehr zielführend. Das sind nach meiner Einschätzung ganz wenige Beschwerden, und auch bei denen würde ich es so einschätzen, dass es trotzdem noch mal für beide Seiten, den Beschwerdeführer und die Beschwerdeempfänger, hilfreich war, das mit einer dritten Stelle noch mal abgeklärt zu haben, und dann wirklich eine Klarheit da ist: Jetzt arbeiten wir an dem Thema oder an der Beschwerde nicht mehr weiter.

Die Bewertung des vorhandenen Beschwerdesystems hat in der Umsetzung eine sehr gute Struktur, es braucht aber noch eine bessere Kooperation, zum Teil auch eine bessere fachliche Qualifizierung und eine bessere interne Vernetzung, vor allem aber auch von außen. – Das ist auch der Punkt, wie wir bekannt sind. – Oft wird zum Beispiel von Psychiatern in den Institutsambulanzen, von Mitarbeitern des psychiatrischen Hilfesystems an uns vermittelt und ganz selten, aber auch, wenn die Beschwerde sie selbst betrifft, sagen sie dann, sie wollen jemand Drittes dabei haben. Sie sagen: Bevor Sie zum Rechtsanwalt gehen oder das weiter eskaliert, gehen Sie erst einmal zur BIP, lassen sich da beraten und kommen dann damit wieder zu uns. Das passiert zwei-, dreimal. Häufig findet eine Vermittlung statt, wenn ein behandelnder Psychiater mitbekommt, dass aufgrund der psychiatrischen Geschichte ein Sorgerechtsverfahren in Gang kommt und er selbst im Verlauf dessen Fragen sieht. Er vermittelt dann an uns, weil er das im Rahmen seiner Tätigkeit nicht begleiten kann, aber denkt, dass dort eine Unterstützung notwendig ist, im Vergleich zu dem, was daraus erwächst. Es wird auch durch die UPD oder die Patientenbeauftragte, also durch andere Stellen, an uns vermittelt, die diese Beratungsarbeit oder unterstützende und aufsuchende Tätigkeit nicht in ihre Konzepte übernehmen können.

Gleichzeitig ist es so, dass wir oft die Rückmeldung bekommen: Gut, dass es Sie gibt, – und andererseits auch ganz oft, dass wir nicht überall bekannt sind. Es wird durchaus auch die Bitte an uns herangetragen, mehr Öffentlichkeitsarbeit zu machen, jedoch haben wir nach dem Tag der Eröffnung – es wurde auch nach der Korrelation zur Öffentlichkeitsarbeit gefragt –, über den dann auch in der Abendschau berichtet wurde, von uns aus jegliche Öffentlichkeitsarbeit eingestellt, weil klar war, dass wir das Beschwerdeaufkommen gar nicht bearbeiten können. Da kommt dann schon die Aufforderung: Machen Sie doch mehr Berichte oder – wie hier vorhin auch geäußert wurde – mehr auf Ihre Arbeit aufmerksam.

Zur Frage der Videoüberwachung, ob das ein Einzelfall war: Wir haben die Patientenfürsprecher noch einmal befragt, und zwar sowohl zum Stand der Kliniken als auch zur Umsetzung nach dem Schreiben des Datenschutzbeauftragten. Da gab es Rückmeldungen, die wir dann an die Krankenhausaufsicht weitergeleitet haben. Daraus lässt sich folgern, dass das – erstens – kein Einzelfall war und dass es – zweitens – zum Teil in manchen Kliniken immer noch eine ungeklärte Situation gibt, zu der Detailfragen bestehen, die eine spezifisch rechtliche Abklärung bräuchten.

Zum Thema sexueller Missbrauch gibt es unserer Auffassung nach tatsächlich einen Fall, bei dem sich das bestätigt hat, woraufhin die Geschäftsführung des Trägers entsprechende arbeitsrechtliche und sonstige Konsequenzen übernommen hat. Ansonsten ist es oft so, dass es selten benannt wird, oftmals in einer Grauzone verbleibt und die Beschwerdeführer sagen, das ist meine Wahrnehmung, das war meine Schilderung, die sich dann aber nicht unbedingt von der anderen Seite oder rechtlich bestätigen lässt.

**Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers:** Vielen Dank, Frau Rossmann! – Herr Beuscher!

**Heinrich Beuscher** (Landesbeauftragter für Psychiatrie): Ich werde versuchen, noch einiges zu ergänzen. Sie hatten gefragt, wie viele Fälle es im psychiatrischen Versorgungssystem gibt. – Das kann Ihnen leider keiner sagen. Ich habe eben dargestellt, dass wir ca. 40 000 Fälle pro Jahr im Bereich der klinischen Behandlung haben, aber diese Zahl bezieht sich nur auf die psychiatrischen Abteilungen und Kliniken. Hinzu kommen die psychosomatischen Ein-

richtungen, die wir im Land Berlin haben, sowie die Anteile, die andere somatische Krankenhäuser mit psychiatrischen Krankheitsbildern haben. Wir haben beim Krisendienst eine so nicht zu erwartende Entwicklung mit inzwischen über 60 000 Kontakten. Vor ca. zwei Jahren verzeichnete der Berliner Krisendienst noch 50 000 Kontakte. Wir haben keinerlei Kenntnisse über die Anzahl der ambulanten Behandlungen bei niedergelassenen Ärzten oder Psychotherapeuten, aber diese Menschen werden mit Abstand den größeren Anteil derjenigen in der Bevölkerung bilden, die eine medizinische bzw. therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen müssen.

Sie fragten nach der Anzahl der Unterbringungen. – Nach öffentlichem Recht kann ich Ihnen das sagen. Ausweislich der Gesundheitsberichterstattung durch Mitteilung der Sozialpsychiatrischen Dienste liegen wir in Berlin bei etwa 1 700 Öffentlich-Rechtlichen, also Unterbringungen nach dem PsychKG. – Den Maßregelvollzug können wir dabei außer Acht lassen, das ist eine eigene Welt. – Über die Anzahl der Menschen, die nach dem Betreuungsrecht untergebracht sind, liegen mir im Augenblick noch keine verlässlichen Zahlen vor. Wir sind dabei, gemeinsam mit den Kliniken genau diese Frage für die Zukunft zu klären und darzustellen, wie häufig die PsychKG-Unterbringungen in den Kliniken und wie häufig die BGB-Unterbringungen sind und in welchem Verhältnis diese zueinander stehen.

Zu Ihrer Frage, ob die Höhe der Beschwerdeanzahl überraschend ist. – Sie hat mich nicht überrascht. Ohne jegliche Wertung hätte ich mir sogar vorstellen können, dass es noch viel mehr Beschwerden in diesem großen System geben würde. Allein wenn ich überlege, dass über 10 000 Menschen in einer Wohnbetreuung oder in einer tagesstrukturierten Betreuung sind, ist diese Anzahl eigentlich relativ klein. Wie gesagt: Es ist keinerlei Bewertung dabei. Was mir jedoch alle Leistungserbringer, sowohl im klinischen Bereich als auch im Bereich der betreuten Wohnformen oder der Kontakt- und Beratungsstellen unisono mitgeteilt haben, das ist, dass die Arbeit der BIP sehr wohl überall wahrgenommen wird und in den meisten Situationen auch als Unterstützung und Entlastung empfunden wird. Deshalb noch einmal mein Hinweis, dass aus meiner Sicht die BIP in Berlin als Baustein im psychiatrischen Versorgungssystem dringend notwendig gewesen ist. Dass die Kapazitätsgrenze bei knapp 500 zu bearbeitenden Fällen und knapp zwei Mitarbeiterinnen langsam das erträgliche Maß überschritten hat, ist nachvollziehbar. Ich weiß, wie komplex die Beschwerden und ihre Bearbeitung häufig sind. Wir stehen oftmals im Austausch miteinander, das heißt, dass hin und wieder Beschwerdeführer zu mir kommen, sodass wir uns dann auch um deren Anliegen zu kümmern haben, insbesondere dann, wenn es um klinische Probleme geht – das klassische Thema sind die Überbetten auf dem Flur –, wo wir dann zusammen mit der Ordnungsbehörde und dem jeweils zuständigen Amtsarzt in den Kliniken einreiten und gucken: Ist die Situation sp? Aus welcher Situation heraus kam es zu dieser Überbelegung in der Klinik? Ist das ein grundsätzliches Problem? Wie kann man dort Abhilfe schaffen?

Die BIP wird durch Zuwendungen im IGP gefördert, und zwar in einer Größenordnung von 140 000 Euro pro Jahr. Das ist wahrlich keine üppige Finanzierung. Es liegt ein Antrag der BIP auf Erhöhung der Förderung vor. Wir müssen gucken, ob die Möglichkeit besteht, dass das im Rahmen der Haushaltsberatung aufgenommen werden kann, aber dazu kann und möchte ich mich zum jetzigen Zeitpunkt nicht weiter äußern.

Wichtig ist noch, dass die BIP nicht etwas Isoliertes ist, das wir aufbauen. Ich habe versucht, auf dieses sozialpsychiatrische Informations- und Beschwerdemanagement hinzuweisen, das



heißt, die BIP ist als Kernbaustein zu sehen, im Zusammenwirken mit den sachkundigen Personen, den psychiatrischen Patientenfürsprechern und den zukünftigen Besuchskommissionen. Hier soll die BIP zukünftig eine wichtige Rolle für die Besuchskommission mit übernehmen, nämlich eine Koordinierungs- und Geschäftsstellenfunktion, damit auch die Informationen zwischen den Besuchskommissionen, die sich mehr auf die strukturellen Fragestellungen im klinischen Bereich beziehen werden, dann auch mit den individuellen Beschwerden rückgekoppelt werden. Das Gleiche gilt für die sachkundigen Personen, die dem Konzept entsprechend Fortbildungs-, Koordinierungs- und Austauschangebote über die BIP erhalten sollen. Das heißt: Wenn wir diese Aufgaben noch dazudenken, dann wird es selbstverständlich mit dem Personalschlüssel für die BIP sehr eng. Grundsätzlich sehe ich die BIP perspektivisch als absolut notwendig für das psychiatrische Versorgungssystem an. Wir profitieren jetzt schon sehr gut, und wenn auch noch die anderen Bausteine funktionieren und zusammenwirken, dann werden die psychisch Kranken im Land Berlin noch besser davon profitieren können.

Es war die Frage gestellt: Gibt es eine Psychiatrisierung? – Ja, es gibt eine Stigmatisierung psychischer Krankheit – wie eh und je –, obwohl immer mehr Menschen bereit sind, sich zu ihrer Krankheit zu bekennen und zu sagen: Jawohl, ich habe eine Depression! Jawohl, ich bin suchtkrank! Ich begebe mich in bestimmte Prozesse hinein. – Trotzdem ist es Realität, dass ein Beinbruch oder eine Blinddarmoperation von Menschen einfacher wahrgenommen wird als eine psychische Erkrankung. Das heißt, es gibt eine Stigmatisierung, obwohl wir gerade durch die Antistigmaprogramme der letzten Jahre eine größere Offenheit in der Bevölkerung erreicht haben. – Ich hoffe, dass ich keine Frage ausgelassen habe. – Vielen Dank!

**Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers:** Vielen Dank, Herr Beuscher! – Es gibt keine weiteren Fragen. Damit können wir diesen Tagesordnungspunkt für heute beenden. Ich glaube, wir besprechen ihn noch einmal nach Vorliegen des Wortprotokolls. – Wollen wir so vorgehen? – [Heiko Thomas (GRÜNE): Der Senat will nichts sagen?] – Herr Czaja! Möchten Sie noch etwas sagen?

**Senator Mario Czaja (SenGesSoz):** Herr Beuscher ist auf diese Frage als Referatsleiter I B eingegangen und hat für den Senat gesprochen.

**Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers:** Dem wird jetzt nicht widersprochen, Herr Beuscher! – Vielen Dank, Frau Rossmanith und Herr Beuscher!

#### Punkt 4 der Tagesordnung

Vorlage – zur Beschlussfassung –  
Drucksache 17/0254

[0048](#)  
GesSoz

#### **Dreizehntes Gesetz zur Änderung des Allgemeinen Sicherheits- und Ordnungsgesetzes**

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 5 der Tagesordnung

**Verschiedenes**

Siehe Beschlussprotokoll.