

Mitteilung

der Landesregierung

Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz – PsychKHG) hier: Bericht der Ombudsstelle nach § 10 Absatz 4 PsychKHG

Landtagsbeschluss

Der Landtag hat am 12. November 2014 folgende Berichtspflicht in § 10 Absatz 4 PsychKHG aufgenommen (vgl. Gesetzesbeschluss Drucksache 15/6129):

Die Ombudsstelle berichtet dem Landtag mindestens einmal in der Legislaturperiode zusammenfassend über die Ergebnisse ihrer Tätigkeit nach den Absätzen 2 und 3. § 9 Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

Bericht

Mit Schreiben vom 7. Dezember 2018, Az.: 55-5451.4-100/1, berichtet das Ministerium für Arbeit und Soziales und Integration wie folgt:



Bericht

der Ombudsstelle beim Ministerium für Soziales
und Integration nach § 10 Abs. 4 PsychKHG

Dr. Hans-Joachim Weitz
30. November 2018

Berichtszeitraum:
1. März 2016 bis 30. November 2018

Inhalt

1. Einleitung	- 3 -
2. Die IBB-Stellen.....	- 5 -
a) Einrichtung der IBB-Stellen.....	- 5 -
b) Förderung der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen.....	- 5 -
c) Qualifizierung der Mitglieder der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen.....	- 6 -
d) Erfahrungsaustausch der IBB-Stellen.....	- 7 -
e) Beratung der IBB-Stellen durch die Ombudsstelle.....	- 8 -
f) Zusammenfassung aus den Jahresberichten der IBB-Stellen.....	- 9 -
3. Die Besuchskommissionen	- 12 -
a) Erfolgte Besuche.....	- 12 -
b) Zusammenfassung aus den Berichten der Besuchskommissionen.....	- 12 -
c) Ausrichtung eines jährlichen Treffens der Besuchskommissionen.....	- 15 -
d) Neuberufung der Besuchskommissionen.....	- 16 -
4. Das Melderegister gemäß § 10 Abs. 3 PsychKHG	- 18 -
a) Grundlagen der Erfassung und Auswertung.....	- 18 -
b) Erfasste und ausgewertete Daten.....	- 21 -
c) Synopse ausgewählter Daten 2015 bis 2017.....	- 33 -
d) Bewertung der erfassten Daten und Auswertungen.....	- 34 -
5. Fazit	- 37 -

1. Einleitung

Mit der Schaffung des am 1. Januar 2015 in Kraft getretenen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes (PsychKHG) wurde eine Ombudsstelle eingerichtet, deren Aufgaben und Tätigkeitsbereiche sich aus den §§ 9, 10 und 27 PsychKHG ergeben.

Zu den Aufgaben der Ombudsstelle zählt zunächst die Beratung der auf Ebene der Kreise gemäß § 9 PsychKHG geschaffenen Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen (nachfolgend: IBB-Stellen), welche Ratsuchenden Hilfestellung geben, § 10 Abs. 1 PsychKHG. Darüber hinaus erhält die Ombudsstelle gemäß § 9 Abs. 4 PsychKHG jährliche Erfahrungsberichte von den IBB-Stellen. Der vorgenannte Informationsaustausch soll es der Ombudsstelle ermöglichen, Impulse zur Weiterentwicklung und Verbesserung der psychiatrischen Versorgungsstruktur zu geben.

Weiter ist es Aufgabe der Ombudsstelle, die landesweite Erfassung von Unterbringungs- und Zwangsmaßnahmen in einem Melderegister sicherzustellen, § 10 Abs. 3 PsychKHG. Durch die Erfassung der Zwangsmaßnahmen soll eine möglichst hohe Transparenz hinsichtlich der mit Zwangsmaßnahmen verbundenen Grundrechtseingriffe gewährleistet werden. Darüber hinaus soll das Melderegister zur Qualitätssicherung in den nach dem PsychKHG anerkannten Einrichtungen (§ 14 PsychKHG) dienen.

Weiterhin erhält die Ombudsstelle gemäß § 27 Abs. 3 PsychKHG die Besuchsberichte der pluralistisch besetzten Besuchskommissionen, welche die anerkannten Einrichtungen alle 3 Jahre besuchen und dabei die Erfüllung der mit der Unterbringung verbundenen besonders grundrechtssensiblen Aufgaben überprüfen sollen.

Schließlich obliegt es der Ombudsstelle nach §§ 10 Abs. 4 und 27 Abs. 3 PsychKHG, dem Landtag mindestens einmal in der Legislaturperiode zusammenfassend über ihre Beratungstätigkeit gegenüber den IBB-Stellen, das Melderegister und die Ergebnisse der Arbeit der Besuchskommissionen zu berichten. Der Erfüllung dieser Pflicht dient der vorliegende Bericht.

- 4 -

Nachdem der erste Bericht der Ombudsstelle dem Landtag am 29. Februar 2016 vorgelegt wurde¹, ist dies der zweite Bericht. Er schließt an den ersten Bericht unmittelbar an und soll einen zusammenfassenden Überblick über die Zeit seit dem 1. März 2016 geben.

¹ Der erste Bericht wurde als LT-Drs. 15/8102 veröffentlicht.

2. Die IBB-Stellen

Die auf Ebene der Kreise angesiedelten IBB-Stellen sollen als dialogisch ausgestaltete Gremien Beschwerden und Anregungen von Betroffenen und deren Angehörigen mit dem Ziel einer einvernehmlichen Lösung bearbeiten und Auskünfte über geeignete Hilfs- und Unterstützungsangebote erteilen.

Den IBB-Stellen gehören gemäß § 9 Abs. 2 PsychKHG auch die in § 9 Abs. 1 PsychKHG gesetzlich verankerten Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher an. Die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher vertreten die Interessen von psychisch Kranken und deren Angehörigen sowohl im ambulanten als auch teilstationären und stationären Bereich und unterstützen diese angesichts der häufig komplexen Strukturen im psychiatrischen Versorgungssystem.

Betroffene und Angehörige können sich mit ihrem Anliegen wahlweise an die IBB-Stellen als solche oder auch ausschließlich an die Patientenfürsprecherin bzw. den Patientenfürsprecher wenden.

a) Einrichtung der IBB-Stellen

Zwischenzeitlich haben alle 44 Stadt- und Landkreise eine IBB-Stelle eingerichtet. Dabei verfügen 36 Stadt- und Landkreise jeweils über eine eigene IBB-Stelle, 8 Stadt- bzw. Landkreise haben von der in § 9 Abs. 2 S. 1 PsychKHG vorgesehenen Möglichkeit einer kreisüberschreitenden Kooperation Gebrauch gemacht und jeweils gemeinsam mit einem weiteren Stadt- bzw. Landkreis eine IBB-Stelle eingerichtet, so dass es landesweit 40 IBB-Stellen gibt.

b) Förderung der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen

Das Ministerium für Soziales und Integration förderte im Berichtszeitraum auch weiterhin den Aufbau und den Betrieb der IBB-Stellen mit einem jährlichen Zuschuss an die Stadt- und Landkreise.

Voraussetzung der Förderung ist unter anderem, dass die jeweilige Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle entsprechend den gesetzlichen Vorgaben des PsychKHG ausgestaltet ist und die Gesamtfinanzierung der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle gesichert ist. Weitere Einzelheiten der Förderung sind in der Verwaltungsvorschrift des Ministeriums für Soziales und Integration zur Förderung der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen vom 11. November 2015 (GABI. 2015, 934) geregelt.

- 6 -

Seit dem Jahr 2016 beträgt die Höhe des jährlichen Zuschusses 14.500 Euro pro Stadt- und Landkreis. Im Jahr 2016 haben 43, in den Jahren 2017 und 2018 alle 44 Stadt- und Landkreise eine Förderung beantragt. In allen Fällen wurde die Förderung durch das Ministerium für Soziales und Integration gewährt.

Nachdem in der Vergangenheit nicht alle Stadt- und Landkreise die Förderung vollumfänglich verwenden konnten, kam es für die Jahre 2016 und 2017 zu entsprechenden Rückforderungen seitens des Ministeriums für Soziales und Integration. Die nicht vollumfängliche Verwendung der Fördermittel lag vor allem darin begründet, dass einzelne IBB-Stellen erst im Laufe der genannten Jahre errichtet wurden. Durch die sukzessive Arbeitsaufnahme der IBB-Stellen gingen die Rückforderungen im Jahr 2017 im Vergleich zu 2016 auch erheblich zurück. Für das Jahr 2018 liegen noch keine Zahlen zu etwaigen Rückforderungen vor, da die Verwendungsnachweise für Aufwendungen im Jahr 2018, welche die Grundlage der Berechnung bilden, erst 2019 von den Stadt- und Landkreisen eingereicht werden können.

c) Qualifizierung der Mitglieder der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen

Um neuen Mitgliedern der IBB-Stellen den Einstieg in ihre Tätigkeit zu erleichtern und die Qualität der Tätigkeit langfristig zu sichern, hat das Ministerium für Soziales und Integration ein speziell für die IBB-Stellen eingerichtetes und von der Ombudsstelle betreutes Qualifizierungsprogramm entwickelt.² Aufgrund der großen und positiven Resonanz wurde dieses Programm fortgeführt und inhaltlich ausgeweitet.

Neben dem Grundkurs, dessen Einzelheiten bereits im Erstbericht der Ombudsstelle näher dargestellt sind,³ wurde ein Vertiefungskurs konzipiert, angeboten und erstmals Anfang 2018 erfolgreich durchgeführt.

Im Rahmen des Vertiefungskurses werden unter anderem die im Grundkurs der Qualifizierungsmaßnahme erlernten Grundlagen der Kommunikation und Gesprächsführung ausgebaut. Die Teilnehmenden erhalten im Rahmen des Vertiefungskurses unter anderem die Möglichkeit, verschiedene Gesprächssituationen, die für ihre neue Aufgabe und Funktion typisch sind, zu üben und dadurch ihre Kommunikationsfähigkeit und ihre Fähigkeit zur Konfliktlösung zu verbessern. Darüber hinaus werden praktische Fallbeispiele geübt und schwierige Fallkonstellationen besprochen, sodass ein enger Praxisbezug zur Tätigkeit der IBB-Stellen besteht. Der Vertiefungskurs gibt den Teilnehmenden darüber hinaus die

² Siehe hierzu auch den ersten Bericht der Ombudsstelle LT-Drs 15/8102 S. 6.

³ LT-Drs 15/8102 S. 6.

- 7 -

Möglichkeit zu einem engen Austausch und ermöglicht zudem die Vernetzung der IBB-Stellen untereinander.

Insgesamt trägt das Fortbildungsprogramm neben der Qualitätssicherung und -verbesserung auch maßgeblich dazu bei, dass Psychiatrie-Erfarene und Angehörige psychisch Kranker, welche nach § 9 Abs. 2 S. 3 PsychKHG den IBB-Stellen angehören sollen, sowohl von den übrigen an den IBB-Stellen beteiligten Personen, wie Pateintenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher als auch von den Psychiatrieplanerinnen und Psychiatrieplanern der Kreise als gleichberechtigte Gesprächs- und Handlungspartner wahrgenommen und wertgeschätzt werden.

Die Kosten des Qualifizierungsprogramms wurden vom Ministerium für Soziales und Integration komplett übernommen, sodass die Qualifizierung für die Teilnehmenden kostenfrei war.

Seit 2016 fanden 8 Grundkurse mit insgesamt 32 Modulen und 3 Vertiefungskurse mit insgesamt 3 Modulen statt. Insgesamt konnten vom Ministerium für Soziales und Integration über 130 Zertifikate für die erfolgreiche Teilnahme an den Grund- und Vertiefungskursen ausgestellt werden.

Die Rückmeldungen seitens der Kursteilnehmer zu den Grund- und Vertiefungskursen waren ganz überwiegend sehr positiv, weshalb auch 2019 das Fortbildungsprogramm fortgesetzt werden wird.

d) Erfahrungsaustausch der IBB-Stellen

Zur Stärkung der Arbeit der IBB-Stellen hat das Ministerium für Soziales und Integration in den Berichtsjahren 2016 und 2017 Vertretungen aller IBB-Stellen zu einem gemeinsamen Treffen mit der Ombudsstelle nach Stuttgart eingeladen. Neben dem Erfahrungsaustausch dienten die Treffen auch der Identifizierung individueller und struktureller Probleme und der Weiterentwicklung der IBB-Stellen. Das Treffen im Jahr 2018 soll am 3. Dezember 2018 stattfinden.

Zusätzlich zu dem vom Ministerium für Soziales und Integration veranstalteten Treffen haben die IBB-Stellen selbst eine Landesarbeitsgemeinschaft IBB-Stellen (LAG IBB) ins Leben gerufen, welche ihrerseits jährlich zu einem Erfahrungsaustausch einlädt und die Ombudsstelle über die Ergebnisse des Treffens informiert.

e) Beratung der IBB-Stellen durch die Ombudsstelle

Die Ombudsstelle hat in den Berichtsjahren 2016 bis 2018 mit ihrer Beratungstätigkeit auch weiterhin den Aufbau der IBB-Stellen unterstützt.⁴

Darüber hinaus wurden die IBB-Stellen durch die Ombudsstelle in zahlreichen Fällen zu unterschiedlichsten rechtlichen und tatsächlichen Fragestellungen beraten. Die Spannweite der Beratung war dabei sehr groß und umfasste beispielsweise Fragestellungen aus dem Verwaltungsrecht, Datenschutzrecht, Steuerrecht, Strafrecht und Zivilrecht.

Auch wenn zahlreiche Anfragen der IBB-Stellen individuelle Fallgestaltungen betrafen und sich insoweit keine bestimmten typischen Themenkomplexe herausgebildet haben, gab es drei Themenbereiche, zu welchen vermehrt Anfragen an die Ombudsstelle gestellt wurden:

- (1) Ein erster Themenbereich war die Einrichtung der IBB-Stellen und hierbei insbesondere die Rechte und Pflichten der Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiter der IBB-Stellen. Es stellten sich insoweit vor allem verwaltungsrechtliche Fragen, beispielsweise betreffend die Bestellung von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Mehrere Anfragen betrafen auch direkt oder indirekt die in § 9 Abs. 2 PsychKHG genannte Unabhängigkeit der IBB-Stellen und die sich hieraus in der Praxis ergebenden Folgen. Weitere Anfragen betrafen organisatorische Angelegenheiten, wie den Rechtscharakter und Inhalt einer zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Arbeit für die IBB-Stellen erstellten „Geschäftsordnung“⁵, Mitsprachemöglichkeiten bei der Verwendung der Fördermittel des Ministeriums für Soziales und Integration, die Transparenz der Verwendung der Mittel sowie Vorgaben zum organisatorischen Rahmen.
- (2) Ein weiterer Themenkomplex, zu dem vermehrt Anfragen an die Ombudsstelle gerichtet wurden, hatte die Umsetzung der seit dem 28. Mai 2018 geltenden Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) zum Gegenstand, wobei hier in rechtlicher wie tatsächlicher Hinsicht das Problem auftrat, dass für die auf Ebene des Kreises angesiedelten IBB-Stellen primär die Kreise, bzw. in den Fällen, in denen sich die Kreise eines gemeinnützigen Trägers der Wohlfahrtspflege bedienen, letztere für die Umsetzung und Wahrung der DS-GVO primär zuständig sind, so dass die IBB-Stellen regelmäßig zur Abstimmung vor Ort an die jeweiligen Stellen verwiesen wurden.

⁴ Siehe hierzu auch den ersten Bericht der Ombudsstelle LT-Drs 15/8102 S. 6 und 7.

⁵ Siehe zur Geschäftsordnung auch den ersten Bericht der Ombudsstelle LT-Drs 15/8102 S. 6 und 7.

(3) Schließlich erreichten die Ombudsstelle auch mehrere Anfragen zu dem Verhältnis zwischen IBB-Stelle und Patientenfürsprecherin beziehungsweise Patientenfürsprecher. Hierbei ging es vornehmlich darum, dass kein hinreichender Austausch oder keine hinreichende Zusammenarbeit zwischen Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher – welche gemäß § 9 Abs. 2 PsychKHG Mitglieder der IBB-Stelle sind – und der übrigen IBB-Stelle stattfand. In tatsächlicher Hinsicht wurde das vorgenannte Problem auch daran erkennbar, dass in den der Ombudsstelle vorgelegten Jahresberichten in Einzelfällen nur wenige oder keine Informationen zur Tätigkeit der jeweiligen Patientenfürsprecherin bzw. des jeweiligen Patientenfürsprechers enthalten waren⁶. Nachdem in Fällen der vorgenannten Art von der Ombudsstelle gegenüber den Beteiligten regelmäßig auf die grundsätzliche, in § 9 Abs. 3 S. 2 PsychKHG vorgesehene Vorgabe, Eingaben nach Möglichkeit im gleichberechtigten Zusammenwirken aller Gremiumsmitglieder und damit dialogisch, einer Lösung zuzuführen,⁷ hingewiesen wurde, wird abzuwarten sein, inwieweit sich dieses Problem in der Zukunft erledigen wird.

Im Zusammenhang mit der Beratungstätigkeit der Ombudsstelle ist hervorzuheben, dass sich mitunter auch die Psychiatrieplanerinnen und Psychiatrieplaner der Kreise mit rechtlichen wie tatsächlichen Anliegen an die Ombudsstelle gewandt haben. Hierbei ging es primär um organisatorische und rechtliche Fragen im Zusammenhang mit der Errichtung und dem Unterhalt der IBB-Stellen. In Gesprächen mit den Psychiatrieplanerinnen und Psychiatrieplanern ist der Ombudsstelle auch mitgeteilt worden, dass die Errichtung und der Betrieb der IBB-Stelle auf Seiten der Psychiatrieplanerinnen und Psychiatrieplanern zu einer nennenswerten Arbeitsmehrbelastung geführt haben.

f) Zusammenfassung aus den Jahresberichten der IBB-Stellen

Gemäß § 9 Abs. 4 PsychKHG berichten die IBB-Stellen der Ombudsstelle einmal jährlich zusammenfassend über ihre Tätigkeit. Aus diesen Berichten lässt sich das Folgende festhalten:

Alle IBB-Stellen werden in Anspruch genommen, die Resonanz kann insgesamt als sehr gut bezeichnet werden. So wurden 2017 landesweit über 2.500 Fälle von den IBB-Stellen bearbeitet. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass 3 IBB-Stellen

⁶ In diesen Fällen wurden die Informationen von der Ombudsstelle nachgefordert.

⁷ Die Möglichkeit des dialogischen Zusammenwirkens besteht nicht in Fällen, in denen sich der Ratsuchende an die Patientenfürsprecherin beziehungsweise den Patientenfürsprecher gewendet hat, die Weitergabe personenbezogener Daten erforderlich ist und der oder die Ratsuchende hierzu keine Einwilligung erteilt hat, § 9 Abs. 3 S. 3 PsychKHG.

erst 2018 und weitere 7 IBB-Stellen erst im Verlauf des Jahres 2017 ihre Tätigkeit aufgenommen haben. Ferner ist zu beachten, dass ein Vergleich der Jahresberichte 2016 und 2017 ergeben hat, dass die überwiegende Anzahl der IBB-Stellen im zweiten Jahr des Bestehens höhere Fallzahlen aufwiesen, als im ersten Jahr, woraus gefolgert werden kann, dass es zunächst eine Anlaufphase gibt, in welcher sich eine IBB-Stelle etabliert.

Ein Vergleich der Fallzahlen der einzelnen IBB-Stellen untereinander zeigt ein breites Spektrum, welches von keinem Fall, beispielsweise, wenn die IBB-Stelle erst spät im Jahr der Errichtung ihre Tätigkeit aufgenommen hat, bis hin zu über 200 Fällen reicht. Als Ursachen hierfür kommen neben dem vorgenannten Faktor der Anlaufphase zusätzlich die Einwohnerzahl des jeweiligen Kreises, für den die IBB-Stelle zuständig ist, in Betracht. Weitere relevante Faktoren dürften darüber hinaus das Vorhandensein von großen psychiatrischen Versorgungseinrichtungen und eine städtische oder ländliche Prägung sein.

Ausweislich der Jahresberichte wurden die IBB-Stellen absolut überwiegend von Betroffenen und Angehörigen von Betroffenen kontaktiert. Vereinzelt erfolgten die Kontaktaufnahmen auch durch Ärztinnen und Ärzte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Versorgungseinrichtungen und Behörden.

Hinsichtlich der von den IBB-Stellen behandelten Themen lag der Schwerpunkt überwiegend auf Fragen zur Behandlung, beispielsweise betreffend die Medikation, zur zivilrechtlichen Betreuung, zu Hilfsangeboten und zur Unterstützung bei Behördenangelegenheiten. Im Hinblick auf ratsuchende Angehörige war der Umgang mit einer erkrankten Person ein häufiger auftretendes Thema. Seltener wurden die IBB-Stellen wegen Zwangsmaßnahmen kontaktiert. Vereinzelt kam es auch zu Anfragen im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz und der Wohnungssuche.

Anhand der Jahresberichte wurde auch deutlich, dass sich zahlreiche der nahezu ausschließlich ehrenamtlich tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der IBB-Stellen auch über die Informations-, Beratungs- und Beschwerdebearbeitungstätigkeit hinaus für den Erfolg der IBB-Stellen eingesetzt haben. Dieses besondere Engagement umfasste unter anderem die Öffentlichkeitsarbeit, beispielsweise durch Interviews mit der Presse, das Erstellen und Betreuen von Webseiten sowie den Besuch von Versorgungseinrichtungen und Veranstaltungen mit dem Ziel, die IBB-Stellen noch bekannter zu machen.

Soweit sich aus den Jahresberichten ergab, dass einzelne Positionen in einer IBB-Stelle – beispielsweise wegen des Ausscheidens eines Mitglieds – vakant geworden waren, unterstützte die Ombudsstelle nach Rücksprache mit dem Kreis diesen bei

- 11 -

der Suche nach einer geeigneten Nachfolgerin beziehungsweise einem geeigneten Nachfolger.

3. Die Besuchskommissionen

Gemäß § 27 Abs. 1 PsychKHG hat das Ministerium für Soziales und Integration Besuchskommissionen einzurichten, die mindestens alle drei Jahre die insgesamt 32 psychiatrischen Einrichtungen⁸ besuchen und daraufhin überprüfen, ob die mit der Unterbringung verbundenen besonderen Aufgaben erfüllt werden.

Dementsprechend wurden nach Inkrafttreten des PsychKHG vier Besuchskommissionen – je eine pro Regierungsbezirk – gebildet und in der zweiten Jahreshälfte 2015 berufen.⁹

Die ersten Besuche erfolgten ab Februar 2016. Die Amtszeit der derzeitigen Besuchskommissionsmitglieder wird zum 31. Dezember 2018 enden, entsprechende Neuberufungen zum 1. Januar 2019 sind erfolgt.¹⁰

a) Erfolgte Besuche

Seit ihrer Berufung haben die Besuchskommissionen bisher insgesamt 29 anerkannte Einrichtungen besucht.¹¹

In einem Fall wurde – im allseitigen Einvernehmen – neben der als „anerkannten Einrichtung“ geführten Klinik auch eine weitere Klinik besucht, welche selbst keine „anerkannte Einrichtung“ i.S.d. § 14 PsychKHG ist und damit auch nicht den Vorschriften des PsychKHG unterfällt.¹² Dies zeigt, dass die mit den Besuchen der Besuchskommissionen verbundene Kontrollfunktion auch außerhalb des Anwendungsbereichs des PsychKHG den Betroffenen zugutekommt.

b) Zusammenfassung aus den Berichten der Besuchskommissionen

- i) Nachdem die Besuchskommissionen gemäß § 27 Abs. 3 S. 1 PsychKHG nach einem Besuch eine Frist von 3 Monaten haben, um den entsprechenden Besuchsbericht zu erstellen, lagen der Ombudsstelle für den Berichtszeitraum 26 Berichte vor.¹³

Dabei erhielten neben der Ombudsstelle auch die Regierungspräsidien als Aufsichtsbehörden der besuchten Einrichtungen die jeweiligen Besuchsberichte. Soweit die besuchten Einrichtungen über einen Maßregelvollzug verfügten,

⁸ Nachdem zwei psychiatrische Einrichtungen über jeweils zwei anerkannte Einrichtungen i.S.d. § 14 PsychKHG verfügen, gibt es insgesamt 34 anerkannte Einrichtungen. Siehe hierzu auch Fn. 42.

⁹ Siehe hierzu auch den ersten Bericht der Ombudsstelle LT-Drs 15/8102 S. 9.

¹⁰ Siehe hierzu auch unten sub 3.d).

¹¹ Ein weiterer Besuch soll im Januar 2019 stattfinden.

¹² Sowohl die als anerkannte Einrichtung geführte Klinik, als auch die weitere besuchte Klinik waren Kliniken des gleichen Krankenhauses.

¹³ Drei Besuche erfolgten im Oktober und November 2018 und damit innerhalb der gesetzlichen 3-Monatsfrist für die Vorlage des Besuchsberichts.

erhielt zusätzlich auch das Ministerium für Soziales und Integration, welches gemäß § 35 PsychKHG die Aufsicht über den Maßregelvollzug innehat, die entsprechenden Besuchsberichte. Schließlich wurde der jeweilige Besuchsbericht auch der besuchten Einrichtung zur Verfügung gestellt.

- ii) Die absolut überwiegende Zahl der Berichte war im Ergebnis positiv.¹⁴ Gleichwohl enthielten zahlreiche Berichte auch Verbesserungsvorschläge oder Kritik. Im Einzelnen lässt sich aus den Berichten das Folgende zusammenfassen:

- Zwangsmaßnahmen

Konkret wurden in den Berichten häufiger Mängel im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen aufgeführt: So wurde in 10 Berichten beanstandet, dass bei Fixierungen nicht in jedem Fall eine 1:1 Betreuung erfolge. In zwei Berichten wurde gerügt, dass das Zimmer, in welchem die Fixierungen durchgeführt werden, für Dritte einsehbar sei. In zwei Berichten wurde bemängelt, dass Fixierungen im Flur erfolgt seien.

Im Hinblick auf die Isolierung wurde in zwei Berichten beanstandet, dass es kein gesondertes Isolierzimmer gebe. Ebenfalls in zwei Berichten wurde gerügt, dass das Isolierzimmer „nicht vandalismussicher“ sei bzw. die oder der Isolierte sich an dem im Isolierzimmer befindlichen Heizkörper verletzen könne.

- Bauliche Gegebenheiten

In fünf Berichten wurden die baulichen Gegebenheiten des bzw. der Gebäude der besuchten Einrichtung etwa wegen beengter Räumlichkeiten oder dem Fehlen eines Besuchszimmers bemängelt. In vier Berichten war der Außenbereich Gegenstand von Beanstandungen, da der Zugang zu diesem entweder erschwert oder der Außenbereich nicht bzw. nicht ausreichend vorhanden war.

Demgegenüber wurden in zwölf Berichten die baulichen Gegebenheiten der besuchten Einrichtungen gelobt. So wurden unter anderem großzügige Patientenzimmer, schöne Außenbereiche und eine gute Lichtdurchflutung positiv hervorgehoben.

- Fortbildungsmöglichkeiten

Im Hinblick auf Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten für das Personal der anerkannten Einrichtungen wurde in drei Berichten bemängelt, dass es zu

¹⁴ Oft wurde den besuchten Einrichtungen attestiert, dass sie einen „guten“ oder „sehr guten“ Gesamteindruck gemacht hätten.

wenige Deeskalationskurse gebe bzw. die Fortbildungsmöglichkeiten nicht ausreichend seien.

Demgegenüber wurde in der Mehrzahl der Berichte die guten Fortbildungsmöglichkeiten und die hohe Qualität der Weiterbildung positiv hervorgehoben.

- Belegung/Personalsituation

Eine an der Belastungsgrenze angesiedelte Belegung, teilweise sogar eine Überbelegung und in diesem Zusammenhang eine nicht ausreichende Personaldecke wurde in sieben Berichten erwähnt. Die erwähnte Personalknappheit dürfte auch die Ursache dafür sein, dass – wie ausgeführt – nicht bei jeder Fixierung eine 1:1 Betreuung erfolgen konnte.

Gleichwohl wurde trotz der Personalsituation, welche insbesondere für das ärztliche und pflegerische Personal regelmäßig eine weitere Belastung darstellt, in zahlreichen Berichten das den Patienten zugewandte, wertschätzende und engagierte Handeln des ärztlichen wie pflegerischen Personals positiv hervorgehoben.

- Weitere Beanstandungen

In einigen Berichten wurde ausgeführt, dass die besuchten Einrichtungen ihre Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige nicht auf die IBB-Stellen hinweisen. Hierbei ist zu beachten, dass die IBB-Stellen, wie sub 2. ausgeführt, erst sukzessive in den Jahren 2016 bis 2018 eingerichtet wurden, so dass ein solcher Verweis seitens der Einrichtung jedenfalls teilweise noch nicht möglich war.

Die übrigen festgestellten Beanstandungen waren ganz überwiegend unterschiedlicher Art und betrafen beispielsweise das Beschwerdemanagement, Dokumentationsmängel oder ein nicht hinreichend transparentes System für Lockerungsstufen.

Insgesamt lässt sich aus den vorstehenden Punkten ableiten, dass – gegebenenfalls mit Ausnahme der nicht immer gewährleisteten 1:1 Betreuung bei Fixierungen und der damit in Verbindung stehenden Personalknappheit – sich ein einheitliches, klinikübergreifendes Bild bei den Beanstandungen nicht hinreichend scharf zeichnen lässt. Vielmehr handelt es sich bei den vorgenannten, von den Besuchskommissionen getroffenen Feststellungen, überwiegend um individuelle Gegebenheiten der besuchten Einrichtungen. Dies gilt umso mehr, als dass innerhalb eines Berichts beispielsweise sowohl positive Begebenheiten (ansprechende Räumlichkeiten) als auch negative

Begebenheiten der gleichen Kategorie (kein ausreichender Außenbereich) zu einer Einrichtung aufgeführt wurden.

- iii) Soweit es in Einzelfällen zu Beanstandungen kam, nahm die Ombudsstelle Kontakt mit den jeweils zuständigen Aufsichtsbehörden auf, um die Angelegenheit zu erörtern und um weitere Veranlassung zu bitten.¹⁵

Darüber hinaus hat die Ombudsstelle in mehreren Fällen auch direkt Kontakt mit der besuchten Einrichtungen aufgenommen, um Anliegen aus dem Besuchsbericht zu erörtern und einer Lösung zuzuführen.¹⁶

Unabhängig von der Tätigkeit der Ombudsstelle wandte sich eine Besuchskommission in einem Fall auch direkt an die Behörde um ein Problem zu lösen.

Nicht unerwähnt soll bleiben, dass die Ombudsstelle in mehreren Fällen auch feststellen konnte, dass die Kliniken nach dem Besuch noch Kontakt mit der Besuchskommission aufnahmen, beispielsweise um mitzuteilen, dass man dabei sei, gerügte Mängel abzustellen.

Ebenso erhielt die Ombudsstelle sowohl von Kliniken als auch von den Aufsichtsbehörden Rückmeldungen betreffend die Beseitigung etwaiger Beanstandungen.

Nachdem die Besuchskommissionen bald den ersten Turnus ihrer Besuche abgeschlossen haben werden¹⁷, wird abzuwarten sein, inwieweit die aufgezeigten Beanstandungen nachhaltig beseitigt wurden.¹⁸

c) Ausrichtung eines jährlichen Treffens der Besuchskommissionen

Das Ministerium für Soziales und Integration lud im Berichtszeitraum die Mitglieder der Besuchskommission einmal jährlich zu einem Treffen ein, in welchem zum einen Organisatorisches und Fragen, welche im Zusammenhang mit der Arbeit der Besuchskommissionen aufgetreten sind, besprochen wurden und zum anderen die Möglichkeit eingeräumt wurde, sich mit Mitgliedern der übrigen Besuchskommissionen auszutauschen, um auf diese Weise von den unterschiedlichen Erfahrungen profitieren zu können. Das nächste Treffen der Besuchskommissionen soll im Februar 2019 stattfinden.

¹⁵ Die Ombudsstelle hat – anders als die Aufsichtsbehörden – selbst keinerlei rechtliche Einwirkungsmöglichkeit auf die besuchten Einrichtungen.

¹⁶ Siehe Fn. 15

¹⁷ Gemäß § 27 Abs. 1 PsychKHG sollen die anerkannten Einrichtungen mindestens alle 3 Jahre besucht werden.

¹⁸ Im Fall einer anerkannten Einrichtung fand bereits ein zweiter Besuch statt. Der Besuchsbericht lag jedoch noch nicht vor. Siehe auch Fn. 13.

d) Neuberufung der Besuchskommissionen

Nachdem die Amtszeit der derzeitigen Besuchskommissionsmitglieder mit Ablauf des Jahres 2018 endet, wurde eine Neuberufung der Kommissionsmitglieder erforderlich.

In diesem Zusammenhang hat die überwiegende Anzahl der bisherigen Kommissionsmitglieder erklärt, die Arbeit fortsetzen zu wollen. Soweit keine Bereitschaft bestand, die Arbeit fortzusetzen, lagen die Gründe hierfür überwiegend im persönlichen Bereich, wie beispielsweise berufsbedingtem Zeitmangel, begründet.

Soweit deshalb eine Neubesetzung der Besuchskommissionen erforderlich war, wurde diese nach Vorschlägen der Mitglieder des Landesarbeitskreises Psychiatrie, des Ministeriums der Justiz und für Europa – sofern es um richterliche Mitglieder ging –, sowie der Ombudsstelle vorgenommen.

Gemäß §§ 27 Abs. 2 S. 1 und 54 Abs. 1 PsychKHG waren in den vier Besuchskommissionen jeweils 12 Funktionen zu besetzen.¹⁹ Für diese insgesamt 48 zu besetzenden Stellen²⁰ konnten ausreichend Interessentinnen und Interessenten gefunden werden, wobei 2 Stellen derzeit noch unbesetzt sind. Es ist jedoch davon auszugehen, dass auch insoweit Lösungen zeitnah gefunden werden können und die Besuchskommissionen komplett bestellt werden können. Selbst wenn dies wider Erwarten kurzfristig nicht gelingen sollte, ist hiermit keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der Besuchskommissionen verbunden, da die jeweilige Besetzung eine Soll-Vorschrift ist (§ 27 Abs. 2 S. 1 PsychKHG), die

¹⁹ Die Funktionen sind:

1. eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
2. eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, (betrifft Besuche von Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie),
3. eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit Erfahrung auf dem Gebiet des Maßregelvollzugs (betrifft Besuche von Einrichtungen mit Maßregelvollzug),
4. eine Gesundheits- und Krankenpflegerin oder ein Gesundheits- und Krankenpfleger mit Berufserfahrung im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie,
5. eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut,
6. eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit Erfahrung auf dem Gebiet des Maßregelvollzugs (betrifft Besuche von Einrichtungen mit Maßregelvollzug),
7. eine Betreuungsrichterin oder ein Betreuungsrichter
8. eine Familienrichterin oder ein Familienrichter (betrifft Besuche von Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie),
9. eine Richterin oder ein Richter einer Strafvollstreckungskammer (betrifft Besuche von Einrichtungen mit Maßregelvollzug),
10. eine Vertretung der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen,
11. eine Vertretung der Psychiatrie-Erfahrenen und
12. eine Vertretung der Angehörigen.

²⁰ Hinzu kommen für bestimmte Positionen Stellvertreterinnen und Stellvertreter.

- 17 -

Besuchskommissionen also auch tätig werden können, wenn nicht alle in § 27 Abs. 2 S. 1 PsychKHG genannten Vertreterinnen und Vertreter bestellt sind. Die Besuchskommissionen werden daher in jedem Fall ihre Arbeit auch im Jahr 2019 fortführen können.

4. Das Melderegister gemäß § 10 Abs. 3 PsychKHG

Gemäß § 10 Abs. 3 PsychKHG trägt die Ombudsstelle Sorge dafür, dass landesweit alle Unterbringungs- und Zwangsmaßnahmen, welche in den anerkannten Einrichtungen (§ 14 PsychKHG) erfolgen, in einem zentralen Melderegister erfasst werden. Zu diesem Zweck wurde im Jahr 2015 ein Melderegister eingerichtet, an welches die anerkannten Einrichtungen die erfolgten Maßnahmen melden.²¹

a) Grundlagen der Erfassung und Auswertung

Die Erfassung und Auswertung der Unterbringungs- und Zwangsmaßnahmen im Melderegister erfolgt jeweils für ein gesamtes Kalenderjahr, so dass derzeit die Daten für die Jahre 2015 bis 2017 vorliegen.

Der Erfassung liegen die nachfolgend zusammengefasst wiedergegebenen Begriffsbestimmungen zugrunde. Diese orientieren sich inhaltlich an der Gesetzesbegründung zum PsychKHG²²:

- *Fixierung*

Am Körper oder in der unmittelbaren Umgebung des Patienten angebrachte mechanische Einschränkung der Bewegungsfreiheit. Dies umfasst beispielsweise das Festbinden mit speziellem Gurtmaterial, aber auch vorwiegend in der Gerontopsychiatrie zur Anwendung kommende Techniken wie Bettgitter, Steckbrett, Schutzdecke.

Die Erfassung einer Fixierung erfolgt unabhängig vom Vorliegen einer Einwilligung. Eine mit der Fixierung zur Wahrung der Privatsphäre regelmäßig einhergehende Isolierung wird nicht gesondert erfasst.

- *Isolierung*

Absonderung in einen besonders gesicherten Raum. Die betroffene Patientin oder der betroffene Patient wird hierzu aufgrund eines bestimmten Vorkommnisses – z.B. Suizidversuch, Randalieren – in einen von anderen Patientinnen und Patienten getrennten Raum gebracht und dort eingeschlossen oder sonst am Verlassen des Raums gehindert.

²¹ Der Errichtungsprozess ist im Vorbericht (LT-Drs 15/8102, S. 7 und 8) näher erläutert. Die Erfassung erfolgt über ein Onlineportal, in welches die anerkannten Einrichtungen die von ihnen erfassten Daten eingeben. Mit der technischen Errichtung und Durchführung des Melderegisters wurde die Abteilung Versorgungsforschung Weissenau des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg beauftragt.

²² Siehe LT-Drs 15/5521.

- *Festhalten*

Immobilisierung eines Patienten mittels körperlichen Techniken durch Personal als eigenständige Sicherungsmaßnahme. Das Festhalten wird nicht gesondert erfasst, wenn es ausschließlich und in kürzest möglicher Dauer zur Durchführung einer Fixierung, Isolierung oder Zwangsmedikation eingesetzt wird.

- *Zimmereinschluss*

Der Zimmereinschluss wird im Maßregelvollzug zur Deeskalation und bei Krisensituationen eingesetzt, die noch nicht den Grad erreicht haben, bei dem eine Absonderung in einem besonderen Raum ohne gefährdende Gegenstände (§ 25 Abs. 2 Nr. 3 PsychKHG) notwendig ist. Der Zimmereinschluss kann auch zur Verhinderung von Zusammenrottungen, Geiselnahmen und Ausbruchsversuchen eingesetzt werden. Nicht als Zimmereinschluss gilt insoweit der übliche Nachteinschluss auf Krisen-, Aufnahme- oder Sicherheitsstationen, die als geschlossene Stationen geführt werden.

- *Zwangsmedikation*

Als Zwangsmedikation wird eine gegen den erklärten oder gezeigten Willen eines Patienten durchgesetzte Medikamentenverabreichung erfasst, bei der dem Patienten trotz Ablehnung keine Alternative außer gegebenenfalls einer sonst erfolgenden anderen Zwangsmaßnahme verbleibt. Unmaßgeblich für die Qualifikation als Zwangsmedikation im tatsächlichen Sinn ist, welche Rechtsgrundlage die Maßnahme hat.²³

Fixierung, Isolierung, Festhalten und Zimmereinschluss werden jeweils als kontinuierliche Einzelmaßnahme erfasst, wenn eine Unterbrechung nur vorübergehend und mit der bereits von vornherein feststehenden Absicht stattfindet, die Maßnahme danach wieder fortzusetzen (z. B. Gang auf die Toilette). Wurde demgegenüber eine solche Zwangsmaßnahme versuchsweise beendet und erweist sie sich aufgrund des Verhaltens des Patienten als erforderlich, wird sie als neue Maßnahme erfasst.

Zu den im Melderegister dokumentierten Zwangsmaßnahmen werden auch weitere Parameter wie Klinik und Fachabteilung, Hauptdiagnose, Rechtsgrundlage des Aufenthalts zu Beginn der Maßnahme sowie die Dauer der Maßnahme selbst

²³ Es kann sich daher um eine „Notfallmedikation“ nach § 20 Abs. 5 S. 2 PsychKHG oder § 34 StGB, also Maßnahmen ohne vorherige richterliche Entscheidung, handeln. Ebenfalls hierunter fallen auch Zwangsmedikationen gemäß § 20 Abs. 5 S. 1 PsychKHG oder § 1906a Abs. 2 BGB, also Zwangsmedikationen nach einer vorherigen richterlichen Entscheidung.

erfasst.²⁴ Zusätzlich werden von jeder Klinik die Belegungszahlen und die Anzahl der Berechnungstage, aufgeschlüsselt nach Fachabteilung, Hauptdiagnose und weitestgehender Rechtsgrundlage des Aufenthaltes²⁵ erhoben.

Die der Datenerhebung zugrundeliegenden Parameter und Definitionen, welche auf wissenschaftlichen Vorerfahrungen beruhen, werden regelmäßig überprüft und bei Bedarf fortentwickelt.

Die Datenauswertung erfolgt jeweils auf Behandlungsfallebene. Als Behandlungsfälle werden in psychiatrischen Krankenhäusern, d.h. außerhalb des Maßregelvollzugs, alle Entlassungen aus einer anerkannten Einrichtung im betreffenden Kalenderjahr gezählt. Auswertungsgrundlage ist jeweils der gesamte Aufenthalt des betreffenden Falls, auch wenn die Aufnahme noch im vorangegangenen Kalenderjahr liegt. Demnach werden auch Zwangsmaßnahmen aus dem Vorjahr hier berücksichtigt.

Hiervon abweichend wird im Maßregelvollzug aufgrund der dort längeren Aufenthaltsdauer als Behandlungsfall der Aufenthalt eines Patienten beziehungsweise einer Patientin im jeweiligen Kalenderjahr gezählt.

Aufgrund der Datenerhebung und Auswertung auf Fallebene kann ein Behandlungsfall mehrere unterschiedliche Zwangsmaßnahmen aufweisen.

Die Erfassungskriterien und die Modalitäten der Erhebung und Auswertung wurden in enger Abstimmung mit dem Landesbeauftragten für Datenschutz festgelegt. Die Anonymität betroffener Personen wird durch einen hohen Grad von Verschlüsselung und Vermeidung kleiner Fallgruppen²⁶ sichergestellt. Es existiert somit ein umfassendes Sicherheitskonzept für die Übermittlung und Auswertung der

²⁴ Die zu erfassenden Kriterien wurden auf Grundlage von Vorerfahrungen aus einem bundeslandübergreifenden Benchmarkingprojekt zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen ausgewählt.

²⁵ Da sich die Rechtsgrundlage eines Aufenthaltes im Lauf des Klinik- bzw. MRV-Aufenthaltes ändern kann, kommt folgendes Schema zum Einsatz:

1. forensisch (§ 63, § 64, § 67 h StGB, § 126a StPO)
2. PsychKHG
3. BGB (§ 1906, § 1631b)
4. fürsorgliche Zurückhaltung
5. freiwillig
6. unbekannt
7. Elterneinverständnis

²⁶ Aus diesem Grund werden im vorliegenden Bericht Fall- und Maßnahmenzahlen ≤ 6 nicht angegeben, sondern durch ein „*“ ersetzt. Bei Summen erfolgen insoweit ca.-Angaben. Dementsprechend wurden vereinzelt Prozentzahlen unabhängig von deren Betrag durch ein „*“ ersetzt um Rückschlüsse auf Personen auszuschließen.

erhobenen Daten, das allen Anforderungen des Landesdatenschutzbeauftragten Rechnung trägt.²⁷

b) Erfasste und ausgewertete Daten

In den Berichtszeitraum fallen die Daten der Jahre 2015 bis 2017, welche nachfolgend unter gesonderter Ausweisung des Maßregelvollzugs näher dargestellt werden.

aa) Berichtsjahr 2015

In die Auswertung für das Berichtsjahr 2015 gingen Daten von 31 Einrichtungen mit insgesamt 99.333 Entlassungen/einliegenden Fällen ein, davon 1.352 einliegende Fälle aus dem Maßregelvollzug.²⁸ Insgesamt ergaben sich für die eingeschlossenen Fälle 2.876.598 Berechnungstage, davon 353.999 im Maßregelvollzug.

i) Zwangsmaßnahmen ohne Maßregelvollzug

Im Berichtsjahr 2015 erfolgten 5.619 Unterbringungen nach PsychKHG oder BGB (dies sind 5,7 % aller Behandlungsfälle). In 6.746 (6,9 %) Behandlungsfällen kam es zu Zwangsmaßnahmen, davon in 6.682 (6,8 %) Fällen zu mechanischen Zwangsmaßnahmen²⁹ und in 533 (0,5 %) Fällen zu einer medikamentösen Zwangsbehandlung. Eine Notfallmedikation³⁰ erfolgte dabei in 166 (0,2 %) Behandlungsfällen, eine Zwangsmedikation mit richterlichem Beschluss erfolgte in 346 (0,4 %) Fällen.³¹ In 21 (0,0 %) Fällen erfolgte sowohl eine Notfallmedikation als auch eine Zwangsmedikation mit richterlichem Beschluss.

Insgesamt wurden 29.789 Zwangsmaßnahmen durchgeführt, davon 28.903 mechanische Zwangsmaßnahmen, 252 Notfallmedikationen und 634 Zwangsmedikationen mit richterlichem Beschluss.

Die durchschnittliche Dauer pro Maßnahme betrug für die mechanischen Zwangsmaßnahmen 9,9 Stunden.

Die kumulative Dauer pro betroffenem Fall lag für mechanische Zwangsmaßnahmen bei 42,8 Stunden. Damit betrug der Anteil der Zwangsmaßnahmendauer von mechanischen Zwangsmaßnahmen an der Aufenthaltsdauer 0,5 %.

²⁷ Siehe erster Bericht der Ombudsstelle LT-Drs 15/8102 S. 8.

²⁸ Eine Einrichtung konnte keine Daten liefern.

²⁹ „Mechanische Zwangsmaßnahmen“ sind die Fixierung, die Isolierung und das Festhalten.

³⁰ Dies sind Zwangsmedikationen, welche nach § 20 Abs. 5 S. 2 PsychKHG oder § 34 StGB erfolgen.

³¹ Da die Auswertung Fallbezogen ist, umfasst dies auch Fälle in denen jeweils mehr als eine Notfall- oder Zwangsmedikation mit richterlichem Beschluss erfolgt ist.

- 22 -

Von einer Fixierung waren 4.736 Fälle betroffen (4,8 %). Insgesamt erfolgten 17.821 Fixierungen mit einer durchschnittlichen Dauer von 10,7 Stunden. 368 Fixierungen (2,1 % aller Fixierungen) dauerten höchstens 30 Minuten.

Von Isolierungen waren 2.803 Fälle (2,9 %) betroffen. Insgesamt erfolgten 10.924 Isolierungen mit einer durchschnittlichen Dauer von 8,8 Stunden.

Der Anteil von Behandlungsfällen, bei denen es zu mechanischen Zwangsmaßnahmen kam, variierte zwischen den beteiligten Einrichtungen zwischen 0,2 % und 13,4 %.

ii) Zwangsmaßnahmen im Maßregelvollzug

Im Berichtsjahr 2015 kam es in 324 (24,0 %) Behandlungsfällen zu Zwangsmaßnahmen. In 278 (20,6 %) Behandlungsfällen kam es zu mechanischen Zwangsmaßnahmen, in 126 (9,3 %) Behandlungsfällen zu einem Zimmereinschluss und in 27 (2,0 %) Behandlungsfällen zu einer medikamentösen Zwangsbehandlung. Eine Notfallmedikation erfolgte dabei in weniger als 7 Behandlungsfällen,³² eine Zwangsmedikation mit richterlichem Beschluss erfolgte in 20 (1,5 %) Fällen. In weniger als 7 Fällen³³ erfolgte sowohl eine Notfallmedikation als auch eine Zwangsmedikation mit richterlichem Beschluss.

Insgesamt kam es zu 19.266 Zwangsmaßnahmen, davon 8.046³⁴ mechanische Zwangsmaßnahmen, 11.175 Zimmereinschlüsse und 45 Zwangsmedikationen.

Die durchschnittliche Dauer pro Maßnahme lag für mechanische Zwangsmaßnahmen bei 13,9 Stunden und für den Zimmereinschluss bei 7,2 Stunden. Die kumulative Dauer pro betroffenem Fall lag für mechanische Zwangsmaßnahmen bei 402,2 Stunden und für den Zimmereinschluss bei 641,9 Stunden. Der Anteil der Zwangsmaßnahmendauer von mechanischen Zwangsmaßnahmen und Zimmereinschluss an der Aufenthaltsdauer lag bei 1,3 % bzw. 1,0 %, für beide Maßnahmentearten zusammen bei 2,3 %.

Von einer Fixierung waren 49 Fälle (3,6 %) betroffen. Insgesamt fanden 589 Fixierungen mit einer durchschnittlichen Dauer von 19,4 Stunden statt. Weniger als 7 Fixierungen dauerten bis höchstens 30 Minuten (ca. 0,9 % aller Fixierungen).³⁵

³² Eine genauere Angabe erfolgt nicht, um eine Identifizierung von Personen auszuschließen. Siehe Fn. 26.

³³ Eine genauere Angabe erfolgt nicht, um eine Identifizierung von Personen auszuschließen. Siehe Fn. 26.

³⁴ Es handelt sich um eine ca. Angabe im Bereich +/- 6, um eine Identifizierung von Personen auszuschließen. Siehe Fn. 26.

³⁵ Eine genauere Angabe erfolgt nicht, um eine Identifizierung von Personen auszuschließen. Siehe Fn. 26.

- 23 -

Von einer Isolierung waren 272 Fälle (20,1 %) betroffen. Insgesamt erfolgten 7.457 Isolierungen mit einer durchschnittlichen Dauer von 13,5 Stunden.

Von einem Zimmereinschluss waren im Maßregelvollzug 126 Fälle (9,3 %) betroffen. Insgesamt erfolgten 11.175 Zimmereinschlüsse mit einer durchschnittlichen Dauer von 6,3 Stunden.

iii) Tabellarische Übersicht ausgewählter Daten für das Berichtsjahr 2015³⁶

Anzahl von Fällen und Zwangsmaßnahmen nach Hauptdiagnose

Mechanische Zwangsmaßnahmen und Zwangsmedikationen im Berichtsjahr 2015				
Hauptdiagnose (nach ICD-10)	Anzahl betroffene Fälle³⁷ (davon im MRV)	Anteil Betroffene Fälle³⁸ (davon im MRV)	Anzahl der mechanischen Zwangsmaßnahmen³⁹ (davon im MRV) [davon Fixierungen (davon im MRV)]	Anzahl der Zwangsmedikationen⁴⁰ (davon im MRV)
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen / Alzheimer-Krankheit (F0/G30)	1.468 (14)	16,7 % (32,6 %)	10.568 (226) [8.678 (*)]	45 (*)
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)	1.357 (55)	4,8 % (10,7 %)	2.706 (354) [1.644 (8)]	41 (*)
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)	2.777 (171)	15,6 % (30,5 %)	15.576 (4.121) [4.898 (93)]	649 (34)

³⁶ Fall- und Maßnahmenzahlen ≤ 6 wurden vorliegend durch ein „**“ ersetzt. Siehe hierzu Fn. 26.

³⁷ Fälle mit mindestens einer mechanischen Zwangsmaßnahme (Fixierung, Isolierung oder Festhalten) oder einer Zwangsmedikation oder einer Notfallmedikation.

³⁸ Anteil Fälle je Diagnosegruppe mit mindestens einer mechanischen Zwangsmaßnahme (Fixierung, Isolierung oder Festhalten) oder einer Zwangsmedikation oder einer Notfallmedikation.

³⁹ Als mechanische Zwangsmaßnahmen gelten Fixierung, Isolierung und Festhalten.

⁴⁰ Als Zwangsmedikation gelten eine Notfallmedikation nach StGB oder PsychKHG und eine Zwangsmedikation mit richterlichem Beschluss nach BGB oder PsychKHG.

- 24 -

Affektive Störungen (F3)	657 (11)	2,4 % (39,3 %)	2.545 (237) [1.360 (*)]	73 (*)
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)	218 (*)	2,5 % (*)	486 (11) [262 (*)]	25 (*)
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)	13 (*)	2,1 % (*)	887 (815) [42 (*)]	4 (*)
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)	334 (29)	7,7 % (27,6 %)	2.881 (1.683) [791 (33)]	33 (*)
Intelligenzminderung (F7)	75 (26)	18,4 % (41,3 %)	427 (208) [519 (420)]	5 (*)
Entwicklungsstörungen (F8)	36 (9)	10,8 % (90,0 %)	163 (36) [68 (27)]	* (*)
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9)	85 (*)	5,5 % (27,3 %)	218 (*) [52 (*)]	25 (*)
Sonstige	42 (*)	2,7 % (26,7 %)	474 (354) [96 (*)]	* (*)
Gesamt	7.062 (324)	7,1 % (24,0 %)	36.949 (8.046)⁴¹ [18.410 (589)]	931 (45)

⁴¹ Es handelt sich um eine ca. Angabe im Bereich +/- 6, um eine Identifizierung von Personen auszuschließen.

Anzahl und durchschnittliche Dauer der Zwangsmaßnahmen

Zwangsmaßnahmen im Berichtsjahr 2015 bei 99.333 Fällen		
Art der Maßnahme	Anzahl	Durchschnittliche Dauer (gerundet in Stunden)
Isolierung	18.381	10,7
Fixierung	18.410	10,9
bis 30 Min	373	0,4
über 30 Min	18.037	11,2
Festhalten	158	0,2
Zimmereinschluss	11.175	6,3
Zwangsmedikation (BGB)	499	./.
Zwangsmedikation (PsychKHG)	167	./.
Notfallmedikation (PsychKHG)	128	./.
Notfallmedikation (§ 34 StGB)	137	./.

bb) Berichtsjahr 2016

In die Auswertung für das Berichtsjahr gingen Daten von allen 32 Einrichtungen⁴² mit insgesamt 110.319 Entlassungen/einliegenden Fällen ein, davon 1.456 einliegende Fälle aus dem Maßregelvollzug.⁴³ Insgesamt ergaben sich für die eingeschlossenen Fälle 3.107.302 Berechnungstage, davon 369.437 im Maßregelvollzug.

i) Zwangsmaßnahmen (ohne Maßregelvollzug)

Im Berichtsjahr 2016 erfolgten 6.692 Unterbringungen nach PsychKHG oder BGB (dies sind 6,1 % aller Behandlungsfälle). In 7.424 (6,8 %) Behandlungsfällen kam es zu Zwangsmaßnahmen, davon in 7.321 (6,7 %) Fällen zu mechanischen Zwangsmaßnahmen und in 674 (0,6 %) Fällen zu einer medikamentösen Zwangsbehandlung. Eine Notfallmedikation erfolgte dabei in 488 (0,4 %) Behandlungsfällen, eine Zwangsmedikation mit richterlichem Beschluss erfolgte in 229 (0,2 %) Fällen. In 43 (0,0 %) Fällen erfolgte sowohl eine Notfallmedikation als auch eine Zwangsmedikation mit richterlichem Beschluss.

⁴² Formal sind 34 Einrichtungen i.S.d. § 14 PsychKHG anerkannt. Da in 2 Fällen jeweils 2 anerkannte Einrichtungen zu einem Träger gehören, erfolgt die Datenerhebung in diesen Fällen jeweils einheitlich unter dem Träger.

⁴³ Zwei Einrichtungen konnten keine validen Daten zur Rechtsgrundlage der stationären Behandlung zur Verfügung stellen.

- 26 -

Insgesamt wurden 30.393 Zwangsmaßnahmen durchgeführt, davon 29.284 mechanische Zwangsmaßnahmen, 669 Notfallmedikationen und 437 Zwangsmedikationen mit richterlichem Beschluss.

Die durchschnittliche Dauer pro Maßnahme betrug für die mechanischen Zwangsmaßnahmen 11,5 Stunden.

Die kumulative Dauer pro betroffenem Fall lag für mechanische Zwangsmaßnahmen bei 45,9 Stunden. Damit betrug der Anteil der Zwangsmaßnahmendauer von mechanischen Zwangsmaßnahmen an der Aufenthaltsdauer 0,5 %.

Von einer Fixierung waren 5.293 Fälle betroffen (4,9 %). Insgesamt erfolgten 17.629 Fixierungen mit einer durchschnittlichen Dauer von 11,7 Stunden. 314 Fixierungen (1,8 % aller Fixierungen) dauerten höchstens 30 Minuten.

Von Isolierungen waren 3.212 Fälle (3,0 %) betroffen. Insgesamt erfolgten 11.482 Isolierungen mit einer durchschnittlichen Dauer von 11,3 Stunden.

Der Anteil von Behandlungsfällen, bei denen es zu mechanischen Zwangsmaßnahmen kam, variiert in den beteiligten Einrichtungen zwischen 0,3 % und 17,5 %.

ii) Zwangsmaßnahmen im Maßregelvollzug

Im Berichtsjahr 2016 kam es in 388 (26,6 %) Behandlungsfällen zu Zwangsmaßnahmen. In 334 (22,9 %) Behandlungsfällen kam es zu mechanischen Zwangsmaßnahmen, in 157 (10,8 %) Behandlungsfällen zu einem Zimmereinschluss und in 41 (2,8 %) Behandlungsfällen zu einer medikamentösen Zwangsbehandlung. Eine Notfallmedikation erfolgte dabei in 26 (1,8 %) Behandlungsfällen, eine Zwangsmedikation mit richterlichem Beschluss erfolgte in 17 (1,2 %) Fällen. In weniger als 7 Fällen⁴⁴ erfolgte sowohl eine Notfallmedikation als auch eine Zwangsmedikation mit richterlichem Beschluss.

Insgesamt kam es zu 26.355 Zwangsmaßnahmen, davon 9.801⁴⁵ mechanische Zwangsmaßnahmen, 16.481 Zimmereinschlüsse und 73 Zwangsmedikationen.

Die durchschnittliche Dauer pro Maßnahme lag für mechanische Zwangsmaßnahmen bei 15,0 Stunden und für Zimmereinschluss bei 6,0 Stunden. Die kumulative Dauer pro betroffenem Fall lag für mechanische Zwangsmaßnahmen bei 440,1 Stunden und für Zimmereinschluss bei 631,8 Stunden. Der Anteil der Zwangsmaßnahmendauer von mechanischen Zwangsmaßnahmen und Zimmereinschluss an der Aufenthaltsdauer lag bei 1,7 % bzw. 1,1 %, für beide Maßnahmentearten zusammen bei 2,8 %.

⁴⁴ Eine genauere Angabe erfolgt nicht, um eine Identifizierung von Personen auszuschließen. Siehe Fn. 26.

⁴⁵ Es handelt sich um eine ca. Angabe im Bereich +/- 6, um eine Identifizierung von Personen auszuschließen. Siehe Fn. 26.

- 27 -

Von einer Fixierung waren 56 Fälle (3,8 %) betroffen. Insgesamt fanden 723 Fixierungen mit einer durchschnittlichen Dauer von 32 Stunden statt. 9 Fixierungen dauerten bis höchstens 30 Minuten (1,2 % aller Fixierungen).

Von einer Isolierung waren 330 Fälle (22,7 %) betroffen. Insgesamt erfolgten 9.076 Isolierungen mit einer durchschnittlichen Dauer von 13,6 Stunden.

Von einem Zimmereinschluss waren im Maßregelvollzug 157 Fälle (10,8 %) betroffen. Insgesamt erfolgten 16.481 Zimmereinschlüsse mit einer durchschnittlichen Dauer von 6,0 Stunden.

iii) Tabellarische Übersicht ausgewählter Daten für das Berichtsjahr 2016⁴⁶

Anzahl von Fällen und Zwangsmaßnahmen nach Hauptdiagnose

Mechanische Zwangsmaßnahmen und Zwangsmedikationen im Berichtsjahr 2016				
Hauptdiagnose (nach ICD-10)	Anzahl betroffene Fälle (davon im MRV)	Anteil Betroffene Fälle (davon im MRV)	Anzahl der mechanischen Zwangsmaßnahmen (davon im MRV) [davon Fixierungen (davon im MRV)]	Anzahl der Zwangsmedikationen (davon im MRV)
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen / Alzheimer-Krankheit (F0/G30)	1.505 (14)	16,6 % (35,9 %)	9.418 (314) [7.559 (23)]	101 (*)
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)	1.585 (70)	5,0 % (11,7 %)	2.870 (317) [1.692 (*)]	75 (*)
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)	3.019 (170)	15,1 % (29,4 %)	18.084 (6.151) [5.858 (110)]	716 (63)

⁴⁶ Fall- und Maßnahmenzahlen ≤ 6 wurden vorliegend durch ein „**“ ersetzt. Siehe hierzu Fn. 26.

- 28 -

Affektive Störungen (F3)	657 (7)	2,2 % (23,3 %)	2.431 (19) [1.086 (*)]	100 (*)
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)	298 (*)	2,9 % (50,0 %)	533 (25) [287 (7)]	41 (*)
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)	20 (*)	2,9 % (*)	48 (*) [37 (*)]	8 (*)
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)	408 (33)	8,5 % (29,2 %)	1.920 (592) [818 (60)]	31 (*)
Intelligenzminderung (F7)	118 (28)	23,3 % (40,0 %)	2.513 (1.798) [647 (390)]	15 (*)
Entwicklungsstörungen (F8)	31 (*)	11,6 % (75,0 %)	251 (172) [47 (12)]	* (*)
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9)	104 (*)	5,1 % (36,4 %)	547 (124) [95 (12)]	18 (*)
Sonstige	39 (*)	2,3 % (33,3 %)	466 (289) [215 (106)]	* (*)
Gesamt	7.784 (336)	7,1 %	39.081 (9.801)⁴⁷ [18.352 (723)]	1.179 (73)

⁴⁷ Es handelt sich um eine ca. Angabe im Bereich +/- 6, um eine Identifizierung von Personen auszuschließen.

Anzahl und durchschnittliche Dauer der Zwangsmaßnahmen

Zwangsmaßnahmen im Berichtsjahr 2016 bei 110.319 Fällen		
Art der Maßnahme	Anzahl	Durchschnittliche Dauer (gerundet in Stunden)
Isolierung	20.558	12,1
Fixierung	18.352	12,5
bis 30 Min	314	0,3
über 30 Min	18.038	12,7
Festhalten	171	0,1
Zimmereinschluss	16.481	6,0
Zwangsmedikation (BGB)	339	./.
Zwangsmedikation (PsychKHG)	133	./.
Notfallmedikation (PsychKHG)	521	./.
Notfallmedikation (§ 34 StGB)	186	./.

cc) Berichtsjahr 2017

In die Auswertung für das Berichtsjahr 2017 gingen Daten von 32 Einrichtungen mit insgesamt 116.442 Entlassungen/einliegenden Fällen ein, davon 1.431 einliegende Fälle aus dem Maßregelvollzug.⁴⁸ Insgesamt ergaben sich für die eingeschlossenen Fälle 3.178.828 Berechnungstage, davon 365.341 im Maßregelvollzug.

i) Zwangsmaßnahmen ohne den Maßregelvollzug

Im Berichtsjahr 2017 erfolgten 6.653 Unterbringungen nach PsychKHG oder BGB (dies sind 5,8 % aller Behandlungsfälle).⁴⁹ In 7.739 (6,7 %) Behandlungsfällen kam es zu Zwangsmaßnahmen, davon in 7.598 (6,6 %) Fällen zu mechanischen Zwangsmaßnahmen und in 734 (0,6 %) Fällen zu einer medikamentösen Zwangsbehandlung. Eine Notfallmedikation erfolgte dabei in 489 (0,4 %) Behandlungsfällen, eine Zwangsmedikation mit richterlichem Beschluss erfolgte in 288 (0,2 %) Fällen. In 43 (0,0 %) Fällen erfolgte sowohl eine Notfallmedikation als auch eine Zwangsmedikation mit richterlichem Beschluss.

Insgesamt wurden 28.373 Zwangsmaßnahmen durchgeführt, davon 27.004 mechanische Zwangsmaßnahmen, 622 Notfallmedikationen und 492 Zwangsmedikationen mit richterlichem Beschluss. Die durchschnittliche Dauer pro Maßnahme betrug für die mechanischen Zwangsmaßnahmen 11,5 Stunden.

⁴⁸ Eine Einrichtung konnte insoweit nur eingeschränkt Daten liefern. Die Differenz für diese Klinik beträgt 272 Fälle.

⁴⁹ Eine Einrichtung konnte keine Daten zur Rechtsgrundlage des Aufenthaltes liefern.

- 30 -

Die kumulative Dauer pro betroffenem Fall lag für mechanische Zwangsmaßnahmen bei 40,8 Stunden. Damit betrug der Anteil der Zwangsmaßnahmendauer von mechanischen Zwangsmaßnahmen an der Aufenthaltsdauer 0,5 %.

Von einer Fixierung waren 5.421 Fälle betroffen (4,7 %). Insgesamt erfolgten 17.131 Fixierungen mit einer durchschnittlichen Dauer von 11,9 Stunden. 314 Fixierungen (1,8 % aller Fixierungen) dauerten höchstens 30 Minuten.

Von Isolierungen waren 3.281 Fälle (2,9 %) betroffen. Insgesamt erfolgten 9.716 Isolierungen mit einer durchschnittlichen Dauer von 10,9 Stunden.

Der Anteil von Behandlungsfällen, bei denen es zu mechanischen Zwangsmaßnahmen kam, variiert in den beteiligten Einrichtungen zwischen 0,3 % und 23,6 %.

ii) Zwangsmaßnahmen im Maßregelvollzug

Im Berichtsjahr 2017 kam es in 408 (28,5%) Behandlungsfällen zu Zwangsmaßnahmen. In 330 (23,1 %) Behandlungsfällen kam es zu mechanischen Zwangsmaßnahmen, in 189 (13,2 %) Behandlungsfällen zu einem Zimmereinschluss und in 27 (1,9 %) Behandlungsfällen zu einer medikamentösen Zwangsbehandlung. Eine Notfallmedikation erfolgte dabei in 13 (0,9 %) Behandlungsfällen, eine Zwangsmedikation mit richterlichem Beschluss erfolgte in 16 (1,9 %) Fällen. In weniger als 7 Fällen⁵⁰ erfolgte sowohl eine Notfallmedikation als auch eine Zwangsmedikation mit richterlichem Beschluss.

Insgesamt kam es zu 27.054 Zwangsmaßnahmen, davon 10.061⁵¹ mechanische Zwangsmaßnahmen, 16.963 Zimmereinschlüsse und 75 Zwangsmedikationen.

Die durchschnittliche Dauer pro Maßnahme lag für mechanische Zwangsmaßnahmen bei 12,5 Stunden und für Zimmereinschluss bei 6,0 Stunden. Die kumulative Dauer pro betroffenem Fall lag für mechanische Zwangsmaßnahmen bei 379,8 Stunden und für Zimmereinschluss bei 539,1 Stunden. Der Anteil der Zwangsmaßnahmendauer von mechanischen Zwangsmaßnahmen und Zimmereinschluss an der Aufenthaltsdauer lag bei 0,7 % bzw. 0,6 %, für beide Maßnahmentypen zusammen bei 1,2 %.

Von einer Fixierung waren 54 Fälle (3,8 %) betroffen. Insgesamt fanden 703 Fixierungen mit einer durchschnittlichen Dauer von 20,1 Stunden statt. Weniger als 7 Fixierungen dauerten bis höchstens 30 Minuten (ca. 0,1 % aller Fixierungen).⁵²

⁵⁰ Eine genauere Angabe erfolgt nicht, um eine Identifizierung von Personen auszuschließen. Siehe Fn. 26.

⁵¹ Es handelt sich um eine ca. Angabe im Bereich +/- 6, um eine Identifizierung von Personen auszuschließen. Siehe Fn. 26.

⁵² Es handelt sich um eine ca. Angabe im Bereich +/- 6, um eine Identifizierung von Personen auszuschließen. Siehe Fn. 26.

Von einer Isolierung waren 324 Fälle (22,6 %) betroffen. Insgesamt erfolgten 9.358 Isolierungen mit einer durchschnittlichen Dauer von 11,9 Stunden.

Von einem Zimmereinschluss waren im Maßregelvollzug 189 Fälle (13,2 %) betroffen. Insgesamt erfolgten 16.963 Zimmereinschlüsse mit einer durchschnittlichen Dauer von 6,0 Stunden.

iii) Tabellarische Übersicht ausgewählter Daten für das Berichtsjahr 2017⁵³

Anzahl von Fällen und Zwangsmaßnahmen nach Hauptdiagnose

Mechanische Zwangsmaßnahmen und Zwangsmedikationen im Berichtsjahr 2017				
Hauptdiagnose (nach ICD-10)	Anzahl betroffene Fälle (davon im MRV)	Anteil Betroffene Fälle (davon im MRV)	Anzahl der mechanischen Zwangsmaßnahmen (davon im MRV) [davon Fixierungen (davon im MRV)]	Anzahl der Zwangsmedikationen (davon im MRV)
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen / Alzheimer-Krankheit (F0/G30)	1.455 (13)	15,4 % (37,1 %)	7.934 (211) [6.646 (*)]	118 (*)
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)	1.761 (71)	5,5 % (11,9 %)	3.583 (808) [1.831 (9)]	73 (*)
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)	3.023 (170)	15,3 % (29,9 %)	16.143 (6.411) [5.263 (81)]	752 (36)
Affektive Störungen (F3)	660 (*)	2,2 % (21,4 %)	2.338 (41) [1.051 (*)]	124 (*)

⁵³ Fall- und Maßnahmenzahlen ≤ 6 wurden vorliegend durch ein „*“ ersetzt. Siehe hierzu Fn. 26.

- 32 -

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)	332 (*)	3,2 % (*)	730 (*) [369 (*)]	16 (*)
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)	18 (*)	2,6 % (*)	58 (*) [49 (*)]	* (*)
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)	465 (34)	9,9 % (29,3 %)	2.374 (740) [1.078 (28)]	58 (*)
Intelligenzminderung (F7)	217 (29)	25,0 % (46,0 %)	2.814 (1.351) [1.158 (409)]	16 (9)
Entwicklungsstörungen (F8)	30 (*)	10,5 % (55,6 %)	230 (144) [48 (7)]	* (*)
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9)	104 (*)	5,4 % (50,0 %)	483 (110) [81 (*)]	* (*)
Sonstige	37 (*)	0,6 % (28,6 %)	369 (245) [260 (166)]	* (*)
Gesamt	8.102 (333)	7,0 % (23,3 %)	37.065 (10.061)⁵⁴ [17.834 (703)]	1.164 (51)

⁵⁴ Es handelt sich um eine ca. Angabe im Bereich +/- 6, um eine Identifizierung von Personen auszuschließen.

Anzahl und durchschnittliche Dauer der Zwangsmaßnahmen

Zwangsmaßnahmen im Berichtsjahr 2017 bei 116.442 Fällen		
Art der Maßnahme	Anzahl	Durchschnittliche Dauer (gerundet in Stunden)
Isolierung	19.074	11,4
Fixierung	17.834	12,2
bis 30 Min	315	0,3
über 30 Min	17.519	12,5
Festhalten	156	0,2
Zimmereinschluss	16.963	6,0
Zwangsmedikation (BGB)	292	./.
Zwangsmedikation (PsychKHG)	222	./.
Notfallmedikation (PsychKHG)	484	./.
Notfallmedikation (§ 34 StGB)	166	./.

c) Synopse ausgewählter Daten 2015 bis 2017

Zwangsmaßnahmen 2015 bis 2017			
Berichtsjahr	2015	2016	2017
Gesamtzahl Fälle	99.333	110.319	116.442
(davon MRV)	(1.352)	(1.456)	(1.431)
Betroffene Fälle ⁵⁵	7.062	7.784	8.102
(davon MRV)	(324)	(336)	(333)
Fixierungen	18.410	18.352	17.834
(davon MRV)	(589)	(723)	(703)
Isolierungen	18.381	20.558	19.074
(davon MRV)	(7.457)	(9.076)	(9.358)
Festhalten	158	169	156
(davon MRV)	(*)	(*)	(*)
Zwangsmedikationen ⁵⁶	931	1.179	1.164
(davon MRV)	(45)	(73)	(51)

⁵⁵ Dies sind die Fälle, in denen eine Zwangsmaßnahme erfolgt ist.

⁵⁶ Einschließlich Notfallmedikationen.

d) Bewertung der erfassten Daten und Auswertungen

aa) Bewertung

Die Qualität der gelieferten Daten kann insgesamt als gut bewertet werden, die nahezu vollständige Erfassung zeigt zudem die gute Praktikabilität des Meldeverfahrens.⁵⁷ Jedenfalls für die ersten beiden Datenerhebungen ist gleichwohl zu beachten, dass leichte Verzerrungen durch eine eventuell noch ungenaue Erfassung der Maßnahmen durch die Kliniken nicht ganz ausgeschlossen werden können.

Die für ein Kalenderjahr erfassten Daten wurden jeweils ausgewertet und unter Wahrung des Datenschutzes den anerkannten Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Soweit die Auswertungen konkrete Angaben oder Vergleiche enthielten, wurden diese pseudonymisiert, so dass nicht erkennbar war, um welche Einrichtung es sich konkret handelte. Die jeweiligen Einrichtungen wurden jeweils darüber informiert, welches Pseudonym ihnen zugeordnet wurde.

Zusätzlich wurde in den Jahren 2017 und 2018 vom Ministerium für Soziales und Integration und der Ombudsstelle jeweils eine Fachtagung zum Melderegister durchgeführt, zu welcher alle anerkannten Einrichtungen eingeladen wurden. Hierbei wurden im Dialog mit den anerkannten Einrichtungen nicht nur die Ergebnisse der Datenerhebung diskutiert, sondern auch die Datenerhebung fortentwickelt, indem in der Folge einzelne Erfassungsparameter angepasst wurden.

bb) Auswertungen

i) Der Vergleich der Daten von 2015 bis 2017 kann möglicherweise Hinweise auf Trends geben. Diese sollten aber bei lediglich 3 Messpunkten (2015, 2016 und 2017) nur mit großer Zurückhaltung bewertet werden. Bemerkenswert sind vielleicht weniger die Veränderungen als die Konstanz. Dies spricht u.a. auch für die Validität der erhobenen Daten.

Zumindest einige Änderungen verdienen gleichwohl eine vorläufige Beachtung und weitere Überprüfung in Zukunft:

Die Zunahme von Fällen aus den Diagnosegruppen F0 (Demenzen) und F3 (affektive Störungen) spiegelt lange bekannte Trends in der psychiatrischen Versorgung wider, die demographische Entwicklung und die steigende Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlung bei depressiven Störungen. Der Anteil der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle zeigte eine leicht rückläufige Tendenz, die so bereits seit der ersten Datenerhebung in einer begrenzten Zahl von Kliniken 2005 im Rahmen des vom Land geförderten und mit dem Qualitätsförderpreis Baden-Württemberg ausgezeichneten Projekts „Benchmarking in der Patientenversorgung“ festzustellen war. Es handelt sich

⁵⁷ Probleme bei der Datenerfassung traten allenfalls vereinzelt auf (vgl. Fn. 28, 43, 48 und 49).

dabei um einen vermutlich nicht zufälligen Trend. Besonders betrifft dieser, auch in den Berichtsjahren hier, die Patientengruppe F0, d.h. Patienten mit Demenzerkrankungen. Die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen konnte bei dieser Patientengruppe innerhalb von 10 Jahren etwa halbiert werden. Verschiedene technische und pflegerische Maßnahmen ermöglichen es, dass Zwangsmaßnahmen fast nur noch bei Fremdgefährdung, nicht mehr oder immer weniger jedoch wegen Sturzgefährdung zur Anwendung kommen.

Abweichend davon und in guter Übereinstimmung mit klinischen Beobachtungen ist bei Patienten der Diagnosegruppe F1 (Suchterkrankungen) tendenziell eher eine Zunahme von Fällen mit Zwangsmaßnahmen zu beobachten. Dies wird auf eine Zunahme von Patienten, welche in intoxikiertem Zustand wegen aggressiven oder autoaggressiven Verhaltens von der Polizei zur Aufnahme gebracht werden, zurückgeführt.

Ein weiterer Trend scheint bisherigen Beobachtungen zufolge eine relative leichte Abnahme der Häufigkeit von Fixierungen bei Zunahme von Isolierungen zu betreffen. Möglicherweise wird dieser Trend nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Juli 2018 im kommenden Jahr noch deutlicher.

Zwangsmedikationen kommen unverändert selten zur Anwendung.⁵⁸

- ii) Darüber hinaus wurden die erfassten Daten auch wissenschaftlich analysiert.⁵⁹ Eine erste Analyse ergab, dass im Vergleich zu früheren, d.h. vor Einrichtung des Melderegisters erfolgten, wissenschaftlichen Untersuchungen freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen etwas seltener geworden seien.⁶⁰ Zudem werde die Zwangsmedikation sehr selten angewendet.⁶¹

Weiter wurde in der Analyse hervorgehoben, dass die große Varianz des Anteils der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Patienten zwischen den Kliniken⁶² der Aufklärung dürfe.⁶³

In diesem Zusammenhang befand eine zweite wissenschaftliche Untersuchung⁶⁴, welche sich mit der vorgenannten Varianz befasste, dass der Indikator „Anteil der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Aufnahmen“ nicht geeignet sei, die Qualität durchgeführter Behandlungen in den anerkannten

⁵⁸ Siehe hierzu auch Fn. 59 und 61.

⁵⁹ Steinert et. al., Das Fallregister für Zwangsmaßnahmen nach dem baden-württembergischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz: Konzeption und erste Auswertungen, PsychPrax 2018.

⁶⁰ Steinert et al., Fn. 59, S. 1.

⁶¹ Steinert et al., Fn. 59, S. 6.

⁶² Im analysierten Jahr 2016 lag der Anteil von Behandlungsfällen, bei denen es zu mechanischen Zwangsmaßnahmen kam in den anerkannten Einrichtungen zwischen 0,3 % und 17,5 %.

⁶³ Steinert et al., Fn. 59, S. 6.

⁶⁴ Steinert et. al., Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator für psychiatrische Kliniken?, Der Nervenarzt 2018.

Einrichtungen zu beurteilen.⁶⁵ Als Gründe hierfür wurden unter anderem identifiziert, dass sowohl der Anteil der unfreiwillig behandelten Patienten als auch Klinikstrukturmerkmale und Merkmale der Versorgungsregion Einfluss auf den Indikator haben und zudem davon auszugehen sei, dass ein Teil der Varianz unaufklärbar sei.⁶⁶

Hieraus wurde abgeleitet, dass die Anzahl der Fixierungen zwar als allgemeiner Qualitätsindikator ungeeignet sei, jedoch innerhalb einer Einrichtung genutzt werden könne, um den Erfolg von Änderungen bei der Behandlung zu überprüfen.⁶⁷

Nachdem es sich bei dem Vorstehenden um die ersten wissenschaftlichen Analysen zum Melderegister handelt, wird abzuwarten sein, wie diese in der Fachwelt rezipiert werden und inwieweit sich die diesbezüglichen Zahlen über die Zeit weiterentwickeln.

⁶⁵ Steinert et al., Fn. 64, S. 10.

⁶⁶ Steinert et al., Fn. 64, S. 10 und 11.

⁶⁷ Steinert et al., Fn. 64, S. 2.

5. Fazit

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die im Jahr 2015 durch das PsychKHG neu eingeführten beziehungsweise gesetzlich erstmalig verankerten Einrichtungen, die IBB-Stellen, das Melderegister und die Besuchskommissionen erfolgreich gestartet sind und sich in der Praxis bewährt haben.

Die IBB-Stellen wurden flächendeckend eingerichtet, werden von den Hilfesuchenden als Anlaufstellen wahr- und angenommen und haben sich insoweit in der psychiatrischen Helfelandschaft gut etabliert.

Auch die Besuchskommissionen haben sich bewährt und werden in der Praxis als sinnvolles und wichtiges Korrektiv wahrgenommen. Durch die erfolgreiche Neubestellung der vier Besuchskommissionen steht zu erwarten, dass diese ihre erfolgreiche Arbeit auch weiter fortsetzen werden.

Schließlich liefert das Melderegister valide Daten, die – mit dem Ziel einer weiteren Reduktion von Zwangsmaßnahmen – auch zukünftig ausgewertet und mit den betroffenen Einrichtungen erörtert werden sollen.