Ausschuss
für Angelegenheiten der psychiatrischen
Krankenversorgung in Niedersachsen

26. Tätigkeitsbericht 2010

Niedersachsen

Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Niedersachsen

26. Tätigkeitsbericht (2010)

Inhalt:

1. Auftrag und Grundlagen
2. Arbeit des Ausschusses im Berichtsjahr
3. Stellungnahmen
4. Schwerpunktthemen
5. Arbeit der Besuchskommissionen im Berichtsjahr
6. Ausblick und Schlussbemerkung

Dieser Bericht ergeht gem. § 30 Abs. 7 NPsychKG an den Niedersächsischen Landtag und das zuständige Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, im folgenden kurz „Sozialministerium“. Er wurde in der Sitzung am 12.5.2011 beraten und im Umlaufverfahren am beschlossen. Dem Landtag werden darüber hinaus die nicht öffentlichen Jahresberichte der Besuchskommissionen für das Jahr 2010 vorgelegt.

1. Auftrag und Grundlagen

Die Arbeit des Ausschusses und der Besuchskommissionen wurden im Jahresbericht 2009 eingehend behandelt und sind auf www.psychiatrie.niedersachsen.de und im Niedersächsischen Vorschriften-informationssystem VORIS nachzulesen oder können bei der Geschäftsstelle abgefragt werden.

2. Arbeit des Ausschusses im Jahr 2010

Der 25. Tätigkeitsbericht des Ausschusses wurde am 26.5.2010 verabschiedet und anschließend dem Landtagspräsidenten zugeleitet, er wurde am 23.6.2010 von dort veröffentlicht. [1] Er wurde am 3.11.2010 im zuständigen

[1] http://www.landtag-niedersachsen.de/ltnds/live/admin/live.php?cms_id=423

Landtagsausschuss beraten – s.u.. Seitens der Landtagsfraktionen von CDU, SPD und Bündnis 90 / Die Grünen wurden Dank und Anerkennung für die Arbeit des Ausschusses und der Besuchskommissionen zum Ausdruck gebracht.

Die turnusmäßigen **Sitzungen** des Ausschusses fanden statt

- am 03. März 2010,
- am 26. Mai 2010,
- am 01. September 2010 und
- und am 24. November 2010.

An der Sitzung am 1.9.2010 nahmen Frau Ministerin Özkan und Herr Staatssekretär Pott teil und gaben Gelegenheit, über die Arbeit des Ausschusses und der Besuchskommissionen zu berichten.

Darüber hinaus widmete sich eine **Sondersitzung** am 3.2.2010 dem Thema von Unterbringung und Fixierung in Heimeinrichtungen. Der 25. Tätigkeitsbericht war darauf bereits eingegangen. Das Thema wird in Kapitel 4. aufgegriffen.

Der Vorsitzende nahm unterstützt durch die Geschäftsstelle zu Anfragen aus dem Landtag, den Fraktionen, dem Sozialministerium, Behörden und Einrichtungen Stellung, beriet sich mit den zuständigen Stellen und unterstützte bei Bedarf die Vorsitzenden der Besuchskommissionen bei ihrer Arbeit. Arbeitsgespräche fanden statt mit dem Landesfachbeirat Psychiatrie und mit dem Landesverband des Bundes Deutscher Nervenärzte BVDN.

Die **Geschäftsstelle** ist mit einer Ganztagskraft seit Jahren strukturell unterbesetzt und überlastet. Aufgaben und Personalausstattung sind Gegenstand von noch laufenden, seit vor 2008 nicht abgeschlossenen Klärungsprozessen mit dem Landessozialamt und dem Sozialministerium, die weiterhin ergebnislos verhallen.

Am 9.6.2010 beriet der Ausschuss in seiner jährlichen Konferenz mit den Vorsitzenden der **Besuchskommissionen** Rechts- und Verfahrensfragen bei Besuchen von Einrichtungen, beim Umgang mit Beschwerden und Problemfällen.

Personelle Veränderungen bei Ausschussmitgliedern und Besuchs-kommissionen wurden umgesetzt. Wie im Vorjahr darf allen Besuchskommissionen, besonders ihren Vorsitzenden und übrigen Ehrenamtlichen, allen Ausschussmitgliedern sowie allen Kooperationspartnern, besonders dem Sozialministerium und dem Landessozialamt, vor allem aber der Geschäftsführerin Frau Heine herzlich für ihren hervorragenden Einsatz und die gute Zusammenarbeit gedankt werden.

3. Stellungnahmen

Am 14. April 2010 nahm der Vorsitzende gegenüber dem Ausschuss für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit des Nds. Landtages zur Novellierung des NPsychKG und des Nds.MVollzG Stellung. Inhaltlich waren darauf bereits der 24. Tätigkeitsbericht und der 25. Tätigkeitsbericht eingegangen.

Der Vorsitzende nahm bei der Anhörung im Sozialausschuss des Nds. Landtages am 2.9.2010 zur Novelle des Heimgesetzes Stellung und vertrat die im 25. Tätigkeitsbericht beschriebene Linie.

Der Vorsitzende gab bei einer Anhörung im Sozialausschuss des Nds. Landtages am 29.9.2010 zu Fragen der Früherkennung und Prävention bei Alterssuiziden eine Stellungnahme ab.

Bei der Beratung des 25. Tätigkeitsberichtes des Ausschusses im zuständigen Landtagsausschuss am 3.11.2010 bestand Gelegenheit zur Erläuterung.

Der Vorsitzende berichtete am 21.6.2010 Frau Ministerin Özkan über Auftrag und Praxis des Ausschusses und der Besuchskommissionen sowie über laufende Schwerpunktthemen und Problembereiche in der Arbeit..

Der Vorsitzende sprach am 22.5.2010 bei einer Jahresversammlung des Landesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen ein Grußwort.

Öffentliche Stellungnahmen und Informationen ergingen

- durch Publikation eines Übersichtsbeitrages über „Rechtssicherheit und Qualität in der psychiatrischen Versorgung“ für das Anfang 2010 erschienene Jahrbuch Psychiatrie in Niedersachsen 2010, [2]
- durch ein Interview des Vorsitzenden für die Psychiatrie-Zeitschrift „Eppendorfer“. [3]
- Pressemitteilung des Ausschuss vom 03.06.2010 zur Verabschiedung des 25. Tätigkeitsberichts 2009 und zur baulichen Situation des *Festen Haus* NLKH Moringen wurden im „Rundblick“ vom 04.06.2010 aufgegriffen.

4. Schwerpunktthemen

Exemplarisch sollen hier Themen benannt werden, die den Ausschuss über den Tag hinaus beschäftigt haben und im Kontakt mit allen zuständigen Stellen weiter zu beachten sind.

---

[2] SPENGLER, A., E. HÖFER (2010): Rechtssicherheit und Qualität in der psychiatrischen Versorgung. In: ELGETI, H. (Hg.): Psychiatrie in Niedersachsen. Band 3. Psychiatrie-Verlag, Bonn, S. 146-159

[3] Interview EPPENDORFER mit Prof. Dr. A. Spengler, Heft 5 (2010) Seite 12, vgl. http://www.psychiatrie.niedersachsen.de/live/live.php?navigation_id=219&article_id=70390&_psmand=3

4.1. Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Die **Versorgung von Kindern und Jugendlichen** wurde als Schwerpunktthema fortgeschrieben. Dr. Niemeyer trug dazu in der Gremienarbeit und im folgenden, von ihm entworfenen Beitrag bei:

Schwerpunktthema war im Berichtsjahr 2010 die schulische Unterrichtsversorgung von sich in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer (KJPP) Behandlung befindlichen Patientinnen / Patienten. Wie bereits in den vorausgegangenen Jahresberichten festgehalten, hatte sich die schon bis dahin aus Sicht des Ausschusses, der Kliniken und der Patientenfamilien unzureichende Versorgung als Folge eines Erlasses des Kultusministeriums vom September 2008 im Jahre 2009 und auch 2010 durch in einem Stufenplan festgelegten Abbau abgeordneter Lehrerstunden nochmals spürbar verschlechtert gehabt. Der Ausschuss hatte bereits in 2009 vom MK entsprechendes Zahlenmaterial angefordert. In der Ausschusssitzung am 03.03.2010 nahm der zuständige Dezernent des MK, Herr Dr. Wachtel, Stellung zu diesem Thema. Im April wurden in einer Sitzung bei Dr. Wachtel und einem Vertreter des MS die Bedenken des Ausschusses hinsichtlich der schulischen Unterversorgung angesprochen und Besserungsvorschläge vorgebracht. Diese gingen konkret in vom MK veröffentlichten neuen „Grundsätzen für die Beauftragung von Lehrkräften mit Krankenhausunterricht“ vom 28.09.2010 ein: Demnach sollen kinder- und Jugendliche in psychiatrischen Kliniken künftig 15 Stunden Unterricht pro Woche erhalten. Diese Stundenzahl erscheint aus Sicht des Ausschusses und der Fachärzte sinnvoll und angemessen, sowohl im Hinblick auf Vereinbarkeit mit den üblicherweise zu behandelnden Krankheitsbildern und den notwendigen Therapiezeiten als auch zur Vorbeugung gegen zu große Lerndefizite. Die Schwelle für die betroffenen Familien, eine stationäre Behandlung der Kinder / Jugendlicher überhaupt rechtzeitig in Anspruch zu nehmen, sollte nicht unnötig erhöht werden. Ob die vom MK nunmehr angesetzte Steigerung „in einem ersten Schritt“ der Richtgröße von 2,0 auf nunmehr 2,5 Lehrerstunden pro Schülerin / Schüler hinreicht, um das angestrebte Ziel zu erreichen, wird sich erweisen. Ungeregelt erscheint die Einbeziehung der Lehrkräfte in die ärztliche Schweigepflicht.

Der Ausschuss wird die Umsetzung dieses Erlasses weiter beobachten. Als kritisch und dysfunktional sieht der Ausschuss die erneute Vorgabe an, dass Lehrkräfte auch weiterhin mit voller Stundenzahl in der Regel nur maximal 2 Jahre ununterbrochen mit Unterricht in den Kliniken beauftragt werden dürfen. Dies hat zur Folge, dass das für die Lehrkräfte notwendige kinder- und jugendpsychiatrische Wissen und Erfahrungen ständig neu erarbeitet werden müssen. Langfristig ist daher über die Einrichtung einer eigenständigen Schulform für längerfristig kranke Schülerinnen / Schüler, wie sie zum Teil in anderen Bundesländern existiert, zu sprechen.

Die im 25. Tätigkeitsbericht zusammengetragene Analyse der übrigen ambulanten und stationären Versorgungssituation kann für das Jahr 2010 im wesentlichen fortgeschrieben werden und stand nicht im Fokus der Ausschussarbeit.

Am Rande der Arbeit klang an, daß die Besuchskommissionen, die nicht alle ständig mit kinder-jugend-psychiatrischer Expertise besetzt sind, nur relativ selten dazu kommen, KJPP- Behandlungsangebote zu untersuchen oder auch die Einrichtungen näher kennenzulernen.

4.2. Ambulante Versorgung

Den Einzelberichten von Besuchskommissionen über die **Sozial-psychiatrischen Dienste** sind fast flächendeckend kritische Hinweise zu entnehmen. Die beschriebene Tendenz der Kommunen setzt sich fort, Sozialpsychiatrische Dienste zu verschlanken, stärker in die Gesundheitsämter einzubinden, hier und da Ressourcen und Zuständigkeiten zu reduzieren. Landesweite gleiche Standards und ihre Einhaltung sind wie bisher nicht erkennbar. Örtlich kommen Verfahren zur Privatisierung der Dienste hinzu, was nach dem NPsychKG formal möglich ist.

Die Besuchskommission Weser-Ems Nord betonte, dass fast alle dort besuchten Dienste die Akten, nicht aber die Zuständigkeiten besser getrennt haben. Oft wird eine psychiatrische Leitung nicht vorgehalten. Beides trifft unverändert auf erhebliche Bedenken in der fachlichen Aufsicht und Zuordnung der Ressourcen und Aufgaben, aber auch im Datenschutz. Oft stehen Gutachtentätigkeiten einseitig belastend im Vordergrund. Einige Gebietskörperschaften schienen nicht bereit, im Hinblick auf die Wahrnehmung der ihnen übertragenen Aufgaben des Landes gem. NPsychKG konkrete Verbesserungen einzuleiten. Vereinzelt bestehen Probleme, die Angebote vor Ort aufzufinden.

Der Ausschuss sieht nach Auszählung der Besuche die Sorge bestätigt, dass diese Beschreibung in anderen Landesteilen regelhaft anzutreffen ist. Er sieht die Situation der Sozialpsychiatrischen Dienste unverändert mit großer Sorge, und kommt nicht um die Feststellung umhin, dass viele Kommunen diese Aufgaben nicht konsequent vorhalten und unterstützen.

Der Ausschuss beriet erneut über die Leistungsfähigkeit **psychiatrischer und nervenärztlicher Vertragsarztpraxen**. Er sah sich aufgrund neuer Erkenntnisse in der Sorge bestätigt, dass eine flächendeckende Versorgung mit fachärztlichen und fach-psychotherapeutischen Leistungen landesweit nicht mehr sicherstellt wird. Ein Hintergrund ist die aus Sicht des Ausschusses seit Jahren mangelnde Aussagekraft veröffentlichter Honorarstatistiken [4] und kassenärztlicher Publikationen über freie Vertragsarztsitze. [5] Substantieller Grund der Sorge sind die direkten Berichte der betroffenen Fachärzte und ihrer Vertreter.

---

[4] vgl. Mitteilungen der KVN, Nds. Ärzteblatt 11 (2010) Seite 43-45 zu den Ergebnissen der Honorarabrechnung im II. Quartal 2010

[5] Vgl. KOPETSCH, T. (2009), KBV: Bedarfsplanung: Lücken bei Haus- und Fachärzten. Dt. Ärzteblatt 13.11.2009 Seite A 2290-2291

Der im Nds. Ärzteblatt 11 (2010) publizierten Honorarstatistik nach nahmen im II. Quartal 2009 insgesamt 322 Nervenärzte/Neurologen und 191 Psychiater an der Versorgung teil. Die Zahl von 513 Fachärzten beinhaltet offenkundig Mehrfachzählungen. Hinzu kamen 74 Kinder- und Jugendpsychiater

Hierzu erging am 28.7.2010 eine differenzierte Anfrage an die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen KVN mit dem Ziel, die tatsächliche Versorgungsleistung durch die verschiedenen Facharztgebiete in den Städten und Gemeinden differenziert zu erfahren, auch in Abgrenzung zu Vertragspsychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychiatern und Neurologen. Zusatzfragen bestanden u.a. zum Versorgungsumfang pro Praxis gezählt in Kalendertagen pro Fall und zur Honorarentwicklung.

Die KVN stellte hierzu eine nach Planungsbezirken und (abrechnungstechnisch gezählten) Facharztgruppen aufgeschlüsselte aktuelle Statistik für 2009 zur Verfügung, die sich an die geltenden Bedarfsplanungsrichtlinien hält. Daneben gingen Statistiken zur Honorarentwicklung ein. Mitgeteilt wurde, dass 81 Fachärzte für Psychiatrie 2009 ausschließlich psychotherapeutisch tätig waren und 5 Neurologen die psychiatrische Grundpauschale abrechneten. Weitergehende Fragen wurden seitens der KVN leider mit Hinweis auf eine nicht mehr vertretbaren Aufwand von Auswertungen nicht beantwortet.

Die Statistik der KVN (2009) erfasst vereinfacht formuliert knapp 200 Nervenärzte und unter 90 Psychiater, dazu kommen etwa 100 Neurologen und 90 Kinder- und Jugendpsychiater. Bei Nachfrage konnte geklärt werden, dass die Angaben sich auf anteilige Stellen beziehen, wie sie sich aus der Zulassung oder aus dem jeweiligen Abrechnungsverhalten der Praxisinhaber ergeben. Dies betrifft insbesondere das Nebeneinander psychotherapeutischer, psychiatrischer und neurologischer abgerechneter Leistungen, z.B. mit 50 %, etwa wenn je die Hälfte der Tätigkeit neurologisch und psychiatrisch sind oder anteilig Richtlinienpsychotherapie gemacht wird. Hinzu kommen noch sämtliche ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugend-Psychotherapeuten, zusammen über 1700. Da diese anteiligen Zählungen mit Schwellenwerten arbeiten und die Zuordnungen nicht mit dem tatsächlichen Leistungsverhalten abgeglichen sind, entstehen nur formale Angebotsprofile und kein exaktes Abbild des Angebotes.

Der Statistik ist das bereits angenommene starke Gefälle zwischen städtischen Ballungsräumen und ländlichen Regionen zu entnehmen, wobei der Eindruck entsteht, dass einzelne Kreise überhaupt keine gesicherte psychiatrische Versorgung mehr aufweisen. Neun Landkreise hatten stellenanteilig nur zwei bis vier „Nervenärzte“ zur Verfügung (darin Fachärzte für „Psychiatrie und Neurologie“ = Nervenheilkunde, „Psychiatrie und Psychotherapie“ aber auch Neurologie, nicht gerechnet Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychiater). In fünf Städten/Landkreisen stehen 15 und mehr, in der Region Hannover zusammen mit der Landeshauptstadt 56 Facharztstellen für psychiatrische Versorgungsaufgaben i.e.S. zur Verfügung. 15 Planungsbezirke haben keinen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Am 24.11.2010 berichtete Dr. Mayer-Amberg als Vorsitzender des Landesverbandes Niedersachsen des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte BVDN, gestützt auf denselben Informationsstand dem Ausschuss wie folgt:
Das für die vertragsärztliche Versorgung zuständige Fachreferat im Sozialministerium war zugegen. Die rückläufige Entwicklung der Praxen deutlich: Mitte der 90-er Jahre gab es noch rund 380 Nervenarztpraxen. Die Praxen sind heute mit durchschnittlich 58 Jahren zunehmend überaltert. Immer mehr Fachärzte geben auf, auch die jüngeren weichen häufig auf die vom Honorar her auskömmlichere Richtlinienpsychotherapie aus. Die durchschnittlichen Honorare für die Behandlung psychisch Kranker sind offenkundig für eine ausreichende Therapiedauer und –Frequenz unzureichend, ähnliches gilt für die budgetierten Medikamentenverordnungen. Ein Facharzt versorgt bei breiter Streuung durchschnittlich 300 Fälle. Eine Zahl von 200 bis 210 Fachärzten, die in nennenswertem Umfang tatsächlich psychisch Kranke versorgen, wurde von Dr. Mayer-Amberg bestätigt. Er betonte, dass die Strukturen sich zugunsten der Psychotherapie und der Neurologie künftig weiterentwickeln werden, zu Lasten der Psychiatrie. Dies liegt auch an der Heterogenität und berufsrechtlich vorgegebenen weiteren Spezialisierung bei den beteiligten Facharztgruppen. Er bestätigte: Das Nebeneinander psychotherapeutischer, psychiatrischer und neurologischer abgerechneter Leistungen und die anteilige Zählung von Fachärzten je nach Tätigkeit ließen Artefakte und Doppelzählungen nicht ausschließen. Interne Angaben von Nervenärzten lauten, dass Wartezeiten für neue Patienten sich über 2-3 Monate hinziehen können, auch wenn Notlagen bestehen.

Eine genaue lokale Aufklärung der KVN-Statistiken gelang in der Beratung des Ausschusses und in der Nachbearbeitung nicht. Seitens des zuständigen Referates im Sozialministerium wurde betont, dass die Bedarfsplanung stark bundeseinheitlich vorreguliert und nach den Planungsrichtlinien eingeschränkt ist, so dass auch der KVN nur ein begrenzter Spielraum verbleibe. Noch immer werden Planungsbezirke von der KVN, sobald dort auch Neurologen tätig sind, als besetzt gewertet, auch wenn kein Psychiater mehr vor Ort ist.

Der Ausschuss erhob Ende 2010 ergänzend eine Umfrage in allen kommunalen Sozialpsychiatrischen Verbünden. In Einzelfällen konnte keine inhaltliche Auskunft erzielt werden. In vielen Kreisen waren Tätigkeitsprofil und anteilige Zuordnung der Leistungen gegenüber der KV der Praxen nicht bekannt. Der Gesamteindruck bestätigte die Analyse der Zahlen der KVN.

Unter dem Strich muss von einer im System liegenden, politisch zumindest traditionell hingenommenen Intransparenz gesprochen werden. Versprechungen einer kleinräumigen Bedarfsplanung und Transparenz werden von verschiedenen Akteuren auch auf der Bundesebene seit langem gemacht. Die bundespolitische Diskussion hat im Jahr 2011 unter dem Vorzeichen des ländlichen Ärztemangels öffentlich mehr Raum eingenommen, ohne aber auf die Versorgungslücken und –Engpässe bei psychisch Kranken und auf die Schieflagen in diesem Versorgungsangebot einzugehen.[6]

[6] Die Disparitäten und Irrationalitäten, aber auch Fehlsteuerungen und einseitige Interessenlagen werden von MELCHINGER in einer aktuellen Arbeit kritisch beleuchtet. Die

Der Ausschuss kommt um folgende Bewertung nicht umhin: Psychisch Kranke und ihre Familien sind einer konkreten **Unterversorgung** mit unzumutbaren Wartezeiten und Fahrtstrecken ausgesetzt. Das Stadt-Land-Gefälle ist besorgniserregend. Die schwerstgestörten Menschen erhalten strukturell am wenigsten Hilfe. Ein Wegbrechen und eine fortschreitende Erosion der fachärztlichen Versorgung psychisch Kranker ist, wie sich auch in Niedersachsen zeigt, kein lokales Phänomen, sondern Realität für mehrere Landkreise. Besonders schlecht versorgt sind nicht nur Kreise wie Holzminden und Wittmund, knapp davor Ammerland, Helmstedt, Osterode, Lüchow-Dannenberg, Soltau, Wesermarsch (und Oldenburg). Da sich für 2010 erneute Rückschritte andeuten, bleibt die Situation zu beobachten.

Die Versorgung durch **Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)** war 2010 nicht Beratungsgegenstand, da die Vertragssituation und Bedarfsdeckung in Niedersachsen bis dahin als gut zu bewerten waren.

Die Rahmenbedingungen auf der Bundesebene stellen sich nach einem lange umkämpften Vertragsabschluss zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen und Deutscher Krankenhausgesellschaft klar dar: Im April 2010 wurde eine Vereinbarung zu § 118 Abs. 2 SGB V (Zulassung der Institutsambulanzen an psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern) erzielt. [7] Das Vertragswerk regelt die Indikationsvoraussetzungen für die Behandlung in der PIA genauer als bisher. Einschneidende Verschlechterungen des Zugangs der Betroffenen zu den PIA konnten auch mit politischem Druck verhindert werden. Die Zulassungsvoraussetzungen für die psychiatrischen Fachkrankenhäuser gem. § 118 Abs. 1 SGB V sind formal nicht betroffen. Auf der Fachebene wird das neue Vertragswerk insgesamt positiv kommentiert. [8]

In Niedersachsen haben nach Mitteilung der NKG im Herbst des Jahres 2010 erste Gespräche mit den GKV-Landesverbänden über einen neuen Grundlagenvertrag für die PIA stattgefunden mit dem Ziel, den seinerzeit durch die GKV-Landesverbände gekündigten Rahmenvertrag erneut und einheitlich für die psychiatrischen Abteilungen und die Fachkrankenhäuser abzuschließen.

Art und Umfang der Versorgung in PIA in Niedersachsen [9] stellen sich nach Angaben der NKG auf hohem Niveau konsolidiert dar. Gegenüber dem Versorgungsumfang des Jahres 2007 von etwa 99.000 Fällen (einschließlich Kinder- und Jugendpsychiatrie) sind bis 2010 Fallzahlsteigerungen von etwa

---

aufgewiesenen Zahlen können allgemein als zutreffende Darstellung einer zunehmenden Misere betrachtet werden, unabhängig von der jeweiligen versorgungspolitischen Bewertung. MELCHINGER, H. (2011) Psychotherapie vs. fachärztliche Behandlung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Monitor Versorgungsforschung 02/2011, Seite 35-40.

7. Vgl. http://www.gkv-spitzenverband.de/KH_Ambulante_Leistungen_PIA.gkvnet

[8] KOCH-STOECKER, S., M. DRIESSEN, H. LORENZEN, A. SPENGLER (2010): Die neue Spitzenvereinbarung für Psychiatrische Institutsambulanzen. an Allgemeinkrankenhäusern. Psychosoziale Umschau 03: 28

[9] SPENGLER, A. (2008): Wofür Psychiatrische Institutsambulanzen stehen. In: ELGETI, H. (Hrsg.): Psychiatrie in Niedersachsen - Jahrbuch 2009, Bonn; Psychiatrie-Verlag 2008.

1/10 pro Jahr zu verzeichnen. Diese Entwicklung wird im ganzen Bundesgebiet beschrieben. Aktuelle Stellungnahmen sehen Zusammenhänge mit dem Strukturwandel in den psychiatrischen Kliniken, im komplementären Umfeld, vor allem aber auch in der vertragsfachärztlichen Versorgung. [10]

Auch wenn die PIA in Niedersachsen nicht flächendeckend und nicht ohne Einschränkung ihrer Zulassung und Indikation erreichbar sind, übernehmen sie faktisch diese Rolle und füllen damit die bestehenden Versorgungslücken, soweit das nach Zulassung und Zuweisungsindikation (rechtlich und medizinisch) möglich ist, etwa bei Notfällen oder zur Vermeidung oder Verkürzung stationärer Behandlung."

Der Ausschuss hat sich auf seiner letzten Sitzung des Jahres 2010 über neue Entwicklungen in der **Integrierten Versorgung** psychisch Kranker informiert. Der Landesfachbeirat Psychiatrie hatte, wie auf der Arbeitsebene des Ausschusses bekannt war, über Jahre Initiativen unterstützt, konzeptionell und organisatorisch Versorgungsangebote gem. § 140 ff SGB V zu entwickeln, die vor allem auf die Integration der Angebote von Nervenarztpraxen und Heimeinrichtungen setzten. Mitglieder und Arbeitsgruppen des Landesfachbeirates waren bei der Zusammenarbeit der Projektträger mit Krankenkassen initiativ und beratend tätig, unter Beteiligung des Landesverbandes Niedersachsen des BVDN und weiterer Organisationen.

Aus Ärztenetzwerken und Vorläuferfirmen gingen, wie sich aus Publikationen der beteiligten Firmen ergab, im Laufe des Jahres 2010 privatwirtschaftliche Unternehmen wie die Firmen I3G GmbH hervor, die in selektiven Verträgen mit der AOK Niedersachsen und anderen Krankenkassen als Managementgesellschaften die Versorgung schizophren Kranker betreiben. Eine unmittelbare Parallelität besteht zu der Fa. IVP networks GmbH. Diese Anbieter nahmen ihre Tätigkeit, die u.W. bis dahin in geschlossenen Informationsveranstaltungen vorgestellt wurde, im Oktober 2010 zunächst in einzelnen Regionen auf. Die Firmen präsentieren sich im Internet, [11] in Publikationen [12] und auf Veranstaltungen.

Die Entwicklung integrierter Versorgungsmodelle ist bundesweit zu beobachten, auch auf dem Gebiet der Psychiatrie gibt es einige Verträge, wenn auch heterogen und zahlenmäßig deutlich weniger als in anderen medizinischen Disziplinen. Eine bundesweite Übersicht gibt die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN als zuständige Fachgesellschaft. [13]

---

[10] SPENGLER, A., S. KOCH-STOECKER, H.LORENZEN, M. DRIESSEN (2010): Am Wendepunkt – Institutsambulanzen in der Versorgungslandschaft 2010. Psychiatr.Prax. 37: 1-4 - SPENGLER, A. (2010): Institutsambulanzen in der psychiatrischen Versorgung 2010, Entwicklungen und Perspektiven. Soziale Psychiatrie 34: 27-30

[11] http://i3g-gmbh.de/ - http://www.ivpnetworks.de/

[12] WALLE, M. u.a. (2010): Theorie und Praxis eines zukunftsorientierten ambulant gesteuerten psychiatrischen Behandlungssystems. Weingärtner-Verlag, Berlin

[13] http://www.dgppn.de/schwerpunkte/versorgung/integrierte-versorgung-iv-projekte.html

Der Vertrag der AOK Nds. mit der Firma I3G, welche die Firma care4S GmbH mit der operativen Umsetzung bei den Leistungserbringern (Nervenarztpraxen, Heime, ambulante Pflegedienste u.a.) beauftragte, sorgte Ende 2010 und im Laufe des Jahres 2011 bundesweit für öffentliche Diskussionen, weil die I3G eine Tochter eines Pharmaunternehmens ist (Janssen-Cilag GmbH). Beteiligt ist auch ein venture capital Unternehmen, die Turgot Ventures AG aus Zürich als Muttergesellschaft der care4S und IVP networks. [14]

Es handelt sich um neue privatwirtschaftliche Unternehmen, die Konzepte der managed care [15] auf die ambulante Versorgung psychisch Kranker anwenden und international am Markt etablieren wollen.

Der Ausschuss hat die neuen Entwicklungen, soweit diese bislang überschaubar sind, zunächst zur Kenntnis genommen, und wird diese im Laufe des Jahres 2011 weiter kritisch begleiten. Dazu gehören auch Rechtsfragen.

Dabei muss es diesseits einer politischen Bewertung vorrangig darauf ankommen, ob die Versorgungsqualität und die Rechtsposition der Patienten in der Alltagspraxis konkret gewahrt bleiben. Dies schließt Fragen nach der Information und Einwilligung der Betroffenen, nach dem Datenschutz, nach der freien Arzt- und Krankenhauswahl, der Versorgung mit Medikamenten und Heilmitteln ein. Es ist zu fragen, ob es zu verdeckten Rationierungseffekten bei Teilnehmern oder Nichtteilnehmern der Versorgungsangebote kommt und ob die Angebote regional oder örtlich zu einer Verbesserung oder Verschlechterung der Situation beitragen. Anfragen und Rückfragen bei der AOK Nds. und den genannten Firmen wurden im Frühjahr 2011 gestellt und werden weiter bearbeitet.

Der Deutsche Bundestag hatte am 11. November 2010 das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) beschlossen. Darin wird unter anderem auch die Beteiligung von Pharmaunternehmen an IV-Verträgen ermöglicht. Die Entwicklung in Niedersachsen liegt im Gesamttrend einer Ökonomisierung und marktwirtschaftlichen Liberalisierung der Gesundheitspolitik.

Bei der Veräußerung der ehemaligen Nds. Landeskrankenhäuser hat der Ausschuss die Entwicklung hin zu privatwirtschaftlichen kommerziellen Trägerschaften kritisch bewertet und wird diese auch bei den neuen Klinikbetreibern langfristig im Auge behalten. Bei der Kritik spielten die im SGB V gesetzlich abstrakt besonders zu beachtenden „besonderen Belange psychisch Kranker“ und die Frage nach ihrer Wahlfreiheit, nach ihrer Rolle als mündige Kunden eine wichtige Rolle, weiterhin die Besorgnis, daß dem System Ressourcen entzogen werden können und der Staat sich aus seiner sozialen Verantwortung zurückzieht.

Dieselben kritischen Fragen stellen sich bei der Kommerzialisierung von Teilen der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Zugleich wirken die Probleme des

[14] http://www.turgot-ventures.com/
[15] http://de.wikipedia.org/wiki/Managed_care

Ärztemangels, der Unterversorgung und verdeckten Rationierung in der Behandlung schwer psychisch Kranker vordringlich. So müssen alte und neue Angebote gleichermaßen auf dem Prüfstand bleiben, was Risiken und Nebenwirkungen, Vor- und Nachteile, vor allem was tatsächliche Verbesserungen vor Ort anbelangt.

4.3. Versorgung, Unterbringung und Zwangsmaßnahmen in Heimen

Der Ausschuss hatte schon für das Jahr 2009 geplant, Hinweisen der Besuchskommissionen auf Probleme in der Handhabung von **geschlossener Unterbringung und Fixierungen** und sonstigen unterbringungsähnlichen Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen einzugehen. [16] Der 25. Tätigkeitsbericht ist auf die rechtlichen und administrativen Grundlagen ausführlich eingegangen.

Das Thema wurde in einer Sondersitzung des Ausschusses am 3.2.2010 durch einen Vortrag des Freiburger Juristen und Versorgungsforschers Prof. Dr. Klie vertieft. Die wichtigsten Stichworte:

Das Projekt „**Redufix**“ – Projekt zur Reduktion körpernaher Fixierungen des Institut AGP, Freiburg, wurde eingehend beschrieben. [17] Es handelt sich um das erste Forschungsprojekt, das die Möglichkeiten der Reduzierung von Fixierung im Heimbereich empirisch untersucht und mit Daten untermauert. Es zeigt, dass freiheitsentziehende Maßnahmen (FeM) durch gezielte Maßnahmen in Heimen auf den Sektoren Pflege, Hilfsmittel und räumliche Umgebung erfolgreich verringert werden können, ohne dass dies für die Bewohner Nachteile hat. Die Häufigkeit körpernaher Fixierungen in Heimen wurde in verschiedenen Studien international und in Deutschland aufgearbeitet und reicht je nach Einrichtung bei Demenzkranken bis in Größenordnungen von knapp 50 % der Betroffenen. Einzelne Studien in Deutschland erbrachten, daß die formalrechtliche Legitimation in Heimen, keineswegs immer korrekt abgesichert wird. Selbst wenn diese eingeholt ist, bleibt die Frage der Durchführungspraxis und ihrer Überwachung und Qualitätssicherung im Alltag ungelöst und intransparent.

Nach dem Expertenbericht belegt keine Studie den nachhaltigen Nutzen körpernaher Fixierungen für die Betroffenen, auch wenn oft die Sturzvermeidung angeführt wird. Demgegenüber führen Fixierungen zu massiven psychischen und körperlichen Risiken und gesundheitlichen Nachteilen bis hin zu vermeidbaren psychischen Traumatisierungen. Das Ziel einer Begrenzung auf das unvermeidbare Mindestmaß wird in der Praxis meist verfehlt. Wo Projekte wie ReduFix praktisch umgesetzt werden, kommt es aus

---

16 Eine allgemeinverständliche Übersicht der rechtlichen Grundlagen findet sich zusammen mit Anwendungsstatistiken in den Bundesländern unter http://wiki.btprax.de/Unterbringung

17 http://www.redufix.com/

Mitarbeitersicht und in der Bewertung durch Angehöre und Betroffene regelhaft zu einer positiven Entwicklung.

Der Ausschuss bewertete diese Darstellung und Analyse als wichtige Orientierung für seine weitere Arbeit und die Tätigkeit der Besuchskommissionen, auch wenn die Repräsentativität und Übertragbarkeit der Studienlage auf die Einrichtungen im Lande zu Fragen Anlass gab. Das Grundziel einer Reduzierung von Fixierungen ist abstrakt rechtlich bindend, prioritär und es erscheint im Licht der UN-Behindertenrechtskonvention aktueller denn je.

Zugleich wird dieses Ziel nach den Beobachtungen der Besuchskommissionen in der täglichen Praxis in vielen Einrichtungen verfehlt, nicht nur in Einzelfällen. Rechtlich-administrative Rahmenbedingungen scheinen dazu ebenso beizutragen wie ökonomische Mechanismen, sei es durch Sparzwänge, sei es durch Betreiberinteressen. Missmanagement und Fehlentwicklungen können dazu ebenso beitragen wie die Entwicklung nachteiliger Gewohnheiten und Traditionen in Einrichtungen, bis hin zu individuellen Fehlhaltungen und Zynismus.

Die Besuchskommissionen sehen regelmäßig Beispiele, bei denen formale rechtliche Bedingungen erfüllt sind und grobe Fehler vermieden werden, aber dennoch der Eindruck verbleibt, daß die Fixierungspraxis aus personalökonomischen und Bequemlichkeitsgründen hinter dem zurückbleibt, was von guten engagierten Teams in guten Einrichtungen erreicht und erfolgreich vorgezeigt wird. Dabei sind ökonomische Sparziele, Missmanagement und Verharren in Routine schwer zu trennen und bleibt die Verantwortung der jeweiligen Geschäftsführungen abstrakt.

Politik und Behörden bleiben aufgefordert, ihren Beitrag zu leisten, um die Praxis konsequenter an den menschlichen und rechtlichen Anforderungen auszurichten. Der Ausschuss vertritt wie bisher, daß hier mehr Transparenz gefordert ist und daß die Zusammenarbeit von Heimaufsicht, Medizinischen Diensten und Besuchskommissionen verbindlicher gestaltet werden sollte. Es bleibt unbefriedigend, daß das Land keinen landesweiten Bericht der Heimaufsicht mehr vorsieht. Beim Thema Fixierungen in Heimen ist es, weil meist Demenzkranke betroffen sind, mit Heimbeiräten nicht getan. Die etablierten Pflegezensuren übergehen in ihrer Rechenweise das Problem und erlauben es, daß fundamentale Mängel bei den Fixierungen durch andere, unspezifische Kriterien überdeckt werden, wenn sie denn überhaupt sichtbar werden. Die Einrichtungen sind gefordert, ihre Qualitätsansprüche gegenüber Heimaufsicht, Besuchskommissionen, vor allem aber Angehörigen im Sinne eines zeitgemäßen Verbraucherschutzes einzulösen.

4.4. Sonstiges

Im Folgenden sei auf weitere im Ausschuss bearbeitete Punkte, z.T. Strukturprobleme hingewiesen, die auch bei den anderen Regionen anklangen:

Die Besuchskommission Hannover berichtete: Die Gestaltung von **Hilfekonferenzen** in den einzelnen Landkreisen wird heterogener und führt zu ungleicher Behandlung von Ansprüchen. Das Fehlen einer einheitlichen landesweiten Regelung erschwert es Betreuern und Anbietern, sich auf die in den Landkreisen sehr unterschiedlichen Verfahren einzustellen. Die fachlichen Zuständigkeiten für die Ermittlung des Hilfebedarfs bei Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII sind in vielen Kreisen von den Sozialpsychiatrischen Diensten an eigene Steuerungsstellen in den Sozialämtern übergegangen. Die Entscheidungen erscheinen fachlich häufig nicht mehr nachvollziehbar. Hinzu kommt, wie u.a. die Besuchskommission Weser-Ems Nord wiederholt betonte, der Eindruck einer Vielfalt und Widersprüchlichkeit, tendenziell Beliebigkeit im Einsatz der Personalbemessungsverfahren.

Unterschiedliche Verfahrensabläufe und Vordrucke sowie uneinheitliche Verfahren der Einbindung der Betroffenen, verschiedene Verfahrensbeteiligte und beteiligte Stellen in der Verwaltung sowie abweichende fachliche Vorgaben, müssen selbst bei vergleichbaren Sachverhalten zu unterschiedlichen Ergebnissen der Hilfeplanung und damit zu je nach Kommune uneinheitlichen Chancen der Menschen mit Behinderung auf eine schnelle und zielgerichtete Rehabilitation führen. Der Ausschuss hält es für dringlich, die Verfahren der Hilfeplanung auf der Landesebene zu standardisieren und dabei die Mitwirkung der Sozialpsychiatrischen Dienste sicherzustellen.

Die vom Sozialministerium bestellten Vorstände des **Landesfachbeirates** Psychiatrie [18] LFBP, Prof. Dr. J. Mauthe und Herr W. Beins berichteten am 24.11.2010 über ihre Arbeitsschwerpunkte, nämlich Prävention (Erhebung für einen Präventionsatlas) und Fragen der Teilhabe. Der LFBP engagierte sich u.a. für den Tag der Psychiatrie in Niedersachsen und bei Tagungen der Evangelischen Akademie Loccum über Teilhabe und über Selektivverträge in der ambulanten Versorgung, die im März 2011 stattfanden.

Der Ausschuss verfolgte kontinuierlich die gesetzgeberische Entwicklung und höchstrichterliche Rechtsprechung zur **Sicherungsverwahrung**

Der Europäische Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) hatte am 17. 12.2009 die im StGB bis dahin vorgegebene rückwirkende Verlängerung einer bereits über 10 Jahre währenden Sicherungsverwahrung verworfen. Daraufhin erließ der Bundesgesetzgeber am 22.12.2010 das „Therapie-unterbringungsgesetz“ ThUG. Es trat als Artikel 5 des Gesetzes zur Neuordnung des Rechts der Sicherungsverwahrung und zu begleitenden Regelungen am 1. Januar 2011 in Kraft. [19]

---

[18] http://www.lfbpn.de/

[19] Die Unterbringung von Tätern, die als psychisch gestört angesehen und weiterhin für gefährlich gehalten werden, aber bei Begehung ihrer Tat voll schuldfähig waren, die aber nicht

Das ThUG wurde von Verbänden und Fachleuten rechtspolitisch und in seiner tatsächlichen Auswirkung auf die Psychiatrie kritisiert. [20], [21] Auch im Ausschuss wurde das ThUG kritisch diskutiert, eine abschließende Einschätzung der praktischen Auswirkungen ist derzeit nicht möglich, zumal hierzu bei Redaktionsschluss keine konkreten Vorstellungen des Fachministeriums vorliegen.
Am 4.5.2011 gab das BVerfG sein Urteil zur Verfassungswidrigkeit der bisher durchgeführten Sicherungsverwahrung bekannt. [22]

Der Ausschuss beobachtet diese Entwicklung kontinuierlich. Er wurde durch das Sozialministerium bisher allgemein über die anstehenden Beratungen mit den anderen Ressorts und Ländern informiert. Er sieht auch zum Zeitpunkt der Vorlage dieses Berichtes viele ungeklärte rechtliche Fragen und praktische Folgeprobleme.

Auch das Urteil des BVerfG zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug vom 23.3.2011 bedarf weiterer Beachtung: [23] Die materiell-rechtlichen und Verfahrensanforderungen an eine zwangsweise Behandlung wurden deutlich erhöht, und die Länder sind dringend gefordert, diese gesetzlich zu konkretisieren.

Diese Themen werden 2011 im Fokus bleiben. Der Psychiatrieausschuss sieht Kernthemen seines Auftrags berührt, weil die Besuchskommissionen unter verändertem rechtlichen Vorzeichen direkt mit der Anwendungspraxis konfrontiert sind und weil es um Grundfragen in der Rechtsposition der Betroffenen geht.

5. Arbeit der Besuchskommissionen (BK) im Jahr 2010

Insgesamt bewältigten die rund 80 beteiligten Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder auch im Berichtsjahr eine mit 108 Einsätzen umfangreiche Prüf- und Beratungstätigkeit mit Besuchen, Beratungen, Protokollierung und Schriftverkehr.

Absolviert wurden
20 Besuche der BK Braunschweig
17 Besuche der BK Hannover
17 Besuche der BK Lüneburg

---

mehr in der Sicherungsverwahrung verbleiben dürfen, ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich, allerdings in geschlossenen Einrichtungen, die räumlich und organisatorisch von Einrichtungen des Strafvollzuges klar getrennt sein müssen. Das Gesetz ähnelt formal den öffentlich-rechtlichen Unterbringungsgesetzen der Länder. Das Verfahren ist den Verwaltungsbehörden und Zivilgerichtsbarkeit zugewiesen. Der Bund überlässt es den Ländern, für die entsprechenden Einrichtungen zu sorgen.

[20] vgl. KOLLER, M. (2011) Neuordnung der Sicherungsverwahrung. DRiZ 4: 127-132

[21] http://www.dgppn.de/aktuelles/detailansicht/article/249/zum-gesetz-z.html

[22] Bundesverfassungsgericht, Pressemitteilung Nr. 31/2011 vom 4. Mai 2011

[23] Beschluss vom 23.03.2011 2 BvR 882/09

21 Besuche der BK Weser-Ems-Nord
21 Besuche der BK Weser-Ems-Süd
12 Besuche der BK für den Maßregelvollzug

50 Besuche entfielen auf Heimeinrichtungen, eingeschlossen darin auch Alten- und Pflegeheime, stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe und einzelne heimartige Kleineinrichtungen. Davon stellten sich 12, also knapp ein Viertel als kritisch dar. Ihnen standen 21 positive Beispiele gegenüber.

17 Besuche galten stationären klinischen Einrichtungen, hinzu kamen 3 Reha-Kliniken. Die Situation in 10, also der Hälfte der 20 Einrichtungen musste als kritisch beurteilt werden, dem standen 6 Positivbeispiele entgegen.

14 Sozialpsychiatrische Dienste wurden besucht. 10 davon mussten in ihren Versorgungsleistungen als kritisch beurteilt werden, es gab nur 2 positive Beispiele.

12 Besuche in Maßregelvollzugseinrichtungen werden in diesem Bericht gesondert behandelt. 9 stellten sich kritisch dar, keine einzige positiv.

Einrichtungen für Kinder und Jugendliche waren mit einer Klinik und 5 Heimeinrichtungen im Blick. Nur zwei Besuchsfälle stellten sich kritisch dar.

Hinzu kommen 2 Tagesstätten und 3 Werkstätten für Erwachsene.

Ein Besuch auf einer Nordseeinsel wird unten erwähnt.

Aus der Arbeit, die für den Sozialausschuss des Nds. Landtages in den nichtöffentlichen Jahresberichten der Besuchskommissionen im Detail dargestellt wird, sollen nur wenige Beispiele herausgegriffen und Versorgungsbereiche beschrieben werden.

Die Arbeitsweise der Besuchskommissionen weist in deren Ermessen und vor dem Hintergrund ihrer Entwicklung über Jahre individuelle Besonderheiten auf. Die Besuchskommission Hannover sucht die Einrichtungen regelmäßig unangemeldet auf und hat gute Argumente auf ihrer Seite, die Alltagssituation besonders praxisnah zu sehen. Andere Besuchskommissionen melden ihre Besuche an, behalten sich aber unangemeldete Besuche vor und realisieren diese bei gegebenem Anlass.

5.1. Positive Beispiele

Exemplarisch können als **positive Beispiele erwähnt werden.**

- AWO Kinder, Jugend und Familie Wolfshagen, Langelsheim: Die Einrichtung hat einen sehr positiven Eindruck hinterlassen. Das Personal – ausschließlich Fachkräfte - wirkt kompetent und engagiert; es gibt

wenig Fluktuation. Die Wohn- und Gemeinschaftsräume sind sehr ansprechend gestaltet.

- AWO Kreisverband Grafschaft Bentheim e.V., Wohnanlage Gut Klausheide in Nordhorn: In dieser Einrichtung wurden die Platzzahlen von 51 auf 56 erhöht, eine Außenwohngruppe wurde an einem anderen Standort etabliert. Die Ausstattung ist sehr großzügig, sehr gepflegt und wohnlich. Das Engagement des Personals wird von uns sehr hoch eingeschätzt und der Heimbeirat äußerte sich sehr zufrieden. Die Einrichtung wird sehr gut geführt und macht einen hervorragenden Eindruck.
- Hof Gersmeyer, Bad Essen: Die Einrichtung hält eine hohe Fachkraftquote vor. Das Personal wirkt sehr engagiert. Bemerkenswert ist eine Gruppe für junge Erwachsene mit sehr hohem Betreuungsaufwand und überzeugendem Konzept.

5.2. Heimeinrichtungen

Die Versorgungssituation in Heimen stellt sich sowohl bei Alten- und Pflegeeinrichtungen als auch bei Übergangseinrichtungen insgesamt konsolidiert und formal korrekt dar. Gleichwohl wurden organisatorische, konzeptionelle, personelle und bauliche Problemfälle beobachtet, die weitere Arbeit vor Ort erfordern. Erwähnt werden hier besonders kritische Einzelfälle.

Die Insel Norderney zeigte sich strukturell in mehreren Aspekten unzureichend versorgt: Es fehlten ein allgemeiner Notfalldienst, eine regelmäßige Sprechstunde des Sozialpsychiatrischen Dienstes ebenso wie ein Vollzugsbeamter für Unterbringungen nach dem NPsychKG.

Darüber hinaus zeigte ein Alten- und Pflegeheim auf Norderney nach Privatisierung eine deutlich unzureichende fachliche organisatorische und Leitungsstruktur. Eine externe Unternehmensberaterin griff auch auf Bewohnerakten zu. Grobe Mängel in der Bausubstanz bestanden auch nach dem Trägerwechsel weiter: Die Heimbewohner sind in einem Kasino aus Wehrmachtszeiten untergebracht. Sanitäranlagen, Fluchtwege und Brüstungen im Obergeschoss unterschritten Minimalstandards. Hinzu kamen deutliche Unterqualifikation des Personals, unzureichende Dokumentation auch bei freiheitsentziehenden Maßnahmen, rechtliche Unklarheiten bezüglich richterlicher Genehmigungserfordernisse konnten nicht ausgeräumt werden. Die Besuchskommission hält die Voraussetzungen der Zulassung dieser Einrichtung für fraglich. Weitere Schritte sind vorgesehen.

Klärungsprozesse bei einem Pflegezentrum im Harz, bei welchem 2009 qualitative Fehlbelegung und konzeptionelle Mängel beanstandet worden waren, setzten sich im Jahr 2010 fort. Die überregional belegte Einrichtung wurde erneut besucht. Im Zentrum der Kritik hatte 2009 eine einseitige Kontroll- und Sicherungsorientierung gestanden, weiterhin das Fehlen notwendig

erscheinender pflegerischer Konzepte. Die konzeptionellen Mängel schienen bezüglich der Mischbelegung mit unterschiedlichen Altersstufen und Problemlagen, vor allem wegen der sicherungsorientierten Führung der Bewohner nicht abgestellt. Der Ausschuss hat die Situation gemeinsam mit der Besuchskommission beraten und die zuständigen Behörden wurden einbezogen, die Heimaufsicht beraten. Konkret konnte erreicht werden, dass jüngere Untergebrachte, bei denen individueller Bedarf für eine Eingliederungsmaßnahme zu sehen war, entsprechende Maßnahmen erhielten.

In einer Einrichtung der Diakonie Himmelsthür waren ohne Klärung der Umnutzung mit dem zuständigen Landesamt Maßregelvollzugspatienten aus Nordrhein-Westfalen untergebracht und Umbauten vorgenommen worden. Nach Intervention bei den zuständigen Behörden (Landessozialamt und Sozialministerium) konnte zügig erreicht werden, dass alle in dieser Einrichtung bisher untergebrachten Maßregelvollzugspatienten zurückverlegt wurden.

Bei einem unangemeldeten Besuch der Demenzstation der Einrichtung Florali in Bad Nenndorf wurde der Besuchskommission der Zugang in die Station verwehrt. Die Heimleitung habe nach Telefonat mit der Heimaufsicht des Landkreises Schaumburg auch von dort die Auffassung erfahren, dass die Besuchskommission kein Zutrittsrecht habe. Es bedurfte auch in diesem Fall weiterer Interventionen auf verschiedenen Ebenen, auch seitens des Sozialministeriums, um der Heimaufsicht und der Einrichtung die Rechtslage zu verdeutlichen. Die Möglichkeit einer konkreten Kontrolle ist zeitlich vertan. Ob und inwieweit die rechtlichen Anforderungen an Unterbringungen oder unterbringungsähnliche Maßnahmen erfüllt und die Praxis fachgerecht waren, konnte nicht untersucht werden. [24]

Die Auseinandersetzung mit einer Heimeinrichtung in der Region Hannover, deren Geschäftsführer der Besuchskommission 2009 den Zutritt bei einer Station mit altersdementen Bewohnern verweigert hatte, wurde vor Ort konstruktiv weitergeführt. Die Besuchskommission sah allerdings fallbezogen weiterhin ein richterliches Genehmigungserfordernis für die durch ein für Demenzkranke nicht durchschaubares Trickschloss vorgegebene unterbringungsähnliche Maßnahme. Einzelfallentscheidungen sind durch die zuständigen Richter zu treffen. Dabei sind die kognitiven Möglichkeiten der Betroffenen zu berücksichtigen, nicht der Anschein für einen Gesunden.

Die seit Jahren immer wieder bemängelten und nie ernsthaft abgestellten baulichen, personellen und konzeptionellen Mängel im DRK Altenheim am Listholze wurden zum Anlass genommen, in einem letzten Anlauf mit der DRK-Verbandsspitze und Vorständen zu sprechen und auf die Rechtslage und die Beratungsresistenz der Einrichtung hinzuweisen. Das DRK stellte sich dieser Situation. Die schwierige Situation der Leitung wurde dargestellt. Man wies auf laufende Mietverhandlungen hin und bestätigte, dass ein hoher Veränderungsdruck bestehe und ernst genommen werde. Einzelne dekorative und äußerliche Verbesserungen waren festzustellen. Die Entwicklung bleibt abzuwarten.

[24] Erst 2011 konnte ein Besuch durchgeführt werden.

Im Heimbereich des Klinikum Wahrendorff wurde im Sommer 2010 ein junger Mann in einer seit längerem andauernden, offenbar unhinterfragten Dauerfixierung in seinem Zimmer vorgefunden, von Fliegen umschwärmt, die er nicht abwehren konnte. Es bestanden grobe pflegerische Mängel, und die rechtlichen Grundlagen der Fixierung konnten seitens der Heimleitung und der zuständigen Ärzte ebenso wenig belegt werden wie ein Pflege- und Therapiekonzept. Die sofort zugezogene Geschäftsleitung zeigte sich ebenso überrascht wie problembewusst und entschlossen, für Abhilfe zu sorgen. Die Versorgung und Dokumentation konnten, wie eine baldige Kontrolle zeigte, durchgreifend verändert und der Zustand des Betroffenen effektiv verbessert werden.

Die Besuchskommission Braunschweig beschrieb eine Heimeinrichtung, in der es sichtlich an der fachlich notwendigen Betreuung für Suchtgefährdete mangelte. Der zuständige Landkreis erklärte sich für heimaufsichtlich nicht zuständig, weil es sich nicht um ein Heim handele. Der Fall ist klärungsbedürftig, weil nicht für Abhilfe gesorgt wird.

Im Fall der Einrichtung „Morgante“ in Wilhelmshaven hat die Besuchskommission Weser-Ems-Nord wie schon vor Jahren den Betrieb einer Einrichtung kritisiert, die aus fachlicher Sicht stationäre Eingliederungsmaßnahmen betreibt und die Merkmale eines Heimes erfüllt. Für die Einrichtung hat die Kommune die Aufnahme von für Menschen mit seelischen Behinderungen vereinbart. Die hierfür notwendige sachgerechte Betreuung mit qualifiziertem Personal ist aus Sicht der Besuchskommission nicht sichergestellt. Die Bewohner sind einer heimähnlich geregelten Hausordnung unterworfen, verfügen weder über einen eigenen Zimmerschlüssel, noch werden abgeschlossene Wohnungen vorgehalten. Möglichkeiten zu eigenständiger hauswirtschaftlicher Betätigung (u.a. Kochen, Waschen) sowie Besuchsempfang werden von der Betreiberin reglementiert. Die kommunale Heimaufsicht vertritt ebenso wie das Landessozialamt mit Hinweis auf die Ausgestaltung der Verträge mit den Bewohnern die formalrechtliche Position, es handele sich in der vertraglichen Ausgestaltung mit den Bewohnern nicht um ein Heim. Die konzeptionellen und personellen Mängel sind wegen des von den zuständigen Behörden angenommenen Status der Einrichtungen nicht heimaufsichtlich kontrolliert oder abgestellt.

5.3. Kliniken

Die Situation in Kliniken und Krankenhäusern wurde durch die Besuchskommissionen auf ausgewählten Stationen und unter kompetenter Beteiligung und mit Unterstützung der Einrichtungen eruiert.

Zwar zeigte sich zumeist eine gut strukturierte, konzeptionell belastbare und patientenorientierte, rechtlich einwandfreie Arbeit. Der hohe Aufnahme- und Belegungsdruck hält fast überall an

Dies führte – an einem besonders bedrückenden Beispiel der KRH Psychiatrie Langenhagen – zu Überbelegung des Aufnahmebereiches, Fehlen von Sitzwachen bei fixierten Patienten, die teils auf den Fluren lagen, subjektiver Überlastung des Personals. Dabei blieb der Eindruck, daß Therapieangebote ausgedünnt waren. Ähnlich wurde die Situation auf einer Aufnahmestation in Wunstorf geschildert.

Im Ameos-Klinikum Hildesheim dauern die im Jahr 2009 begonnen personellen und fachlichen Umstrukturierungsprozesse an. Eine deutliche Verbesserung der Versorgung gegenüber dem Vorjahr konnte festgestellt werden.

Insgesamt muss die hohe Zahl von Klinikstationen, die in einer deutlich kritischen Belastungs- und Leistungssituation angetroffen wurden, große Besorgnis auslösen, zumal der Strukturwandel im Krankenhauswesen, einschließlich künftig veränderter Entgeltsysteme anhält und den Druck auf die stationäre Behandlung noch weiter erhöhen kann. Interner, also „hausgemachter“ ökonomischer Druck kann dabei kaum von extern auferlegter Unterfinanzierung getrennt werden. Die Einrichtungsträger sind aufgefordert, alles dafür zu tun, daß abstrakte ökonomische und organisatorische Vorgaben immer wieder auf ihre praktische Auswirkung in der Mitarbeiter- und Patientenorientierung hin überprüft und ausbalanciert werden.

5.4. Maßregelvollzug und Forensik

Die Besuchskommission für den **Maßregelvollzug** beschrieb bei ihren insgesamt 12 Besuchen Problemzonen, wie sie auch schon 2009 aufgefallen waren, und diese zeigten sich bei den meisten Einrichtungen überdeutlich:

Die Anforderungen verdichten sich in mehreren Häusern durch höhere Belegungen vor allem mit suchtkranken Straftätern, höhere Begleitstrafen, jüngeres Alter der oft mehrfach gestörten und durch Kriminalität und Suchtverhalten auffälligen Patienten. Der Belegungszuwachs bei psychisch kranken Straftätern (§ 63 StGB), der sich in den vergangenen Jahren wie im übrigen Bundesgebiet durch gesetzliche Vorgaben, erhöhte Sicherungsbedürfnisse, zu geringe Entlassungsmöglichkeiten und überforderte Kapazitäten abzeichnete, entwickelte sich in Niedersachsen rückläufig. Das Probewohnen und die forensischen Institutsambulanzen mit ihren steigenden Fallzahlen haben Rehabilitation und straffreie Wiedereingliederung von Patienten offenbar effektiv und nachhaltig gefördert. Eine starke Zuwachsdynamik mit deutlich mehr Einweisungen bei suchtkranken Straftätern macht zunehmend Sorge.

Der Weiterbetrieb des „Festen Hauses“ in Göttingen, das organisatorisch zum heutigen Nds. Maßregelvollzugszentrum Moringen gehört, stand aus der Sicht des Mai 2010 erneut im Fokus. Das Land stellte Überlegungen an, auf den seit Jahren geplanten Ersatzbau aus Haushaltsgründen zu verzichten. Zu einer seit langem problematischen und unter dieser Vorgabe nicht weiter hinnehmbaren baulichen Unterbringung der Patienten im Festen Haus, welche trotz etlicher

Verbesserungen der letzten Jahre fortbesteht, wurde dem Sozialministerium nach einem Besuch mit Begehung ein ausführlicher Bericht zugeleitet und erläutert.

Anlässlich ihres Besuches im Ausschuss im September 2010 gab Frau Ministerin Özkan bekannt, daß der Ersatzbau realisiert werden soll. Der Ausschuss begrüßt dies ausdrücklich. Dennoch muss alles daran gesetzt werden, die räumlich noch immer prekäre Situation in diesem gefängnisartigen Gebäude zu entzerren. Die Kernaussage des Ausschusses lautete vor einem Jahr, daß das Gebäude aus fachlicher Sicht nicht mehr betrieben werden kann. Übergangslösungen erscheinen nicht vertretbar.

Die Integration der forensischen Abteilungen in die unter neuer Trägerschaft geführten Fachkrankenhäuser scheint äußerlich komplikationslos gelungen. Die Zusammenarbeit mit den beim Land verbliebenen Bediensteten und der Fachaufsicht funktioniert formal. Zugleich beschreibt die Besuchskommission zunehmende Engpässe, weil etliche private Träger in ihren Betrieben die vom Land vertraglich vorgegebenen Mindest-Personalbesetzungen nicht oder kaum überschreiten: Ärzte- und Personalmangel blieben in mehreren Vollzugseinrichtungen ein drängendes Thema.

Dem Anstieg der Patientenzahlen wird in einigen Häusern bei der Besetzung von Personalstellen ungenügend, z.B. nicht zeitnah Rechnung getragen. Zudem scheinen etliche Träger die Vorgabe, dass mindestens 90 % der Anhaltszahlen für die Personalbemessung erreicht werden müssen, als ausreichend und nicht etwa als Untergrenze anzusehen. Mindestens in einem Fall bestand der Eindruck, dass das Land es selbst ebenso hält. Personelle Engpässe in Urlaubs- und Krankheitszeiten wurden an mehreren Orten berichtet. Patienten klagten vermehrt über Einschränkungen bei begleiteten Lockerungen und im Beschäftigungsangebot. Das Sozialministerium verwies darauf, dass der Personaleinsatz kontrolliert wird und Rückforderungen gegen die privaten Träger in deren Budget möglich sind.

Für jugendliche und heranwachsende Untergebrachte fehlt es weiterhin an Behandlungsmöglichkeiten und schulischen und beruflichen Angeboten, abgesehen von den Möglichkeiten in Moringen. [25] Diesbezügliche Planungen für die Karl-Jaspers-Klinik Bad Zwischenahn sollten dringend vorangebracht und bald umgesetzt werden.

Der Ausschuss bleibt bei seiner bereits im 25. Tätigkeitsbericht formulierten Position, dass eine nachhaltige Begrenzung der Gesamtkosten langjährig nur durch eine qualitativ und quantitativ gute Personalausstattung erreichbar ist, die Sicherung durch gute Behandlung priorisiert und dadurch nicht in subjektiv aussichtslose, gefahrenträchtige und objektiv ineffiziente und unwirtschaftliche Dauerverwahrung einmündet.

[25] Die spezialisierten forensischen Häuser des Landes wurden von Niedersächsischen Landeskrankenhäusern in die Niedersächsischen Maßregelvollzugszentren umbenannt.

Dieser Interessenlage des Landes müssen Fachaufsicht ebenso wie die Einflussnahme auf die Budgetsteuerung, den Personaleinsatz und auf vertraglich zugesagte Investitionen nicht nur abstrakt entsprechen, sondern es kommt auf die vor Ort umgesetzte Versorgungsqualität und Sicherheit sowie die baulichen und räumlichen Strukturen an. Der Ausschuss wird sich mit dieser Thematik im Jahr 2011 schwerpunktmäßig befassen.

5.5. Zusammenarbeit mit Einrichtungen

Auch 2010 wurde, wenn auch nur im Einzelfall aktiver **Widerstand** von Verantwortlichen der Einrichtungen gegenüber der Prüftätigkeit und Beratung durch die Besuchskommission beobachtet, der zu Mehraufwand an rechtlicher und administrativer Klarstellung und individueller Überzeugungsarbeit führte.

Rechtswidrigen Aussperrungen abzuhelfen, erwies sich erneut als überflüssige und mühsame Arbeit, zumal wo kommunale Bürokratie die Zusammenarbeit erschwerte. Formale Klarstellungen wurden 2011 seitens des MS zugesagt und ausdrücklich von der kommunalen Verbandsebene unterstützt. [26]

In einzelnen Fällen gelang es, die Zusammenarbeit mit Einrichtungen deutlich zu verbessern, wo dies bis dahin nicht möglich schien. So ging die Geschäftsführung im Klinikum Wahrendorff im beschriebenen Fall sehr positiv auf die Zusammenarbeit mit der Besuchskommission ein, die ihrerseits beharrlich besonderen Problemlagen nachging und Problemfälle aufdeckte. So war Abhilfe sichtbar möglich.

Die meisten Einrichtungen nahmen Kritik dankbar an und zeigten bei Wiederholung der Besuche Veränderungswillen. Wenige hatten trotz ihrer Zusagen über das Jahr nichts umgesetzt. Einzelne versprachen nach Neugründung und Trägerwechsel zügige Verbesserungen, etliche werden künftig erneut besucht werden. Einzelheiten werden in den Berichten der Besuchskommissionen an den Landtag ausgebreitet.

6. Ausblick und Schlussbemerkung

Der Psychiatrieausschuss und die Besuchskommissionen blicken auf eine intensive, mit hohem Einsatz betriebene Arbeit zurück. Sie haben auch in diesem Jahr viele vor Ort spürbare Erfolge vorzuweisen.

[26] Das Sozialministerium kam 2011 der Bitte nach, die aus § 30 NPsychKG bestehende Verpflichtung und das Recht der Besuchskommissionen zum Betreten der Einrichtungen gegenüber den Kommunen und den Verbänden der Einrichtungsbetreibern formell zu bekräftigen.

Die überschaubare Zahl von Mängeln und Problemen steht diesem positiven Eindruck nicht entgegen. Sie ist als Grundlage für die Skandalisierung von Einzelfällen untauglich.

Der gesetzliche Auftrag, der im Vorbericht verdeutlicht wurde, muss als ein gesamtgesellschaftlicher und sozialer, keineswegs unpolitischer Auftrag verstanden werden. Er wird nicht legalistisch-verwaltungsrechtlich erfüllt, sondern bleibt personen- und werteorientiert Die Sach- und Problemnähe der Besuchstätigkeit, aber auch die Unabhängigkeit des Ausschusses bleiben eine von keiner anderen Organisation in dieser Funktion erreichten Qualität. Beratungsaufgaben gegenüber dem Land und der Öffentlichkeit werden auch künftig in der nötigen Deutlichkeit, zugleich überparteilich, interdisziplinär und fachlich orientiert erfüllt werden.

Wunstorf, Hildesheim, 16. Juni 2011

Prof. Dr. med. Andreas Spengler

Anhang: Personelle Zusammensetzung des Ausschusses

Mitglieder	Stellv. Mitglieder
Herr Prof. Dr. Andreas Spengler Vorsitzender Wunstorf	Herr Dr. Joachim Niemeyer Königslutter
Herr Prof. Dr. Eberhard Höfer Stv. Vorsitzender Hildesheim	Herr Dr. Thorsten Sueße Hannover
Herr Dietmar Altenberg Hannover	Herr Bernd Döring Nienburg
Herr Wolfram Beins Celle	Herr Claus Winterhoff Lüneburg
Herr Dr. Lothar Wittmann Otterndorf	Frau Gertrud Corman-Bergau Langenhagen
Herr Marco Brunotte (MdL) Hannover	Herr Ulrich Watermann (MdL) Bad Pyrmont
Herr Christian Harig Hannover	Frau Doris Steenken Osnabrück
Frau Marianne König (MdL) Osnabrück	Frau Christa Reichwaldt (MdL) Hannover
Herr Matthias Koller Göttingen	Frau Eva Moll-Vogel Hannover
Herr Pastor Rainer Müller-Brandes Burgdorf	Herr Josef Wolking Vechta
Frau Dorothee Prüssner (MdL) Goslar	Herr Wittich Schobert (MdL) Helmstedt
Frau Dr. Dagmar Schlapeit-Beck Göttingen	Herr Wolfgang Herzog Helmstedt
Herr Hans Werner Schwarz (MdL) Hannover	Frau Almuth von Below-Neufeldt (MdL) Braunschweig
Frau Rose-Marie Seelhorst Barsinghausen	Herr Edo Tholen Oldenburg
Frau Miriam Staudte (MdL) Scharnebeck	Frau Ursula Helmhold (MdL) Rinteln
Herr Dr. Patrizio-Michael Tonassi Hannover	Herr Dr. Eberhard Grosch Giesen
Herr Dr. Felix Wedegärtner Hannover	Herr Dr. Joachim Beutler Braunschweig

Herausgeber:

Ausschuss für Angelegenheiten
der psychiatrischen Krankenversorgung
des Landes Niedersachsen
Geschäftsstelle
c/o Niedersächsisches Landesamt
für Soziales, Jugend und Familie
Domhof 1
31134 Hildesheim

Tel.: (05121) 304-385
Fax: (05121) 304-412
E-Mail: Brigitta.Heine@ls.niedersachsen.de

Internet: www.psychiatrie.niedersachsen.de