

**Ausschuss
für Angelegenheiten der psychiatrischen
Krankenversorgung in Niedersachsen**

27. Tätigkeitsbericht (2011)



Niedersachsen

Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Niedersachsen

27. Tätigkeitsbericht (2011)

Inhalt:

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

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 am 27.6.2012 beraten und beschlossen. Dem Landtag werden darüber hinaus nichtöffentliche Jahresberichte der Besuchskommissionen für das Jahr 2011 vorgelegt.

1. Auftrag und Grundlagen

Die Arbeit des Ausschusses und der Besuchskommissionen ist durch §§ 30, 31 NPsychKG und die zugehörige Verordnung vorgegeben.¹

2. Interne Arbeit des Ausschusses

Der 26. Tätigkeitsbericht des Ausschusses wurde am 30.06.2011 dem Landtagspräsidenten zugeleitet, er wurde am 12.07.2011 von dort veröffentlicht und anschließend auf der Seite www.psychiatrie.niedersachsen.de wiedergegeben.

¹ vgl. www.psychiatrie.niedersachsen.de und Nds. Vorschrifteninformationssystem VORIS. Anfragen sind an die Geschäftsstelle des Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung, Domhof 1 in 31134 Hildesheim zu richten.

Die turnusmäßigen **Sitzungen** des Ausschusses fanden statt an den Tagen

- 23.2.2011
- 11.5.2011
- 7.9.2011
- 30.11.2011

Vorsitzender und stellvertretender Vorsitzender nahmen unterstützt durch die Geschäftsstelle zu Anfragen aus dem Landtag, den Fraktionen, dem Sozialministerium, Behörden und Einrichtungen Stellung, berieten sich mit den zuständigen Stellen und stimmten sich bei Bedarf mit den Vorsitzenden der Besuchskommissionen ab. Regelmäßig wird der Kontakt zum Psychiatriereferat des Sozialministeriums gepflegt.

Das Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, im folgenden kurz „Landessozialamt“ führt die Geschäfte des Ausschusses. Dieser ist inhaltlich weisungsfrei und unabhängig.

Die personelle Besetzung und Überlastung der Geschäftsstelle waren nochmals Gesprächsgegenstand mit dem Landessozialamt und dem Sozialministerium. Zwischenzeitlich wurden die Entlastung von der Fahrtkostenabrechnung und eine Abwesenheitsvertretung geregelt. Künftige Entlastungen durch Synergien mit anderen Landesaufgaben wurden weiterhin zugesagt.

Personelle Veränderungen bei Ausschussmitgliedern und Besuchskommissionen wurden umgesetzt.

Am 25.5.2011 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. Ein weiteres Treffen fand am 30.11.2011 statt. Sachstände und Aussprachen sind in die Arbeit des Ausschusses eingeflossen.

Das Sozialministerium informierte die Vorsitzenden der Besuchskommissionen am 25.5.2011 über die Durchführung der Fachaufsicht und die Bestellung von Verwaltungsvollzugsbeamten ab 1.7.2011 nach § 15 a NPsychKG für Eingriffe im Rahmen des NPsychKG und des Nds.MVollzG und über das Vorgehen bei fachaufsichtlichen Prüfungen nach § 15 NPsychKG.

Wie im Vorjahr darf allen Besuchskommissionen, besonders ihren Vorsitzenden und übrigen Mitgliedern, 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.

Der Dank gilt auch dem Landessozialamt für die gute Einbindung der Geschäftsstelle und dem Sozialministerium für die inhaltliche Unterstützung und Begleitung der Ausschussarbeit.

3. Stellungnahmen

Bei der Beratung des 26. Tätigkeitsberichtes des Ausschusses im zuständigen Landtagsausschuss am 16.11.2011 bestand Gelegenheit zur Erläuterung.

Öffentliche Stellungnahmen und Informationen ergingen durch Publikation von Übersichtsbeiträgen.^{2, 3}

Im Oktober 2011 erfolgte eine Terminabstimmung mit der Nationalen Stelle zur Verhütung der Folter.⁴ Ein Gespräch mit dem Vorsitzenden der Länderkommission Prof. Dr. Geiger über die jeweiligen Aufgaben und Aktivitäten fand zwischenzeitlich statt. Gemeinsamkeiten bei den Aufgabenprofilen wurden festgestellt, ein fachlicher Austausch vereinbart.

4. Schwerpunktthemen

Exemplarisch sollen Themen benannt werden, die den Ausschuss über den Tag hinaus beschäftigt haben und die für seine Aufgaben strukturell bedeutsam sind.

Damit genügt der Ausschuss seinem Auftrag, für die Belange des Personenkreises nach § 1 Nr. 1 NPsychKG einzutreten und in der Bevölkerung Verständnis für dessen Lage zu wecken.

1. Zwei Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts (nachfolgend BVerfG) zur **Zwangsbehandlung**⁵ im Maßregelvollzug beschäftigen den Ausschuss durchgehend.

Zur aktuellen Rechtsprechung hat sich der Ausschuss schon im Mai 2011 eingehend informiert.

² Spengler A, Höfer E (2011): 25 Jahre Psychiatrie-Ausschuss. Zum 25. Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen. In: Elgeti H (Hg.) Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2011. Psychiatrie Verlag, Bonn.

³ Spengler A, Höfer E (2012): Zwischen Herausforderung und Routine – Aus der Arbeit des Psychiatrie-Ausschusses. In: Elgeti H, Ziegenbein M (Hg.) Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2012. Psychiatrie Verlag, Bonn – S. 126-131

⁴ www.antifolterstelle.de, Zugriff Mai 2012

⁵ Es geht um medikamentöse Zwangsbehandlung, nicht um andere Zwangsmassnahmen.

In seiner ersten Entscheidung vom 23.3.2011 - 2 BvR 882/09 hat das BVerfG die gesetzliche Grundlage für Zwangsbehandlungen im Maßregelvollzugsgesetz des Landes Rheinland-Pfalz für grundrechtswidrig und damit nichtig erklärt. Eine daran anknüpfende Entscheidung ist am 12.10.2011 zum Unterbringungsgesetz des Landes Baden-Württemberg ergangen. In beiden Entscheidungen weist das BVerfG darauf hin, dass zwar eine Zwangsbehandlung und der damit verbundene schwerwiegende Eingriff in das Grundrecht aus Art. 2 Abs. 2 GG im Einzelfall gerechtfertigt sein kann. Maßnahmen der Zwangsbehandlung können dabei nur als letztes Mittel und nur nach einer strengen Verhältnismäßigkeitsprüfung eingesetzt werden. Die Voraussetzungen für die Zulässigkeit einer Zwangsbehandlung bedürfen darüber hinaus einer klaren und bestimmten gesetzlichen Regelung. Das gilt auch für die zum Schutz der Grundrechte des Betroffenen erforderliche besondere verfahrensmäßige Sicherung.

Nach der Entscheidung BVerfG darf eine Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug gegen den natürlichen Willen des Betroffenen grundsätzlich nicht mehr stattfinden, außer wenn es sich um eine konkrete erhebliche Gefahr für Leben und Gesundheit der Betroffenen oder von Dritten handelt, die anders nicht abwendbar ist oder wenn der Kranke keine Einsichtsfähigkeit in die Schwere der Krankheit hat und die Notwendigkeit der Behandlung krankheitsbedingt nicht erkennt und die konkreten Eingriffsvoraussetzungen entsprechend den Vorgaben des BVerfG gesetzlich bestimmt geregelt sind. Das BVerfG hat in seiner Entscheidung jedoch lediglich festgestellt, dass eine bestimmte Gesetzesnorm verfassungswidrig ist, es hat nicht festgestellt, dass Zwangsbehandlung per se rechtswidrig ist.

Der Ausschuss sah schon nach Bekanntwerden des ersten Beschlusses des BVerfG im Mai 2011 dringenden Handlungsbedarf, eine landesgesetzliche Grundlage für Zwangsbehandlung zu schaffen, die den Anforderungen der BVerfG-Entscheidungen Rechnung trägt. Der Handlungsbedarf wurde durch die später folgenden Entscheidung und die zwischenzeitliche Rechtsprechung in anderen Bundesländern noch unterstrichen.

Eine möglichst zeitnahe Novellierung nicht nur des Nds.MVollzG, sondern auch des NPsychKG erscheint nach Auffassung des Ausschusses insbesondere geboten,

- wegen der regelmäßig notwendigen Abwägung zwischen verschiedenen Zwangsmaßnahmen wie Medikamentenbehandlung, Fixierung, Isolierung u.a.,
- wegen der regelmäßig zu beachtenden Rechtsgüter Dritter auch innerhalb der Kliniken (Mitpatienten, Personal, Besucher),

- weil die in § 21 Abs. 3 NPsychKG formulierte Duldungspflicht gegenüber einer Heilbehandlung, von welcher bisher eine medikamentöse Zwangsbehandlung unter bestimmten Bedingungen hergeleitet werden konnte, nicht hinreichend klar bestimmt ist,

Die rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen des Maßregelvollzugs sind nicht vollständig auf die Allgemeinpsychiatrie übertragbar. Hier bestehen Besonderheiten unter anderem wegen

- Notfallcharakter und Akuität der Erkrankungen und der Behandlung nach einer Unterbringung, die zumeist gem. § 18 NPsychKG eingeleitet wird,
- des anders als im Maßregelvollzug definierten Gefahrenbegriffs,
- der Fremdgefährdung, die nicht selten alleiniger oder vorherrschender Grund der Unterbringung gem. § 16 NPsychKG ist und die durch Behandlung schnell begrenzt und überwunden werden soll, für die aber eine betreuungsrechtliche Regelung nicht herangezogen werden kann,
- der im NPsychKG ebenso maßgeblichen Selbstgefährdung,
- weil es rechtlich geboten, therapeutisch notwendig und praktisch möglich ist, die Dauer der Unterbringung möglichst kurz zu halten,
- wegen der Grenzen, denen eine Krankenhausbehandlung im Leistungsrecht nach dem SGB V unterliegt.

Der Ausschuss hat die Situation diskutiert und die grundsätzlichen ethischen Abwägungen und rechtlich-fachlichen Probleme thematisiert, die sich bei diesem Thema stellen. Er hat die Vorsitzenden der Besuchskommissionen auf einer Konferenz am 25.5.2011 intensiv in die Beratungen eingebunden und auf die neue Rechtsprechung hingewiesen. Das Sozialministerium informierte den Ausschuss über die Ablaufplanung bei den Gesetzesänderungen.

Fachdiskussionen zum Thema haben in Niedersachsen schon 2011 begonnen, unter anderem durch eine Fachtagung der Nds. Prognosekommission mit der Forensischen Klinik in Wunstorf am 8.11.2011. Von Maßregelvollzugsexperten und Verantwortlichen aus der Allgemeinpsychiatrie wurden am 8.11.2011 und zwischenzeitlich Einzelfälle beschrieben, bei denen sich desolante und risikobehaftete Entwicklungen aus der rechtlichen Verunsicherung und aus einer Nichtbehandlung ergaben. Da keine medikamentöse Zwangsbehandlung erfolgen kann, werden nicht nur einzelne Patienten fixiert oder dauernd isoliert, sondern verschlechtern sich Krankheitsverläufe gravierend.

Der Ausschuss wird sich weiter mit der Entwicklung befassen. Dabei wird darauf zu achten sein,

- dass therapeutische Angebote, Deeskalation und die Vermeidung von Zwangsmitteln Vorrang behalten,

- unter Vorrang freiwilliger Behandlung und unter Abwägung der am wenigsten belastenden Eingriffe,
- dass Betroffene materiell und im Verfahren den nötigen Rechtsschutz erhalten, einschließlich rechtzeitiger richterlicher Entscheidungen,
- dass die Ärzte auch im Notfall rechtssicher handeln und die Kliniken ihr Behandlungsangebot erhalten können,
- dass der Schutzcharakter des NPsychKG auch in Notfällen erhalten bleibt, akute Selbstgefährdungen, z.B. suizidale Risiken aufgefangen werden und auch bei erheblicher akuter Fremdgefährdung die nötige Gefahrenbegrenzung möglich ist.

2. Zur **Sicherungsverwahrung** hat sich der Ausschuss im Mai 2011 durch Bericht aus dem Kreise seiner Mitglieder informiert. Das BVerfG hat in seiner Entscheidung vom 04.05.2011 2BvR 2365 / 09 festgestellt, dass die bisherige nachträglich angeordnete oder verlängerte Sicherungsverwahrung (SV) mit dem im GG garantierten Grundrecht auf Freiheit nicht vereinbar ist. Auch unterscheidet sich die SV, die den Schutz der Bevölkerung vor hoch gefährlichen Straftätern zum Inhalt hat, nicht deutlich genug von einer Haft im Strafvollzug (Abstandsgebot). Das BVerfG hat nicht festgestellt, dass die derzeitige gesetzliche Regelung zur SV sofort nichtig ist.

Für eine Übergangsfrist bis zum 31.05.2013 bleiben die Regelungen mit Einschränkungen bestehen. Bis zu diesem Termin muss der Gesetzgeber einen freiheits- und behandlungsorientierten Vollzug, mithin die konzeptionelle Ausgestaltung der SV, gesetzlich geregelt haben. Nach der BVerfG-Entscheidung ist die SV übergangsweise nur in engen Grenzen für die Personen zulässig, von denen eine hochgradige Gefahr schwerster Gewalt- und Sexualstraftaten ausgeht und die zudem an einer zuverlässig nachgewiesenen psychischen Störung leiden. In den „Altfällen“ muss diese hohe Gefährlichkeit bis zum 31.12.2011 festgestellt worden sein; dazu wird jeder Fall überprüft. Grundsätzlich bleiben die als „hochgefährlich“ eingestuft Täter weiterhin in der SV und damit in den Händen der Justiz. Alle anderen, bei denen kein hohes Gefährdungspotential festgestellt worden ist, müssen freigelassen werden oder fallen gegebenenfalls unter das ThUG.

Der Ausschuss nahm die Entwicklung zur Kenntnis. Dabei bestehen Bedenken, dass es bei denjenigen Personen, die als nicht hochgefährlich eingestuft werden, zu eventuell vermeidbaren Problemen und Rückfällen kommen könnte, weil die bis zum Jahresschluss 2011 verbleibende Zeit für eine angemessene Behandlung und Vorbereitung auf die Freilassung zu knapp bemessen ist.

3. Der Ausschuss hat sich auch über das **Therapieunterbringungsgesetz** orientiert. Er wurde am 23.2.2011 durch das Sozialministerium über Umsetzungsfragen unterrichtet.

Grundsätzliche rechtliche und fachliche Bedenken gegenüber einer Ausweitung des Störungsbegriffs über definierte psychische Erkrankungen hinaus sind nicht ausgeräumt. Er lehnt eine Inanspruchnahme und Fehlbelegung des Niedersächsischen Maßregelvollzugs mit Personen, die nicht psychisch krank sind, aus fachlichen Gründen ab. Die gesetzliche Entwicklung bleibt abzuwarten.

4. Der Ausschuss informierte sich erneut über die Ermächtigung von Ärzten in den **Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen** in der Region Hannover (Umland). Eine Ärztin hatte gegen den Berufungsausschuss der KVN geklagt, um eine Behandlungsermächtigung durchzusetzen. Das Sozialgericht Hannover hat die Klage am 04.05.2011 abgewiesen. In der Urteilsbegründung hieß es unter anderem, dass bestimmte ambulante, in der Regel vertragsärztliche Leistungen für psychisch Kranke, die nicht in der Lage sind, eine vertragsärztliche Behandlung bei einem niedergelassenen Psychiater wahrzunehmen, durch das NPsychKG auf die Kommunen übertragen worden seien. Eine Ermächtigung im Sozialpsychiatrischen Dienst sehe der Gesetzgeber nicht vor. Gegen dieses Urteil ist Berufung eingelegt worden. Ein neuer Sachstand liegt dem Ausschuss bislang nicht vor.

5. Das **Besuchs- und Betretensrecht in Heimeinrichtungen**, auch Alten- und Pflegeheimen war erneut Thema von Beratungen. Im Vorjahr hatte der Ausschuss sich intensiv mit der Problematik vermeidbarer Fixierungen bei rechtlich untergebrachten Demenzkranken und anderen Heimbewohnern befasst.

Das NPsychKG erteilt mit §§ 30, 31 den Auftrag an den Ausschuss, zu prüfen, ob die in § 1 Nr. 1 genannten Personen entsprechend den Vorschriften des NPsychKG betreut und behandelt werden. Auch dementiell erkrankte Personen gehören zu dem von § 1 Nr. 1 NPsychKG definierten Personenkreis. Weiteres ergibt sich aus § 6 der Verordnung über Gremien für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung (PsychKGGremV ND).

Das Thema war auch Gegenstand einer kleinen Anfrage im Nds. Landtag, Drs. 16/3305. Das Sozialministerium hat Kommunen und Verbände entsprechend informiert.

6. Der Ausschuss ist zum Zeitpunkt der Verabschiedung dieses Berichtes in zwei **verwaltungsgerichtliche Klageverfahren** involviert.

Mit seiner Klage aus Mitte 2011 bestreitet ein Heimbetreiber vor dem Verwaltungsgericht Hannover das Recht der zuständigen Besuchskommission, die Erteilung bestimmter Auskünfte zur Beurteilung der Versorgung der Bewohner zu verlangen.

Vor dem Verwaltungsgericht Oldenburg wird 2012 das Besuchsrecht in Altenheimen durch einen von der zuständigen Besuchskommission nicht besuchten Heimträger bestritten. Zusätzlich wird die Forderung erhoben, bei Berichten jegliche namentliche Nennung dieser Einrichtung zu unterlassen.

Die Klageverfahren machen deutlich, dass es bei der erforderlichen Änderung des NPsychKG dringend erforderlich ist, die Befugnisse der Besuchskommissionen eindeutiger zu formulieren.

7. Zu dem 2010 intensiv beratenen Thema der Reduzierung von unterbringungsähnlichen Maßnahmen gem. § 1906 Abs. 4, insbesondere **Fixierungen in Heimen** nahm der Ausschuss ein aus Bayern stammendes Projekt zur Kenntnis: Er sieht in dem „Werdenfelser Weg“, der inzwischen auch in anderen Bundesländern, besonders auch in Niedersachsen eingeführt wird, eine richtungweisende positive Entwicklung.⁶

8. Der Ausschuss informiert sich fortlaufend über die Thematik, u.a. im Kontext der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (BMFSFJ 2010)⁷ aber auch im Lichte aktueller Umfragen des MDS⁸ und des Zentrums für Qualität in der Pflege.⁹

9. Der Ausschuss hatte sich 2010 intensiv bemüht, die **Versorgungssituation durch Nervenärzte/Psychiater** genauer aufzuklären. Einzelheiten sind im Vorbericht dargelegt. Eine nochmalige Nachfrage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) zum Aufbau und zur Interpretation der dortigen Statistiken wurden von dort am 06.04.2011 beantwortet.

Danach werden Vertragsarztsitze, vereinfacht formuliert, zeitanteilig mit Anrechnungsfaktoren gezählt und der kombinierten Bedarfsplanungsgruppe „Nervenheilkunde“ zugeordnet. Diese enthält Neurologen, neurologisch und psychiatrisch tätige Nervenärzte sowie die Fachgruppe Psychiatrie/Psychotherapie. Beiden steht die Bedarfsplanungsgruppe Psychotherapeuten gegenüber, in der die ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeuten gezählt sind. Psychiater, welche sich schwerpunktmäßig

⁶ „Der Werdenfelser Weg ist ein Ansatz, der fixierende Maßnahmen in der Pflege reduzieren soll. Zentraler Punkt ist die Ausbildung spezialisierter Verfahrenspfleger mit Fachwissen im Bereich der Pflege. Die Verfahrenspfleger sollen ... beratend zur Seite stehen, um unnötige Fixierungsmaßnahmen zu vermeiden. Zu diesem Zweck werden geeignete Personen mit pflegfachlicher Kompetenz entsprechend geschult.“ Zit. nach: Bundesanzeiger-Verlag (2012) Aktueller BtPrax-Newsletter 5/12. Eine neue Modellregion ist in Mecklenburg-Vorpommern geplant. Ein ausführlicher Beitrag von Kirsch/Wassermann über die Idee des "Werdenfelser Wegs" ist angekündigt, BtPrax 2009, S. 109-112.

⁷ <http://www.pflege-charta.de/fileadmin/charta/pdf/Pflege-Charta.pdf>, Zugriff Mai 2012

⁸ http://www.mds-ev.de/media/pdf/MDS_Dritter_Pflege_Qualitaetsbericht_Endfassung.pdf, S. 59 ff, Zugriff Mai 2012

⁹ <http://www.zqp.de/upload/content.000/id00148/attachment00.pdf> , Zugriff Mai 2012

psychotherapeutisch betätigen, werden mit 0,3 ihrer Arbeitszeit der Fachgruppe Nervenheilkunde und mit 0,7 der Psychotherapie zugerechnet. Die Zählweise der Bedarfsplanung unterscheidet sich von der Kopfzählung in Honorarstatistiken, wie sie regelmäßig im Nds. Ärzteblatt veröffentlicht werden. Dort sind die Fachgruppen Nervenärzte vs. Psychiater vs. Psychotherapeuten (sowie Kinder- und Jugendpsychiater) aufgeschlüsselt, die Zahl der anteiligen Arztstellen wird nicht deutlich, und das neurologisch-psychiatrisch-psychotherapeutische Indikationsspektrum bleibt jeweils gemischt.

Die KVN bestätigte, dass Regelungen bzw. Angaben zu einer kleinräumigen Bedarfsplanung nicht vorlagen. Sie verwies auf die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung auf bundesgesetzlicher Ebene. Der schon für das Jahr 2010 beschriebene Eindruck einer ungenügenden Transparenz der regionalen Versorgung ist für den Ausschuss nicht ausgeräumt. Dies stellt sich auch auf der Bundesebene dar.¹⁰

Nach Schätzungen der im Ausschuss vertretenen Fachleute stellt sich die Versorgungssituation folgendermaßen dar: 323 Arztstellen der Fachgruppe Nervenheilkunde versorgten in Niedersachsen im letzten Quartal 2011 insgesamt etwa 280.000 Behandlungsfälle. Zieht man die reinen Neurologen ab, verbleiben rund 200 nervenärztlich tätige Fachärzte. Hinzu kommen 210 Fachärzte für Psychiatrie/Psychotherapie. Diese 410 Fachärzte leisten zusammen die Regelversorgung für etwa 110.000 bis 120.000 psychiatrische Patienten pro Quartal. Dabei kommen bei breiter Streuung je nach Fachgruppe durchschnittlich 350 bis 450 Fälle pro Quartal auf einen Arzt.

Der Ausschuss muss aufgrund dieser Zahlen, aber auch der Berichte der Besuchskommissionen und etlicher Sozialpsychiatrischer Verbände davon ausgehen, dass in einzelnen Landkreisen eine konkrete Unterversorgung besteht. Beispielhaft verwies die Besuchskommission Lüneburg auf eklatante Versorgungsengpässe im Bereich Buxtehude und im Heidekreis.

Die seit Jahren beschriebene, im Bedarfsplanungs- und Honorarsystem angelegte Fehlentwicklung geht weiter dahin, dass zu viele Patienten mit psychiatrischen Leiden von zu wenigen Fachärzten behandelt werden und hierfür pro Patient zu wenig Behandlungskapazität bleibt. Der deutlich größere Teil der Fachgruppe Psychiatrie/Psychotherapie hat sich längst für eine

¹⁰ Darstellungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland auf der Seite www.versorgungsatlas.de veranschaulichen die Stadt-Land-Unterschiede bei der nicht aufgeschlüsselten bedarfsplanungsrechtlich definierten Gruppe der Nervenärzte. Die Unterversorgung psychisch Kranker wird darin nicht deutlich, weil auch Neurologen bzw. die neurologische Tätigkeit mitgezählt sind. <http://www.versorgungsatlas.de/themen/struktur-der-versorgung/?tab=1&uid=20>
Zugriff 5.5.12

überwiegend psychotherapeutische Versorgung einer naturgemäß wesentlich kleineren Fallzahl entschieden. Dieser Effekt ist durch die Vergütung systemgesteuert und steuert das Angebot einseitig zu Lasten psychisch Kranker. Nervenarztpraxen, die die psychiatrische Regelversorgung aufrechterhalten, erleiden Nachteile durch die undifferenzierte Zuordnung zur Fachgruppe Nervenheilkunde.

Die Sorge, dass weitere Praxen vakant werden mit der Folge, dass immer mehr Patienten in die verbleibenden Praxen drängen, ist sehr konkret. Der Ausschuss hält daher Schritte zu einer kleinräumigen und auf neuen Versorgungskennzahlen aufbauenden Bedarfsplanung, die diesen Namen auch verdient, für überfällig. Die Lücken in der flächendeckenden ambulanten psychiatrischen Versorgung insbesondere außerhalb der Ballungszentren werden zunehmen, wenn es nicht gelingt, mit Anreizsystemen mehr Psychiater auf das Land zu bringen. Selbstverwaltung und Politik haben bei der hausärztlichen Versorgung Schritte gegen eine drohende Benachteiligung von Patienten insbesondere "auf dem Lande" angekündigt. Gleiches ist dringlich für die von konkreter Unterversorgung bedrohte psychiatrische Regelversorgung zu fordern.

Wie und wann sich künftige Verfahren der kleinräumigeren und demographieorientierten Bedarfsplanung und Honorarverteilung auswirken, bleibt abzuwarten, der Effekt neuer Kooperationsmodelle ist noch nicht abzusehen. Aktuelle Pläne der Landesregierung, die Niederlassungen von Haus- und Fachärzten auf dem Lande zu fördern ¹¹, sollten dringend Verbesserungen auch für psychisch Kranke bringen. Der Ausschuss wird die Entwicklung weiter kritisch begleiten.

10. Wie bei den Abschlussberatungen dieses Berichtes bekannt wurde, beschloss die Vertreterversammlung der KVN am 19.11.2011, mit Wirkung ab 31.12.2014 die fachärztlichen Bereitschaftsdienste abzuschaffen, darunter auch die Bereitschaft für die nervenärztliche Versorgung. Damit würde die notfallpsychiatrische Versorgung gänzlich auf die hausärztliche Versorgung verlagert. Der Ausschuss befürchtet eine gravierende qualitative Verschlechterung und wird die Entwicklung kritisch begleiten.

11. Die Versorgung durch die Vertragspsychotherapeuten und durch die Psychiatrischen Institutsambulanzen PIA ¹² waren im Berichtsjahr nicht

¹¹ Pressemitteilung des MS zur haus- und fachärztlichen Versorgung vom 5.6.2012, http://www.ms.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=4972&article_id=106311&psmand=17

¹² Spengler A (2011): Psychiatrische Institutsambulanzen – eine aktuelle Standortbestimmung - In: Elgeti H, Ziegenbein M (Hg.) Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2012. Psychiatrie Verlag, Bonn – S. 135-142

Beratungsgegenstand, wurden aber auf der Arbeitsebene beobachtet. Gleiches gilt für die Versorgungssituation bei Kindern und Jugendlichen.

12. Der Ausschuss orientierte sich weiter über die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle der **Integrierten Versorgung (IV)** gem. §§ 140 a ff SGB V, um mögliche Auswirkungen auf die Betroffenen fachlich und konkret einzuschätzen. Die im Vorbericht aufgeworfenen Fragen konnten auch 2011 nicht abschließend und vollständig beantwortet werden.

Im Fall einer Vertragskonstruktion der AOK Niedersachsen mit beteiligten Managementgesellschaften erging im Februar die Bitte, über die Konzeptionen, Leistungen und vertraglichen Grundlagen und deren Auswirkung auf die konkrete Versorgung der Betroffenen genauer zu berichten. Dem kamen die AOK und die genannten Managementgesellschaften mit einem gemeinsamen Schreiben vom 16.2.2011 auf weite Strecken nach und berichteten auch über die den Versicherten zur Verfügung stehenden Informationen.

Etliche Fragen, die für Betroffene von Bedeutung sein können, blieben ausgespart und somit ungeklärt, darunter die tatsächlichen Auswirkungen auf die freie Arzt- und Krankenhauswahl, Ausgestaltungen der Schnittstellen zwischen IV und Krankenhausbehandlung, einzelne Fragen des Datenschutzes. Die beteiligten Leistungserbringer wurden nicht namentlich benannt. Die fachöffentlichen Kontroversen um das genannte Vorhaben, die auch auf der Bundesebene ausgetragen wurden¹³, sind im 2012 erschienenen Band „Psychiatrie in Niedersachsen“ wiedergegeben.¹⁴ Erkenntnisse über die weitere Entwicklung der Angebote lagen dem Ausschuss im Berichtszeitraum und seither nicht vor.

Von einem mit der Techniker Krankenkasse vereinbarten Versorgungsnetzwerk im Raum Göttingen erhielt der Ausschuss eingehende Informationen.

Der Ausschuss nahm die Entwicklungen zur Kenntnis und sieht vor, dass die Besuchskommissionen die Möglichkeit haben, entsprechende Einrichtungen zu besuchen und sich näher über die Versorgung der Betroffenen zu informieren.

5. Arbeit der Besuchskommissionen (BK) im Jahr 2011

¹³ Rieser S (2011) IV-Vertrag Schizophrenie: Pharmatochter ist Vertragspartner. Dtsch Arztebl 2011; 108(4): A-146 / B-114 / C-114. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/80560>. Zugriff 5.5.12

¹⁴ Elgeti H, Ziegenbein M (Hg.) Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2012. 68-125. Psychiatrie Verlag, Bonn

Insgesamt bewältigten die rund 80 beteiligten Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder auch im Berichtsjahr eine mit 124 Besuchen wieder sehr umfangreiche Prüf- und Beratungstätigkeit, nicht gezählt die oft umfangreichen internen Beratungen, Protokollierung und Schriftverkehr.

Absolviert wurden

- 21 Besuche der BK Braunschweig
- 30 Besuche der BK Hannover
- 22 Besuche der BK Lüneburg
- 20 Besuche der BK Weser-Ems-Nord
- 20 Besuche der BK Weser-Ems-Süd
- 11 Besuche der BK für den Maßregelvollzug

Etwa die Hälfte der Besuche entfiel auf Heimeinrichtungen, eingeschlossen Alten- und Pflegeheime, stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe und einzelne heimartige Kleininrichtungen. Die Versorgung in acht Heimeinrichtungen war als ausgesprochen kritisch zu bewerten. Ihnen standen 14 positive Beispiele gegenüber.

18 Besuche galten psychiatrischen Krankenhäusern (dabei eine Tagesklinik), hinzu kamen 2 Reha-Kliniken. Die Situation in drei Einrichtungen musste als ausgesprochen kritisch beurteilt werden, dem standen 6 Positivbeispiele entgegen. Mitgezählt war eine Klinik für Kinder und Jugendliche.

11 Sozialpsychiatrische Dienste wurden besucht. Davon musste keiner in seinen Versorgungsleistungen als kritisch beurteilt werden, es gab aber nur drei positive Beispiele. Jedoch besteht in den meisten Regionen noch immer keine ausreichende Versorgungsstruktur für akute psychische Krisen außerhalb regelmäßiger Dienstzeiten. Am Beispiel der Stadt Braunschweig konnte festgestellt werden, dass die Beratungstätigkeit der Besuchskommission im Vorjahr erfolgreich war, Mängel wurden 2011 sichtbar behoben. Ähnlich positiv wurde über Veränderungen in Wilhelmshaven berichtet.

11 Besuche in Maßregelvollzugseinrichtungen zeigten gemeinsame erhebliche Strukturprobleme. In der Umsetzung vor Ort stellten sich zwei Einrichtungen kritisch dar, zwei Einrichtungen konnten aufgrund ihrer Ressourcen auf einem guten Versorgungsniveau arbeiten.

Besucht wurden zwei Werkstätten für Erwachsene und eine Rehabilitationseinrichtung für Psychisch Kranke RPK, eine Facharztpraxis mit komplexem Integrativem Versorgungsangebot, die alle auf einem guten Versorgungsniveau arbeiteten.

Die 2011 besuchte Nordseeinsel Wangerooge stellte sich mit Angeboten des Sozialpsychiatrischen Dienstes und mit ihrer Regelung für die Notfallversorgung vorbildlich dar.

Aus der Arbeit, die für den Sozialausschuss des Nds. Landtages in den nichtöffentlichen Jahresberichten der Besuchskommissionen im Detail dargestellt wird, sollen im folgenden besondere Problembereiche skizziert und ausdrücklich nur besondere **Problemfälle** benannt werden.

5.1. Heimeinrichtungen

Die Besuchskommissionen benötigen für Ihren Auftrag belastbare Informationen, die die strukturelle Versorgungsqualität beleuchten, um einzelne Beschwerden angemessen zu bewerten. Meist ergibt sich ein schlüssiges Gesamtbild, das auch eine differenzierte Beratung ermöglicht, fallweise eine begründete Mängelanzeige.

Als problematisch fällt zunehmend auf, dass Einrichtungen eine gute „Pflegernote“ aus der Einstufung der Qualität durch den MDK vorweisen, eine solche aber nicht annähernd mit der Handhabung von Zwangsmaßnahmen und oder der Betreuung der Bewohner vereinbar erscheint.

Die allgemeine Tendenz zur Ausdünnung von Personal scheint fortzuschreiten. In knapp einem Viertel der Einrichtungen bestanden erhebliche Einschränkungen in der räumlichen, konzeptionellen oder personellen Ausstattung. Ausgesprochen kritisch wurde die Situation in vier Heimen beurteilt, bei denen teilweise fortgesetzt seit Jahren bauliche und konzeptionelle Mängel bestanden und in zwei Fällen trotz wiederholter Mängelrüge und Zusagen der Verantwortlichen nicht abgestellt werden. In einem kommunalen Altersheim besteht der Außenbereich nach Berichten der Besuchskommission Hannover seit drei Jahren aus einer Baustelle. Sieben Heime setzten Fixierungen und andere unterbringungsähnliche Maßnahmen nicht korrekt um.

Die Besuchskommission Hannover beschrieb eine stationäre Heimeinrichtung für Frauen: *„Wir trafen auf zwei dauerfixierte Patientinnen, die, ohne inkontinent zu sein, dauerhaft mit Windeln versorgt waren. Die als suizidal bezeichneten Frauen hatten nicht den Eindruck, jederzeit einen Mitarbeiter für einen Toilettengang rufen zu können. Darüber hinaus befanden sich in Griffnähe einer der beiden Frauen mehrere gefährliche Gegenstände.“* Die Handhabung der Fixierung und die Versorgungssituation wurden moniert, Abhilfe am selben Tage wurde bestätigt.

Ein schrittweiser Strukturwandel in den Heimen wird von der Besuchskommission Lüneburg genauer ausgeleuchtet und ähnlich von den

anderen Besuchskommissionen beschrieben: „Nur wenige der besuchten Einrichtungen der Eingliederungshilfe haben ein Verständnis dafür entwickelt, .. welche Funktion sie im jeweiligen regionalen gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem ein- bzw. übernehmen. Aus der Tradition heraus stehen häufig ... Einrichtungsstrukturen den Anforderungen moderner Eingliederungshilfe zur .. Förderung der sozialen Teilnahmemöglichkeiten der Klienten im Wege. Insbesondere in Regionen mit nicht ausreichenden Versorgungsstrukturen sind psychisch chronisch Kranke mit deutlichem Eingliederungspotential in Pflegeeinrichtungen nach SGB XI anzutreffen. Für diesen Personenkreis findet keine ausreichende und regelmäßige Überprüfung der Hilfen statt. Die sich daraus ergebenden psychosozialen Unterversorgungen sind oben beispielhaft beschrieben. Die BK weist ausdrücklich auf dieses Problem hin, das allein mit einer regionalen Heimaufsicht nicht zu verändern ist, auch mit Vermeidungsstrategien von Fachdiensten und Verwaltung zu tun hat. Zahlreiche Einrichtungen heben folgende sich verdichtende Entwicklung hervor: Älter werdende seelisch und geistig Behinderte entwickeln früher und häufiger als andere Personen einen hohen Grad an Pflegebedürftigkeit. Zur Erhaltung ihrer sozialen und Alltagskompetenzen sind sie jedoch gleichzeitig auf eine erheblich intensivere psychosoziale Betreuung angewiesen, als das im Rahmen des SGB XI bisher möglich ist. Die Kommission weist nachdrücklich auf dieses sozialrechtliche Problem hin.“

5.2. Kliniken

In vielen der besuchten Krankenhäuser wurde seitens der Patientinnen und Patienten oder von Mitarbeitern über fehlendes Personal und über eine chronische Überbelegung berichtet. Hier benötigen die Besuchskommissionen Informationen, die die strukturelle Versorgungsqualität beleuchten, auch um einzelne Beschwerden angemessen zu bewerten.

Angaben zur Erfüllung der Sollvorgaben der noch geltenden Personalverordnung Psychiatrie (Psych-PV) sind meist nicht erhältlich, und die Umsetzung auf die tatsächlich eingesetzten Stellen auf den Stationen wird nicht hinreichend klar. Künftige Auswirkungen der Einführung des künftigen Entgeltsystems Psychiatrie können noch nicht abgeschätzt werden. Die Situation ist in mehreren Kliniken durch den Ärztemangel bzw. durch Probleme erheblich erschwert, qualifizierte (und muttersprachlich kompetente) Ärzte zu gewinnen.

In etlichen Fällen beschwerten sich Patienten über fehlende Therapieangebote und Ausgangsmöglichkeiten, ohne dass die Verweigerung von Ausgängen immer nachvollziehbar erschien.

Einzelne besuchte Stationen stellten sich den Besuchskommissionen baulich und räumlich in einem deutlich unbefriedigenden Zustand dar. Als besonders gravierend wurden folgende Situationen eingeschätzt:

Eine Klinik wurde von der Besuchskommission Hannover dreimal unangemeldet besucht. Chronische Überbelegung wurde berichtet. Die Besuchskommission sah auch bei Folgebesuchen, nachdem dies schon früher moniert worden war, Betten auf den Fluren, in welchen Fixiergeschirre bereits vorinstalliert und sichtbar bereit gehalten waren. Sie berichtet: *„Seit drei Wochen befand sich ein durchgehend fixierter Patient in einem fensterlosem Badezimmer.“* Ein Behandlungskonzept für den Patienten war nicht erfragbar. *„Es wurde auf eine Verhandlung und die Rückverlegung in einen forensischen Bereich gewartet“.* Sofortige Abhilfe zu der gegenüber den Verantwortlichen vorgebrachten Kritik an der räumlichen Unterbringung war nicht erkennbar.

Ein ehemaliges Landeskrankenhaus wurde von der Besuchskommission Hannover erneut zweimal besucht, sowohl angemeldet als auch unangemeldet aufgrund mehrerer Einzelbeschwerden: *„Beim Besuch der Aufnahmestation wurde ein vollfixierter Patient im lieblos gestalteten und verwahrlost wirkenden Eingangsbereich vorgefunden.“* Dieser Bereich war von den Mitpatienten und auch von außen her einsehbar. Die Klinik argumentierte, Sitzwachen seien nur schwer zu bekommen. Der Patient wurde in ein Zimmer verlegt.

Die Besuchskommission Braunschweig fand in einer Klinik ein vom Flur her einsehbares Überwachungszimmer, das von einer Videokamera ständig kontrolliert wird. Diese unzulässige Situation wurde vor Ort angemahnt.

Die Besuchskommission Weser-Ems-Nord stellte ausdrücklich positive räumliche und konzeptionelle Verbesserungen einer Klinik fest. Sie beschrieb auch flexiblere patientenorientierte Konzepte bei geschlossener Unterbringung.

Die gleiche Besuchskommission berichtete von der Erprobung neuer Konzepte in der Handhabung geschlossener Türen auf Wachstationen einer psychiatrischen Abteilung. Eine neue Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik überzeugte mit zweckmäßigen Räumen und durch Verbesserung der Unterrichtsversorgung junger Patienten.

Auch die Besuchskommission Weser-Ems-Süd hat positive bauliche Entwicklungen einer Klinik beschrieben.

Die Besuchskommission Braunschweig konnte festhalten: *„... positiv ist in diesem Berichtsjahr zu vermerken, dass die jahrelange Diskussion um die Einrichtung einer Krisenstation in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik einen sehr positiven Abschluss gefunden hat.“*

5.3. Maßregelvollzug und Forensik

Die zuständige Besuchskommission stellte fest: *„Im Berichtsjahr nahm die Zahl der Patienten, die gem. § 64 StGB untergebracht wurden, weiter zu, während die Zahl der gem. § 63 StGB Untergebrachten rückläufig war. Trotz des damit einhergehenden vermehrten Personalbedarfs lag die Personalausstattung in den forensischen Kliniken und Fachabteilungen nur noch bei ca. 90 % der Anhaltzahlen für die Personalbemessung, teilweise sogar darunter. Insbesondere in Urlaubs- und Krankheitszeiten kam es zu z. T. dramatischen personellen Engpässen. Dies führte dazu, dass nicht mehr alle erforderlichen Behandlungsmaßnahmen durchgeführt werden konnten. Dies gilt insbesondere für notwendige Lockerungen wie begleitete Ausgänge und führt letztlich zu längeren Unterbringungszeiten. Die Kommission hält diese Entwicklung für nicht hinnehmbar. Es müssen insbesondere die privaten Träger stärker in die Pflicht genommen werden. Die Rückforderung nicht ausgenutzter Budgetanteile bei Unterschreitung der Anhaltzahlen allein reicht ganz offensichtlich nicht aus, um bei den privaten Trägern eine vertragsgemäße Personalausstattung durchzusetzen.*

Mit Sorge betrachtet die Kommission auch, dass in den Kliniken verstärkt erhebliche Mängel hinsichtlich der Bauunterhaltung und Instandsetzung festzustellen sind. Hier kommen insbesondere die privaten Träger z. T. ihren vertraglichen Verpflichtungen nur unzureichend oder gar nicht nach. Vielerorts ist die räumliche Situation für Mitarbeiter und Patienten unzumutbar.

Mit Nachdruck weist die Kommission in diesem Zusammenhang auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 18.01.2012 - 2 BvR 133/10 – zur Privatisierung des Maßregelvollzugs hin. Danach ist durch die öffentliche Hand sicherzustellen, dass in den Maßregelvollzugseinrichtungen jederzeit die zur ordnungsgemäßen Durchführung des Maßregelvollzugs erforderlichen personellen, sachlichen, baulichen und organisatorischen Voraussetzungen gegeben sind. Maßregelvollzugsklinken sind von erwerbswirtschaftlichen Motiven und Zwängen freizustellen. Eine Auslieferung der Vollzugsaufgabe an Kräfte und Interessen des privatwirtschaftlichen Wettbewerbs, die, beispielsweise in Bezug auf Verweildauer des Untergebrachten und Senkung von Behandlungs- und Betreuungskosten, den gesetzlichen Vollzugszielen und der Wahrung der Rechte der Untergebrachten systemisch zuwiderlaufen können, darf nicht stattfinden (Rd.-Nr. 160f a.a.O.) Die Kommission hat erhebliche Zweifel, ob diese Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts bei der Durchführung des Maßregelvollzugs in Niedersachsen derzeit eingehalten werden.“

Der Ausschuss behandelte diese Fragen in einem Themenschwerpunkt und erbat vom Sozialministerium eingehende Informationen. Aus der dortigen

fachaufsichtlichen Sicht wurde eine durchgängige Verschlechterung der personellen Ausstattung gegenüber der Situation vor der Privatisierung nicht gesehen. Allerdings wurde eine gravierende Veränderung der Arbeitsbedingungen in den privatisierten Abteilungen gesehen, auch an der Schnittstelle zwischen den (landesbediensteten) Vollzugsleitungen und den Geschäftsführungen. Im Maßregelvollzug gibt es verbindliche Personalschlüssel, deren Einhaltung im Rahmen der Fachaufsicht geprüft wird. Fallweise kommt es zu Rückforderungen nicht ausgenutzter Budgetanteile.

Der Ausschuss nahm diese Entwicklungen zur Kenntnis. Er erhielt weiterhin Informationen über Bauplanungen in den Aufnahmebereichen in Hildesheim und in Göttingen, sowie über den Planungsstand beim Ersatzbau zum „Festen Haus“ in Göttingen. Er teilt die Auffassung der Besuchskommission, dass die Unterbringung im Festen Haus in Göttingen nach wie vor den Anforderungen nicht genügt.

Die Besuchskommission berichtete weiter von Problemen, begleitete Ausgänge zu realisieren, weil Mitarbeitergruppen wie Psychologen oder Sozialarbeiter nicht Landesbedienstete sind. Hier sollte Abhilfe geschaffen werden. Die vermehrte Inanspruchnahme der Forensischen Institutsambulanzen wurde positiv beurteilt. Erneut wurde die Notwendigkeit betont, für jugendliche und heranwachsende Maßregelvollzugspatienten außerhalb von Moringen geeignete Angebote zu schaffen. Die Besuchskommission begrüßt, dass die Planungen in Bad Zwischenahn eine Abteilung für die Behandlung und Sicherung jugendlicher und heranwachsender Straftäter mit 24 Planbetten zu errichten, offenbar voran kommen.

Nach Einschätzung der Besuchskommission führte die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 23.03.2011 - 2 BvR 882/06 - zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug in den Kliniken und Abteilungen zunächst zu kontroversen Diskussionen und letztendlich dazu, dass auf Zwangsbehandlungen wegen der fehlenden gesetzlichen Regelung derzeit auch im Maßregelvollzug gem. § 63 StGB praktisch verzichtet wird. Da Patienten in Kenntnis dieser Entscheidung zunehmend ihre bisher erfolgreiche Behandlung abbrechen, führt dieser Verzicht im Stationsalltag zu erheblichen Spannungen auch unter den Patienten und zu einer deutlichen Zunahme von Fixierungen und Absonderungen.

Der Ausschuss schloss sich den Einschätzungen der Besuchskommission ausdrücklich an. Die Feststellungen sind in die oben gegebene Darstellung unmittelbar eingeflossen.

5.4. Sonstiges

Generell ist festzustellen, dass mehr Betroffene, Angehörige oder auch Mitarbeiter von Einrichtungen auf die Besuchskommissionen zugehen, so dass hier über anlassbezogene Besuche entschieden werden muss und solche auch durchgeführt werden. Seltene Einzelbeschwerden, die über die Geschäftsstelle eingingen und die individuell bearbeitet werden, sind bislang nicht systematisch erfasst, auch sie scheinen zuzunehmen.

Die Besuchskommission Lüneburg orientierte sich eingehend über die Durchführung eines Projektes der Integrierten Versorgung.

Die Vorgaben der zuständigen Behörden zur Durchführung von notfallmäßigen Zwangs-Einweisungen in Braunschweig stellten sich der dortigen Besuchskommission beim Besuch der örtlichen psychiatrischen Klinik wie folgt dar: Auffällige Personen wurden von der Polizei tagsüber nicht nur zunächst in Gewahrsam genommen, sondern ohne dass das Zeugnis des Sozialpsychiatrischen Dienstes oder ein anderes qualifiziertes Zeugnis eingeholt wurde, zunächst in die Klinik verbracht, wo die psychiatrische Beurteilung nachgeholt wurde.

Diese Verfahrensweise erscheint rechtlich unhaltbar, weil faktisch bereits eine zwangsweise Zuführung in die Klinik erfolgt, die einer Unterbringung gem. § 18 NPsychKG unzulässig vorgreift. Sie wurde von der Stadt als Trägerin des Sozialpsychiatrischen Dienstes zeitnah abgestellt. Wie außerhalb regelmäßiger Dienstzeiten verfahren wird, ist noch unklar. Soweit bekannt handelt es sich um eine seit Jahren bestehende, nicht hinterfragte Praxis.

Ob und inwieweit sich vergleichbare Abläufe auch in anderen Landesteilen finden, wird den Ausschuss weiter beschäftigen. In einer ländlichen Region hat die Besuchskommission Weser-Ems/Nord inzwischen eine genauere Klärung zur Frage der Erreichbarkeit von Richtern in Angriff genommen. Der Ausschuss wird sich 2012 genauer mit der Situation befassen.

Die Besuchskommission Weser-Ems/Nord wies darauf hin, dass in einzelnen Kommunen Personen in Tagesstätten für seelisch Behinderte der Eingliederungshilfe gem. SGB XII betreut werden, die Grundsicherung gem. SGB II beziehen, erwerbsfähig sind und dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Unter Umgehung örtlicher Zuständigkeiten der Eingliederungshilfe werden zudem voll erwerbsgeminderte psychisch Kranke den Hartz IV-Bestimmungen des SGB II zugeordnet und erhalten nicht alle ihnen gesetzlich zustehenden Hilfen. Die zuständigen Behörden werden informiert. Der Ausschuss wird das Thema weiter beobachten.

5.5. übergreifende Themen der Besuchskommissionen

Vereinzelte setzte sich die Tendenz des Vorjahres fort, die für die Beurteilung der Versorgung nötigen Informationen zurückzuhalten und Besuche zu erschweren.

Die Konferenz der Besuchskommissionen befasste sich mit Fallkonstellationen, in denen sich der Zustand zunächst freiwillig aufgenommener Patienten akut verschlechtert. Soweit hier eine betreuungsrechtliche Unterbringung wegen gravierender störungsbedingter Selbstgefährdung für erforderlich gehalten und beim Gericht eine Betreuung angeregt wird, wird zeitnah eine unabhängige Begutachtung erforderlich. Diese wird derzeit nicht selten von den in die Behandlung involvierten Klinikärzten abgegeben, so in einer Privatklinik im Raum Hannover. Besuchskommissionen und Ausschuss haben erhebliche rechtliche Bedenken gegen dieses Verfahren. Die Begutachtung sollte nicht durch die behandelnden Ärzte durchgeführt werden. Der Betreffende sollte vorher wissen, von wem und zu welcher Frage die Begutachtung durchgeführt werden soll und dazu Stellung nehmen können. Auch die Kliniken sollten die Möglichkeit haben, Gutachten in der eigenen Klinik im Interesse einer weiteren Behandlung ablehnen zu können. Der Ausschuss würde es sehr begrüßen, wenn diese Überlegungen von den in der Auswahl der Gutachter unabhängigen Gerichten aufgegriffen werden.

6. Ausblick und Schlussbemerkung

Der Psychiatrieausschuss und die Besuchskommissionen blicken auch für das Jahr 2011 auf eine intensive, mit hohem Einsatz erbrachte und erfolgreiche Arbeit zurück.

Die Erfolge liegen nicht nur in der Erfassung besonderer Problemfälle oder in Mängelanzeigen, sondern vor allem in der beratenden Tätigkeit vor Ort.

Die überschaubare Zahl konkreter, selten gravierender Mängel steht positivem Gesamteindruck zur Versorgung in Niedersachsen nicht entgegen. Immer wieder können deutliche Verbesserungen festgestellt werden, an deren Zustandekommen die Besuchskommissionen Anteil haben.

Dass aber immer wieder Mängel auffallen, die in anderen Kontrollsystemen wie Heimaufsicht oder in der Aufsichtstätigkeit der Pflegekassen oder Fachaufsicht des Sozialministeriums nicht zuverlässig erfasst werden, zeigt, wie notwendig, aber auch wie wirksam die Tätigkeit der Besuchskommissionen in ihrer multiprofessionellen Fachkompetenz vor Ort ist. Sie hat, weil Besuchskommissionen auch direkt Beschwerden aufgreifen, eminente Bedeutung für die Betroffenen und erzielt auch bei begrenzter Flächendeckung präventive und korrigierende Wirkung, indem sie sensibilisiert und an Brennpunkten exemplarisch ansetzt.

Weniger neue Problemfälle oder individuelle Mängel, sondern eher altbekannte *strukturelle Probleme* in den besuchten Einrichtungen erfordern Beratung und Kontrolle, um den Betroffenen die ihnen gesetzlich zustehenden Hilfen zu erhalten und wo immer möglich einer strukturellen oder konkreten Unterversorgung oder gar einer Einschränkung ihrer Grundrechte entgegenzutreten. Selten erweisen sich die Verantwortlichen in Einrichtungen über Jahre als unkorrigierbar und beratungsrefraktär.

Der Gesetzgeber erteilt dem Psychiatrieausschuss und seinen Besuchskommissionen nicht ohne Grund einen eigenen Auftrag, die Lage der Betroffenen im Sinne des § 1 Nr. 1 NPsychKG in Krankenhäusern und allen Einrichtungen, die mit diesem weit definierte Personenkreis der Psychisch Kranken und Behinderten befasst sind, unabhängig und multiprofessionell, also in einer Gesamtbetrachtung und nicht isoliert auf Teilaspekte zu prüfen.

Eine Psychiatrie, die *Rechte Betroffener* unnötig einschränkt oder gar verletzt, verfehlt ihren Auftrag ebenso wie psychiatrische Versorgungsangebote, welche die nötige Versorgungsqualität durch strukturelle Mängel wie Unterversorgung, Rationierung, mangelnde Aufmerksamkeit für die besonderen Belange der Betroffenen oder einseitige Ökonomisierung vernachlässigen. Strukturelle Gewalt disponiert erst für individuelles Fehlverhalten.

Probleme der spezifischen Belastung, Überforderung und des Risikos gerade helfender und pflegender Berufe bedürften künftig erhöhter Aufmerksamkeit. Das Thema „*Burnout*“, hier verstanden als arbeits- und sozialpsychologisches Konstrukt, ist in seiner Auswirkung auf Betroffene mehr als ein Modethema. Fehlentwicklungen durch psychische Überlastung in der Arbeitswelt können gerade in der Pflege zu Gleichgültigkeit, Zynismus und Distanz führen, ganz abgesehen von den Problemen der Pflegenden, der „hilflosen Helfer“ selbst¹⁵ und von der Breite des Problems Depression in der Gesamtbevölkerung. Die Besuchskommissionen sehen vor Ort an vielen Beispielen die konkreten Auswirkungen von Personalmangel, mangelnder Qualifikation, mangelnden Konzepten auf das Personal und in der Folge auf die Betroffenen.

Die rechtspolitische Entwicklung bei der *Zwangsbehandlung* fordert hohe Aufmerksamkeit im Einzelfall und eine strukturelle Auseinandersetzung mit den klinischen Problemen und den Rechtsfragen bis hin zu ethischen Fragen, weil es hier um Grundrechtsabwägungen und den Kernbereich der Aufgaben des Ausschusses geht. Hier stehen Rechtssicherheit, Versorgungsqualität und Ziele der Inklusion auf dem Prüfstand.

¹⁵ vgl. <http://www.dgppn.de/publikationen/stellungnahmen/detailansicht/article/141/positionsrap-1.html>, Zugriff Mai 2012

Diese Diskussion wird den Blick 2012 erneut auf die Praxis von *Zwangseinweisungen* erweitern, und zwar auf die administrativen Abläufe, in deren Rahmen es zu unterschiedlichen Interventionszeitpunkten schon vor der Einweisung zur qualifizierten ärztlichen Beurteilung und anschließend zu richterlichen Entscheidungen über die Unterbringung und deren Verlauf kommt. Der Ausschuss sieht hier Klärungs- und Forschungsbedarf.

Wunstorf, Hildesheim, im Juli 2012

Prof. Dr. med. Andreas Spengler

Anhang: Personelle Zusammensetzung des Ausschusses

Mitglieder	Stellv. Mitglieder
Herr Prof. Dr. Andreas Spengler Vorsitzender Wunstorf	Herr Dr. Joachim Niemeyer Königsutter
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 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
Herr Roland Riese (MdL) Hannover	Frau Almuth von Below-Neufeldt (MdL) Braunschweig
Frau Dr. Dagmar Schlapeit-Beck Göttingen	Herr Wolfgang Herzog Helmstedt
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. Dr. Felix Wedegärtner Hannover	Herr Dr. Joachim Beutler Braunschweig
Herr Dr. Lothar Wittmann Otterndorf	Frau Gertrud Corman-Bergau Langenhagen

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