

**Ausschuss für Angelegenheiten
der psychiatrischen Krankenversorgung
des Landes Niedersachsen**

36. und 37. Tätigkeitsbericht (2020 und 2021)



Niedersachsen

Herausgeber:
Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen
Krankenversorgung des Landes Niedersachsen
Geschäftsstelle
c/o Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie
Domhof 1
31134 Hildesheim
E-Mail: geschaeftsstelle-pa-bk@ls.niedersachsen.de
Internet:
www.psychiatrie.niedersachsen.de

Eine elektronische Version dieses Tätigkeitsberichts kann auf der Internetseite
www.psychiatrie.niedersachsen.de unter der Rubrik „Psychiatrieausschuss – Tätigkeitsberichte“ abgerufen
werden.

36 und 37. Tätigkeitsbericht (2020 und 2021)

Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Niedersachsen (Psychiatrieausschuss, PA) berichtet gemäß § 30 Abs. 7 des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) dem Niedersächsischen Landtag und dem zuständigen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Sozialministerium).

Der Bericht wurde den Mitgliedern des Psychiatrieausschusses im Umlaufverfahren zur Verfügung gestellt, ausführlich beraten und beschlossen und wird der Landtagspräsidentin und dem Sozialministerium zugeleitet. Er wird durch die Landtagspräsidentin veröffentlicht.

Dem Nds. Landtag werden darüber hinaus im nicht öffentlichen Teil des Berichtes Feststellungen der Besuchskommissionen für das Jahr 2020 und 2021 vorgelegt, welche der Psychiatrieausschuss zuvor zustimmend zur Kenntnis genommen hat. Der aktuelle Bericht weist die Besonderheit auf, dass er einen Berichtszeitraum von 2 Jahren umfasst. Der Berichtszeitraum war sehr stark geprägt durch die Corona Pandemie und Ihre Auswirkungen auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Der Effekt der Pandemie war aber auch der eines Brennglases und zeigte eindrucksvoll die Problembereiche innerhalb der psychiatrisch - / psychotherapeutischen Versorgung auf. Dabei wird deutlich, dass an zahlreichen Stellen, insbesondere im Akutbereich, geschützten Heimbereichen und dem Maßregelvollzug Herausforderungen bereits in den Zustand einer Zumutung für alle Beteiligten übergegangen sind.

1. Grundlagen der Arbeit des Psychiatrieausschusses und der Besuchskommissionen

Für die Aufrechterhaltung der Qualität in der psychiatrischen Versorgung innerhalb aller Stufen des Versorgungssystems (stationär, teilstationär, ambulant bis hin zur Versorgung in Heimen), wie auch für die Absicherung der rechtlichen Sicherheit der Betroffenen ist die Arbeit der Besuchskommissionen und des Psychiatrieausschusses ein unverzichtbares qualitätssicherndes Element, welches sich nicht durch die Tätigkeit anderer Aufsichtsgremien oder Behörden ersetzen ließe.

Die Tätigkeit der Besuchskommissionen umfasst Gespräche mit Betroffenen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der aufgesuchten Einrichtungen, die Beratung und kritische Rückmeldung an die Verantwortlichen, die Erörterung von Problembereichen, das Aufzeigen von Veränderungsmöglichkeiten aber auch die Würdigung und Bestärkung positiver Ansätze in Betreuung und Versorgung der Betroffenen.

Die Besuchskommissionen legen jeweils selbst fest, nach welchen Prioritäten und in welchen Frequenzen Einrichtungen aufgesucht werden. Dabei werden auch Hinweise von Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Mitarbeitenden und Angehörigen aufgegriffen.

In der Regel finden Besuche nach vorheriger Anmeldung statt. Es werden bei Bedarf jedoch auch unangemeldete Besuche durchgeführt, aus sich ergebenden Anlässen wie z. B. nach Beschwerden. Die unangemeldeten Besuche sind ein unverzichtbares Element gerade um akute Missstände aufzeigen zu können und finden deswegen indikationsbezogen auch außerhalb regulärer Dienstzeiten statt.

Die multiprofessionelle Besetzung der Besuchskommissionen bei Einrichtungsbesuchen führt dabei zu vielschichtigen Fragestellungen, lenkt die Aufmerksamkeit auf die unterschiedlichsten Aspekte und lässt so eine komplexe Beurteilung einer Einrichtung entstehen. Die ehrenamtlich Tätigen sind unabhängig und nicht weisungsgebunden. Diese fachkundige Unabhängigkeit wird über die Grenzen von Niedersachsen hinaus als ein zu erreichendes Merkmal höchster Qualität angesehen.

Die rechtlichen Grundlagen für die ehrenamtliche Arbeit des Psychiatrieausschusses und der Besuchskommissionen finden sich vor allem in § 30 NPsychKG und der Verordnung über Gremien (GremVO) für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung.

Zur Erfüllung seiner Aufgaben stehen dem Psychiatrieausschuss sieben Besuchskommissionen - fünf regionale, eine landesweit tätige für den Maßregelvollzug, sowie die landesweite Besuchskommission in Angelegenheiten der kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenversorgung (BK Kinder und Jugend) zur Verfügung.

Die Besuchskommissionen sollen einmal jährlich alle Krankenhäuser und Einrichtungen, wie Heime, Altenheime, Sozialpsychiatrische Dienste, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in denen der von § 1 Nr. 1 NPsychKG erfasste Personenkreis betreut wird, aufsuchen. In der Praxis ist diese Vorgabe, gemessen an der Zahl der zu besuchenden Einrichtungen, jedoch nur bedingt umsetzbar. Aber auch die Möglichkeit nur eines Besuches ist ein sehr wirksames Instrument, was sich anhand zahlreicher Beispiele plastisch nachvollziehen lässt.

Sollten bei einem Einrichtungsbesuch Mängel festgestellt werden, hat die Besuchskommission darauf hinzuwirken, dass diese unverzüglich abgestellt werden. Hierzu kann sie das Sozialministerium und die Behörde, deren Aufsicht die besuchte Einrichtung untersteht, unterrichten und um Mitwirkung ersuchen. Der Psychiatrieausschuss erhält einen Bericht über die festgestellten Mängel sowie Vorschläge über Möglichkeiten, die Behandlung und Betreuung der betroffenen Personen zu verbessern. Aufgabe des Psychiatrieausschusses ist es dann, dafür zu sorgen, dass die zuständigen Behörden über festgestellte Mängel in Kenntnis gesetzt werden und zeitnah Maßnahmen ergriffen werden, um diese zu beseitigen. Dabei kann der Psychiatrieausschuss weitergehend und wirksamer agieren als die Besuchskommissionen für sich allein genommen.

In den grundsätzlich viermal im Jahr stattfindenden Sitzungen des Psychiatrieausschusses berichten die Besuchskommissionen über die wesentlichen Ergebnisse ihrer Arbeit und die im Rahmen der Besuche gewonnenen Eindrücke. Auffällige Problemsituationen werden dabei diskutiert und mögliche Strategien zur Lösung adressiert. Darüber hinaus befasst sich der Psychiatrieausschuss mit rechtlichen, strukturellen und gesellschaftlich relevanten Aspekten, die die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen betreffen.

2. Die Arbeit der Besuchskommissionen in den Berichtsjahren 2020 und 2021

Die Arbeit der Besuchskommissionen war in den Berichtsjahren durch die Corona Pandemie deutlich erschwert. Besuche und Sitzungen der Besuchskommissionen mussten kurzfristig abgesagt werden. Trotz dieser sehr besonderen Zeiten mit sich stetig verändernden Rahmenbedingungen, Erlassen und Vorschriften stand für die Besuchskommissionen und ihre Mitglieder immer der Mensch im Mittelpunkt des Handelns. Es wurde kreativ überlegt, wie die Arbeit trotzdem fortgeführt werden kann und wie die Bewohnerinnen und Bewohner oder Patientinnen und Patienten gerade in dieser Zeit erreicht werden konnten. Hier galt es zwischen Hygienenotwendigkeiten sowie der dringlich gebotenen Fortführung der Besuche abzuwägen. Auch wenn sich die Pandemie wie ein Schleier über alles Handeln gelegt hatte, haben die Besuchskommissionen immer den originären Auftrag in den Fokus gestellt.

Die Versorgungssituation in etwa einem Viertel der besuchten Heimeinrichtungen war auch 2020 und 2021 noch immer als kritisch zu bewerten. Neben baulichen Mängeln waren auch hier vor allem eine unzureichende Personalausstattung und ein inadäquater Umgang bei der Durchführung von Fixierungsmaßnahmen zu beanstanden. Auf der anderen Seite fanden sich wie auch in den Vorjahren positive Beispiele wie sich Versorgung angemessen für Bewohnerinnen und Bewohner und die dort arbeitenden Menschen gestalten lässt. Trotzdem waren in Einzelfällen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen gravierende Verstöße zu beanstanden. Weiterhin bestätigt sich die steigende Anzahl von Menschen (gemäß des in § 1 Nr. 1 NPsychKG erfassten Personenkreises), die sich in Heimen sowie Altenheimen fanden, die oft in ihrer Grundausrichtung nicht für diesen besonderen Personenkreis konzipiert sind. Hier wird deutlich, wie wichtig die Tätigkeit der Besuchskommissionen in diesen Einrichtungen ist und sich hier sicherlich ein zukünftiger weiterer Schwerpunkt der Arbeit der Besuchskommissionen und des Psychiatrieausschusses abzeichnet.

Bei den besuchten Kliniken waren vielerorts durchaus Fortschritte bei der Verbesserung der baulichen Situation zu erkennen. Im Vergleich zu den Vorjahren jedoch noch deutlicher zeigten sich weiterhin Tendenzen zur Verschlechterung der personellen Situation von allen besuchten Einrichtungstypen, insbesondere bei direkter Betrachtung des diesem Berichtes zugrundeliegenden 2-Jahres Zeitraums.

An mehreren Häusern setzen sich die Schwierigkeiten fort, selbst geeignete Ärztinnen oder Ärzte für Leitungsfunktionen zu gewinnen. Dies trifft vor allem auf Einrichtungen des Maßregelvollzuges, aber auch der stationären Krisenbereiche zu. Auch lässt sich eine weiter zunehmende erhöhte Fluktuation beim ärztlichen Leitungspersonal finden.

In den Sozialpsychiatrischen Diensten des Landes Niedersachsen waren zeitweise mehr als 16 fachärztliche Stellen unbesetzt, ohne dass eine Tendenz zu einer wesentlichen Verbesserung zu erkennen ist. In einigen Sozialpsychiatrischen Diensten wurde versucht dies durch psychologisch - / psychotherapeutische Leitungen zu kompensieren, wo sich jedoch immer wieder Grenzen der Alltagspraktikabilität zeigen und die Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst des Gesundheitsamts keine suffiziente Lösung darstellt.

Der Personalmangel und die vielerorts zum Alltag gehörende Überbelegung insbesondere in den Akut- sowie Kriseneinheiten, verbunden mit einem eingeschränkten therapeutischen

Angebot, die mangelnde Verfügbarkeit von Personal im ärztlichen, psychotherapeutischen, sozialarbeiterischen sowie ergotherapeutischen Bereich und unzureichende Konzepte zu einer Überleitung in die ambulante Versorgung und in die häusliche Umgebung erschweren Heilungs- und Reintegrationsprozess der Betroffenen. Ein erhöhter Verwaltungs- und Dokumentationsbedarf der insbesondere in der Eingliederungshilfe bei der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes entstanden ist, führte im ambulanten Bereich zur Reduzierung der direkten Betreuungsleistungen, wodurch von vermehrten Krisensituationen bei den Klienten berichtet wurde.

Der Trend der Vorjahre, dass vermehrt Mitarbeitende von Einrichtungen, Betroffene und Angehörige sich an die Besuchskommissionen wenden, hielt nicht nur an, sondern nahm sogar noch weiter zu.

Die Besuchskommissionen sahen sich insgesamt auch 2020 und 2021 mit wenigen sehr kritischen Fällen konfrontiert, bei denen die Einschaltung der Behörden und eine direkte Mängelrüge gegen die Träger notwendig erschienen. Einzelfälle blieben Situationen, bei denen Rechtsverletzungen oder Qualitätsmängel personengebunden zu beanstanden waren.

Seitens der meisten betroffenen Einrichtungen zeigte man sich in der Regel bemüht, die aufgezeigten Missstände zu beseitigen und die Empfehlungen der Besuchskommissionen aufzunehmen. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass in einigen Fällen nur Wiederholungsbesuche inklusive unangekündigter Besuche zu späteren Uhrzeiten sowie Wochenenden und engagierte Beharrlichkeit zu nachhaltigen Veränderungen führten. Hier drückt sich das hohe Engagement der Mitglieder der Besuchskommissionen aus, immer mit dem Ziel, die Versorgung der Betroffenen und die Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden vor Ort zu verbessern.

3. Aus der Arbeit des Psychiatrieausschusses

Wie auch in den Vorjahren kam der Psychiatrieausschuss und seine Besuchskommissionen seinem Auftrag, sich für die Qualität und die Rechtssicherheit in der niedersächsischen psychiatrischen Versorgung einzusetzen, mit hohem ehrenamtlichen Engagement nach.

Aufgrund der Corona Pandemie mussten andere Sitzungsformate gefunden werden, die in virtuellen Sitzungen mündeten. Doch gerade ein Gremium wie der Psychiatrieausschuss ist auf den höchstpersönlichen Austausch angewiesen, den virtuelle Sitzungen nur bedingt bieten konnten. Die turnusmäßigen Sitzungen des Psychiatrieausschusses fanden am 11.03., 13.05., 02.09. und am 18.11.2020 sowie 03.03., 19.05., 15.09. und am 01.12.2021 statt.

4. Schwerpunktthemen 2020 und 2021

4.1 Novellierung des NPsychKG

Auch in dieser Legislaturperiode ist es bisher nicht gelungen, das NPsychKG vollständig zu novellieren. Es besteht daher weiterhin nur eine Teilnovellierung und es wäre aus Sicht des Psychiatrieausschusses dringlich geboten die Novellierung abzuschließen.

Wie auch in den Vorjahren hat der Psychiatrieausschuss seine umfangreiche Expertise in den weiteren Prozess der Novellierung des NPsychKG in den Jahren 2020 und 2021 und

entsprechende aus seiner Sicht bestehende Veränderungs- sowie Verbesserungsbedarfe eingebracht. Ein besonderes Anliegen des Psychiatrieausschusses und der Besuchskommissionen war und ist es, dass im Gesetz die Aufgaben des Ausschusses der psychiatrischen Krankenversorgung und der Besuchskommission berücksichtigt sind und die Versorgung der psychisch erkrankten und seelisch behinderten Menschen umfassend in die Zuständigkeit des Ausschusses und seiner Besuchskommissionen aufgenommen werden. Die Wichtigkeit wird unter anderem daran deutlich, dass sich immer mehr betroffene Menschen (gemäß des in § 1 Nr. 1 NPsychKG erfassten Personenkreises) außerhalb der psychiatrischen Versorgungsangebote in Heimen sowie Altenheimen finden. Hier wird deutlich wie wichtig es ist, dass die Besuchskommissionen in diesen Einrichtungen wirken können und den Prozess zu einer besseren Versorgung unterstützen. Hier können die besuchten Institutionen auch von der Expertise der Mitglieder der Besuchskommissionen profitieren und sich an den Empfehlungen sowie Impulsen orientieren.

Die Mitglieder des Psychiatrieausschusses und der Besuchskommissionen wünschen sich eine Bestätigung sowie weitere Stärkung ihrer Unabhängigkeit im neuen NPsychKG. Die Mitglieder bringen in sehr kundiger und engagierter Weise ihre Expertise ehrenamtlich ein und stellen den Betroffenen in den Mittelpunkt des Handelns. Das setzt voraus, dass ihre Mitwirkung lohnend und attraktiv ist sowie zu Veränderungen der Lebenswelten der Bewohner und Patienten führt. Dazu bedarf es der klaren Stärkung der Position im NPsychKG.

4.2. Landespsychiatrieplan Niedersachsen

Regelmäßig wurde in den Sitzungen des Psychiatrieausschusses durch das Fachreferat des Sozialministeriums über den Stand der Umsetzung des 2016 vorgelegten Landespsychiatrieplans (LPPN) berichtet.

Entsprechend der prioritären Entwicklungsfelder des LPPN wurde wesentliche Empfehlungen umgesetzt:

- Der Aufbau einer Landestelle Psychiatriekoordination (LSPK) mit ihrer Onlinepräsenz <https://www.psychiatriekoordination-nds.de/>.
- Die Weiterentwicklung der Landespsychiatrieberichterstattung mit standardisierter Erfassung der Daten der beliebigen psychiatrischen Krankenhäuser und der Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste. 2020 Veröffentlichung des ersten Landespsychiatrieberichtes <https://psychiatrieberichterstattung.de/>
- Die modellhafte Erprobung von gemeindepsychiatrischen Zentren (GPZ) in der Stadt Braunschweig und im Landkreis Cuxhaven sowie die Entwicklung eines Standards und einer Modelltreueskala für GPZ durch das Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V.
- Die Förderung der Zusammenarbeit zwischen Kinder-Jugend-Psychiatrie und Kinder-Jugend-Hilfe sowie der Verbesserung der Zusammenarbeit der Akteure im KJP-Bereich am Beispiel des Themas „Schulabsentismus“
- Die Förderung der Partizipation und Selbsthilfe

Eine Übersicht über die Projekte findet sich auf der Webseite der LSPK: <https://www.psychiatriekoordination-nds.de/fortschrittsbericht6ed22d13>

Begleitet wurde die Umsetzung durch die jährlichen Tagungen der Ev. Akademie Loccum, die pandemiebedingt als Online-Veranstaltungen stattfanden.

Aus Sicht des Psychiatrieausschusses sollte das Potential des Landespsychiatrieplans jedoch noch deutlich besser genutzt werden. Hier wäre es sehr begrüßenswert, wenn es zur Förderung und praktischen Umsetzung weiterer innovativer Projekte kommt.

5. Die Arbeit der Besuchskommissionen im Einzelnen

Im Folgenden wird die Arbeit der einzelnen Besuchskommissionen dargestellt. Dabei werden im Kontext ihrer Arbeit aufgefallene Problemsituationen aufgezeigt und diskutiert. Die Protokolle der Besuche geben einen guten Einblick in die Versorgungsrealitäten auf allen Ebenen der psychiatrisch - / psychotherapeutischen Versorgungslandschaft in Niedersachsen.

Insgesamt wurden in den Jahren 2020 und 2021 79 Einrichtungen – Kliniken, Sozialpsychiatrische Dienste und Einrichtungen - aufgesucht.

Der Trend der Vorjahre, dass sich vermehrt Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Einrichtungen, Betroffene und Angehörige an die Besuchskommissionen wenden, hält beständig an.

Während vielerorts in den besuchten Kliniken durchaus Fortschritte bei der Verbesserung der baulichen Situation zu erkennen waren, bleiben die Tendenzen zur Verschlechterung der personellen Ausstattung, insbesondere in den Bereichen der Akutversorgung sowie der Forensik.

5.1 Besuchskommission für das Gebiet Braunschweig

Die Arbeit der Besuchskommission Braunschweig der Berichtsjahre 2020 und 2021 war ab März 2020 von der Corona Pandemie als epidemische Lage von nationaler Tragweite geprägt.

Im Jahr 2020 konnten lediglich vier angekündigte Besuche als Kommission durchgeführt werden. Bei drei Besuchen handelte es sich um stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen für ältere Menschen. Ein Besuch fand in einem psychiatrischen Wohnheim statt.

Die Besuchskommission Braunschweig ist fest davon überzeugt, dass die größte Stärke der unabhängigen und weisungsungebundenen Besuchskommissionen gemäß NPsychKG in den kollegialen Gesprächen „vor Ort“ in den Einrichtungen liegt. Ein ganz bedeutender Faktor bei diesen Besuchen ist, dass die Besuchskommissionen gemäß Geschäftsordnung multiprofessionell mit Personen unterschiedlicher Erfahrungsperspektiven zusammengesetzt sind. Durch die Besetzung mit dieser Vielfältigkeit entsteht im Rahmen der kollegialen Gespräche während der Einrichtungsbesuche ein ganz konkretes, vielfältiges und mehrdimensionales Bild von den Stärken aber auch den Verbesserungspotentialen der besuchten Einrichtung, wovon diese dann wiederum zur Verbesserung der ihnen anvertrauten Menschen profitieren kann.

Ab März 2020 mussten die regelhaften Besuchsaktivitäten der Besuchskommission Braunschweig ruhen. Gleichwohl hat die Besuchskommission Braunschweig durch zwei persönliche Treffen im Niedersächsischen Landesamt in Hildesheim und durch mehrere Skype-Konferenzen nicht in ihren Bemühungen nachgelassen die auftragsgemäße Aufgabenerfüllung auch unter den Pandemiebedingungen zu erfüllen.

Ein Versuch der Aufnahme der Besuchsarbeit der Besuchskommission Braunschweig war, dass sich die Besuchskommission Braunschweig in vier mit jeweils drei bis vier Kommissionsmitgliedern besetzte Teams aufteilte und dann für die Monate September, Oktober und November Einrichtungsbesuche plante. Das Ankündigungsschreiben für diese „Pandemie-Besuche“ wurde angepasst und die sonst regelhafte Einrichtungsbegehung wurde als Option beschrieben.

Die Besuchskommission Braunschweig hat sich ergänzend zu ihren Bemühungen der Rückkehr zu den Einrichtungsbesuchen weiter dazu entschlossen, die Einrichtungen, die auf der Liste der Besuchskommission für den Bezirk Braunschweig standen, anzuschreiben und dabei auf einige wenige Aspekte zu fokussieren, die aus der Sicht der Besuchskommission Braunschweig von besonderer Bedeutung für die Menschen sein könnten, die in solchen Einrichtungen leben. Die Fragebögen wurden überwiegend im September/Oktober 2020 ausgefüllt. Der von den Fragebögen erfasste Zeitraum befindet sich zwischen der ersten und der zweiten Welle, erfasst also die Auswirkungen der zweiten Welle noch nicht. Die Auswertung der Fragebögen wurde im Psychiatrieausschuss vorgestellt und ist als Anlage Bestandteil dieses Berichtes. Eine Folgebefragung aber auch eine Ergebnisvorstellung für die befragten Einrichtungen ist von der Besuchskommission Braunschweig für Mai 2021, also für den Zeitraum nach der dritten Welle und nach der annähernd kompletten Durchimpfung der in den betroffenen Einrichtungen lebenden und arbeitenden Menschen, beabsichtigt.

Mehrere Besuche in Senioren- und Pflegeheimen in der Region Göttingen und Peine lieferten einen positiven Eindruck.

Zusammenfassung: Die Covid-19-Pandemie hat bei vielen Menschen zu erheblichen Einschränkungen ihrer Freiheit geführt. Zusätzliche Einschränkungen haben gerade auch Menschen mit seelischer Behinderung betroffen, die in psychiatrischen Kliniken oder Einrichtung sowie in Alten- und Pflegeheimen leben und dort freiwillig oder auch gegen ihren Willen untergebracht sind.

Die Besuchskommission Braunschweig konnte zum Teil erhebliche Übertreibungen von Freiheits- und Grundrechtseinschränkungen in den Einrichtungen, denen sich Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen anvertraut haben bzw. anvertraut wurden, mit den Argumenten des Infektionsschutzes beobachten. An dieser Stelle soll auf die in Einzelfällen bis an die Grenze der Rechtswidrigkeit gehenden Besuchs-, Zutritts- und Ausgangsbeschränkungen einzelner Einrichtungen aber auch auf die Regelungen zur Einschränkung der Begegnungs- und Kontaktmöglichkeiten innerhalb einzelner Einrichtungen wie beispielsweise der Untersagung der gemeinsamen Nutzung von Gemeinschaftsräumen und die fehlende zur Verfügung Stellung von Kommunikations- und Kontaktmöglichkeiten auch unter Nutzung neuer digitalen Medien hingewiesen werden. Ermöglicht wurden diese Eskalationen auch durch das Aussetzen und das Fehlen von adäquaten Aufsichtsfunktionen

durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder die Heimaufsichten. Aber auch die Amtsgerichte sind zeitweise ihrer Verpflichtung der persönlichen Anhörung der Betroffenen in den Einrichtungen und Kliniken bei erforderlichen Beschlüssen zur Unterbringung oder Genehmigung von Freiheitseinschränkungen, die immer auch mit der Suche nach Alternativen einhergehen muss, nicht nachgekommen.

Auch konnte die Besuchskommission Braunschweig Versuche des Missbrauchs von psychiatrischen Kliniken und Abteilungen durch Behörden beobachten. In Ermangelung anderer adäquater Lösungen des Umganges mit Menschen, die sich nicht an die gesundheitsbehördlichen Quarantäneanordnungen halten konnten, sollten diese dann auf geschlossenen psychiatrischen Stationen untergebracht und teilweise sogar isoliert und fixiert werden. Mit Unterstützung der psychiatrischen Fach- und Rechtsaufsicht des Sozialministeriums und durch den lauten Protest der psychiatrischen Berufs- und Interessenverbände konnten zwar diese Versuche für die psychiatrischen Kliniken abgewendet jedoch noch keine adäquaten Lösungen entwickelt werden.

Besorgniserregend wurde auch der Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen, die in eigener Wohnung in sogenannten sozialen Brennpunkt Quartieren leben, bei Corona Ausbruchsgeschehen von der Besuchskommission Braunschweig beobachtet. Als Beispiel soll hier auf den Umgang mit dem Corona Ausbruchsgeschehen am Groner Tor in Göttingen hingewiesen werden. Ganze Quartiere wurden behördlich angeordnet abgeriegelt und die sowieso viel zu geringen Möglichkeiten der ambulanten Behandlung, Begleitung und Versorgung der dort lebenden Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen konnten nicht mehr durchgeführt werden. Dass ging so weit, dass beispielsweise die Sicherstellung der täglichen Vergabe von Substitutionsmedikationen für schwer drogenabhängige Menschen gefährdet war. Diese Geschehnisse zeigten sehr deutlich die defizitären ambulanten Behandlungsmöglichkeiten und aufsuchenden Hilfsangebote in diesen sogenannten sozialen Brennpunkten auf.

Noch deutlicher als in den vorangegangenen Jahren sind die dramatischen Schwierigkeiten der Einrichtungen ausreichendes Fachpersonal (fachärztliches und fachpflegerisches Personal) zu gewinnen. Praktisch im gesamten Zuständigkeitsbereich der Besuchskommission Braunschweig wird über das Problem des Pflegenotstandes berichtet. Es wird mit Leiharbeit und im Ausland angeworbenen Pflegekräften gearbeitet. Es wurde aber auch deutlich, dass diese Recruiting Maßnahmen zwar unvermeidbar zur Deckung des Personalbedarfs sind aber für sich allein den Personalbedarf nicht decken können und letztlich bereits jetzt dringend benötigte Pflege- und Betreuungsplätze vom Versorgungsnetz abgemeldet werden mussten. Es fehlt auch in vielen Einrichtungen an einer fachärztlichen Betreuung (Psychiatrie/Neurologie/Nervenheilkunde), die die in den Einrichtungen lebenden Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen behandelt und die Teams fachärztlich begleitet bzw. supervidiert. Erfreulich ist, dass mittlerweile sehr viele Einrichtungen, auch kleinere, sich an der Ausbildung von Pflegefachkräften beteiligen. Die Personalgewinnung für die Pflege- und Therapieberufe ist aktuell die gesellschaftliche Herausforderung, um den Pflege- und Behandlungsbedarf unserer Gesellschaft zu decken. Die Einrichtungen allein werden diese Aufgabe nicht bewältigen können. Hier ist politische aber vor allem auch finanzielle Unterstützung erforderlich.

Wenn die Corona Pandemie als Krise und eine Krise nicht nur als Gefahr, sondern auch als Chance zur Identifikation von Verbesserungspotentialen gesehen wird, dann können aus der Sicht der Besuchskommission Braunschweig folgende psychiatrische Verbesserungsaspekte benannt werden:

- Ausbau der Möglichkeiten der ambulanten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen
 - Anreizsystem für die Niederlassung von sozialpsychiatrisch arbeitenden fachärztlichen Praxen, auch in der Form von multiprofessionell besetzten, gemeindenahen, psychiatrischen Versorgungszentren
 - Anreizsystem für den Ausbau von ambulanten fachpsychiatrischen Pflegediensten
 - Stärkung der Sozialpsychiatrischen Dienste vor allem für den Ausbau von niederschweligen Beratungs- und Hilfsangeboten „vor Ort“ in den sogenannten Brennpunkt Quartieren
- Attraktivitätssteigerung für die Pflegenden und die Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen
 - Sicherstellung von konkurrenzfähigen Vergütungssystemen für Pflegenden und Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen
 - nach der Auflösung der Niedersächsischen Pflegekammer Sicherstellung der Einbindung der Profession Pflege in die niedersächsischen Fachorgane z. B. Pflegereferent im Psychiatriereferat, Beteiligung der psychiatrisch Pflegenden in der Niedersächsischen Psychiatriekonferenz, dem Psychiatrieausschuss und dem Fachbeirat etc.
 - Öffentlichkeitsarbeit zu den Aufgaben- und Tätigkeitsbereichen für professionell Tätige im Bereich der seelischen Gesundheit
- Stärkung echter und partnerschaftlicher Aufsichts- aber vor allem auch Beratungstätigkeiten der Einrichtungen durch die jeweiligen Fach- und Rechtsaufsichten, insbesondere Stärkung der zuständigen Heimaufsichten sowie des Psychiatriereferats des Sozialministeriums
 - personelle Verstärkung der entsprechenden Arbeitsbereiche, die dann verstärkte Beratungs-, Begleitungs- und Schulungsangebote für die in den Einrichtungen der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen Tätigen durchführen

Es sind vor allem die gut ausgebildeten und motivierten Beschäftigten mit der gewünschten persönlichen Haltung, die die Versorgung der Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen sicherstellen. Neben dem politischen Willen sich dieser Versorgungsaufgabe anzunehmen, ist es vor allem erforderlich das Versorgungssystem mit den entsprechenden zusätzlichen finanziellen Mitteln für die Beschäftigten auszustatten. Das ist aktuell leider nicht ausreichend der Fall.

5.2 Besuchskommission für das Gebiet Hannover

Die Jahre 2020 und 2021 waren beide sehr stark durch Corona bedingte Einschränkungen geprägt. So bestanden teilweise keine Besuchsmöglichkeiten in bestimmten Einrichtungen. Vor diesem Hintergrund ist an der Stelle der üblichen Jahresberichte nur ein einheitlicher Bericht für beide Jahre erstellt wurden. Pandemiebedingt haben im Berichtszeitraum nur 17 Besuche und 5 Sitzungen stattgefunden.

Bei der Auswahl der besuchten Einrichtungen ist wie in der Vergangenheit vor allem auf die Anregungen von Betroffenen, Beteiligten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtungen geachtet worden. Darüber hinaus war die jeweilige Corona-Situation vor Ort maßgebend. Zentrales Thema bei den Besuchen war u.a., ob und in welcher Weise es den im Zuständigkeitsbereich der Kommission liegenden Einrichtungen gelungen ist, Lösungen im Umgang mit der Corona-Pandemie zu finden, die mit möglichst wenigen Einschränkungen für den besuchenden Personenkreis verbunden waren.

In einer großen psychiatrischen Klinik in Hildesheim wurde der Besuchskommission über eine vollständige Neuaufteilung des Krankenhauses berichtet. Die Stationen seien jetzt in unterschiedlichen Zentren zusammengefasst, die mit einer pflegerischen und einer ärztlichen Leitung jeweils eine eigene duale Leitung hätten.

Trotz mehrmaligen und intensiven Nachfragens waren weder der Pflegedirektor noch die ärztliche Leitung willens oder in der Lage, die aktuellen Personalzahlen und/ oder die diesbezüglichen Veränderungen zu benennen. Angeblich würde konsequent um neue Mitarbeitende geworben. Auf der Homepage befanden sich zum Besuchstag z.B. im pflegerischen Bereich jedoch keine Personalstellenausschreibungen. Die Frage der Kommission nach dem – sich später auch bestätigenden – Gerücht über die Kündigung sowohl des Krankenhausdirektors und als auch der ärztlichen Direktorin und ihrer Stellvertreterin zum Ende des Jahres 2020, wurde uns nicht beantwortet. Man sei nicht „sprechfähig“.

Bei einem auf einer geschlossenen Station seit Jahren eingesperrter Patient führte die laufende Zwangsmedikation zu einer Besserung. Das Zimmer selbst war weiterhin genauso spartanisch und lieblos gestaltet, wie es in den letzten zwei Jahren zuvor vorgefunden wurde.

Auf dem Intensivbereich der Station wurde die bei fixierten Patienten rechtliche gebotene 1:1 Betreuung nicht umgesetzt.

Ergänzend war für diese Station – wie seit Jahren – festzustellen, dass der Innenhof weiterhin äußerst lieblos gestaltet wurde, und es für die Patientinnen und Patienten nur wenige Sitz- oder Freizeitmöglichkeiten gab.

Bei einem zweiten Besuch wurde die Station diesmal unangemeldet und in den Abendstunden erneut aufgesucht. Die personelle Ausstattung war gegenüber den vorherigen Besuchen deutlich verbessert. Auf einer anderen Station in derselben Klinik wurde von Mitarbeitenden das fehlende Corona-Konzept bemängelt und es würde kein therapeutisches Angebot am Tage für die Patientinnen und Patienten geben. Die personelle Ausstattung im Pflegebereich sei zwar ausreichend, aber die ärztliche Ausstattung sei eher unzureichend.

Der Besuch in einer Klinik in Rinteln erwies sich als ausgesprochen erfreulich. Dabei ist besonders auffallend, dass versucht wird, eine möglichst schöne und angenehme Umgebung

sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch das Personal zu schaffen. Man arbeitet interdisziplinär und geht auch neue Wege, wie zum Beispiel mit dem Angebot Einzelyoga in der geschützten Station anzubieten. Auch einen Koch in die Arbeit mit den Patientinnen und Patienten einzubinden zeugt von innovativem Geist und einer großen Aufgeschlossenheit. Den Schwierigkeiten der Pandemie wurde mit großem Engagement und innovativen Ideen begegnet. Sehr positiv ist zu vermerken, dass die Gelder aus der Vorhaltepauschale in Maßnahmen geflossen sind, dem Schutz aller dienen. Die Einrichtung engagiert sich vorbildlich durch die Teilnahme an Studien, aber auch durch den präventiven Ansatz der Zusammenarbeit mit Unternehmen. Die Planungen, eine Kinder- und Jugendpsychiatrie einzurichten, um dieses Angebot wohnortnah im Landkreis vorhalten zu können, sind außerordentlich begrüßenswert.

Eine besuchte Tagesklinik und Ambulanz in Nienburg befindet sich in behindertengerechten und ansprechenden Räumlichkeiten, eine Aufnahme kann nach einem Vorgespräch zeitnah erfolgen. Die räumliche Nähe zur psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) mache eine übergangsweise Nachbehandlung durch die PIA sehr gut möglich, wobei notwendige Hausbesuche leider fast keine Rolle (insgesamt allenfalls 3 – 4 Mal pro Jahr) spielen. Ein Ausbau einer solchen Leistung sei nur mit ausreichendem Personal möglich. Durch die ländliche Lage sei es besonders schwierig, Stellen gerade im medizinischen Bereich zu besetzen.

Bei einem Besuch einer gerontopsychiatrischen geschlossenen Station in einer Klinik in Wunstorf wurde den Mitgliedern der Besuchskommission von einem schweren Zwischenfall berichtet. Dort überkletterte ein Patient die Brüstung eines Balkons im 2. OG, stürzte ab und zog sich dabei schwerste Verletzungen zu. Auf derselben Station ist es zu einem Tötungsdelikt einer Patientin gekommen; mutmaßlich von einer auf derselben Station untergebrachten Mitpatientin. Hinsichtlich des Tötungsdelikts sahen sich die Vertreterinnen und Vertreter der Klinik in vielen Details an die Schweigepflicht gebunden, so dass eine Diskussion nur oberflächlich erfolgen konnte. Die klinikinterne Aufarbeitung ist noch nicht abgeschlossen.

Die Kommission berichtet Anstrengungen, die im Nachgang des Tötungsereignisses zur Aufarbeitung innerhalb des Teams und mit den Patientinnen und Patienten ergriffen wurde, sind als positiv zu würdigen. Weiterhin sind die noch andauernden Bemühungen künftig eine systematische konzeptionelle Verankerung von Maßnahmen nach besonderen Belastungssituationen zu implementieren, positiv hervorzuheben.

Ein Besuch in einer östlich von Hannover gelegenen Klinik diene in erster Linie der Informationssammlung, wie sich die Versorgungsangebote in der Corona-Pandemie verändert haben. Insgesamt gewann die Besuchskommission einen positiven Eindruck vom Krisenmanagement der Einrichtung.

Eine Klinik in Bassum als ein Teil des Bassumer Krankenhauses wurde den Mitgliedern der Besuchskommission seitens der dort tätigen Ärzte von deutlich verschlechterten Arbeitsbedingungen berichtet, da sich die personelle Ausstattung im Vergleich zu den Vorjahren reduziert habe. Im Gespräch mit den dort angetroffenen Pflegerinnen und Pfleger wurde ausdrücklich von einer zufriedenstellenden Arbeitssituation berichtet, die sich auch in der von den Kommissionsmitgliedern angetroffenen ziemlich entspannten Atmosphäre spiegelte.

1. Heimeinrichtungen

Ein Frauenwohnheim in Hannover verfügt im Rahmen der Eingliederungshilfe über 62 Plätze für Frauen. Zusätzlich werden noch 8 Plätze für Frauen im Rahmen der Wohnungslosenhilfe vorgehalten.

Da es den Frauen oft gelinge, auf dem Wohnungsmarkt für sich bzw. auch für sich und ihre Partnerinnen und Partner Wohnungen zu finden, gäbe es eine hohe Fluktuation. Die Versorgung der vielfach alkoholkranken Bewohnerinnen gestalte sich derzeit konfliktfrei.

Bei der Dokumentation wurden maßgebliche Defizite deutlich. Die dem Bundesteilhabegesetz zugrunde liegende internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) waren u.a. erstaunlicher Weise hier nicht geläufig. Seitens der Einrichtung wurde das Vorgehen des zuständigen Sozialamtes kritisiert, welches – scheinbar unwissend und unreflektiert – bei chronisch kranken Patientinnen alle zwei bis drei Monate Entwicklungsberichte anforderte.

In einem großen Heimbereich im Osten von Hannover werden insgesamt noch 65 % der Zimmer als Doppelzimmer angeboten. Erfreulich ist die inzwischen erfolgte Modernisierung des sog. Gutshofs (einschließlich der Einrichtung eines Barber-Salons) sowie der Neugestaltung des Hofbereichs.

Eine geschlossene Station als Heim der Eingliederungshilfe ist ganz überwiegend mit Personen mit sog. „Doppeldiagnosen“ belegt. Diese Räumlichkeiten sind wohnlich und nach einer kürzlich vorgenommenen Umgestaltung im Eingangsbereich noch großzügiger eingerichtet worden. Besichtigt wurde auch das Deeskalationszimmer, welches vollständig mit weichen Plastikpolstern ausgekleidet ist (auch die Sitzgelegenheit und der Fußboden).

In beiden Häusern entstand insgesamt ein recht positiver Eindruck. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Leitungsebene scheinen motiviert und offen für Neues zu sein. Beeindruckend für den gesamten Heimbereich sind die – nicht zuletzt auch der Größe der Einrichtung geschuldeten – vielfältigen Möglichkeiten der Arbeits- und Ergotherapie, die sich auch in den Industriebereich und in die „Welt da draußen“ erstrecken.

Bei dem Besuch einer Heimeinrichtung in Polle wurden insbesondere die beiden geschlossenen Bereiche besucht. Der untere Bereich umfasst 20 Plätze. Die dort untergebrachten demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohner können diesen selbstständig nur verlassen, um in den Garten zu gehen. Die Ausgangstür lässt sich über ein Tastenfeld öffnen, welches für die Vielzahl der Bewohnerinnen und Bewohner eine unüberwindbare Hürde darstellt.

Im geschlossenen Bereich im Obergeschoss der Einrichtung werden 20 seelisch erkrankte Menschen betreut. Bei der Besichtigung der oberen geschlossenen Station fiel auf, dass eine Vielzahl von Bewohnerinnen und Bewohner sich vor der Ausgangstüre drängelte. Nach Auskunft der Heimleitung warteten diese Bewohnerinnen und Bewohner auf jemanden, der sie zum stündlichen „Rauchausflug“ begleiten sollte.

Der Aufenthaltsraum war sehr klein. Da dort die Mahlzeiten eingenommen werden, war der Raum mit Tischen und Stühlen vollgestellt. Außer einigen Stühlen auf dem Flur, gab es keine

weitere Möglichkeit sich gemeinschaftlich zu versammeln. Es entstand der Eindruck, dass die Bewohnerinnen und Bewohner der geschlossenen Bereiche mehr oder weniger nur verwahrt werden. Insbesondere die obere geschlossene Station vermittelte einen ausgesprochen trostlosen Eindruck. Außer Rauchausflügen zur vollen Stunde sind keine tagesstrukturierenden Maßnahmen erkennbar.

Bei unserem Besuch in einem Wohnheim in Hannover ergaben sich wenige Auffälligkeiten. Bei der Wohneinrichtung handelt es sich um eine offene Wohnform für Menschen mit einer psychiatrischen Grunderkrankung. Insgesamt gibt es 57 Plätze. Es gibt 53 Einzel- und 2 Doppelzimmer. Eine wirkliche Tagesstruktur ist eigentlich nicht vorhanden. Hier besteht absolut sehr viel Spielraum nach oben. Bei der Akteneinsicht ergaben sich Mängel an der zeitlichen Anpassung der Zielplanungen.

Bei einer besuchten Einrichtung in Polle handelt es sich um eine soziotherapeutische Einrichtung der Suchthilfe.

Das Gebäude, eine ehemalige Jugendherberge, bietet 34 Wohnplätze, davon waren zum Zeitpunkt des Besuchs 31 Plätze mit zwei Frauen und 29 Männern belegt.

Als tagesstrukturierende Maßnahmen werden Arbeiten in der Küche, der Hausmeisterei, der Tischlerei, der Grundstückpflege und der Wäscherei angeboten. Eine Entlohnung gibt es dafür nicht. In der WfbM in Holzminden arbeiten aktuell 3 Bewohnerinnen und Bewohner. Für Einkaufsfahrten steht den Bewohnerinnen und Bewohnern der hauseigene VW-Bus zur Verfügung. Die Möglichkeit, dass dieser von den Bewohnerinnen und Bewohnern selbst gefahren wird, lässt eher viele Fragen offen.

Die Einrichtung verfügt nach Ansicht der Besuchskommission über deutlich zu wenig Personal. Insbesondere abends/ nachts und am Wochenende sind die vielfach schwerkranken Bewohnerinnen und Bewohner sich im Wesentlichen selbst überlassen. Während dieser Zeit sind nur Aushilfskräfte im Haus. Die mehr als nur in die Jahre gekommenen Gebäude und Einrichtungen entsprechen nicht mehr einem zeitgemäßen Wohnangebot für schwerkranke suchtkranke Menschen. Es entstand vielmehr der Eindruck eines deutlichen Investitionsstaus.

In einem Wohnheim in Rehburg als stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe sind die Bewohnerinnen und Bewohner ganz überwiegend in Einzelzimmern untergebracht. Es gibt nur wenige (5 - 6) Doppelzimmer, deren Umwandlung in Einzelzimmer nicht möglich sein.

Gleichwohl scheint das Heim seinen Auftrag als Einrichtung der Eingliederungshilfe durchaus ernst zu nehmen. Dafür sprechen eine gute Tagesstruktur, eigene Konten für alle Bewohnerinnen und Bewohner sowie umfängliche Unterstützungsangebote für den Umgang mit den gewährten Leistungen.

Ausgesprochen erfreulich sind auch die Ergebnisse der optischen Umgestaltung der Wohnbereiche.

In einem sozialpsychiatrischen Wohnheim in Hildesheim wird den 30 Bewohnerinnen und Bewohnern mit den jeweils allein bewohnten 36 qm großen Appartements (alle mit eigenem Bad und Küchenecke) qualitativ hochwertiges Wohnen angeboten und hebt sich so deutlich

vom üblichen Bild eines Wohnheims ab. Die vorgefundene Tagesstruktur ist gut aufgebaut und ausdifferenziert. Es herrscht eine freundliche, wohlwollende Atmosphäre, ein offenes Miteinander und so ein durchaus gesundheitsförderliches Klima. Kritisch zu sehen ist die lange Verweildauer der Bewohnerinnen und Bewohner; vermutlich sind die guten Wohnbedingungen aber auch ein Grund dafür. Aus den eingesehenen Akten ergab sich, dass in den regelmäßig geführten Hilfeplangesprächen die Zielplanungen angesprochen und an die aktuellen Entwicklungsperspektiven angepasst werden.

Ein in Mönchshagen gelegenes Wohnheim der stationären Eingliederungshilfe verfügt über 88 Wohnplätze in mehreren Gebäuden. Es gibt ganz überwiegend Doppelzimmer; nur 11 oder 12 Bewohnerinnen und Bewohner kommen in den Genuss eines Einzelzimmers. Fast alle Bewohnerinnen und Bewohner haben sog. „Doppeldiagnosen“. 15 % der Bewohnenden sind inzwischen pflegebedürftig (bis Pflegegrad 4) und in einem Haus gemeinsam untergebracht.

Die Angebote der Tagesstruktur fallen eher spärlich aus. Die -formell- eigenen Konten der Bewohnerinnen und Bewohner werden in der Regel von der Einrichtung verwaltet. Auszüge in eigene Wohnungen gibt es nicht; allenfalls allerdings seltene Wechsel in andere Einrichtungen. Der Arbeitsschwerpunkt der Einrichtung scheint nicht wirklich im Bereich der Wiedereingliederung zu liegen. Eine wirklich effiziente und forcierte Unterstützung in den dazu notwendigen Prozessen der Verselbständigung war zumindest für die Besuchskommission nicht erkennbar. Nicht zuletzt leben die meisten Bewohnerinnen und Bewohner dort oft langjährig oder bis zum Lebensende.

Bei dem Besuch eines Sozialpsychiatrischen Dienstes konnten wir erfahren, dass ein neu aufgestellter regionaler Fachbeirat alle Kliniken in der Region besucht hat, um sich dort über das Entlassungsmanagement und die Schnittstellen zwischen den Kliniken und dem SpDi zu informieren.

In der Eingliederungshilfe werden die Bearbeitungszeiträume zur Umsetzung von Eingliederungshilfe als zu lang beschrieben, dort ist allenfalls Verbesserung in Sicht, wenn neue Kolleginnen und Kollegen eingearbeitet sind.

Die aus Sicht der Besuchskommission unbedingt wünschenswerten Behandlungsermächtigung für die dort tätigen Ärzte stellt ein großes Problem dar. Insgesamt gibt es sieben Ermächtigungen.

Seitens des Dienstes wird kritisiert, dass der SpDi mit der Erstellung von Gutachten belastet ist, die aus seiner Sicht eigentlich von anderen Stellen geleistet werden sollten.

5.3 Besuchskommission für das Gebiet Lüneburg

Im Besuchszeitraum wurden von der Besuchskommission insgesamt 6 Einrichtungen besucht. Zusätzlich haben zwei Sitzungen zur internen Abstimmung stattgefunden. Dabei wurde das Vorgehen zur Kontakterhaltung und Besuchsgestaltung zu den Einrichtungen und Diensten unter den Corona bedingten Einschränkungen ab 03/2020 abgestimmt. Im Jahr 2021 hat sich die Besuchskommission in zwei Teams aufgeteilt um die Anzahl der Kommissionsmitglieder

bei den Besuchen zu begrenzen. Aufgrund der Corona-Pandemie wurden in den Einrichtungen keine Begehungen durchgeführt. Daher kann keine Einschätzung zu räumlichen Gegebenheiten gegeben werden. Im Besuchszeitraum 2021 wurden insgesamt 12 Einrichtungen, Dienste, Beratungsstellen und psychiatrische Fachkrankenhäuser besucht.

Die Besuche in unterschiedlichen Senioren- und Pflegeeinrichtungen im Raum Celle zeigten zum Einen gute Ergebnisse, aber auch Institutionen mit deutlichem Verbesserungspotential im Bereich der Räumlichkeiten sowie der Qualifikation der Mitarbeiter. Vergleichbare Ergebnisse lieferten Besuche im Raum Uelzen.

Der Besuch in einer psychiatrischen Klinik im Raum Uelzen zeigte, dass einige Stationen um jeweils um 2 Zimmer verlängert wurden und eine andere Station erhielt ein Rückzugs- und Überwachungszimmer sowie ein Einzelzimmer mehr. Ziel war insgesamt bei Bedarf mehr Einzelzimmer auf den Stationen zu ermöglichen.

Der allgemeine Mangel an Pflegekräften wäre nicht zu ausgeprägt zu spüren. Grundsätzlich sei es schwieriger, Fachärztinnen und Fachärzte insbesondere für die Ambulanz und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter zu finden.

Erwähnenswert ist, dass neben dem Deeskalationstraining „Part“ mit Prävention, Deeskalation und Beratung seit 2019 auch „Safewards“ (Konflikte und Einschränkungen verhindern, Partizipation ermöglichen) implementiert wurde.

Der Patientenfürsprecher besuche regelmäßig die Stationen. Weiterhin arbeite derzeit ein Genesungsbegleiter in der Klinik.

Eine Ethikkommission wurde 2019 gegründet, musste allerdings kurz nach Aufnahme ihrer Tätigkeit pandemiebedingt pausieren. Die Klinik berichtet von Schwierigkeiten, dass Träger der besonderen Wohnformen in der Region immer wieder mit neu aufgenommenen, schwer erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern überfordert sind und dann die Klinik in Anspruch nehmen. Eine Entlassung aus der Klinik in die besonderen Wohnformen wird in Einzelfällen dann von den Trägern verweigert. Die BK weist darauf hin, das Problem zeitnah im sozialpsychiatrischen Verbund zu erörtern. Eine weitere Herausforderung stelle das neue Abrechnungswesen nach PPP-RL. Dabei wurde nicht das Modell als solches kritisiert, lediglich die Umsetzung. Der bürokratische Aufwand sei extrem hoch. Es müssen sehr viele Datensätze erhoben werden, die Art der Kontrolle und das Meldewesen sind kaum umsetzbar.

Im Rahmen des Besuches einer großen psychiatrischen Klinik in der Region Lüneburg wurde deutlich, dass umfangreiche Umbaumaßnahmen anstehen. Aktuell gibt es 10 Intensivtherapiezimmer auf 7 Stationen. Diese sind fakultativ geschlossen. Als gefühlten Wert werden 60 % Schließzeit der Zimmer angegeben. Die rechtliche Lage zur Schließung des Intensivzimmers scheint unklar und von der jeweiligen richterlichen Entscheidung abhängig zu sein. Festzustellen ist eine Verringerung der Anzahl von Fixierungen.

Stationen die über 2 Intensivtherapiezimmern verfügen, sind personell aufgestockt worden. Es wird berichtet, dass es durch diese konzeptionelle Veränderung keine Häufung auf einer Station mit schwerkranken Patientinnen und Patienten mehr gibt, was als entlastend im

Arbeitsalltag empfunden werde. Seit April 2021 wird eine Tagesklinik für Suchtpatientinnen und Patienten angeboten, mit dem Schwerpunkt Alkoholabhängigkeit. Das Behandlungsangebot EKT wird implementiert.

Erfreulich ist, dass der Hometreatment-Vertrag mit der AOK um 3 Jahre verlängert wurde. In der Regelversorgung sei das Konzept mit der Finanzierung jedoch kaum umsetzbar.

Durch den Fachkräftemangel werden zunehmend „fremdsprachliche“ Ärztinnen und Ärzte eingestellt. Die Klinik hat ein „Hospitationszimmer“ für Nicht-Muttersprachliche Bewerberinnen und Bewerber eingerichtet, die eine drei Tage andauernde Bewerbungsphase durchlaufen. Der Patientenfürsprecher sei in der Corona-Pandemie nur per Mail oder telefonisch für Patientinnen und Patienten erreichbar, was sicherlich für einige Patientinnen und Patienten eine Hemmschwelle darstellt.

Aufgrund der Gewalttat mit Todesfolge in der Klinik im Februar 2021 hat ein ausführliches Gespräch stattgefunden. Es hat eine intensive fachliche Auseinandersetzung gegeben mit dem Ergebnis, dass die Klinik sowohl in der akuten Situation, wie auch im anschließenden Umgang mit Patientinnen und Patienten, Personal und anderen Fachkräften gut reagiert hat und alle bisherigen Instrumente beibehalten werden. Die Klinik möchte sich zukünftig an Schweizer Modellen der Akut-Psychiatrie orientieren. Die BK weist an dieser Stelle auf die Gründung einer Landkreis-/ Länderübergreifenden Arbeitsgruppe für Akutpsychiatrie hin, um gemeinsame Instrumente wie Schutzmaßnahmen und Qualitätsstandards zu entwickeln.

Im Rahmen des Besuchs eines Sozialpsychiatrischen Dienstes in der östlichsten Region Niedersachsens zeigten sich deutliche Defizite. Die Personalsituation im SpDi ist durch Krankheitsausfälle unbefriedigend.

Um hier Entlastung zu schaffen, hat ein Ruheständler mit 10 Wochenstunden seine Tätigkeit im Dienst wiederaufgenommen. Der SpDi versucht dem extremen Fachkräftemangel in der Region durch eine Beteiligung an einer dualen Ausbildung zu begegnen, orientiert sich dabei am Beispiel des LK Harburg.

Aufgrund der Vorfälle, massiven fremdaggressiven Verhaltens in einer psychiatrischen Pflegeeinrichtung im Landkreis wurden die Abläufe bei psychosozialen Notfällen und NPsych.-KG-Einweisungen im Landkreis hinterfragt.

Eine übergeordnete Koordination, klar abgesprochene Aufgabenzuteilungen und Hintergründe, warum die wiederholten Notrufe der Einrichtung nicht zum SpDi durchdrangen, konnte nicht hergestellt werden. Weiterhin wurde das dysfunktionale Zusammenwirken zwischen Heimen der Region und der versorgenden psychiatrischen Klinik beim Umgang mit vor Ort auftretenden Krisensituationen angesprochen.

Der SpDi ist als maßgebende planende und koordinierende Institution nicht ausreichend wahrzunehmen.

Die Kommission regt an, ein Strukturentwicklungsprojekt aufzusetzen. Mit Unterstützung durch externe finanzielle Mittel und qualifizierten Sachverstand sollte die Funktionalität des Systems und der spezifische regionale Bedarf erarbeitet werden. Die besonderen Traditionen und Gegebenheiten der Region sind zu berücksichtigen.

Während des Besuchs eines Sozialpsychiatrischen Dienstes östlich von Hannover war die Fortführung des sehr differenzierten Angebots eindrücklich wahrnehmbar. Problematisch ist weiterhin die fachärztliche Versorgung.

Für die Aufgaben im Rahmen des NPsychKG's gibt es ca. 6,5 Vollzeitstellen für 180.000 Einwohner, im Bereich der Suchtarbeit 8 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Teilzeit) und 8 VK für B.E.NI, wobei vom SpDi in der Eingliederungshilfe alle Behindertenarten und auch Kinder & Jugendliche bearbeitet werden.

Das B.E.NI-Verfahren wird als viel zu bürokratisch empfunden, im Vergleich zu den früheren Hilfeplanverfahren ist der administrative Aufwand deutlich gestiegen, ohne eine Verbesserung bei den Betroffenen zu erreichen.

Das Verfahren wird von den Mitarbeitenden als zu umfangreich bewertet.

Es gab in den Arbeitsbereichen des SpDi und der Fachstelle Sucht in den letzten Jahren keine Stellenaufstockungen. Die Nachfrage nach Hilfen ist dagegen deutlich gestiegen, was zu einer Erhöhung der Arbeitsbelastung geführt hat. Hausbesuche sind durch lange Fahrzeiten in der ländlichen Region zeitaufwendig, während der Coronazeit stieg auch hier die Nachfrage. Klienten sind häufig nicht in der Lage, den Dienst aufzusuchen, da die Kosten für den öffentlichen Nahverkehr zu hoch sind. Der Versuch, auch auf digitale Kontakte auszuweichen erweist sich nur bei schon vorhandenen guten Beziehungsverhältnissen als hilfreich, Erstkontakte können so nicht durchgeführt werden. Es besteht der Wunsch nach einer Stellenaufstockung von 2 VK. Um z.B. eine Satellitensprechstunde im Landkreis zu initiieren.

Das Unterbringungsverfahren im Rahmen des NPsychKG's läuft nicht rechtskonform. In der akuten Krisensituation bringt die Polizei die betroffene Person in die zuständige Klinik. Die Ordnungsbeamtin oder der Ordnungsbeamte kommt erst hier dazu, das für die Unterbringung notwendige ärztliche Zeugnis wird von den Ärzten der Klinik ausgestellt. Es machen sich also weder die Ordnungsbeamtin oder der Ordnungsbeamte, noch die Ärztin oder der Arzt oder die zuständige Richterin oder Richter ein Bild von der Situation vor Ort und sind auf fremdanamnestische Angaben angewiesen. Dies wird den Rechten der Betroffenen nicht gerecht und sollte dringend verändert werden. Hier ist die Zusammenarbeit mit Polizei, Ordnungsamt und Klinik anzustreben um ein rechtskonformes Einweisungsverfahren zu etablieren.

Zusammenfassung: Die geplanten Besuche der BK Lüneburg konnten bis März 2020 umgesetzt werden. Von März bis September konnte kein direkter Besuch in Einrichtungen, Diensten oder Kliniken durchgeführt werden

Ein angepasster Besuchsplan ab Oktober 2020 wurde mit den neuerlichen pandemiebedingten Einschränkungen ab November 2020 ebenfalls ausgesetzt.

Der Schwerpunkt der Besuche im ersten Quartal lag auf den Besuchen von Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege. Die angemeldeten Termine verliefen konstruktiv, die besuchten Einrichtungen waren offen und sorgten für die Möglichkeit zum Austausch mit Mitarbeitenden und Bewohnerinnen und Bewohnern.

Die von der BK angesprochenen Defizite oder Verbesserungspotenziale wurden von den Vertreterinnen und Vertretern der Einrichtung aufgenommen. Erkennbar waren hier Unterschiede in der fachlichen Ausrichtung der Einrichtungen. Die Qualitätsstandards in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege werden dabei vom Engagement der Träger und des Leitungspersonals geprägt. Die „historische Entwicklung eines Hauses“ und die Einbindung der Einrichtung in das soziale Umfeld scheinen ebenfalls einen Einfluss auf die Qualität der Arbeit zu haben. Hier hat die BK teilweise Impulse zur konzeptionellen Weiterentwicklung, Förderung der regionalen Netzwerkarbeit und aktive Mitarbeit in den Sozialpsychiatrischen Verbänden vermisst.

Seitens der besuchten Einrichtungen ist immer wieder der Fachkräftemangel, sowohl im Pflegebereich als auch in der Eingliederungshilfe angesprochen worden. Dieses bereits seit langem bekannte Problem hat sich für die Träger der Einrichtung der Zeit der Corona Pandemie noch mehr verdichtet.

Die Umsetzung des BTHG in den besonderen Wohnformen hat sowohl die Leistungserbringer als auch die Bewohnerinnen und Bewohner zum Jahreswechsel 2019/2020 vor besondere Herausforderungen gestellt. Hier ist von den Gebietskörperschaften unterschiedlich verfahren worden. Die Information für die betroffenen Leistungsempfänger war nach Einschätzung der Leistungserbringer nicht strukturiert. Teilweise wurden Aufgaben, für deren Umsetzung bestellte Rechtsbetreuer (BtG) zuständig sind, mangels Kenntnis nicht erledigt, was zu Verzögerungen in der Auszahlung von Leistungen geführt hat. Hier musste von den Einrichtungsträgern in Einzelfällen nachgearbeitet werden.

Als ein weiteres (bekanntes) Thema wurde bei den Besuchen die Schwierigkeit bei der Beschaffung von eigenen, bezahlbaren Wohnungen angesprochen. Für Menschen, die einen Wechsel von der besonderen Wohnform in das ambulant betreute Wohnen planen, ist es kaum möglich, eine eigene Wohnung anzumieten. Damit ist in Einzelfällen der Verbleib in den Einrichtungen die Folge, obwohl sich der Hilfebedarf verändert hat und ein höheres Maß an Selbstbestimmung und Teilhabe möglich wäre.

Die Mitglieder der BK Lüneburg haben sich unter den Bedingungen der Corona Pandemie für das zweite Halbjahr 2020 in zwei Gruppen aufgeteilt, um möglichst direkte Kontakte zu den Einrichtungen, Diensten und Kliniken zu halten. Das konnte nur teilweise umgesetzt werden.

Die regelmäßigen Besuche werden sobald wie möglich wieder stattfinden. Insbesondere der Kontakt zu Bewohnerinnen und Bewohnern, Patientinnen und Patienten, den Kliniken und den Sozialpsychiatrischen Diensten muss wieder intensiviert werden.

Für den Berichtszeitraum 2021 gilt, dass es durch die pandemiebedingten Einschränkungen Begrenzungen in den Zugängen der Einrichtungen, Kliniken und Dienste gab.

Der Austausch mit den Hilfeempfängerinnen in den Einrichtungen, den Patientinnen in den Kliniken und der Inaugenscheinnahme der sächlichen Ausstattung sind nicht mit der Intensität und dem Umfang aus den Vor-Corona-Jahren vergleichbar.

Die BK Lüneburg hofft, dass sich in 2022 die Zugangsmöglichkeiten wieder normalisieren und der Austausch zu den Anliegen der Hilfebedürftigen wieder besser umsetzen lassen kann.

Die zusammenfassenden Erkenntnisse aus den Besuchen 2021 sind nicht überraschend, weil sie bereits in den Vorjahren stets thematisiert wurden. Hier positive Veränderungen zu

gestalten scheint ein langfristiges Unterfangen zu sein, dem sich die BK Lüneburg auch 2022 stellen wird.

Zu benennen sind:

- Der Fachkräftemangel in Einrichtungen der komplementären sozialpsychiatrischen Versorgung; Ein besonders hohes Arbeitsaufkommen in der Pandemiezeit mit Zusatzaufgaben bei mangelhafter Wertschätzung (u.a. Bezahlung, Gleichsetzung mit Pflegeheimen). Die Leistungserbringer haben hier unterschiedliche Strategien entwickelt Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu gewinnen und/ oder an sich zu binden. Einrichtungen in der Fläche haben immer mehr Probleme Stellen neu zu besetzen.
- Der Fachkräftemangel in den Pflegeberufen und in den Krankenhäusern; eine hohe Fluktuation bei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Pflegern sowie Ärztinnen und Ärzten.
- Die Anzahl der erreichbaren Krankenhausbetten in der Psychiatrie ist teilweise zu gering.
- Die mangelnde fachärztliche Versorgung, gerade in ländlichen Regionen.
- Die Zunahme administrativer Aufgaben in der Sozialpsychiatrie; einhergehend mit dem Zeitverlust für die Beziehungsarbeit.
- Einführung gutgemeinter Instrumente (Beispiel: B.E.Ni) ohne eine vergleichbare Umsetzungssystematik in den Gebietskörperschaften und dem Controlling der Effektivität.
- Entgeltvereinbarungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern, die als zu knappe Refinanzierung für die EGH bewertet werden.
- Bezahlbarer Wohnraum, gerade in urbanen Regionen, ist so knapp, dass die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen schon hier stark begrenzt ist.
- Kooperationen zwischen Einrichtungen, Diensten, Kliniken werden immer mehr von wirtschaftlichen Erfordernissen geprägt. Die Zeit für den fachlichen Diskurs, die personenbezogene und fachübergreifende Hilfeplanung wird immer geringer.
- Abläufe, z.B. in Unterbringungsverfahren, werden z.T. eher auf der Grundlage der regionalen Bedingungen organisiert, als auf dem vorgesehenen Rechtsweg: Die Rechte der Betroffenen müssen hier gewahrt bleiben.

5.4 Besuchskommission für das Gebiet Weser-Ems/ Nord

Im Jahr 2020 und 2021 wurden, eingeschränkt durch die Pandemie und die damit verbundenen Betretungseinschränkungen sowie die personellen und organisatorischen Mehrbelastungen der zu besuchenden Einrichtungen als auch zum Eigenschutz der Kommissionsmitglieder, deutlich weniger Besuche durchgeführt als üblich. In den zwei Jahren wurden nur 10 Besuche durchgeführt, davon drei in Senioren-Wohnanlagen, vier in Einrichtungen der Eingliederungshilfe, in einem Sozialpsychiatrischen Dienst sowie bei der Trägergesellschaft der ostfriesischen Krankenhäuser ANEVITA, die sich verantwortlich zeichnet für die Errichtung eines Großkrankenhauses in Ostfriesland mit Zusammenlegung der beiden aktuellen psychiatrischen Kliniken sowie die Insel Borkum. Darüber hinaus fanden interne Videokonferenzen statt, um die Erfahrungen und Auswirkungen der Pandemie auf unsere Tätigkeit zu diskutieren. Die pandemiebedingten Einschränkungen

wurden gerade für von Grundrechtseinschränkungen unterworfenen Patientinnen und Patienten in den Kliniken kritisch gesehen; daneben wurde eine Verknappung von Behandlungsmöglichkeiten durch sehr restriktive Aufnahmepraktiken in den Kliniken sowie Terminvergaben in den Institutsambulanzen sowie den Praxen berichtet. Die Sorge besteht, dass gerade die erschwerten Behandlungsmöglichkeiten für schwer psychisch Erkrankte zu vermehrten Behandlungsabbrüchen und Verschärfung von prekären Lebenssituationen führen wird. Bemerkenswert wurde andererseits das hohe Engagement der diversen Einrichtungsträger in Verantwortung und Verbundenheit für ihre Nutzerinnen und Nutzer sehr positiv festgestellt.

Ausgewählte Besuche:

Da ca. 60% der Bewohnerinnen und Bewohner von Seniorenanlagen mindestens eine psychiatrische Grunderkrankung vorweisen, werden diese regelmäßig von den Besuchskommissionen im Land besucht. Die Besuchskommission Weser-Ems/ Nord ist in den letzten Jahren dazu übergegangen, diese nur noch zu besuchen, wenn Besonderheiten oder Beschwerden einen Besuch nahelegen oder diese gerontopsychiatrisch spezialisiert und qualifiziert sind.

Eine **gerontopsychiatrie Pflegeeinrichtung** im Landkreis Leer sticht mit ihrem Konzept, der Architektur und der Milieugestaltung besonders positiv hervor. Aufgrund des guten Konzeptes gibt es in der Einrichtung keine Fixierungsmaßnahmen. Die Heimfürsprecherin äußerte höchste Zufriedenheit.

Eine **Pflegeheim Einrichtung** im Landkreis Ammerland ist hingegen seit Jahren eine eher sorgenvolle Einrichtung für die Besuchskommission. Seit Jahren gibt es erhebliche Probleme: Eine Wohnunterbringung erfolgt weiterhin in einem Kellerzimmer ohne Fluchtwegmöglichkeiten und ohne Berücksichtigung der Mindestbauverordnung. Es zeigte sich ein Widerspruch zwischen der Aussage der Heimleitung und der Zimmerbewohnerin hinsichtlich der Wahlmöglichkeiten der Unterbringung. Der Träger teilte wiederholt umfangreiche Renovierungsarbeiten mit, diese konnten weder in der Vergangenheit noch beim aktuellen Besuch objektiviert werden. Beim Verlassen der Einrichtung wurden wir erstmalig über ein drittes Wohngebäude informiert. Dies wird Gegenstand weiterer Besuche sein.

Bei den **stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe** im Landkreis Ammerland sowie Friesland wurden die Auswirkungen des Bundes-Teilhabegesetzes aus der Perspektive der Bewohnerinnen und Bewohner fokussiert. Die Bewohnerinnen und Bewohner sind nun mehr Vertragsnehmerinnen und Vertragsnehmer der Leistungen der Einrichtung und verhandeln die Gestaltung der Fachleistungsstunden entsprechend des Hilfebedarfs. Diesbezüglich schließt die Einrichtung Betreuungsverträge mit Anlagen mit den Teilnehmenden ab. Bei der AWO und dem Bezirksverband hat der diesbezügliche Vertrag jeweils 52 Seiten, wobei die Verträge nicht inhaltsgleich sind. Die Besuchskommission hat erhebliche Zweifel, dass der Inhalt dieser Verträge den Betroffenen überhaupt zugänglich wird. Dieser Zweifel erhärtete sich in den Gesprächen mit den Bewohnerinnen und Bewohnern.

Eine auf mehrfach Abhängigkeits-Erkrankte Personen (CMA) spezialisierte Wohneinrichtung im Landkreis Leer besticht neben dem angenehmen Ambiente mit einem fachlich durchdachten und qualifizierten Konzept, welches Ausgliederungsmaßnahmen im ambulanten Bereich inkludiert. Die Bewohnerinnen und Bewohner zeigten sich hoch zufrieden.

Beim Besuch des **Sozialpsychiatrischen Dienstes** wurde auf die Pandemiefolgen der psychiatrischen Versorgung fokussiert.

Berichtet wurde eine sehr angespannt knappe medizinische Versorgungslage gepaart mit einer veränderten Inanspruchnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes mit mehr Erstkontakten unter sehr kreativen Arbeitsbedingungen durch die Pandemiebeschränkungen. Menschen mit starken Verwahrlosungstendenzen und extremen sozialen Notlagen hätten zugenommen. Die Unterbringungszahlen seien deutlich zurückgegangen, das Unterbringungsverfahren werde aber nicht immer rechtskonform gestaltet; beklagt wird das fehlende Hinzuziehen eines Arztes zur Indikationsstellung zur Unterbringungseinleitung und Transport in die Klinik, die fehlende rechtliche Legitimierung zur Ausübung von Zwang durch den Rettungsdienst und die späte Hinzuziehung eines Richters. Der Sozialpsychiatrische Verbund sei um Qualitätssicherung bemüht und erarbeite ein sog. Ablaufschema.

Besucht wurde die Träger Gesellschaft ANEVITA der Zentral Kliniken Aurich – Emden – Norden unter Beteiligung der Betroffenen Gebietskörperschaften hinsichtlich der psychiatrischen Pflichtversorgungsregion nämlich der Landkreis Aurich, die Stadt Emden sowie des Landkreises Leer. Die geplante Zentralisierung der stationären psychiatrischen Versorgung in einem Groß Krankenhaus und die hiermit verbundene zukünftige Regionalversorgung in Ostfriesland zieht kontroverse Diskussionen nach sich. Das Projekt befindet sich noch in der Planungsphase, die Konkretisierung ist für 2027 anvisiert, führt auf den unterschiedlichsten Ebenen aber bereits heute zur Verunsicherung bei Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Die aktuelle Personalaufnahme ist dadurch erschwert.

Auf der **Insel Borkum** im Landkreis Leer wurde einerseits die Stadtverwaltung Borkum besucht sowie das Insel-Krankenhaus, eine Außenstelle des Klinikum Leer. Auch bei erneutem Besuch bei in Aussicht gestellten aber noch nicht vollzogenen Regelung durch die zuständigen Ministerien und des Landkreises Leer hält die Besuchskommission nach wie vor die extraterritoriale Zuwegung unterzubringender Patientinnen und Patienten zum zuständigen psychiatrischen Krankenhaus über das Gebiet der Niederlande für ungeeignet. Die Besuchskommission kann nach wie vor nicht nachvollziehen, dass das niedersächsische PsychKG in den Niederlanden Anwendung findet.

Beklagenswert ist aus Sicht der Besuchskommission weiterhin, dass im Krankenhaus keine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Verwaltungsvollzugsbeamtinnen und Verwaltungsvollzugsbeamte für das NPsychKG bestellt sind und somit die ordnungsrechtlichen Voraussetzungen einer adäquaten und sachgerechten Begleitung besonders schutzbedürftiger Patientinnen und Patienten, die Fixierungsmaßnahmen ausgesetzt sind, nicht gewährleistet wird.

Die Besuchskommission kommt zu dem Schluss, dass weiterhin weder die Behandlung im Insel-Krankenhaus noch der Transport von der Insel auf das Festland in die versorgende psychiatrische Klinik ordnungsgemäß sichergestellt ist.

5.5 Besuchskommission für das Gebiet Weser-Ems/ Süd

Die Besuchskommission hat im Zeitraum 2020 drei Einrichtungen besucht. Im Jahr 2021 hat die Besuchskommission eine interne Sitzung durchgeführt. Alle Besuchstermine für das Jahr 2021 wurden aufgrund der Corona-Lage abgesagt.

In einem Pflegeheim in Osnabrück wurden zwar mehrere Einzelzimmer geschaffen, die Bausubstanz ist jedoch völlig marode. Die Einrichtung macht einen verwaorlosten Eindruck. Der Krankenbestand beim Personal beträgt 25%. Der Heimbeirat brachte bzgl. der Versorgung etliche Klagen vor. Wäsche und Essensversorgung sowie hygienische Zustände wurden bemängelt. Die genannten Probleme konnten teilweise geklärt werden. Eine Mängelanzeige wurde ausgesprochen. Aus der Sicht der Besuchskommission Weser/Ems-Süd ist ein Abriss des Gebäudes notwendig, da die Bausubstanz mehr als marode ist und einen Neubau erforderlich macht. Die Gesamtsituation ist nicht auf die dort tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zurück zu führen, sondern auf nicht getätigte Investitionen und Sanierungen.

In einem weiteren Pflegeheim in Osnabrück handelt es sich um eine sehr gepflegte Einrichtung mit hellen und freundlichen Räumlichkeiten. Dem geschützten Bereich steht ein ebenerdiger, offener Garten zur Verfügung. Es sind alle Stellen besetzt. Das Personal wirkt sehr engagiert. Die Bewohnerinnen und Bewohner äußerten sich zufrieden. Es handelt sich um eine vielfältige, lebendige Einrichtung mit Angeboten für Menschen mit Demenz, alte Menschen sowie junge pflegebedürftige Menschen.

In einer Tagesstätte in Osnabrück sind die Räumlichkeiten sehr großzügig, hell und mit Dachterrasse ausgestattet. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern steht kein Büro zur Verfügung. Die personelle Ausstattung entspricht den Vorgaben. Es herrscht ein entspanntes Arbeitsklima. Die Besucherinnen und Besucher äußerten sich sehr zufrieden. Beim diesigen Besuch nahmen überwiegend weibliche Teilnehmerinnen den Besuch in der Einrichtung wahr.

Nach diesen drei Besuchen wurden aufgrund der Corona-Pandemie die folgenden Besuche eingestellt. Eingehende Beschwerden wurden von Herrn Book telefonisch geklärt.

Die Mitglieder der Besuchskommission Weser/Ems-Süd bedanken sich ausdrücklich bei Frau Senol in der Geschäftsstelle für ihre stets freundliche, hilfsbereite und kompetente Unterstützung.

5.6 Besuchskommission für Angelegenheiten der kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenversorgung

Die Besuchskommission für Angelegenheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Krankenversorgung nach § 30 NPsychKG besuchte im Jahr 2020 pandemiebedingt niedersachsenweit nur 5 und im Jahr 2021 2 Einrichtungen, zum Vergleich waren es in 2019 21 Einrichtungen.

Bis zum Lockdown im März 2020 wurden eine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und 2 Einrichtungen der Jugendhilfe aufgesucht. Der nächste Präsenzbesuch war erst wieder im September 2020 möglich. Wir konzentrierten unsere Arbeit hier auf 2 Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie. 2 weitere Kliniken waren vorgesehen, insbesondere die Klinik, für die eine Mängelanzeige ausgestellt wurde. Leider mussten die Besuche, die für November und Dezember 2020 vorgesehen waren storniert werden. Die gesetzlichen Hygienevorgaben ließen keine externen Besucherinnen und Besucher in Kliniken und Einrichtungen zu.

Sei Juni 2020 arbeiteten wir digital und tauschten uns per Skype for business aus. Wir nutzten die vereinbarten dritten Dienstage im Monat, zunächst um:

- Uns zu eigenen Erfahrungen und den Umgang mit der Pandemie auszutauschen
- Ein eigenes Hygienekonzept zu erstellen
- Unsere Formblätter (Ankündigungsschreiben, Aushang auf den Stationen und Wohngruppen, Erhebungsbogen) zu überarbeiten und diese kindergerecht zu gestalten
- Die Kinderrechte stärker in den Focus zu rücken und diese auch in unseren Unterlagen zu verankern
- Eine Leitlinie im Sinne einer Selbstverpflichtung zu entwickeln. Hier geht es um eine selbstkritische Haltung jedes einzelnen Mitgliedes der BK KJP und die eigene Unabhängigkeit aber auch um eine sorgfältige Schweigepflicht

Sämtliche Videokonferenzen wurden protokolliert und die Protokolle wurden allen Mitgliedern der Besuchskommission sowie der Geschäftsstelle zur Verfügung gestellt.

Mit dem Jahresbericht 2020 war vom Vorsitzenden des Psychiatrieausschusses eine Stellungnahme zum Thema „Was braucht es für eine angemessene kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Niedersachsen?“ gewünscht. Ein ausformulierter Entwurf des Vorsitzenden der BK KJP traf auf unterschiedliche Interessenlagen und innerhalb der BK konnte diesbezüglich kein Konsens erzielt werden. Daher erfolgte keine entsprechende Rückmeldung.

Das erste Zusammenwohnen der BK KJP fand wieder im September 2021 im Dormero Hotel in Hannover unter 2G+ Bedingungen statt. Wir haben 2 neue Mitglieder in der Kommission, die begrüßt wurden, die sich vorstellten und denen unsere Arbeit vorgestellt wurde. Weitere Themen waren Krankenhaus-Schulunterricht, eine Sozialraumanalyse sowie die Vorbereitung des Treffens mit Frau Prof. Schepker zum Thema „fakultativ geschlossene Station“ Anfang 2022.

Im Rahmen unserer Konzeptentwicklung und der Reflektion unserer bisherigen Besuche, einigten wir uns für die Zukunft auf einen geänderten Besuchsablauf. Anfänglich hatten wir ab 09.30 Uhr eine interne Besprechung danach fand bis zur Mittagspause der 1. Besuch statt und nach der Mittagspause der 2. Besuch bis 16.00 Uhr. Da wir feststellten, dass dieser Zeitrahmen für die Beurteilung einer Klinik nicht ausreicht, haben wir uns dazu entschlossen, den Besuch von Kliniken ganztags durchzuführen. Nach der internen Vorbesprechung von 09.30 bis 10.00 Uhr folgt der Austausch mit den Vertretern der Klinik und eine erste Station wird besichtigt. Nach der Mittagspause folgt mindestens eine weitere Station. Die interne Abschlussbesprechung findet von 15.15 Uhr bis 15.20 Uhr statt. Mit der Feedbackrunde endet der Besuch der BK KJP, geplant gegen 16.00 Uhr.

Bei unseren Besuchen legen wir Wert auf die Konzepte der Einrichtungen, die Umsetzung der Kinderschutzkonzepte, die Ausstattung mit Fachkräften, die Partizipation der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Patientinnen und Patienten, das Qualitätsmanagement, Medikamentenmanagement, die räumlichen Gegebenheiten, die Stimmung unter den Mitarbeitenden und den Minderjährigen u.v.m.

Während uns die Mehrheit der Kliniken und Einrichtungen von ihrer Arbeit überzeugte, sahen wir uns doch gezwungen die Zustände an Kliniken in jeweils einer Mängelanzeige zu melden.

Ursächlich war im ersten Fall die Situation auf den Stationen, die allesamt als fakultativ geschlossen geführt wurden. Bis auf eine Station waren die Stationen die überwiegende Zeit im Jahr geschlossen. Die ursprünglichen Vereinbarungen mit den umliegenden Familiengerichten waren aufgeweicht und die Freiheitsgrade der Patientinnen und Patienten, die freiwillig in der Klinik behandelt werden, sind deutlich eingeschränkt.

Die vorgehaltenen Time-Out-Räume wirkten renovierungsbedürftig, dienten als Abstellraum für Fixierbetten und glichen einem Hochsicherheitstrakt mit gesicherten Fenstern, einem Guckloch in der Tür sowie einem Sichtfenster und Spiegel.

Die neu ernannte Chefärztin war seit einigen Wochen neu in ihrer Funktion und führt die Klinik nun nach einem neuen Konzept. Es gibt eine Führungsriege, bestehend aus Chefärztin, leitendem Psychologen und dem Pflegebereichsleiter.

Auf der therapeutischen Ebene konnte sich die Klinik gut präsentieren, die Stimmung auf den Stationen war sehr gut.

In der 2. Klinik stuften wir die Videoüberwachung der Patientinnen und Patienten als nicht hinnehmbar ein und kritisierten die Belegung der geschützten Station mit überwiegend freiwilligen Patientinnen und Patienten. Nur 2 von 13 Patientinnen und Patienten hatten einen gültigen Unterbringungsbeschluss gem. §1631b BGB. Mängelanzeigen sind bereits 2009 und 2016 durch die Besuchskommission der Region Braunschweig für diese Klinik verfasst worden. Inhaltlich wurden ebenfalls die Videokameras kritisiert. Eine Änderung konnte dies bislang nicht bewirken.

Dieser Umstand, dass die Besuchskommission eine Mängelanzeige verfasst und es keine Veränderungen der jeweiligen Einrichtungen gibt, veranlasste uns dazu, Kontakt mit dem Sozialministerium aufzunehmen, um dieses zu thematisieren. Es wurde für 2022 ein Treffen zum Austausch und zur Diskussion vereinbart.

Im Jahr 2022 wird es mit Ablauf der Legislaturperiode weitreichende Veränderungen in der Besetzung der Besuchskommission für Angelegenheiten der kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenversorgung geben. Insgesamt 9 Mitglieder haben ihr Ausscheiden angekündigt. Größtenteils aus Altersgründen, aber auch wegen Überlastung bei den originären Aufgaben.

In der Hoffnung, dass wir unsere aufsuchende Tätigkeit im Jahr 2022 wieder sorgenfreier und zuverlässig durchführen können, möchte ich meinen Tätigkeitsbericht schließen.

Dr. Gabriele Grabowski
Vorsitzende der BK KJP

5.7 Besuchskommission für den Maßregelvollzug

Die Berichtsjahre 2020 und 2021 waren geprägt von der Corona-Virus Pandemie SARS-CoV-2, die Besuche nur unter Beachtung der Hygienevorschriften der jeweiligen Einrichtung oder gar nicht zuließ. Besonders bedauerlich ist es, dass im Jahre 2020 das MRVZN Brauel, Göttingen und Moringen mit insgesamt über 520 Planbetten zweimal wegen der Pandemielage zum Zeitpunkt des geplanten Besuches nicht besucht werden konnte. Auch von einem Besuch

der Asklepios Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Göttingen musste die Kommission aus den genannten Gründen absehen. Im Jahre 2021 konnten wieder alle zehn Einrichtungen des Maßregelvollzuges besucht werden. Die Besuche erfolgten grundsätzlich nach vorheriger Anmeldung.

Inzwischen wurde fast allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Patientinnen und Patienten ein Impfangebot gemacht. Es bestand und besteht eine hohe Impfbereitschaft bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und den Patientinnen und Patienten.

Beschwerden von Patienten gegen die im Rahmen der Corona-Epidemie zum Infektionsschutz getroffenen Maßnahmen gab es weder bei einem der tatsächlich durchgeführten Besuche noch in Schriftform. Durchgängig wurde berichtet, dass sich die Patienten einsichtig und kooperativ gezeigt hätten.

2020 wurde in den beliebigen Einrichtungen die Zahl der Landesbediensteten im Pflegedienst um insgesamt 25 Vollzeitstellen (VK) erhöht. Die Personalgewinnung gestaltete sich aus den unterschiedlichsten Gründen schwierig, war aber letztlich an allen Standorten erfolgreich, so dass jetzt alle Stellen besetzt sind.

Auch in den Berichtsjahren wurden in den Einrichtungen diverse Baumaßnahmen durchgeführt. Wie in den vergangenen Jahren gab es Schwierigkeiten bei kleineren Instandsetzungs- und Renovierungsarbeiten, die nur zögerlich ausgeführt wurden bzw. ganz unterblieben. Insbesondere der eine oder der andere private Träger verstößt hier dauerhaft gegen seine vertraglichen Verpflichtungen aus dem Beleihungsakt.

In den Jahren 2020 und 2021 führte der Landesrechnungshof eine Prüfung zur Kostenentwicklung im Maßregelvollzug durch.

Das Fachreferat wird nunmehr von einem Juristen geleitet.

Es fehlt weiterhin an Behandlungsplätzen für nach § 64 StGB verurteilte Patienten. Die Einrichtungen sind überbelegt; die Warteliste - insbesondere für Selbststeller - ist lang. Eine rasche und deutliche Erhöhung der Kapazitäten ist dringend von Nöten. Dabei ist selbstverständlich zu beachten, dass es nicht ausreicht, die Plätze nur zahlenmäßig zu erhöhen - egal wie -. Vielmehr muss auch sichergestellt werden, dass die Patienten die qualifizierte Behandlung erhalten, auf die sie nach dem Gesetz einen Anspruch haben.

Um den Mangel besser zu verwalten, wurde 2020 eine zentrale Belegungssteuerung beim MRVZN eingerichtet. Festzustellen ist schon jetzt, dass die Abkehr von einer gerichtsorthenen Unterbringung der gemäß § 126a StPO untergebrachten Patienten zwangsläufig zu einem erheblichen, auch personellen Mehraufwand bei den Transporten zum Gericht und zu einer Zunahme von Kurzzeitverlegungen geführt hat. Hier muss dringend nachgesteuert werden.

Weiterhin gibt es erhebliche Schwierigkeiten mit den gemäß § 126a StPO untergebrachten Patienten, die u.U. in einem chronischen kranken Zustand verweilen müssen, da sie nicht gegen ihren natürlichen Willen behandelt werden dürfen. Hier muss durch eine - notfalls vorgezogene - gesetzliche Regelung zügig Abhilfe geschaffen werden. Es besteht die dringende Gefahr einer erheblichen Eigen- und/oder Fremdgefährdung.

Probleme gibt es auch durch die Zunahme an geflüchteten Patienten mit Traumatisierungen und fehlender Integration; hierzu gehören insbesondere mangelnde Deutschkenntnisse.

Die Kommission erinnert erneut mit Nachdruck an die bereits in den Jahresberichten der vergangenen Jahre zitierte Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 18.01.2012 - 2

BvR 133/10 -. 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. Eine Auslieferung der Vollzugsaufgaben 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 des Untergebrachten systemisch zuwiderlaufen können, darf nicht stattfinden.

Am 23.02.2022 hat der Niedersächsische Landtag das im Jahr 2021 vorbereitete Gesetz zur Änderung u.a. des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes beschlossen, das am 02.03.2022 in Kraft getreten ist.

Das Gesetz regelt u.a. das sog. Probewohnen. Zudem wurde die Möglichkeit der Besetzung der Vollzugsleitung ausgebaut. Nach § 5a Abs. 1 Satz 2 NMVollzG ist zwar unverändert vorrangig eine Ärztin oder ein Arzt mit abgeschlossener psychiatrischer oder kinder- und jugendpsychiatrischer Weiterbildung zur Vollzugsleitung zu bestellen. Gemäß § 5a Abs. 2 NMVollzG ist es nunmehr jedoch auch möglich, eine Psychologische Psychotherapeutin, einen Psychologischen Psychotherapeuten, eine Psychologin oder einen Psychologen mit der Vollzugsleitung zu betrauen, wenn für die Besetzung keine Ärztinnen oder Ärzte zur Verfügung stehen. Erfolgt eine solche Besetzung auf Grundlage des § 5a Abs. 2 NMVollzG, bestellt das zuständige Fachministerium zusätzlich eine sog. Therapeutische Leitung und deren Stellvertretung, § 5a Abs. 4 Satz 1 NMVollzG, die die Qualifikation nach § 5a Abs. 1 Satz 3 NMVollzG aufweist. An der weiteren, unbestritten dringend erforderlichen Novellierung des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes wird im Fachministerium z.Zt. nicht gearbeitet.

Ausgewählte Besuche:

Die im Norden Niedersachsens gelegene landeseigene Einrichtung verfügt über 115 Planbetten und war im Juni 2021 mit 111 Patientinnen und Patienten belegt (102 Männer, 9 Frauen) davon 20 externe Probewohnerinnen und Probewohnern. Das Gesamtpersonal lag bei ca. 175 Vollkräften (VK). Der Pflege- und Erziehungsdienst verfügte über ca. 88 VK.

2020 hatte die Staatsanwaltschaft Verden ein Ermittlungsverfahren gegen vier Mitarbeiter der Klinik wegen Bestechlichkeit pp. eingeleitet. Nachdem das Fachministerium von diesem Verfahren Kenntnis hatte, wurde im September 2020 eine der Beschuldigten als Beamtin in eine andere Behörde versetzt und der Verwaltungsdirektor des MRVZN und eine Pflegedienstleiterin wurden vom Dienst suspendiert. Eine Beschuldigte hatte bereits gekündigt. Zwischenzeitlich ist der Verwaltungsdirektor aus dem Landesdienst ausgeschieden. Die Ermittlungsverfahren wurden 2021 bzw. 2022 gegen alle vier Beschuldigte gem. § 170 Abs. 2 StPO eingestellt.

Nach der Freistellung der vier Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Krankenhausleitung kam es notgedrungen zu einer Umstrukturierung in der Organisation. Zunächst wurde während mehrerer Wochen die Einrichtung vertretungsweise durch verschiedene Vollzugsleitungen anderer Standorte geführt. Schließlich übernahm der Leiter des Fachreferats - ein Jurist - kommissarisch die Vollzugsleitung. Zudem wurde ein Facharzt für Neurologie und Psychiatrie konsiliarisch eingebunden. Seit dem 05.07.2021 werden die Aufgaben des Vollzugsleiters wieder von einem Arzt, einem Internisten und Suchtmediziner wahrgenommen, allerdings nur mit 30 Stunden wöchentlich.

Ende Februar 2021 wurde ein vorläufiger Aufnahmestopp für die Einrichtung verhängt., der zum 01.08.2021 auslief.

Die Patienten klagten in den mit ihnen geführten Gesprächen über zu wenig begleitete Lockerungen und Freizeitaktivitäten. Die Pflegedienstleitung wies daraufhin, dass laufend Pflegekräfte – auch mit abgeschlossener dreijähriger Ausbildung oder vergleichbarer Qualifikation – eingestellt werden. Es gibt jedoch gerade im Pflege- und Erziehungsdienst eine hohe Fluktuation und einen hohen Krankenstand.

Die Station 5, die als Kriseninterventions- und Aufnahmestation geführt wurde, wurde umstrukturiert - wie von der Kommission seit längerem gefordert. Sie dient nun als weiterführende Station zum Aufnahme- und Sicherungsbereich. Rückfällige Patienten und Patienten mit Erledigungsempfehlung werden nicht mehr zentral, sondern auf ihren Stationen behandelt.

Auf der Frauenstation wurde nach einem entsprechenden Hinweis der Patientinnen festgestellt, dass sich vor den Fenstern der Zimmer der Patientinnen seit einiger Zeit ein Sichtschutz befindet, der ca. 4/5 des Fensters abdeckt. Die Bewohnerinnen der Zimmer können nur noch in den Himmel sehen. Leider konnte nicht geklärt werden, wer den Einbau des Sichtschutzes veranlasst hat. Die Maßnahme soll überprüft werden.

Eine weitere im Raum Hannover gelegene beliebene Einrichtung verfügt über 72 Planbetten und war im September 2021 mit 80 Patienten belegt, davon befanden sich 18 Patienten im Probewohnen. Im Pflege- und Erziehungsdienst fehlen sieben Vollzeitkräfte. Die Stellen könnten sofort besetzt werden, aber es fehlt an geeigneten Bewerberinnen und Bewerbern. Die Patienten, die gem. § 63 StGB untergebracht wurden, sind weiterhin schwer und mehrfach chronifiziert erkrankt. Mit der Entlassung von vier alkoholkranken Patienten werden in der Einrichtung von den gem. § 64 StGB untergebrachten ausschließlich drogenabhängige Patienten behandelt.

Die Entlassungen 2020 weisen ein insgesamt gutes Ergebnis auf:

- § 63 StGB: 1 Patient in eine Institution; 1 Patient in eine eigene Wohnung
- § 64 StGB: 5 Entlassungen zur Bewährung; 4 Erledigungen der Maßregel
- § 126a StPO: 2 Patienten in eine eigene Wohnung

Die Zahl der sog.“Erlediger“ ist mit 35 % im Vergleich zu anderen Einrichtungen mit 50 % erfreulich niedrig.

Das Trinkwassernetz von zwei Stationen weist eine hohe Belastung mit Legionellen auf. Deswegen wurden die Wasserentnahmestellen, u.a. die Duschen mit Filtern ausgestattet. Diese verstopfen jedoch schon nach 10 - 14 Tagen, was unter den Patienten für Unmut sorgt. Nach Auskunft des Krankenhausdirektors wurde damit begonnen, das Leitungsnetz zu erneuern.

Die Außenanlagen der kernsanierten Station F5 wurden aufgesucht. Diese befanden sich nach Abschluss der Sanierung, d.h. in den letzten beiden Jahren in einem beklagenswerten Zustand. Die Außenanlage sollte jetzt von einer Fachfirma gestaltet worden sein und soll durch die Patienten gepflegt werden. Vor dem Gebäude fehlte es jedoch an jeglicher Bepflanzung. Es wucherten nur diverse Wildkräuter vor sich hin. Dies galt auch für den Teil der Außenanlage, zu dem die Patienten aus Sicherheitsgründen keinen Zugang haben. Das zum

Patientenbereich gehörende Gelände wurde hingegen von einigen der Patienten mit Engagement und Ideen gestaltet und gepflegt.

In den Gesprächen mit den Patienten wurde u.a. darüber geklagt, dass die Essensportionen insbesondere mittags häufig nicht ausreichend seien. Am Besuchstag gab es als vegetarisches Mittagessen verschiedene Kopfsalate, Tomatenscheiben, ein halbes (!) gekochtes Ei und ein Brötchen. Die Kommission ist der Auffassung, dass diese, zudem noch kalten Nahrungsmittel kein ausreichendes Mittagessen für erwachsene, meist jüngere Männer sind.

Festzustellen ist, dass es auf der Station 61 in einem Mitarbeiterzimmer nach wie vor eine erhebliche Lärmbelästigung durch die Ventilatoren des Serverschranks gibt. Hier sollte längst Abhilfe geschaffen werden, in dem der Server verlegt wird. Nach Auffassung des privaten Trägers ist mit dieser Maßnahme verbunden eine Erneuerung und Ergänzung der gesamten Sicherheitstechnik. Auch im Berichtsjahr unterblieb diese Verlegung aus Kostengründen.

6. Ausblicke

Psychiatrisch-psychotherapeutisches Handeln hat sich ständig einer Fülle von Herausforderungen zu stellen, wofür eine Orientierung an ethischen Grundsätzen, den Bedürfnissen der Betroffenen und ihren Angehörigen, aber auch an gesellschaftlichen Normen gegeben sein muss.

Im Rahmen der Corona Pandemie hat sich eindrücklich gezeigt, an welchen Punkten das psychiatrisch - / psychotherapeutische Versorgungssystem dringlich Veränderungen benötigt.

Zunächst ist Bezug zu nehmen auf die Aus-, Fort und Weiterbildung der Ärzte und Psychotherapeuten. In den vorliegenden Curricula der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie zum Psychologischen Psychotherapeuten finden sich leider keinerlei Weiterbildungsinhalte zu modernen sektorübergreifenden Versorgungsformen, insbesondere für schwer – und chronisch psychisch Kranke. Die Gruppe der Menschen, die in psychiatrischen Heimen lebt, findet überhaupt keine Beachtung und Repräsentanz in den Lerninhalten. Es drängt sich der Gedanke auf, dass diese Betroffenen völlig aus dem Fokus geraten und zu einer Gruppe der Vergessenen geworden sind. Hier wären die Hochschulen, die Ärztekammer und die Psychotherapeutenkammer gefordert diese Inhalte zu implementieren und sich der Verantwortung bewusst zu werden, Studenten, in Weiterbildung befindliche Ärzte und Psychologen für die Versorgung chronisch psychisch erkrankter Menschen zu begeistern. Auch stellt sich in diesem Kontext die Frage inwieweit die Psychosomatik Elemente akuterer Versorgungsstrukturen in ihre fachärztliche Weiterbildung mit aufnehmen sollte. Bei kritischer Betrachtung der Leitlinien der internationalen Fachgesellschaften wird ebenfalls deutlich, dass diese besondere Gruppe von Betroffenen wenig Beachtung findet bzw. keine entsprechenden alltagspraktischen Empfehlungen existieren. Einen sehr guten Ansatz bildet hier die Leitlinie zum Umgang mit Zwang. Im Medizinstudium und in den meisten nachfolgenden Curricula wird ein möglichst hoher Grad an Modularisierbarkeit und Behandlungspfaden angenommen. Für die Gruppe der chronisch psychisch Erkrankten ist diese Grundannahme jedoch oft wenig praktikabel und es bedarf flexiblen sich stetig der Situation anpassenden Handelns der Behandler sowie die Akzeptanz und der Respekt vor den Ängsten des Betroffenen. Hier gebe es viele Möglichkeiten die Lebenswelten der Betroffenen zu verbessern, wenn entsprechende Rahmenbedingungen

geschaffen werden. Im Kern geht es bei all diesen Bemühungen darum Haltung zu erzeugen und zu transportieren.

In den letzten Jahren zeichnet sich eine Zunahme von Gewalt und Aggression in den Akutbereichen der Psychiatrie ab, wobei aus unserer Sicht gesellschaftliche Entwicklungen eine der Hauptursachen bilden. Diese Entwicklung hat unter der Corona Pandemie weitere Dynamik gewonnen, sicherlich wesentlich dadurch bedingt, dass zahlreiche Anlaufstellen und Versorgungsangebote geschlossen waren oder nur ein sehr eingeschränktes Programm anbieten konnten. Im Ergebnis kommt es zu einer Verlagerung der Problematik in die psychiatrischen Akutstationen, die immer weiter an den Rand ihrer Belastung kommen. Die Zahl der Komplexpatienten nimmt immer mehr zu, oft in Kombination von seelischen - und geistigen Beeinträchtigungen. Die Behandlung dieser Patienten nimmt sehr viel Raum ein und es finden sich vermehrt keine Institutionen, die diese Patienten nach der stationären Behandlung aufnehmen möchten. Dies mündet in der Tragik, dass die Patienten im Extremfall mehrere Jahre auf geschützten Stationen verbringen und die involvierten Behandlungsteams trotz Setting und Personalwechsel in eine Erschöpfung kommen. Diese Erschöpfung spüren die meist schwer traumatisierten Patienten und es entwickelt sich eine aufmerksamkeitsuchende Spirale von Eskalation und Gewalt. Die Mitarbeiter fühlen sich mit der zunehmenden Eskalation überfordert und in ihren Ängsten nicht angemessen wahrgenommen. Es wird das Dilemma beklagt zwischen den Stühlen zu sitzen und dem Gefühl Dinge nicht mehr richtig machen zu können. Hier gilt es dringlich neue Wege und Konzepte zu beschreiten, um einer weiteren Überforderung des Versorgungssystems entgegenzuwirken. Essentielle Voraussetzung ist es Mitarbeiter zu finden, die in Rahmenbedingungen arbeiten können, die intrinsische Motivation und Haltung fördern. Dies kann aber nur dann gelingen, wenn sich das System grundlegend verändert und alle Beteiligten von Kostenträgern über die Einrichtungsträger bis hin zu den Gerichten an einem Strang ziehen. Ziel ist eine möglichst hohe Flexibilität, die es ermöglicht Hilfebedarfe unmittelbar anzupassen, ohne lange komplexe Antragswege. Es geht darum Verantwortung und gesellschaftlichen Auftrag wieder leben zu können, ohne in Formalien zu ersticken. Die Gestaltung der räumlichen - / baulichen Gegebenheiten ist ein weiterer wichtiger Aspekt. Eine erste gute Grundlage bilden die baulichen Empfehlungen für Akuteinheiten / -stationen mit geringer Bettenzahl und ausreichend Platz, die das MS mit einer Expertengruppe erarbeitet hat. Die Ergebnisse haben jedoch nur empfehlenden Charakter.

Eine weitere Kernfrage ist es, wie es gelingt Mitarbeiter unterschiedlichster Berufsgruppen für eine Tätigkeit in der Psychiatrie zu begeistern. Die Realität sieht so aus, dass es vielen Kliniken und Sozialpsychiatrischen Diensten schwer fällt, ihre ärztlichen-, sozialarbeiterischen- und psychologischen Stellen zu besetzen und qualifiziertes Pflegepersonal zu finden. Hausärztinnen und Hausärzte, niedergelassene Nervenärztinnen und Nervenärzte- und Psychiaterinnen und Psychiater in ländlichen Regionen finden oft keine oder nur schwer Nachfolgerinnen und Nachfolger für ihre Praxen. In den Institutionen der Eingliederungshilfe setzt sich die Problematik fort. Der Alltag ist häufig dadurch geprägt Ausfälle beim Personal zu kompensieren und die verbliebenen Mitarbeiter müssen einen Großteil ihrer Tätigkeit für bürokratische Belange aufzuwenden. Dies geht in Ergebnis zu Lasten der Patienten und Therapiedichte, insbesondere der so wichtigen Momente von Normalität und des kurzen ungeplanten Kontaktes. Ohne die Unterstützung und Beschäftigung von ausländischen Fachkräften ist die Versorgung an vielen Standorten nicht mehr denkbar. Gerade in diesem Kontext ist es wichtig mit diesen Fachkräften gemeinsam Visionen von einer an den Bedürfnissen des Menschen orientierten Psychiatrie zu vermitteln und darüber einen Beitrag

zu guter Integration zu leisten. Viele Bewerber im ärztlichen Bereich setzen andere Prioritäten in ihren Lebensentwürfen, im Sinne von möglichst wenig Bereitschaftsdiensten und flexiblen Arbeitszeitmodellen. Es wird der Wunsch deutlich, dass Behandlung und Therapie in hohem Maße planbar und modular sein soll, da dies in den Universitäten so vermittelt wird. Die Akutpsychiatrie mit ihren oft geschützten Stationen zählt zunehmend nicht zu den Bereichen, die die Kollegen sich als Einsatzort wünschen. Wie lässt sich diese Entwicklung stoppen? Natürlich bedarf es für alle in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen einer gerechten Vergütung, die aber nur einen Teil von wirklicher Attraktivität bietet. Es bedarf vielmehr grundlegender Veränderungen im System mit sektorübergreifender Versorgung, viel Raum für Flexibilität und Zeit mit dem Patienten zu arbeiten, ihn zu begleiten. Es müssen Bedingungen geschaffen werden, die individuelle mutige Entscheidungen wie z.B. einer frühzeitigen ambulanten Orientierung mit aufsuchenden Teams geschaffen werden, ohne dass diese durch bürokratische Vorgaben ausgebremst werden. Zudem muss die Gesellschaft dafür sensibilisiert werden, individuelle begleitete Krisen z.B. des Nachbarn mit zu tragen und nicht der unmittelbare Weg in längerfristige Unterbringung gesucht wird. Wenn sich Veränderungen in diese Richtung abzeichnen, werden sich wieder mehr Menschen für eine Tätigkeit in der Akutpsychiatrie und Arbeit mit chronisch psychisch Kranken begeistern lassen.

Im MRV / der Forensik hat sich die Zahl der Plätze in der Bundesrepublik Deutschland seit Anfang der 1990er Jahre nahezu verdreifacht. Die Gewinnung von Personal, insbesondere im ärztlichen Bereich wird immer schwieriger, so dass einige Kliniken nur noch einen sehr eingeschränkten oder nicht mehr vorhandenen fachärztlich psychiatrischen Standard bieten können. Zum Teil wird versucht dies anteilig über Psychologische Psychotherapeuten auszugleichen und auf fachfremde Ärzte zurückzugreifen z.B. über Kooperationen mit somatischen Kliniken oder Praxen. Auch hier sollten dringlich Konzepte überlegt und im Alltag umgesetzt werden, um wieder Bewerber für eine Tätigkeit im MRV zu motivieren.

In den Sozialpsychiatrischen Diensten, die ein ganz wichtiges Element der dezentralen Versorgung vor Ort sind zeigen sich vergleichbare Probleme in der Personalgewinnung im ärztlichen Bereich. Auch hier werden Lösungen über Psychologische Psychotherapeuten gesucht, die in einigen Diensten Leitungsaufgaben übernehmen, jedoch wiederum in bestimmten Konstellationen auf das ärztliche Knowhow angewiesen sind, welches in manchen Regionen nur fachfremd zur Verfügung steht. Der Gedanke der Gemeindepsychiatrischen Zentren könnte an dieser Stelle seine Wirksamkeit entfalten, um Ressourcen zu bündeln und die Attraktivität als Arbeiten im Team zu erhöhen.

Auf der einen Seite sollte der Ausbau von Heimeinrichtungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen in ländlichen Regionen kritisch gesehen werden. Insbesondere ist der weitere Aufbau geschlossener UnterbringungsKapazitäten zu hinterfragen. Auf der anderen Seite gibt es Klienten, für die im Versorgungssystem nur in der Lebenswelt eines Heimbereichs eine Perspektive liegt. Trotzdem sollte der Aspekt der Wiedereingliederung immer vorrangig verfolgt werden, psychiatrische Wohnheime in der Regel ein „Übergang“ und keine Dauerlösung sein. Um die Chance auf den Übergang deutlich zu erhöhen würde es neuer Einstufungsmodelle bedürfen, die sich an den tatsächlichen Bedürfnissen und Bedarfen des Betroffenen orientieren. Die Modelle von Schlichthorst und Metzler erfüllen diese Bedingung nicht und stellen Menschen mit psychischen Erkrankungen schlechter. Es greift noch immer das Prinzip des Inverse Care Law. Das Ausmaß der Hilfen ist umgekehrt proportional zu dem Bedarf daran. Je größer der Hilfebedarf eines Patienten, desto weniger Ressourcen stehen

ihm zur Verfügung. Hier wäre ein dringender Bedarf an Forschungs- und Modellprojekten, die auf der einen Seite ergründen, warum es im Versorgungssystem dazu kommt, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen in Heimeinrichtungen bzw. kommen und auf der anderen Seite neue Strukturen zu implementieren, die eine Versorgung außerhalb von Heimeinrichtungen möglich machen. Ziel sollte eine angemessene Finanzierung sein, die einen unkomplizierten Wechsel zwischen Betreuungsintensitäten beinhaltet von der Eins-zu-eins-Betreuung bis hin zu begleitenden - / aufsuchenden Hilfen, möglichst eines mitlaufenden Teams, um Kontinuität in der Beziehung zu wahren. Gerade die Patienten in den Heimbereichen weisen oft sehr komplexe Medikamentenkombinationen auf und die Polypharmazie bildet nicht die Ausnahme, sondern die Normalität. Innovative Projekte sollten sich dieser Thematik annehmen mit dem Ziel der Medikamentenreduktion. Ein Gelingen erscheint nur dann realistisch, wenn die Personalausstattung ausreichend ist und sich ein Team findet, dessen Haltung sich im Ziel des so viel wie nötig, aber so wenig wie möglich bis hin zum Absetzen widerspiegelt.

Wenig Beachtung finden zudem die Wohnungslosen und inhaftierte Menschen, wo sich ein sehr hoher Anteil an psychisch Erkrankten findet. Für die Wohnungslosen hat sich das Konzept des Housing First bewährt, als Grundlage der weiteren Integration. Viele der Betroffenen leiden an Suchterkrankungen und es fehlt an niedrigschwelligen Angeboten in Brennpunkten wie z.B. Clearing Stellen, die nur dann effizient arbeiten können, wenn sie sofort und unkompliziert Hilfe anbieten können. Ein Betroffener, der sich z.B. zu einer möglichen Substitution oder stationären Klinikaufnahme entscheidet, sollte diese unmittelbar bekommen, ohne Hürden jedweder Antragsverfahren.

Ferner sollte weiter mit Nachdruck daran gearbeitet, für kranke Menschen im Alltag Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement zu stärken und dabei die präventive Arbeit gemeinwohlorientierter Träger und Vereine stärker mit einzubeziehen. Psychiatrische und psychotherapeutische Fachdienste und Genesungsbegleiter sollten zu festen Bestandteilen der sozialen und gesundheitlichen Infrastruktur einer Region werden. Ziel soll es sein, ein flächendeckendes, wohnortnahes und bedarfsgerecht ausgestaltetes, flexibles Netz von leicht zugänglichen Angeboten, die von akuter Krisenintervention über langfristige Betreuung bis zu komplexen Hilfen reichen zu schaffen. Programme des Supported Employment im Sinne des First Place then Train sollten weiter ausgebaut werden. Der Landespsychiatrieplans Niedersachsen hält hierzu gute, praktikable Modelle bereit, nur fehlt es leider bisher an der notwendigen Förderung und Umsetzung des Plans sowohl in ländlichen – wie urban hochverdichteten Regionen.

Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen und geschlossenen Unterbringungen ist soweit möglich zu vermeiden. Vorrangig ist neben der Vermeidung von Zwangsmaßnahmen die Entwicklung von effektiven Instrumenten, die zu einer Beschränkung und Reduktion dieser Maßnahmen beitragen können. Alle Formen von Zwangsmaßnahmen, auch die im Rahmen des Betreuungsrechts durchgeführten, müssen erfasst werden können und daher meldepflichtig werden. Zur Vermeidung von Zwang gibt es sehr gute praktische Empfehlungen in der entsprechenden Leitlinie. Wie bereits oben ausgeführt bildet die Grundlage, den Mitarbeitern eine wertschätzende Haltung zu vermitteln, die getragen ist von Respekt und Augenhöhe. Ca. 90% der Patienten in Zwangskontexten haben zuvor Traumatisierungen in ihrer Biographie erlitten und reagieren deswegen oft mit Gewalt in Krisensituationen, da die Zwang ausübenden Mitarbeiter ohne Absicht als Täter wahrgenommen werden. Tragfähige Lösungen können nur im respektvollen Dialog entstehen, in dem jeder Standpunkt geschätzt und jeder Stimme gehört wird.

Wenn sich in der psychiatrischen Versorgungslandschaft wirklich etwas verändern soll, werden Modellprojekte keine Lösung sein, sondern es würde einer grundlegenden weitreichenden Veränderung des Systems bedürfen. Die Verteilung der Budgets sollte kritisch beleuchtet werden. Warum landen in der ambulanten Versorgung beispielsweise ca. 65% der Budgetanteile in der psychotherapeutischen Spezialversorgung? Warum ist ein stetiges Anwachsen von Angeboten außerhalb der Pflicht- und Sektorversorgung zu verzeichnen? Der Gesamtrahmen sollte darauf abzielen flexible sektorübergreifende Behandlungen zu ermöglichen und Abstand von Personalverordnungen nehmen, die sich vorrangig an Berufsgruppen orientieren und nicht an den evidenzbasierten Interventionen, die der Patient benötigt. Mehr Mobilität und weniger Grenzen würden die große Chance eröffnen wieder mehr Menschen für eine Arbeit in der Psychiatrie zu begeistern.

7. Schlussbemerkung

Die erfolgreiche Arbeit des Psychiatrieausschusses und der Besuchskommissionen wird erst möglich durch die hohe Bereitschaft zu ehrenamtlichem Einsatz ihrer Mitglieder, sowie die Heterogenität und die damit verbundene Multiprofessionalität ihrer Mitglieder, die verschiedene Kenntnisse, Erfahrungen und Blickwinkel vereint.

Die Besonderheit des Ausschusses und der Besuchskommissionen besteht darin, ein Gremium zu sein, welches seit seinem Bestehen unabhängig und weisungsungebunden agieren kann. Der verfolgte Ansatz ist ausdrücklich personenzentriert, es geht um den Schutz und die Wahrung der Interessen des psychisch erkrankten Menschen dort, wo er behandelt wird und auch untergebracht ist.

Nachhaltige Verbesserungen und Einflussnahmen sind häufig nur durch beharrlichen Druck auf die zuständigen Behörden und auf die Einrichtungen selbst zu erreichen. Eine wichtige Funktion bleibt die Beratung der Politik, damit Versorgungsqualität und Patientenrechte auch in die Gesetzgebung eingehen können.

Die Arbeit des Psychiatrieausschusses und der Besuchskommissionen steht für gesellschaftliche Verantwortungsübernahme, offenen Austausch, Transparenz, Öffentlichkeit, Kontrolle und kritische Begleitung - ein Stück gelebte Demokratie. Sie ist damit ein wichtiges Instrument zur Weiterentwicklung und Verankerung der Psychiatrie und Psychotherapie in der Gesellschaft. Sie dient den Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung oder Behinderung zu den schwächsten und schutzbedürftigsten Mitgliedern unserer Gesellschaft zählen.

**Personelle Zusammensetzung des Ausschusses
 Aushang**

Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
Oliver Lottke (MdL)	Hannah Naber (MdL)
Volker Meyer (MdL)	Petra Joumaah (MdL)
Meta Janssen-Kucz (MdL)	Volker Bajus (MdL)
Susanne Schütz (MdL)	Björn Försterling (MdL)
Christa Frenzel	Wolfgang Herzog
Sascha Halboth	Susanne Hübner-Meyer
Dr. Alexander Naumann	Dr. Thorsten Sueße
Prof. Dr. Marc Ziegenbein	Dr. Dr. Felix Wedegärtner
Dr. med. Norbert Mayer-Amberg	Dr. med. Ralph-Patrick Beigel
Dipl.-Psych. Andreas Kretschmar	Dipl. Psych. Andrea Kempkens
Nicole Nordlohne	Jasmin Graff
Josef Wolking	Tanja Bödeker
Anke Scholz	Hendrik Neckel
Rose-Marie Seelhorst	Edo Tholen
Karin Aumann	Andrea Otte
Eva Moll-Vogel	Annette Loer

**Personelle Zusammensetzung der sechs Besuchskommissionen
Anhang**

Besuchskommission für das Gebiet Braunschweig

Regionale Zuständigkeit: Kreisfreie Städte Braunschweig, Salzgitter und Wolfsburg,
Landkreise Gifhorn, Göttingen, Goslar, Helmstedt, Northeim, Osterode am Harz, Peine und
Wolfenbüttel

Frau Carola Benninghoven-Struß
Herr Hans-Ulrich Bernhofen
Frau Dr. Jutta Bernick
Frau Anni Boschulte
Frau Christa Gerts-Isermeyer
Herr Jörn Heinecke, Vorsitzender BK Braunschweig
Herr Wolfgang Herzog
Frau Frauke Klinge
Herr Dr. Manfred Koller
Frau Dr. Henrike Loesch-Hünerjäger
Herr Rolf Schee
Frau Tilla Scheffer-Gassel, stellvertretende Vorsitzende BK Braunschweig
Frau Dr. Dagmar Schlapeit-Beck
Frau Anke Scholz
Frau Simone Schulze
Frau Martina Stegemann

Besuchskommission für das Gebiet Hannover

Regionale Zuständig: Landkreise Diepholz, Hameln-Pyrmont, Hildesheim, Holzminden,
Nienburg und Schaumburg, Region Hannover

Frau Silvia Dettmar
Herr Gerhard Häberle
Frau Ursula Helmhold
Herr Klaus Kapels
Herr Andreas Landmann (Vorsitzender)
Frau Annette Loer
Herr Dr. Christoph Mattheis
Frau Eva Moll-Vogel (stellv. Vorsitzende)
Frau Birgit Müller-Musolf
Frau Rose-Marie Seelhorst
Herr Reinhard Türnau

Herr PD Dr. Dr. Felix Wedegärtner
Herr Jörg Werfelmann

Besuchskommission für das Gebiet Lüneburg

Regionale Zuständigkeit: Landkreise Celle, Cuxhaven, Harburg, Lüchow-Dannenberg, Lüneburg, Osterholz, Rotenburg, Soltau-Fallingb., Stade, Uelzen und Verden

Uwe Hollmann (Vorsitzender)
Wiebke Heger (stellvertretende Vorsitzende)
Klaus Peter Feindt
Sybille Gruhl
Dr. Günter Lurz
Carmen Menzel
Matthias Naß
Sabine Reinicke
Britta Schneider-Tschinke
Dr. Reinhild Schulze
Christina Seeberg
Ralf Tritthardt
Hinrich van der Veen-Liese
Claus Winterhoff

Besuchskommission für das Gebiet Weser-Ems/ Nord

Regionale Zuständigkeit: Kreisfreie Städte Delmenhorst, Emden, Oldenburg und Wilhelmshaven, Landkreise Ammerland, Aurich, Friesland, Leer, Oldenburg, Wesermarsch und Wittmund

Frau Dr. Ina Valentiner, Vorsitzende
Herr Rüdiger Bangen, stellvertretender Vorsitzender
Frau Tanja Bödeker
Herr Klaus Brose
Herr Johann Dirks
Frau Sonja-Antje Fischer
Frau Sylke Grübener
Frau Kristina Hofmeister
Herr Otto Hüfken
Frau Vera Kropp
Frau Barbara Pontenagel
Herr Stefan Scheebaum
Herr Edo Tholen
Herr Dr. Ralph Korczak

Besuchskommission für das Gebiet Weser-Ems/ Süd

Regionale Zuständigkeit: Kreisfreie Stadt Osnabrück, Landkreise Cloppenburg, Emsland, Grafschaft Bentheim, Osnabrück und Vechta

Herr Josef Book, Vorsitzender
Frau Petra Garbe, stellvertretene Vorsitzende
Frau Dr. Annette Abendroth
Herr Aloys Bölle
Herr Heiko Harms-Ensink
Herr Jürgen Heinke
Herr Marc Humpohl
Herr Ulrich Krug
Herr Dirk Rhode
Herr Volker Vößing
Herr Josef Wolking

Besondere Besuchskommission für den Maßregelvollzug

Landesweite Zuständigkeit: Forensische Kliniken, Maßregelvollzugszentren

Frau Petra Wycisk, Vorsitzende
Herr Franz Kandulski, stellvertretender Vorsitzender
Frau Rita Beuke
Herr Dr. Joachim Dedden
Herr Matthias Eckel
Herr Wolfgang Friedl (ab 17.03.2020)
Herr Volker Gutzeit
Herr Dr. Mohammad-Zoalfikar Hasan
Frau Cornelia Heberle
Frau Friederike Kiehl (bis Oktober 2021)
Frau Katrin Krüger (ab März 2021)
Herr Joachim Lagerspets
Frau Angela Neßelhut
Herr Jürgen Rother
Herr Prof. Dr. Spengler
Herr Stephan Bothe MdL (bis zum 09.10.2020)

Besuchskommission Kinder- und Jugendpsychiatrie

Landesweite Zuständigkeit der kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenversorgung

Frau Dr. Gabriele Grabowski, Vorsitzende
Herr Dr. Josef Könning, stellvertretener Vorsitzender
Herr Martin Boeing
Frau Anne Bühler
Herr Dr. Filip Caby
Herr Thomas Duda
Herr Ekkehard Ehler
Frau Dr. Gabriele Frei
Herr Harald Gödde
Herr Oliver Kuhnt
Herr Wolf- Rüdiger Kuster
Herr Guido Lotz
Herr Dr. Alexander Naumann
Herr Enno Roy
Herr Michael Schneider
Frau Christine Schlockwerder
Frau Ingrid Sell
Frau Simone Skibba
Herr Hilmar Weber
Frau Renate Wolter



Nds. Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung

Die Besuchskommission für den Bezirk Braunschweig hat einen Fragebogen für Einrichtungen im Zuständigkeitsbereich entwickelt und am 24.08.2020 von der Geschäftsstelle (Frau Senol) verschicken lassen. Die Rückläufe wurden gesammelt und in der ersten Novemberwoche ausgewertet.

Vorbemerkung

Die Covid-19-Pandemie hat bei vielen Menschen zu erheblichen Einschränkungen ihrer Freiheit geführt. Zusätzliche Einschränkungen haben gerade auch Menschen mit seelischer Behinderung betroffen, die in psychiatrischen Kliniken oder Einrichtung sowie in Alten- und Pflegeheimen leben und dort freiwillig oder auch gegen ihren Willen untergebracht sind.

Schon mit Beginn der Pandemie konnten seitens der Besuchskommissionen kaum Besuche von Einrichtungen vor Ort durchgeführt werden. Aus dieser Situation heraus haben wir uns entschlossen, die Einrichtungen, die auf der Liste der Besuchskommission für den **Bezirk Braunschweig** standen, anzuschreiben und dabei auf einige wenige Aspekte zu fokussieren, die aus unserer Sicht, der Perspektive einer Besuchskommission, von besonderer Bedeutung für die Menschen sein könnten, die in solchen Einrichtungen leben. Die Fragebögen wurden überwiegend im September/Oktober 2020 ausgefüllt. Der von unseren Fragebögen erfasste Zeitraum befindet sich zwischen der ersten und der zweiten Welle, erfasst also die Auswirkungen der zweiten Welle noch nicht. Wir meinen aber, dass auch aus den uns vorliegenden Ergebnissen einige wichtige Aspekte für weitere Planungen für den Sektor abgeleitet werden können.

Durchführung

Angeschrieben wurden **91 Einrichtungen**.

62 Einrichtungen antworteten. **3** Einrichtungen gaben zu erkennen, dass die Fragen zur Art ihrer Einrichtungen nicht passten. Sie wurden dann nicht in die Auswertung eingeschlossen.

Die Fragen gliederten sich in 8 Themenbereiche. In einigen Fragenkomplexen waren Mehrfachnennungen möglich. Ebenso gab es an verschiedenen Stellen Möglichkeiten zu freitextlichen Erläuterungen.

Ausgewertet werden konnten 59 Fragebögen (Rücklaufquote 65%)

davon **7 Bögen aus (Teil-)Kliniken**.

Aus einer Klinik hatten Akutpsychiatrie und Gerontopsychiatrie getrennte Bögen übergeben, so dass insgesamt 6 Kliniken geantwortet haben. **5 Kliniken waren Kliniken der Akutversorgung**. Das Spektrum

der übrigen Einrichtungen reichte von großen Heimeinrichtungen bis hin zu kleinen Einrichtungen mit Wohngemeinschaftscharakter. Beteiligt war auch eine nur ambulant arbeitende Einrichtung.

Es ist natürlich möglich, dass Einrichtungen, die über unzureichende Konzepte verfügen oder eine problematische Umgangsweise praktiziert haben, die Fragebögen nicht bearbeitet haben, so dass hier möglicherweise sehr ordentlich arbeitende Einrichtungen in der Untersuchung überrepräsentiert sein können.

Die Ergebnisse sind hier zusammengefasst.

1. Räumliche Situation

1.1 Besteht die Möglichkeit, definierte Gruppen zu separieren bzw. einer differenzierten Besuchs- bzw. Ausgangsregelung zu unterwerfen (Quarantänebereiche)?

Ja: 39, Nein: 18, unklar: 2

1.2 Gibt es Separierte Stationen/Bereiche für Bewohner, die bereit sind, das Risiko einer Infektion einzugehen?

(Hintergrund dieser Frage war, ob Menschen, die in einer Einrichtung leben, aber nicht infiziert sind, sich tatsächlich allem fürsorglichem Zwang in der Einrichtung beugen müssen, oder ob die Einrichtung auch Bereiche vorhält, in denen diese Menschen wie in einer Privatwohnung leben und das Risiko einer möglichen Infektion durch ihr Verhalten in eigener Verantwortung zu tragen haben.)

Ja: 7, Nein: 48. 4 Einrichtungen konnten diese Frage nicht beantworten.

2. Kontakt zu Angehörigen und Freunden

- Kontaktmöglichkeiten der Bewohner während der Isolation, Angebote der Einrichtungen (87b Kräfte), Einzelangebote etc.

Auf elektronischem Wege

2.1. Ist **telefonischer Kontakt** zu jederzeit möglich?

Diese Frage haben alle Einrichtungen bejaht.

2.2. Ist **Skypen** oder eine andere Art von **Videotelefonat** möglich?

Heime: Ja: 42, Nein: 8

Kliniken: Ja: 3, Nein: 3

In der ambulanten Einrichtung spielte dies keine Rolle.

2.3. Können die PatientInnen/BewohnerInnen ein **WLAN-Netz** nutzen?

Heime: Ja: 36

Kliniken: Ja: 4 (wobei teilweise auch auf private Endgeräte zurückgegriffen werden kann.)

Nein: 16

Im ambulanten Bereich war sie nicht relevant.

2.4. Nutzung auch in den eigenen Zimmern möglich?

Ja: 34,

auch oder nur **andere Räume der Einrichtung: 25**

2.5. Ein **gesondertes Entgelt** für die Nutzung des WLANs ist immerhin in **7 Einrichtungen** (davon zwei Kliniken) zu entrichten.

Direkte Besuche

- 2.6. Nahezu alle Einrichtungen konnten Besuche von Angehörigen/Bekanntem ermöglichen. In einer Klinik bestand diese Möglichkeit nur teilweise, dies geschuldet einer aktuellen Coronainfektion vor Ort.
- 2.7. Sind Besuchstermine bereits im Voraus zu verabreden:
Das war bei **40 Wohneinrichtungen** und **3 Kliniken** der Fall.
Bei **4 Kliniken** und **10 Wohneinrichtungen** wurde dies **nicht verlangt**.
Bei einer Klinik war das nur teilweise der Fall, für die ambulante Einrichtung wiederum nicht von Bedeutung.
- 2.8. **Besuche im gewohnten Umfeld (Zimmer, Apartment) möglich? Ja: 39**
In 13 Einrichtungen war das nicht möglich. Hier mussten allgemeine Räume genutzt werden. Schwierig war dies auch dann umzusetzen, wenn die zu besuchende Person allein im Zimmer/Apartment untergebracht war. Die restlichen Antworten waren nicht eindeutig.

Regelungen für Sonderfälle

- 2.9. Besondere Angebote an Angehörige wie z.B. Eltern von **Menschen mit seelischer Behinderung** hielten nach den Fragebogenangaben **7 Einrichtungen** vor, wobei das Spektrum von freizügigerer Besuchsregelung bis hin speziellen Beratungsangeboten im Umgang unter Coronabedingungen reichte. Hier bestätigten vor allem solche Einrichtungen das Vorhalten solcher Angebote, die sich auch um jüngere Menschen kümmerten.
An Einrichtungen, die vor allem ältere Menschen betreuen, richtete sich die Frage nach besonderen Regelungen für **Menschen, die sich im Sterbeprozess befinden** oder gerade gestorben sind. Hier gaben an **33 der Wohneinrichtungen** und **3 der Kliniken** explizit an, hier großzügigere Besuchsregelungen anzuwenden. *Soweit in den anderen Einrichtungen die Frage nach speziellen Regelungen verneint wurde, bedeutet dies wahrscheinlich nicht, dass in diesen Fällen Angehörige abgewiesen würden.*

3. Kommunikation mit Bewohnern/ Patienten und deren Betreuern/ Bevollmächtigten

- 3.1. *Gefragt wurde: Werden mit den Bewohner*innen/ Patient*innen und deren Betreuer*innen/ Bevollmächtigten die besondere Lage und die sich daraus für die Bewohner/ Patienten möglicherweise ergebenden **die Freiheit einschränkenden Konsequenzen** erörtert?*
Ja: 53, Nein: 3, nicht eindeutig: 3.
Die Art und Weise, wie hier die Kommunikation geschildert wurde, reichte von Aushängen bzw. Veröffentlichungen auf der Website bis hin zum persönlichen Gespräch. Vereinzelt wurden auch monatliche Intervalle der Gespräche angegeben.
- 3.2. **Eigene Risikobereitschaft erfragt?** *Es wurde gefragt, ob mit den Betroffenen – gemeint sind hier **die nicht-infizierten BewohnerInnen einer Einrichtung** – auch deren Einstellung erörtert werde, in wie weit sie auf jeden Fall bestmöglichst vor einer Infektion geschützt sein möchten und die damit verbundenen Einschränkungen der Bewegungsfreiheit akzeptieren würden, oder in wie weit sie auch Risiken einer Ansteckung in Kauf nehmen würden, um dabei größere Freiheiten genießen zu können. (Impliziert sein sollte natürlich, dass nicht Dritte -wie*

etwa auch Pflegepersonal - dadurch explizit gefährdet würden, dass also die Regeln gelten, die auch für Menschen getroffen wurden, die nicht in Einrichtungen leben.)

Ja: 31, Nein: 21.

Nicht einordnen konnten 7 Einrichtungen die Formulierung der Frage.

4. *Besondere Vorgaben*

Hier ging es um die Frage, ob die kommunalen Behörden für Ihre Einrichtung bzw. Einrichtungen Ihrer Stadt/Ihres Landkreises Vorgaben gemacht, die über die allgemeinen Verordnungen der Nds. Landesregierung hinausgehen?

54 Einrichtungen verneinten dies.

1 Heim berichtete, dass für jede Neuaufnahme die Zustimmung des Gesundheitsamtes habe eingeholt werden sollen.

2 Kliniken berichteten von **besonderen Konditionen**, die über die Klinikleitung/den Klinikträger vorgegeben worden seien.

2 Antworten waren nicht eindeutig.

5. *Sicherung rechtlicher Aspekte und Ansprüche*

5.1. Alle Einrichtungen bestätigten, dass kontinuierlich Kontaktmöglichkeiten für rechtliche **Betreuer*innen/Bevollmächtigte** sowohl zum Personal der Einrichtung wie auch zu den betroffenen Personen bestünden.

5.2. Besuche der Fachaufsicht (Kliniken) bzw. der Heimaufsicht (Heime)

Ja: 13, Nein: 46.

5.3. Besuche des MDK

Ja: 7, Nein: 53.

Allerdings wurde häufiger berichtet, dass es telefonische Kontakte gegeben habe und dass geplant gewesen sei, solche Besuche ab 01.10.2020 wieder stattfinden zu lassen.

6. *Wie geht die Einrichtung mit Bewohner*innenn um , die die Einrichtung verlassen wollen?*

(Die Frage war hier offen gestellt, so dass nicht jeder Teilaspekt beantwortet werden musste und Mehrfachnennungen möglich waren.)

47 Einrichtungen gaben an, dass sich **die Bewohner*innen/Patient*innen freiwillig an die Regeln hielten.**

1 Klinik berichtete von **dementen Patienten**, die **ggf. in geschlossene Abteilungen** verlegt wurden.

Weitere **31 Einrichtungen** berichteten **unterschiedliche Konzepte**. Diese reichten von

- ausführlichen Gesprächen,
- Zustimmung zu Hygienekonzepten und
- Datenerfassungen bei Menschen, die die Einrichtung kurzfristig verlassen wollten.

Einmal wurde auch von der *kostenlosen Bereitstellung von Schutzkleidung* etc. berichtet.

Andere sorgten für eine Begleitung der betroffenen Personen, soweit diese auf besondere Hilfestellung im Umgang mit den Coronagepflogenheiten angewiesen waren. Auch Angehörige wurden hier als Begleitpersonen in Betracht gezogen.

7. *Gibt es zusätzliche Fixierungsmaßnahmen, die auf die Besonderheiten der Lage während der Pandemie zurückzuführen sind?*

Hier wurde in einem Fall von einem **Zimmereinschluss** berichtet (Klinik).

9 mal wurde von **geschlossenen Außentüren** berichtet, wobei diese überwiegend dazu dienen sollten, unkontrolliert Besucher in die Einrichtung gelangen zu lassen. Auf Klingelzeichen o.ä. hin werde geöffnet.

Kliniken wiesen allerdings darauf hin, dass dort auch Patienten geschlossen untergebracht seien, was durch die Primärerkrankung, nicht durch coronabedingte Umstände zu rechtfertigen sei.

Ein **Heim** wies darauf hin, dass durch die coronabedingten Bewegungseinschränkungen sich die Sturzgefahr bei einigen Bewohner*innen erhöhen könne, was dann wiederum besondere Schutzmaßnahmen erforderlich machen könne.

In einem anderen Bogen fand sich die Bemerkung: „keine Fixierung ohne Genehmigung“.

Ein verstärkter Einsatz von Medikamenten, nach dem auch gefragt worden war, wurde von keiner Einrichtung bestätigt.

8. *Wie sind erforderliche Anhörungstermine mit dem Betreuungsgericht organisiert?*

Die gerichtliche Überprüfung von Maßnahmen nach dem NPsychKG oder nach dem BGB (Betreuungsaspekte) erfordert eine persönliche Anhörung durch das Gericht. Diese Anhörungen können unter Coronabedingungen erschwert sein. Wir haben deshalb nach aktuellen Ablaufmustern dieser Anhörungen gefragt. Hier waren auch wieder Mehrfachantworten möglich. Für die ambulante Einrichtung war diese Frage irrelevant. Auch eine Einrichtung, die überwiegend Kinder und Jugendliche betreut, konnte hier keine Antwort geben.

21 Wohneinrichtungen und **5 Kliniken** kreuzten an, die Entscheidung über die Art- und Weise der Durchführung obliege dem Gericht.

In **6** Einrichtungen erfolgten Anhörungen auch **per Skype** o.ä.

Persönliche Anhörungen unter Einhaltung der Hygienevorschriften: **Ja: 40** .

Im Außenbereich der Einrichtung: **15** Antworten

Trennung durch eine Glasscheibe: **19** Antworten

unmittelbarer Kontakt unter Verwendung von Abstand und Mund-Nasenschutz angegeben:

32 Antworten.

9. *Mögliche Konsequenzen für den weiteren Betrieb der Einrichtung*

9.1. Bauliche Veränderungen als Konsequenz aus der Pandemieerfahrung für die Einrichtung (z.B. **konsequente Trennung bestimmter Wohnbereiche, verstärkte Einzelzimmerbelegung** etc.) wurden in **12 Fällen als explizit erforderlich** angesehen.

In **44** Einrichtungen war das **nicht** der Fall.

3 Antwortbögen blieben unklar.

9.2. **Belegung**

Abnahme erwartet: **16 Wohneinrichtungen** und **2 Kliniken** (auf Grund von Aufnahmestopp)

und verstärkter Einzelzimmerbelegung)

Zunahme: 4

Keine Veränderung: 34 (1 Fall nicht zuzuordnen).

9.3. **Personalausstattung**

Abnahme erwarten **8 Einrichtungen**, z.T. auch unter Berücksichtigung möglicher infektionsbedingter Ausfälle von Personal.

Aufstockung: 6 Einrichtungen

Keine Änderung: 44 Einrichtungen. (1 Antwort unklar).

9.4. **49 Einrichtungen** sehen die **wirtschaftliche Absicherung** ihrer Einrichtung als gegeben an, für **5** scheint das jedenfalls **teilweise** so zu sein. Die übrigen haben Sorgen.

Auswertung: Dr. med. Manfred Koller, Göttingen, 06.11.2020

bzw. 03.03.2021 (Bericht vor dem Psychiatrieausschuss)

Auswertung 2021

Eingang der Bögen bis 12. Juni 2021 berücksichtigt

Anzahl angeschriebene Einrichtungen: 74, sämtlich aus dem Zuständigkeitsbereich der Besuchskommission für den Bezirk Braunschweig.

Anzahl eingegangener Bögen: 38, davon einer unvollständig übermittelt

37 Bögen wurden ausgewertet. Dabei waren nicht alle Bögen vollständig ausgefüllt bzw. waren in ihrer Aussage missverständlich. Dies wurde in der Auswertung mit einem Fragezeichen (O ?) gekennzeichnet.

Kliniken waren im Gegensatz zur ersten Befragung der BK Braunschweig bei den Antworten nicht vertreten. Es waren diesmal auch nur 74 Einrichtungen (in der Voruntersuchung 91) angeschrieben worden, weil solche etwa mit nur ambulantem Angebot nicht mehr Berücksichtigung fanden,

Anzahl der Bewohner/ Bewohnerinnen:

Nach den Angaben auf den Bögen waren in den befragten 37 Einrichtungen 3885 Menschen untergebracht. Bei drei Einrichtungen waren diese Zahlen nicht angegeben, konnten also in der Summe nicht berücksichtigt werden. Bei einer dieser drei Einrichtungen handelte es sich um ein Kinderhaus. Bei einigen der Einrichtungen war die Anzahl der Bewohnerinnen/Bewohner nur aus der angegebenen Einzel- bzw. Doppelzimmerbelegung zur berechnen.

Es erscheint nicht sinnvoll, eine Durchschnittsbelegung pro Einrichtung zu ermitteln. Die Spannweite der Angaben zur Belegung wies eine Breite von 8 (Minimum) bis 821 (Maximum) von Bewohnerinnen und Bewohnern aus.

Davon gesetzlich untergebracht waren nach Angaben in den Bögen **259 Personen**. Diese Zahl ist jedoch nicht als zuverlässig anzusehen, da der Begriff gesetzliche Unterbringung möglicherweise missverständlich war. Gemeint waren Unterbringungen nach dem Betreuungsgesetz. Nicht alle Unterbringungsgenehmigungen sind in jedem Fall mit einer geschlossenen Unterbringung gleichzusetzen. Es wird vermutet, dass hier einige Angaben unvollständig geblieben sind. Auf der anderen Seite gab eine Einrichtung an, dass alle 125 dort lebenden Personen gesetzlich untergebracht seien, was auch hiesiger Kenntnis des Charakters der Einrichtung nur bedeuten kann, dass hier gesetzliche Betreuungen eingerichtet sind. In Frage wären auch Unterbringungen etwa im Sinne eines Probewohnens im Rahmen des Maßregelvollzugsgesetzes zu sehen. Dies wurde hier jedoch nicht unterschieden. Die hier gezählten 259 Personen errechnen sich nur aus solchen Einrichtungen, die zwischen gesetzlich unterbrachten und anderen Bewohnerinnen/Bewohnern unterschieden.

Die inhaltlichen Fragen bezogen sich auf verschiedene Themenbereiche, die in der Auswertung in Gruppen zusammengefasst wurden:

1. Impfstatus					
Wie viele Bewohner/ Bewohnerinnen haben eine zweimalige Impfung gegen Covid 19 erhalten?					
O unter 80 %	11				
O 80- 89 %	5				
O über 90 %	20				
O ?	1				
2. Wie viele <i>Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen</i> haben eine zweimalige Impfung gegen Covid 19 erhalten?					
O unter 50 %	9				
O 50- 59 %	7				
O 60-69%	4				
O 70- 79 %	6				
O 80- 89 %	4				
O über 90%	6				
?	2				

Bei den mit einem Fragezeichen gekennzeichneten Angaben handelte es sich z.B. in einem Fall um eine Einrichtung für Kinder, bei denen eine Impfung nicht in Frage kam.

Kontakt zu Angehörigen, Freunden, Dritten (z.B. Seelsorgern, Hospizdiensten, Alltagsbegleitern)					
1. Tele- und digitale Kommunikation					
Ist telefonischer Kontakt im eigenen Zimmer jederzeit möglich?					
O ja	37				
O nein	0				
2. Sind Videotelefonate (Skype, Zoom u.Ä.) im eigenen Zimmer jederzeit möglich?					
O ja	27				
O nein	10				
3. Ist die Nutzung eines WLAN- Netzes möglich?					
O ja	29				
O nein	8				
4. Persönliche Kontakte					
Sind Möglichkeiten für einen Besuch von Angehörigen, Freunden, Dritten vorhanden?					
O ja	37				
O nein	0				
Wenn ja:					
5. Ist die Anzahl der Besucher beschränkt?					
O ja	25				
O nein	11				
O ?	1				

In einigen Fällen wurde berichtet, dass der telefonische Kontakt im Zimmer nicht über Festnetz, sondern über ein Mobiltelefon sichergestellt werden könne. Auch bei den Videotelefonaten wurde auf die Möglichkeit hingewiesen, hier mit Messengerdiensten auf dem Mobiltelefon eine Videotelefonat führen zu können. Das WLAN-Netz war in einzelnen Einrichtungen nicht in allen Räumlichkeiten zu nutzen, stand aber grundsätzlich zur Verfügung.

Soweit die die Zahl der Besucher als beschränkt angegeben wurde, bezog sich dies in aller Regel auf die vor Ort geltenden allgemeinen Verordnungen bei Corona: also etwa nur Personen aus einem Haushalt oder nicht mehr als 2-3 Personen.

Auf die Frage: „**Wer darf besuchen?**“ antworteten nicht alle Einrichtungen. Einschränkungen auf bestimmte Personenkreise (Angehörige, Freunde/ Nachbarn, Betreuer, Alltagsbegleiter) wurden jedoch dort, wo geantwortet wurde, nicht mitgeteilt. Lediglich eine der antwortenden Einrichtungen hatte die Alltagsbegleitet nicht angekreuzt.

1. Ist die Anzahl der Besuche beschränkt?							
O ja	4						
O nein	33						
2. Ist die zeitliche Höchstdauer des Besuchs geregelt?							
O ja	13						
O nein	24						
Wenn ja, Dauer:	in der Regel auf eine Stunde						
3. Müssen vor Besuchen Corona- Schnelltests durchgeführt werden?							
O ja	35						
O nein	1						
O teils/teils	1	hiermit war gemeint, dass dies bei vollständigem Impfschutz der Test entfallen kann.					
4. Führt Ihre Einrichtung diese Schnelltests aus?							
O ja	36						
O nein	1						
5. Können Besuche nur auf Voranmeldung erfolgen?							
O ja	29	Dies wird häufig mit der Organisation der Schnelltestdurchführung begründet.					
O nein	8						
6. Gelten allgemein eingeschränkte Besuchszeiten?							
O ja	15						
O nein	22						
7. Gibt es für Bewohner/ Bewohnerinnen, die sich in der Sterbephase befinden, besondere Besuchsregelungen?							
O ja	22						
O nein	13						
O?	2	Damit begründet, dass es sich um ein Kinderheim oder eines für jüngere Erwachsene handelt.					

Die allgemein eingeschränkten Besuchszeiten beziehen sich in vielen Fällen auf die Durchführung der Corona-Schutzmaßnahmen wie Testdurchführung, Begleitung in die Besuchsräumlichkeiten etc.

Die Frage nach der **Örtlichkeit des Besuchs** zeigte, dass bei Einzelbelegung in aller Regel der Besuch im Zimmer stattfinden kann (31 Antworten), aber mitunter zusätzlich auch andere Räume genutzt werden können (19 Antworten). Bei einer Mehrfachbelegung, die nicht in allen Einrichtungen vorgesehen ist, sollten häufiger vorgesehene Räume der Einrichtung genutzt werden (22 Antworten); es waren aber grundsätzlich auch Besuche in der eigenen Wohneinheit möglich (20 Antworten).

1. Kontakte innerhalb der Einrichtung									
Können die Bewohner/ Bewohnerinnen, die dazu in der Lage sind, die Mahlzeiten außerhalb ihrer Zimmer gemeinsam einnehmen?									
O ja	35								
O nein	2								
2. Gibt es gemeinsame Aktivitäten mit den bzw. für die Bewohner/ Bewohnerinnen?									
O ja	36								
O nein	1								
3. Finden für die Bewohner/ Bewohnerinnen Angebote externer Anbieter statt?									
O ja	20								
O nein	15								
O ?	2 nicht beantwortet								

Bei den gemeinsamen Aktivitäten handelt es sich um vielgestaltige Angebote, von Gymnastik über Musikgruppen, Außenaktivitäten, Musik-, Theater- und Zirkusvorstellungen als externe Angebote etc.

Bei den meisten Einrichtungen wurde bezüglich des zeitlich befristeten Verlassens der Einrichtung keine Einschränkungen angegeben.

Möglichkeiten der Bewohner/ Bewohnerinnen, die Einrichtung zu verlassen									
1. Ist die Eingangs- bzw. Ausgangstür ständig geöffnet?									
O ja	28	häufiger angegeben: außer nachts, Einlasskontrollen, Rezeption etc.							
O nein	6								
O teils/teils	3	Es gibt auch Einrichtungen, in denen Bewohner explizit geschlossen untergebracht sind							
2. Ist das Verlassen des Heimes zeitlich begrenzt?									
O ja	1								
O nein	36								
3. Dürfen Besuche der Bewohner/ Bewohnerinnen bei Angehörigen , Freunden, Dritten stattfinden?									
O ja	36								
O teilweise	1	Verweis auf Coronalage							
4. Können Bewohner/ Bewohnerinnen selbständig Einkäufe außerhalb der Einrichtung tätigen?									
O ja	35								
O nein	1	Kindereinrichtung							
O teilweise	1								

Unter welchen Voraussetzungen wird einrichtungsinterne **Isolation** von heimkehrenden Bewohnern/ Bewohnerinnen vorgenommen? Bitte um kurze Beschreibung. Hier wird, wo das überhaupt bestätigt wird, auf die jeweiligen coronabedingten Anordnungen der Gesundheitsämter bzw. der örtlichen Behörden verwiesen, zumeist aber als generelle Regelung, nicht unbedingt erkennbar, dass das aktuell tatsächlich so wäre.

Einrichtungsinterne Einschränkungen bei bestehender 2-fach Impfung									
1. Besteht für die Bewohner/ Bewohnerinnen bei Verlassen des eigenen Zimmers Maskenpflicht?									
O ja	10								
O nein	22								
O ?	5								

Sodann wurde gefragt, ob, und wenn ja, welche bei der Rückkehr von Bewohnerinnen/Bewohnern in das Heim, Maßnahmen zur Vermeidung von Infektionen getroffen wurden. Diese waren in den meisten Fällen als Angebot, jedoch nicht verpflichtend vorhanden. Alle Einrichtungen verfügten über Möglichkeiten zur Händedesinfektion, etwa die Hälfte der Einrichtungen bot auch Schnelltest für Rückkehrer*innen an. Ein kleiner Teil achtete auch auf mögliche Krankheitssymptome oder maß die Temperatur.

5. Gibt es Maßnahmen bei der Rückkehr des Bewohners/ der Bewohnerin in die Einrichtung?			
O ja	34		
O nein	3		
Wenn ja:	O Testung mit Schnelltest	18	
	O Händedesinfektion	37	
	O Sonstige:	5	Hier sind z.B. Temperatur- Vitalzeichenkontrollen gemeint. X
6. Können Besuche bei Ärzten auch außerhalb akuter Erkrankungen, Physiotherapeuten, Logopäden pp. uneingeschränkt stattfinden?			
O ja	35		
O nein	1		
O sonstige	1		Hier sei die Versorgung durch Hausbesuche im Heim sichergestellt.
7. Gibt es ärztlicherseits einschränkende Maßnahmen (z.B. bei an Demenz Erkrankten)?			
O ja			
O nein	31		
O ?	6		
8. Kann durch die Einrichtung erforderliche Begleitung zu externen Arzt- und Therapiebesuchen gewährleistet werden?			
O ja	32		
O nein	4		
O teilweise	1		
9. Gibt es hausintern organisierte/ begleitete Aufenthalte im Freien?			
O ja	34		
O nein	2		
O ?	1		

Es wurde dann auch gefragt, ob auch vollständigem Impfschutz in der Einrichtung weiter Sicherheitsmaßnahmen vorgegeben wurden, hier erfragt am Beispiel der Maskenpflicht.

Einrichtungsinterne Einschränkungen bei bestehender 2-fach Impfung			
1. Besteht für die Bewohner/ Bewohnerinnen bei Verlassen des eigenen Zimmers Maskenpflicht?			
O ja	10		
O nein	22		
O ?	5		

Zustimmung zu Untersuchungen wie Schnelltests			
1. Werden bei den Bewohnern/ Bewohnerinnen Schnelltests durchgeführt?			
O ja	33		
O nein	0		
O nur bei Sym	3		
O ?	1		
2. Zustimmung des Betreuers/der Betreuerin bzw. des/der Bevollmächtigten jeweils beim Bewohner/ bei der Bewohnerin abgefragt?			
O ja	33		
O nein	3		
O ?	1		
3. Wird im Falle der Ablehnung durch den Bewohner/ die Bewohnerin der Betreuer/ die Betreuerin bzw. der Bevollmächtigte/ die Bevollmächtigte hinzugezogen			
O ja	23		
O nein	12		
O ?	2		
4. Gibt es schriftliche Anweisungen an das Personal für den Fall der Ablehnung durch den Bewohner/ die Bewohnerin?			
O ja	17		
O nein	13		
O ?	7		
Rechtliche Betreuung/ Bevollmächtigung			
1. Besteht für Betreuer/ Betreuerinnen bzw. Bevollmächtigte jederzeit die Möglichkeit, den Bewohner/ die Bewohnerin in seinem/ ihrem eigenen Wohnumfeld aufzusuche			
O ja	35		
O nein	1		
O teils/teils	1		
2. Wird der Betreuer/ die Betreuerin bzw. der/ die Bevollmächtigte in alle im Zusammenhang mit Corona stehenden Aufklärungen und Entscheidungen einbezogen?			
O ja	35		
O nein	1		
O ?			

Insgesamt entstand der Eindruck, dass sich jedenfalls die Einrichtungen, die auf die Fragen der Besuchskommission geantwortet haben, sich gründlich und nachvollziehbar mit dem Problem der Coronapandemie auseinandergesetzt haben und angemessene Vorkehrungen getroffen haben.

In einigen Bereichen gab es auch Auffassungsunterschiede zwischen verschiedenen Einrichtungen, etwa was die Betreuer*innenbeteiligung etwa bei Schnelltests betraf.

Die antwortenden Einrichtungen waren allerdings auch sehr unterschiedlich, was ihre Größe und Alter der dort betreuten Personen betraf. Damit kann die Individualität des Umgangs jedenfalls teilweise nachvollzogen werden.

Vorläufiger Stand der Auswertung: 30.06.2021.

Dr. med. Manfred Koller