

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

25. Tätigkeitsbericht 2009



Niedersachsen

25. Tätigkeitsbericht

**des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen
Krankenversorgung des Landes Niedersachsen für das Jahr 2009**

Inhalt:

1. Auftrag und Grundlagen
 2. Arbeit des Ausschusses im Jahr 2009
 3. Stellungnahmen
 4. Schwerpunktthemen
 - 4.1. Novellierung des NPsychKG und des Nds.MVollzG
 - 4.2. Versorgung von Kindern und Jugendlichen
 - 4.3. Ambulante Versorgung
 - 4.4. Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen in Heimen
 - 4.4.1. Rechtliche und administrative Grundlagen
 - 4.4.2. Beratungen im Psychiatrie-Ausschuss
 - 4.5. Besondere Problemkonstellationen
 5. Arbeit der Besuchskommissionen im Jahr 2009
 - 5.1. Positive Beispiele
 - 5.2. Ermächtigung sozialpsychiatrischer Dienste: Fallbeispiel
 - 5.3. Heimeinrichtungen, Auswertung und Beispiele
 - 5.4. Kooperation seitens der Einrichtungen
 - 5.5. Kliniken: Auswertung und Beispiele
 - 5.6. Maßregelvollzug und Forensik
 - 5.7. Sonstige Beobachtungen
 6. Ausblick und Schlussbemerkung
- Anhang: Personelle Zusammensetzung des Ausschusses
-

Dieser Bericht ergeht gem. § 30 Abs. 7 NPsychKG an den Niedersächsischen Landtag und das zuständige Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, im folgenden kurz „Sozialministerium“. Er wurde in der Sitzung am 26. Mai 2010 beschlossen. Dem Landtag werden darüber hinaus die nicht öffentlichen Jahresberichte der Besuchskommissionen für das Jahr 2009 vorgelegt.

1. Auftrag und Grundlagen

Die Arbeit des Ausschusses und der Besuchskommissionen soll in ihren strukturellen Grundlagen in kurzer Zusammenfassung in Erinnerung gerufen werden. Einzelheiten sind auf www.psychiatrie.niedersachsen.de und im Niedersächsischen Vorschrifteninformationssystem VORIS nachzulesen oder können bei der Geschäftsstelle abgefragt werden.

§ 30 NPsychKG konstituiert als ehrenamtlich und weisungsunabhängig tätiges Organ den Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Niedersachsen, im folgenden kurz „Ausschuss“ und erteilt den Auftrag, die Betreuung und Behandlung der Personen zu prüfen, die infolge einer psychischen Störung krank oder behindert sind oder gewesen sind oder bei denen Anzeichen für eine solche Krankheit oder Behinderung bestehen und für die Belange dieses Personenkreises einzutreten sowie in der Bevölkerung Verständnis für dessen Lage zu wecken.

Dazu bildet der Ausschuss ehrenamtliche und weisungsunabhängig tätige **Besuchskommissionen**. Sie sollen die mit dem Personenkreis befassten Krankenhäuser und Einrichtungen jährlich besuchen und auch mit Betroffenen sprechen. Sie können dies ohne Anmeldung durchführen. Sie berichten dem Ausschuss über Mängelfeststellungen und Verbesserungsmöglichkeiten, beraten solche mit den Leitungen der besuchten Einrichtungen. Die Einrichtungen sind u.a. verpflichtet, die Besuchstätigkeit zu unterstützen, sie sind auskunftspflichtig, haben Akteneinsicht zu gewähren, bei Zustimmung von betroffener Seite Einsicht in Krankenunterlagen zu geben. Die sechs regional organisierten Besuchskommissionen und eine besondere Besuchskommission für den Maßregelvollzug versehen mit ihrer Prüf- und Beratungstätigkeit vor Ort die Kernaufgaben des § 30 NPsychKG.

In der **Verordnung** über Gremien für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung vom 20.7.2001 werden unter anderem Zusammensetzung, Aufgaben, Verfahren geregelt. Danach obliegt es dem Ausschuss, sich über die Verhältnisse betreuter und behandelter Personen sowie über die Arbeit der Personen, Behörden und Einrichtungen, die diese Betreuung oder Behandlung wahrnehmen, zu unterrichten, die allgemeinen Bedingungen der Betreuung und Behandlung, die personelle und materielle Ausstattung sowie die Zusammenarbeit der beteiligten Anbieter von Hilfen nach § 10 Abs. 1 NPsychKG zu prüfen, die zuständigen Behörden über festgestellte Mängel zu informieren und darauf hinzuwirken, dass diese beseitigt werden. Er hat das Sozialministerium und die sonst betroffenen Personen, Behörden und Einrichtungen zu beraten, die Öffentlichkeit über aktuelle oder allgemein interessierende Fragen seiner Tätigkeit zu unterrichten und dazu öffentlich Stellungnahmen abzugeben, und er hat Belange von Laieninitiativen und entsprechenden Arbeitsgemeinschaften zu berücksichtigen.

Der Begriff der Einrichtungen ist weit gefasst und umschließt neben psychiatrischen Krankenhäusern und Kliniken auch komplementäre und Heimeinrichtungen und ambulante Dienste, unabhängig von der Trägerschaft und Rechtsform. Auch Alten- und Pflegeheime, in denen demenzkranke Personen betreut werden, gehören dazu, weil auch diese zu den in § 1 NPsychKG bezeichneten psychischen Störungen gehören, ebenso wie Einrichtungen für psychisch gestörte Kinder und Jugendliche. Zu letzteren zählen auch Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen.

Die vom Sozialministerium berufenen 17 Ausschussmitglieder und ihre Vertreter sind entsprechend einer aufgrund der Gremienverordnung vorgegebenen **Geschäftsordnung** ehrenamtlich und weisungsungebunden tätig. Gleiches gilt für die aus insgesamt über 83 Mitgliedern und Vertretern gebildeten Besuchskommissionen. Die Gremien sind persönlich, multidisziplinär und mit einer repräsentativen Beteiligung von Kompetenz aus Psychiatrie, Pflege, Recht, Verwaltung und Wohlfahrt besetzt. Auch Betroffene und Angehörige sind vertreten. Die Besuchskommissionen nehmen in ihrem Zuständigkeitsbereich die Aufgaben entsprechend § 30 Abs. 2 NPsychKG i.V.m. § 6 Abs. 1 der Gremienverordnung wahr. Insofern haben sie vor Ort oder aufgabenbezogen die gleichen Rechte und Pflichten, die gesetzlich der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung hat. Sie prüfen bei Besuchen, ob bei allen Maßnahmen gegenüber den Betroffenen auf deren Zustand besondere Rücksicht genommen wird. Sie sollen dabei darauf achten, ob die Grundrechte der betroffenen Personen und der Datenschutz beachtet werden. Die Vorsitzenden der Besuchskommissionen nehmen an den Sitzungen des Ausschusses teil.

Das **Vorsitzende Mitglied** bzw. sein Vertreter handeln für den Ausschuss, leiten dessen Sitzungen, arbeiten mit den Besuchskommissionen und dem Sozialministerium zusammen und vertreten seine Aufgaben und Anliegen nach außen. Es besteht jederzeit eine enge Zusammenarbeit mit dem zuständigen Psychiatriereferat des Sozialministeriums. Der Vorsitzende ist beratendes Mitglied des Landesfachbeirates Psychiatrie.

Die **Geschäftsstelle** unterstützt diese Arbeit in fachlicher Zuordnung zum Ausschussvorsitzenden als Drehscheibe zwischen den beteiligten Stellen und stellt insbesondere die organisatorische Infrastruktur für die Arbeit der Besuchskommissionen dar. Sie ist organisatorisch dem Niedersächsischen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (im folgenden kurz „Landessozialamt“) zugeordnet. Zu den Aufgaben gehören Koordination, Organisation und Schriftführung von Sitzungen und Besuchen, rechtliche Prüfung von Verfahrensfragen, Informationstransfer, Reisekostenabrechnung und Teilnahme an Besuchen der Besuchskommissionen in besonderen Fällen.

Vergleichbare Institutionen gibt es bundesweit.¹ Niedersachsen beschreitet seit Schaffung des NPsychKG einen strukturierten gesetzlich abgesicherten Weg auf der Basis des unabhängigen fachlich und institutionell breit abgesicherten Sachverständigen. Dieser Auftrag ist nicht vorrangig verwaltungsrechtlich und behördlich definiert, sondern offen für Wertungen und Interventionen im Interesse der Rechtssicherheit, Versorgungsqualität und der Würde der Betroffenen, und er ist ausdrücklich mit einem Beratungsauftrag gegenüber der Politik und mit Aufklärung der Öffentlichkeit verbunden.

2. Arbeit des Ausschusses im Jahr 2009

Die Arbeit des am 3.12.2008 neu berufenen Psychiatrie-Ausschusses stand im Zeichen der inhaltlichen und praktischen Kontinuität.

Die turnusmäßigen **Sitzungen** des Ausschusses am 25. Februar, am 6. Mai, am 2. September und 11. November behandelten die Berichte des Vorsitzenden, die Berichte der Vorsitzenden der Besuchskommissionen und Schwerpunktthemen sowie organisatorische und aktuelle Fragen.

Der Vorsitzende nahm unterstützt durch die Geschäftsstelle zu Anfragen aus dem Landtag, den Fraktionen, dem Sozialministerium, anderen Behörden und Einrichtungen Stellung, beriet sich mit den zuständigen Stellen und unterstützte oder beriet bei Bedarf die Vorsitzenden der Besuchskommissionen bei ihrer Aufgabenwahrnehmung.

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

Personelle Veränderungen bei Ausschussmitgliedern und Besuchskommissionen wurden umgesetzt. Die aktuellen Personenlisten sind auf der homepage des Ausschusses einsehbar.

Am 24. Juni 2009 bearbeitete der Ausschuss in seiner jährlichen **Konferenz** mit den Vorsitzenden und weiteren Mitgliedern der Besuchskommissionen Rechts- und Verfahrensfragen bei Besuchen von Einrichtungen, beim Umgang mit Beschwerden und Problemfällen und ging auf die Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung ein. Dabei wurden die Grundlagen der Psychiatrie-Personalverordnung, der Bundespflegesatzverordnung und die Weiterentwicklung durch das vom KHRG geforderte neue Entgeltsystem vorgetragen und beraten, ebenso wie die Personalbudgets und Personalbemessung in den Nds. Maßregelvollzugseinrichtungen. Es bestätigte sich, dass die bundesweiten

¹ Nach der Übersicht der 80. Gesundheitsministerkonferenz (TOP 1002, Anlage 2, Tabellenanhang S. 162) bestanden Ende 2005 vergleichbare Gremien in auf Landesebene (11 Bundesländer) oder auf kommunaler oder überkommunaler Ebene (14 und 2), dafür bestehen in 9 Bundesländern gesetzliche Grundlagen. Der Bericht macht keine Angaben für Hamburg, das jedoch mit § 23 HmbPsychKG eine ähnliche gesetzliche Regelung trifft wie in Niedersachsen.

Rahmenvorgaben des Leistungsrechts gerade beim SGB V stark auf die Situation im Lande durchschlagen, nicht nur bei der Krankenhausfinanzierung, sondern auch bei der ambulanten Versorgung und in den übrigen Sozialgesetzbüchern.

Auch und gerade im Jahr 2009 ist allen Besuchskommissionen, besonders ihren Vorsitzenden und übrigen Ehrenamtlichen, allen Ausschusmitgliedern und dem Sozialministerium sowie allen Kooperationspartnern, besonders dem Sozialministerium und dem Landessozialamt, vor allem aber der Geschäftsführerin Frau Heine herzlich für ihren hervorragenden Einsatz und die gute Zusammenarbeit zu danken.

3. Stellungnahmen

Öffentliche Stellungnahmen und Informationen ² ergingen

- durch einen Übersichtsbericht des Vorsitzenden im Niedersächsischen Ärzteblatt 9 (2009) Seite 12-13 zum Thema „Beraten und Aufklären – Rechtssicherheit und Qualität in der psychiatrischen Versorgung – Psychiatrieausschuss und Besuchskommissionen“ ³
- durch den auf der Internetseite veröffentlichten Beschluss des Ausschusses zur Videoüberwachung in geschlossenen psychiatrischen Einrichtungen vom 6.5.2009 ⁴,
- durch Vorbereitung eines Übersichtsbeitrages über „Rechtssicherheit und Qualität in der psychiatrischen Versorgung“ für das Anfang 2010 erschienene Jahrbuch Psychiatrie in Niedersachsen 2010. ⁵

Inhaltliche Aspekte werden in den nachfolgenden Abschnitten wiedergegeben.

Der am 6. Mai 2009 verabschiedete, an Landtag und Sozialministerium geleitete und vom Landtagspräsidenten veröffentlichte **24. Tätigkeitsbericht** des Ausschusses über das Berichtsjahr 2008 wurde am 16. September 2009 im Ausschuss für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit des Niedersächsischen Landtages eingehend beraten. Es bestand Gelegenheit für den Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden, diesen Bericht

² Ein Interview des Vorsitzenden zur Arbeit des Ausschusses und der Besuchskommissionen erschien aktuell in der Psychiatrie-Zeitung Der Eppendorfer 5 (2010), Seite 12.

³ http://www.haeverlag.de/nae/n_beitrag.php?id=2723 SPENGLER, A. (2009): Beraten und aufklären. Rechtssicherheit und Qualität in der psychiatrischen Versorgung – Psychiatrie-Ausschuss und Besuchskommissionen. Nds. Ärzteblatt 9: 12-13

⁴ http://www.psychiatrie.niedersachsen.de/live/live.php?navigation_id=220&article_id=468&psmand=3

⁵ SPENGLER, A., E. HÖFER (2010): Rechtssicherheit und Qualität in der psychiatrischen Versorgung. In: ELGETI, H. (Hg.): Psychiatrie in Niedersachsen. Band 3. Psychiatrie-Verlag, Bonn

umfassend darzustellen, auf aktuelle Fragen einzugehen und einen Ausblick zu formulieren.

Am 21. September 2009 wurde auf Anfrage des **Nds. Landtages** zu seiner Drucksache 16/809 – Entschließungsantrag der SPD-Fraktion vom 6.1.2009 „Daheim statt Heim“ eine ausführliche Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe abgegeben. Dabei war an eingehende Stellungnahmen des Ausschusses aus dem Jahr 2003, die Beschlusslage des Nds. Landtages vom Jahr 2002-2003 und frühere Tagungen und Tätigkeitsberichte des Ausschusses zu erinnern, die in seinem 24. Tätigkeitsbericht sachlich fortgeschrieben worden waren. Der Ausschuss hielt im Grundsatz an seinen Empfehlungen im 23. Tätigkeitsbericht fest. Er hielt fest, dass eine gemeinsame Fachkommission nicht eingesetzt wurde, ohne auf diese als einzigen möglichen Lösungsweg zu fixieren. Empfohlen wurden auf Landesebene eine erweiterte Qualitätsberichterstattung über das Leistungsgeschehen und eine aktive Beteiligung an der Weiterentwicklung auf der Bundesebene, wo sich die Arbeits- und Sozialministerkonferenz mit dem Thema seit längerem befasst.

Die vom **Nds. Landtag** zu seiner Drucksache 16/1742 erbetene Stellungnahme zu dem Entschließungsantrag der Fraktionen CDU und FDP vom 19.10.2009 gab der Ausschuss am 16.11.2009 im selben Sinne ab.

An das **Landessozialamt** wurde am 26.8.2009 im selben Sinne eine umfangreiche dienstinterne Stellungnahme über die Situation von Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen abgegeben.

Der Vorsitzende gab bei einer Anhörung der **SPD-Fraktion des Nds. Landtages** am 23.2.2009 zur Frage der Früherkennung und Prävention bei Alterssuiziden eine fachliche Expertise ab, vgl. Lt.Drs. 16/1843 vom 3.11.2009.

Der Vorsitzende berichtete am 30.6.2009 Frau Ministerin Ross-Luttmann über Auftrag und Praxis des Ausschusses und der Besuchskommissionen und vertrat die langjährig vertretenen Anliegen einer verbesserten Versorgungssituationen bei Eingliederungsmaßnahmen und in Heimen und einer besseren Rechtssicherheit bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen vor allem in Heimeinrichtungen. Gleiches wurde im Juli 2009 Frau Präsidentin Schröder beim Landessozialamt erläutert. Dort wurde erneut auf die gute Arbeit der Geschäftsstelle des Ausschusses und die Probleme ihrer personellen Ausstattung und steigenden Belastung hingewiesen.

Der Vorsitzende und stellvertretende Vorsitzende nahmen am 14. August 2009 bei der vom **Sozialministerium** ergangenen schriftlichen Anfrage zu dem Entwurf des neuen Niedersächsischen Heimbewohnerschutzgesetz Stellung. Hierzu wurde eine Erweiterung der Gesetzesziele in den Anforderungen angeregt, die an den Betrieb eines Heimes zu stellen sind, nämlich dahingehend, dass bei Durchführung geschlossener Unterbringungen gem. § 1906 Abs. 1-2 und unterbringungsähnlicher Maßnahmen gem. § 1906 Abs. 4 BGB zu gewährleisten ist, dass solche Maßnahmen rechtskonform nach Art und Dauer auf das unvermeidbare Maß beschränkt werden. Dem Sozialministerium wurde empfohlen, dies in geeigneter Weise rechtlich ausformuliert in die

Gesetzesvorbereitungen einzubringen. Der Umstand, dass nach Wegfall des § 22 des alten Heimgesetzes auf der Landesebene keine regelmäßigen Tätigkeitsberichte der Heimaufsicht mehr veröffentlicht werden, sondern dies der kommunalen Ebene überlassen bleibt, wurde problematisiert. Weiteres bleibt dem künftigen Gesetzesverfahren überlassen. Die Fach- und Rechtsfragen werden unten weiter behandelt werden.

Die in den Tätigkeitsberichten seit Jahren erhobene Forderung nach einer landesweiten Bestandsaufnahme und öffentlichen Qualitätsberichterstattung über die Versorgungsstrukturen, Leistungen und die Versorgungspraxis bei Eingliederungsmaßnahmen und Heimbetreuung für psychisch Behinderte und Kranke und die Empfehlung einer Fachkommission werden in den hierzu ergangenen Stellungnahmen jeweils angesprochen. Dies erstreckt sich auch auf die Forderung, die Praxis der Unterbringungen und unterbringungsähnlichen Maßnahmen, also der Zwangsmaßnahmen in allen Einrichtungstypen transparenter zu machen. Der Ausschuss wird diese Ziele auch auf dem Wege der konkreten kleinschritten Sacharbeit weiter verfolgen. Dies erscheint erforderlich, da dem Land nach geltendem Bundesrecht eine Angebots- und Bedarfssteuerung bei Heimplätzen rechtlich und faktisch nicht zur Verfügung steht. Dabei geht der Ausschuss davon aus, dass öffentliche Diskussionen über die Versorgung zunehmend im Licht des Verbraucherschutzes, der Partizipation der Betroffenen und ihrer Angehörigen, aber auch der internationalen Konventionen wie der UN-Behindertenkonvention verlaufen werden. Daher spricht viel dafür, dass das Land sich auch bei der Versorgung in Heimen mehr Transparenz schafft und Planungsgrundlagen zur Verfügung stellt.

Der Ausschuss verfolgt wie bisher eine zurückhaltende und sachlich informierende **Medienarbeit**, behält sich aber Stellungnahmen bei wichtigen Themen in seiner Zuständigkeit vor.

4. Schwerpunktthemen

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

4.1. Novellierung des NPsychKG und des Nds.MRVollzG

Der Ausschuss war bereits vorläufig in seinem 24. Tätigkeitsbericht in Kapitel 19 auf das **Urteil des Staatsgerichtshofes Bückeburg** StGH 2/07 vom 5.12.2008 eingegangen.⁶ Er hat die Entwicklung in seiner Sitzung am

⁶ Vereinfacht formuliert, sei festgehalten, dass das Urteil weit über eine Korrektur der Änderungen des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes hinausreicht, indem es wegen des Demokratieprinzips höhere Anforderungen an die personale und sachlich-inhaltliche Legitimation auch der Bediensteten aller beliebigen Krankenhausträger stellt, die im Bereich des NPsychKG grundrechtseinschränkende Maßnahmen ergreifen und durchführen. Es werden höhere Anforderungen an die persönliche Bestellung dieser Bediensteten und an die unmittelbare weisungsbefugte Fachaufsicht gestellt. Das Gericht hob auf die natürlichen

25.2.2009 nach einer Darstellung der rechtlichen Zusammenhänge durch das Sozialministerium eingehend beraten.

Die Bestellung von **Verwaltungsvollzugsbeamten** nicht nur für den Maßregelvollzug, sondern auch bei Anwendung des NPsychKG ist nicht nur von rechtlicher, sondern praktischer Bedeutung. Dabei sind der Einfluss des Landes auf die Auswahl, die Prüfung der Sachkunde und Zuverlässigkeit einschließlich der Qualifizierung und die Anleitung und Weisungsmöglichkeiten im Rahmen der Fachaufsicht sowie Berichtsmöglichkeiten durch die Vollzugsbeamten zu konkretisieren. Der Ausschuss hat dem Sozialministerium angeboten, bei der Ausformulierung der Novellen mitzuwirken. Abstimmungsgespräche führten 2009 zu ersten Überlegungen, über die vom Urteil her gesetzestechnischen Änderungen hinaus weitere Aktualisierungen und Klärungen in die Gesetzesnovelle zum NPsychKG einzubringen und dies seitens des Ausschusses auch auf der Ebene anschließender untergesetzlicher Regelungen zum Nds.MVollzG und NPsychKG zu konkretisieren. Das Gesetz ist bis zum 31.12.2010 zu novellieren. Weitere Einzelheiten sind während des laufenden Verfahrens nicht in diesem Bericht darzulegen. Der Ausschuss will keine unnötige formalisierte Bürokratisierung, sondern er dringt darauf, dass die Bestimmungen im Geiste des Gesetzes für die Betroffenen zu Rechtssicherheit und Versorgungsqualität beitragen.

Am 14. April 2010 konnte der Ausschuss mit einer eigenen differenzierten Stellungnahme gegenüber dem **Ausschuss für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit des Nds. Landtages** vortragen.

4.2. Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Die **Versorgung von Kindern und Jugendlichen** wurde als Schwerpunktthema immer wieder aufgegriffen. Die Behandlung auf allgemeinpsychiatrischen Krankenstationen war Gegenstand eines Berichtes, den Prof. Dr. Specht ⁷ seitens des Arbeitskreises für KJPP überlassen hatte und der zustimmend zur Kenntnis genommen wurde.

Zur Versorgung mit **Schulunterricht** während kinder- und jugendpsychiatrischer stationärer Behandlung: Das Thema beschäftigte Besuchskommissionen, den Niedersächsischen Arbeitskreis der Kinder- und Jugendpsychiater, das Sozialministerium, und es wurde in den Medien auch über das Jahr 2009 hinaus breit ventiliert, u.a. durch zwei Fernsehberichte. Der Ausschuss behandelte die Situation mit dem Ziel, aufgrund einer

Personen ab, die die grundrechtsrelevanten Eingriffe tatsächlich ausüben, also – auch im Notfall – anordnen und durchführen. Gefordert sind staatlicher Einfluss auf die Auswahl, Sachkunde und Zuverlässigkeit sowie Anleitung der Bediensteten und die eigenständige Berichtspflicht und Weisungsbindung der ärztlichen Leitungsebene. Dies gilt für alle Kliniken, denen nach § 15 NPsychKG der Vollzug von Unterbringungen übertragen ist, also auch alle „alten“ Einrichtungen und nicht nur für die vom Land veräußerten ehemaligen Landeskrankenhäuser.

⁷ Prof. Specht, langjähriges verdientes Mitglied des Ausschusses, verstarb am 27.1.2010.

aussagekräftigen und interpretationsfähigen Datengrundlage gegenüber der Schulpolitik, insbesondere dem zuständigen Kultusministerium gezielt zu intervenieren. Die Kritik, dass es durch flächendeckende Planvorgaben mit undifferenzierten Kürzungsaufgaben zu negativen Effekten bei Patienten und Angehörigen kommt, war substantiiert und wurde konkret benannt, auch im Kontakt mit dem Psychiatriereferat des Sozialministeriums. Verschlechterungen der Unterrichtssituation trafen einzelne Kliniken in der Größenordnung von 2/5 bis 1/2 der Stunden. Dieses Thema wurde unter Federführung von Dr. Niemeyer mit der Forderung nach einer Rücknahme der pauschalen Absenkung der Planvorgaben von durchschnittlich zwei Wochenstunden pro Patient und Rückführung auf ein bedarfsgerechtes Niveau weiterverfolgt. Das Kultusministerium stellte dem Ausschuss am 5.11.2009 aktuellere Daten über die Plan- und Ist-Zahlen zur Unterrichtsversorgung zur Verfügung. Die Beratungen konnten zwischenzeitlich in einer Sitzung am 3. März 2010 vertieft werden und sollen anschließend unter Beteiligung des Kultusministeriums und Beratung in Fachgremien nachhaltig und wirksam vorangebracht werden.

In seiner Sitzung am 11.11.2009 behandelte der Ausschuss eine umfangreiche Aufarbeitung zur **Versorgungslage** bei Kindern und Jugendlichen von Dr. Niemeyer. Trotz eines deutlichen Stadt-Land-Gefälles beschreiben viele Fachleute die ambulante Versorgung durch rund niedergelassene 70 Fachärzte in 53 Praxen sowie durch 14 Institutsambulanzen mittlerweile als regional befriedigend. Dies schließt regionale Versorgungslücken noch nicht aus.

Von den Ende 2009 verfügbaren 618 Krankenhausbetten sind 99 Krisenbetten mit besonderen Schutzmöglichkeiten geführt, weiterhin 142 tagesklinische Plätze. Die regionale Verteilung ist unausgeglichen. Landesweit kommt auf knapp 3.000 Minderjährige ein Bett. Die Unterbringung Minderjähriger auf Erwachsenenstationen ist zwar im Verlauf mehrerer Jahre nach Auskunft des Psychiatriereferates rückläufig von rund 540 (2001) auf unter 360 (2006) an 18 von 29 Kliniken. Die übrigen kommen ohne derartige Verlegung aus. Über die Hälfte der Patienten ist über 16 Jahre alt, weniger als die Hälfte kommt freiwillig. Oft bleibt es bei kurzen Interventionen. Nach wie vor folgen aus der Versorgungssituation unverträglich lange Wartezeiten bis zu 6 Monaten. Hier muss unverändert von einer Unterversorgung gesprochen werden.

Der Ausschuss bewertet Verzögerungen bei der Bettenplanung, die in der Verantwortung des Landes und der Gesetzlichen Krankenversicherung stehen, kritisch. Der Ausschuss unterstützt die Forderung der Fachleute, dass alle stationären KJPP-Einrichtungen in die Lage versetzt werden sollten, die Krisenpatienten ihrer Region selbst stationär zu versorgen.

Weitere Feststellungen zur Versorgungsqualität in den klinischen Einrichtungen finden sich im Kapitel 5.

4.3. Ambulante Versorgung

Den insgesamt 12 Einzelberichten von Besuchskommissionen über die sozialpsychiatrischen Dienste sind in mehreren Landesteilen Mängelanzeigen und kritische Hinweise zu entnehmen. Sie ergeben sich nach wie vor aus der

Tendenz der kommunalen Ebene, **sozialpsychiatrische Dienste** zu verschlanken, stärker in die bisherigen Gesundheitsämter einzubinden, unter ungenügender Abgrenzung der allgemeinen Aufgaben der Ärzte gegenüber den spezifischen Aufträgen des NPsychKG (übertragener Wirkungskreis) und dem Auftrag der Koordination sozialpsychiatrischer Verbände. Dabei werden teilweise Personaleinsparungen realisiert, teilweise keine Bedingungen geschaffen, die es geeigneten Fachärzten erleichtern würden, hier ihre Berufsaufgabe zu finden. Landesweite gleiche Standards und ihre Einhaltung scheinen in weiter Ferne zu liegen. Dies wird auch an der uneinheitlichen Handhabung von Hilfeforenzen sichtbar, soweit diese durchgeführt werden.

Der Ausschuss sieht die Situation der sozialpsychiatrischen Dienste mit Sorge und erkennt, dass deren Aufgabe nicht überall in ihrer nachhaltigen positiven Wirkung für die Kommunen verstanden und konsequent verfolgt wird. Der Psychiatrieausschuss sieht insbesondere das zuständige Ministerium in der Pflicht, in geeigneter Weise auf die Kommunen Einfluss zu nehmen, um die Absicht des NPsychKG landesweit zu verwirklichen.

Der Ausschuss nahm mit Dank und zustimmend eine Detailklärung der Besuchskommission Weser-Ems Nord zu Fragen des **Datenschutzes** in Sozialpsychiatrischen Diensten zur Kenntnis, die deren Vorsitzender Herr Bangen am 2. Juli 2009 mit dem Nds. Landesbeauftragten für den Datenschutz beraten und festgehalten hatte. Dabei ging es unter anderem um die Abgrenzung der sozialpsychiatrischen Dienste gegenüber den ehemaligen Gesundheitsämtern. Es wurde geklärt, dass die Dienste ihre Aufgaben im übertragenen Wirkungskreis erledigen und Teilaufgaben nach dem NPsychKG eigenständig wahrnehmen. Daraus folgende Zuständigkeits- und Schweigepflichtfragen wurden geklärt. Es besteht jedoch Grund zur Sorge, dass diese Maßstäbe hier und da an der Praxis vor Ort gemessen abstrakt bleiben.

Der Ausschuss beriet gestützt auf ein Referat von Dr. Beutler über die Auswirkungen der Budgetrichtlinien bei der Medikamentenverordnung auf die Honorarsituation und Leistungsfähigkeit psychiatrischer und nervenärztlicher **Vertragsarztpraxen**. Der Ausschuss teilt die dringende Sorge, dass Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber den Praxen durch ihre Intransparenz und durch die Auswirkungen bundesgesetzlicher Vorgaben zu einer Rationierung von Leistungen gerade bei psychisch Kranken und zu einer im Einzelfall existenzgefährdenden, grundsätzlich aber überall bestehenden Belastung der Leistungsfähigkeit der Vertragsfachärzte führen, zumal erhebliche Regressdrohungen aus den Jahren ab 2001 im Raum standen, auch wenn ein Landesvertrag mit den Kassen seit 2007 das Regressrisiko auf alle Mitglieder verteilt. Die Situation bleibt auch über 2009 hinaus zu beobachten, auch wenn sich die Honorarsituation der nervenärztlich psychiatrischen Praxen 2009 nach den regelmäßig im Niedersächsischen Ärzteblatt veröffentlichten Statistiken deutlich verbessert hat. Da sich für 2010 erneute Rückschritte andeuten, bleibt die Situation zu beobachten.

Nach wie vor gibt es nach Berichten der Besuchskommissionen einzelne Landkreise im Norden und Südosten des Landes, in denen überhaupt kein

Vertragsarzt psychiatrisch oder nervenärztlich niedergelassen ist. Bisher vorliegende Aussagen der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Bedarfsdeckung klären das Bild nicht auf, weil sie die gesamte Gruppe psychiatrisch-nervenärztlich tätiger Ärzte zusammenfassen und nur Vertragsarztsitze zählen. Entgegen Ankündigungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung schon vor 2009 hat nach Auskunft auch der Berufsverband Niedergelassener Nervenärzte in Niedersachsen selbst kein kleinräumiges detailliertes Lagebild über die tatsächliche psychiatrische und vertragspsychotherapeutische Versorgung, aus dem hervorginge, welche Versorgungsleistung nach Fällen für die Landkreise und Städte von welchen Facharztgruppen erbracht wird und wie die Praxissitze ihre Leistung auf neurologische, psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen aufteilen. Zugleich sind ermangels eigener Initiative oder Zulassungspraxis persönliche Ermächtigungen für Klinikärzte oder Ärzte an sozialpsychiatrischen Diensten nur in wenigen Regionen erteilt. Die Folge ist eine konkrete **Unterversorgung** mit unzumutbaren Wartezeiten und Fahrtstrecken für Betroffene und ihre Familien. Es besteht dringender Aufklärungsbedarf, dabei sollten auch die Daten der Krankenkassen zugezogen werden.

Die Situation der **übrigen ambulanten Versorgung** durch psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) stand 2009 nicht im Fokus, da die Vertragssituation und Bedarfsdeckung in Niedersachsen bis dahin als gut zu bewerten waren und eine Veränderung bei den Rahmenbedingungen durch Neuverhandlung der Verträge zu § 118 Abs. 2 SGB V (Zulassung der Institutsambulanzen an psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern) zwischen den Organen der Selbstverwaltung in Berlin noch nicht absehbar waren.⁸ Allerdings sind die PIA nicht flächendeckend und nicht ohne Einschränkung ihrer Zulassung und Indikation erreichbar und zuständig.

4.4. Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen in Heimen

Der Ausschuss befasste sich aufgrund von Hinweisen der Besuchskommissionen wiederholt mit den Rechtsgrundlagen und der Anwendungspraxis von **geschlossener Unterbringung und Fixierungen** und sonstigen unterbringungsähnlichen Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen.⁹ Seinem gesetzlichen Auftrag gemäß reicht dies über die direkte Prüftätigkeit bei der Anwendung des NPsychKG in psychiatrischen Krankenhäusern hinaus und erstreckt sich auf Zwangsmaßnahmen bei Demenzkranken, die nach dem Vormundschaftsrecht durchgeführt werden, auch in Heimeinrichtungen. Die vormundschaftsrechtlichen Grundlagen sind formal klar. Ohne dass hier Details ausgebreitet werden können, soll stichwortartig resumiert werden:

⁸ Diese wurden im April 2010 zwischen Deutscher Krankenhausgesellschaft, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband mit einem neuen Vertragswerk abgeschlossen. Vgl. http://www.gkv-spitzenverband.de/KH_Ambulante_Leistungen_PIA.gkvnet

⁹ Eine allgemeinverständliche Übersicht der rechtlichen Grundlagen findet sich zusammen mit Anwendungsstatistiken in den Bundesländern unter <http://wiki.btprax.de/Unterbringung>

4.4.1. Rechtliche und administrative Grundlagen

Geschlossene Unterbringungen gem. § 1906 Abs. 1-2 BGB, die der Betreuer mit Genehmigung des zuständigen früheren Vormundschaftsgerichtes, jetzt Betreuungsgerichtes durchführt, werden praktisch in den Einrichtungen vollzogen und ausgestaltet. Das Verfahrensrecht ist seit dem 1.9.2009 im ehemaligen FGG, jetzt FamFG vorgegeben.¹⁰

Neben den Aufgaben der Betreuer bestehen Zuständigkeiten der Betreuungsgerichte, der örtlichen Heimaufsicht, aber auch des Medizinischen Dienstes der Pflegekassen. Fragen der Durchführung und praktischen Ausgestaltung obliegen aufgrund der Heimgesetzgebung den Heimleitungen, die durch ihr Pflegepersonal handeln. Grundlage der Genehmigungen durch die zuständigen Amtsrichter sind ärztliche Zeugnisse oder Gutachten. Im ambulanten Bereich gilt grundsätzlich dasselbe. Die Durchführungspraxis ist auf der Ebene pflegerischer Praxis verankert und in der Pflegedokumentation festzuhalten, aber in den Einrichtungen je nach Vorgaben der Träger organisiert und umgesetzt.

In psychiatrischen (und kinder-jugendpsychiatrischen Kliniken) gilt dasselbe materielle Recht. Dort ist auch das NPsychKG anwendbar und fallweise vorrangig. Jedoch unterscheidet sich die Praxis erheblich von der in Heimen: In den Kliniken sind durch die vorgegebenen personellen Strukturen (ständige Erreichbarkeit eines Arztes) zeitnah gegeben und regelhaft individuell situationsbezogen angeordnet, im Verlauf engmaschig überwacht, protokolliert und in der Durchführung personenbezogen ausgestaltet (z.B. Defixierung). Beim NPsychKG ist die zeitliche Geltung einer ärztlichen Fixierungsanordnung nach geltender Erlasslage auf 24 Std. beschränkt. Dies wird in den Kliniken auch bei unterbringungsähnlichen Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB so praktiziert und war auch Gegenstand wissenschaftlicher und praktischer Untersuchungen.

Demgegenüber kann eine richterlich genehmigte Fixierungsanordnung durch den Betreuer in einem Heim ebenso wie ein Bettgitter tage- bis wochenlang durchgeführt werden. Auch in Heimen ist stets konkret zu entscheiden, ob es sich personenbezogen um geschlossene Unterbringung handelt. Ob Unterbringung praktisch vollzogen oder die Freiheit des Betroffenen beschnitten wird, etwa bei direkter oder verdeckter Zuschließung von Türen, Einfriedung von Gelände, besonders aber bei Anwendung von Überwachungssystemen und Trickschlössern sowie persönlicher Überwachung und Leitung, ist gerichtlich zu klären. Dies gilt auch bei Maßnahmen wie Bettgittern, die insgesamt als unterbringungsähnliche Maßnahmen gem. § 1906 Abs. 4 BGB dem richterlichen Genehmigungserfordernis unterliegen, also nicht nur bei

¹⁰ Seit dem 1.1.2009 gilt nach Inkrafttreten des FGG-Reformgesetzes das Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit FamFG. Eine Konkordanzliste der veränderten Paragraphen ist in der BtPrax 4 (2009) Seite 1-12 publiziert. Unverändert unterliegt auch das Verfahren nach dem NPsychKG diesem Recht.

körpernahen Fixierungen. Gegebenenfalls ist vorab die Genehmigungsbedürftigkeit richterlich zu klären.

Die Prüfungen der Situation erfolgen vor Ort je nach Auftrag der Handelnden, etwa Richter, Heimaufsicht oder Medizinischer Dienst. Sie müssen wegen der individuellen Befugnis eines Betreuers zur Anordnung durch das Gericht personenbezogen und nicht nach allgemeinem Augenschein pauschal entschieden werden. Auch haben die Besuchskommissionen bei der Prüfung der von Einrichtungen gefundenen, zunehmend technisierten und mehrfach verdeckten Arrangements die individuelle Auswirkung auf die Betroffenen zu beachten. Probleme bereitet dabei, dass die dabei auftretenden Fragen von den jeweils zuständigen Gerichten auch bei durchaus vergleichbaren Sachverhalten teilweise unterschiedlich beantwortet werden. Es erscheint daher notwendig, die Fragen des Genehmigungsbedürfnisses oder –Erfordernisses im Einzelfall klar zu stellen.

Das Landessozialamt stellte seinen gem. § 13 Abs. 1 Nr. 9 entwickelten Prüfbogen für die freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen zur Verfügung, der die inhaltlichen und formalen Anforderungen und die Dokumentation differenziert erfasst und bei heimaufsichtlicher Tätigkeit eingesetzt wurde.

Die für Fixierungen in den Niedersächsischen Landeskrankenhäusern geltenden Vorschriften des Landessozialamtes vom 23.10.1990, die vom Sozialministerium durch Erlass vom 3.9.1997 406.1-41544/32 fortgeschrieben wurden, und u.W. über die Kaufverträge bei Veräußerung der ehemaligen Landeskrankenhäuser auch fortgelten, wurden zugezogen. Sie definieren für den Krankenhausbereich insbesondere die Begrifflichkeit der Maßnahmen, der regelmäßiger oder längerdauernder Fixierungen i.S.d. § 17 Abs. 3 NPsychKG, setzen ein Verhältnismäßigkeitsgebot und Dokumentationspflichten.

Hier bestehen einrichtungsübergreifend Zuständigkeiten und Prüfaufgaben für den Psychiatrieausschuss und einrichtungsbezogen und personenbezogen für die Besuchskommissionen.

4.4.2. Beratung im Psychiatrie-Ausschuss

Der Ausschuss hat sich auch 2009 wiederholt mit diesen Themen befasst und ausgehend von Einzelfällen die Rechtsfragen und praktischen Belange beraten und vertieft. Er unterstützt Bemühungen, die Qualitätsstandards für die Begutachtung bei Unterbringungsverfahren zu verbessern.¹¹ Die Bearbeitung des Themas zielte 2009 auf eine Sondersitzung mit Experten, die nach Einladung des Freiburger Juristen und Pflegeforschers Prof. Dr. Klie terminbedingt erst am 3.2.2010 stattfinden konnte, der das bundesweite Projekt

11 Melchinger, H. (2006) Vorschläge für Qualitätsanforderungen an Verfahrensweisen bei Unterbringungen nach § 1906 BGB und Entwurf eines Instrumentes zur Dokumentation. Abschlußbericht, Medizinische Hochschule Hannover.

„ReduFix“ und Fragen der Vermeidung von Fixierungen auch in Heimen behandelte.

Die Beratungen des Ausschusses erstreckten sich auch auf eine klarere funktionale Trennung der Aufgaben zwischen Richter, Betreuer, Arzt, Heimleiter, Betroffenen und auf eine genaue Beurteilung durch die Besuchskommissionen. Es kommt nach den Beratungen nicht nur darauf an, ob Unterbringungen und unterbringungsähnliche Maßnahmen korrekt rechtlich begründet werden, sondern vor allem, dass sie in der täglichen Praxis tatsächlich schonend und auf das unvermeidbar notwendige Maß beschränkt durchgeführt und überwacht werden. Dazu gehört verpflichtend eine transparente und überprüfbare Dokumentation. Das Thema ist komplex, weil viele Einrichtungen und ihr Personal Haftungsfragen z.B. bei der Sturzvermeidung in den Vordergrund stellen und meinen, dass eine flexiblere individuellere Handhabung bei körpernahen Fixierungen zu einem personellen Mehraufwand führen würde.

Dieses Schwerpunktthema wird 2010 fortgeschrieben werden, weil es von grundrechtlicher Bedeutung ist und im Licht der UN-Behindertenkonvention neues Gewicht erhält.

Bei der Mehrzahl der besuchten Heimeinrichtungen (49 von 54) ergaben sich keine Beanstandungen. Ähnlich wie im Vorjahr waren nur vereinzelt Unklarheiten der Rechtsanwendung und Dokumentation bei Zwangsmaßnahmen, festzustellen. In anderen Fällen konnte gegenüber dem Vorjahr Verbesserung festgestellt oder Abhilfe geschaffen werden.

4.5. Besondere Problemkonstellationen

In Einzelfällen wurde ein merklicher **Widerstand** von Einrichtungen gegenüber der Prüftätigkeit und Beratung durch die Besuchskommission beobachtet, der zu Mehraufwand an rechtlicher und administrativer Klarstellung und individueller Überzeugungsarbeit führte. In einem Fall wurden ungenügend aufgeklärte Sachverhalte öffentlich streitig ausgetragen und konnten erst nach gemeinsamer Klärung im Konsens bewertet werden. Teilweise ist die Abklärung mit den zuständigen Behörden in kleinschrittigen Verwaltungsvollzügen erforderlich. Die Aufgabenstellung und Tätigkeit von Behörden wie Heimaufsicht oder Fachaufsicht des Sozialministeriums ist mit der der Besuchskommissionen und des Ausschusses wegen der unterschiedlichen rechtlichen Kontexte und Aufträge nicht deckungsgleich.

Videoüberwachung auf geschlossenen Stationen: Das Thema wurde wiederholt beraten. Es hatte in Nordrhein-Westfalen zu Auseinandersetzungen mit dem dortigen Sozialministerium geführt. Der Ausschuss beschloss die erwähnte öffentliche Stellungnahme und hat dies nach Beratung mit dem Psychiatriereferat mit internen Arbeitsgrundlagen und Empfehlungen für die Besuchskommissionen unterlegt, die in zwei Fällen inzwischen zur Klärung und Abhilfe herangezogen worden sind.

5. Arbeit der Besuchskommissionen im Jahr 2009

Insgesamt bewältigten die rund 80 beteiligten Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder auch im Jahr 2009 eine mit 115 Einsätzen umfangreiche Prüf- und Beratungstätigkeit mit Besuchen, Beratungen, Protokollierung und Schriftverkehr.

Diese Arbeit wurde intern tabellarisch ausgewertet. 46 von 115 Besuchen führten ausdrücklich zu positiven Beurteilungen. In 20 Besuchen fielen deutliche Personalprobleme auf, und zwar besonders bei Kliniken und sozialpsychiatrischen Diensten, auch im Maßregelvollzug. Deutliche räumlich-baulichen und konzeptionelle Probleme ergaben sich in den besuchten 54 Heimeinrichtungen und machten hier über 1/10 der Fälle aus. In zwei heilpädagogischen Einrichtungen sah die Besuchskommission keine eigene Zuständigkeit.

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

5.1. Positive Beispiele

Exemplarisch seien **positive Beispiele** erwähnt:

In Nordhorn, Grafschaft Bentheim, zeigte sich der sozialpsychiatrische Dienst trotz ungünstiger personeller Voraussetzungen sehr engagiert und erfolgreich in der Organisation der Hilfefunktionen.

Das Heim „Neue Burg“ in Nienburg-Langendamm überwand schwierige Akzeptanzprobleme bei Anliegern in seiner räumlichen Umgebung durch Bildung eines Beirates, Vertrauensbildung und Transparenz vor Ort.

Die Integrationswerkstatt in Osnabrück, Fa. OSNA-INTEG gGmbH entwickelte ein Konzept, bei dem in beeindruckender Weise Beschäftigung mit dem Betrieb eines Supermarktes verbunden wird.

Mit Hilfe der Besuchskommission Weser-Ems Nord gelang es, aus einer mehrjährig verfahrenen interinstitutionellen Blockadesituation heraus, die das Innenministerium und das Nachbarland Niederlande sowie verschiedene Behörden länger beschäftigt hatte, Absprachen zu erreichen, nach denen Betroffene im Fall einer notfallmäßigen Unterbringung nach NPsychKG künftig von der Nordseeinsel Borkum zeitnah und sicher auf das Festland gebracht werden können, ohne dass sich verschiedene Behörden und Transportdienste dieser Aufgabe verweigern. Auch im Landkreis Aurich konnte die Versorgung von Nordseeinseln im Konsens der beteiligten Stellen verbessert werden.

5.2. Ermächtigung sozialpsychiatrischer Dienste: Fallbeispiel

Der Ausschuss setzte sich am Beispiel der Region Hannover mit der Frage auseinander, ob die Bescheide der Zulassungsstellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen für die **Ermächtigung sozialpsychiatrischer Dienste** eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen. Dies wurde durch Sachstandsanfragen bei der zuständigen Bezirksstelle der KVN vertieft und das Anliegen der ermächtigten Ärzte wahrgenommen, ihre Versorgungsaufgaben für Patienten zu versehen, die anders nicht erreichbar sind. Gemeinsam mit Interventionen von anderer Seite wirkte der Ausschuss im Ergebnis mit darauf hin, dass die Ärzte am 1.10.2009 wieder über eine Behandlungsermächtigung verfügten.

Der Ausschuss bewertet kritisch, dass die Situation in anderen Landesteilen dadurch ungünstig ist, dass die Ärzte an sozialpsychiatrischen Diensten von wenigen Ausnahmen abgesehen überhaupt keine Behandlungsermächtigung haben, obwohl spezifische Bedarfe bestehen. Institutsambulanzen und einzelne sozialpsychiatrisch arbeitende Facharztpraxen können dies nicht für alle Personengruppen Betroffener ausgleichen.

5.3. Heimeinrichtungen, Auswertung und Beispiele

In mehreren Heimeinrichtungen und Kliniken konnten gegenüber früheren Besuchen **räumliche, organisatorische und bauliche Verbesserungen** festgestellt werden. In der Mehrzahl der Fälle wurde eine gute konzeptionelle und strukturelle Arbeit festgestellt und bestätigt. Die Besuche tragen teilweise zu einer Stärkung der Anliegen der Betroffenen und der Anbieter bei und haben beratenden Charakter. Einzelne Heimeinrichtungen stellten sich nach einem Trägerwechsel neu organisiert und mit verbessertem Konzept dar.

In einigen **Heimeinrichtungen** zeigten sich deutliche bauliche Mängel, ungenügende Konzepte, fehlende Angebote. Sehr vereinzelt bestanden grobe Organisationsdefizite. In je einem Fall erreichten Beschwerden und Rechtsstreitigkeiten in Heimen eine Größenordnung, die bereits zum Einschreiten der Heimaufsicht oder der Gerichte geführt hatte, so dass die Besuchskommissionen sich hier zurückhielten. In einem Fall wurden nach einem Brand Übergangslösungen als hinnehmbar eingestuft.

Die Gesamttendenz einer vom Land nicht steuerbaren und intransparenten Angebotsausweitung von Heim- und Eingliederungsplätzen wurde von mehreren Besuchskommissionen betont, wobei von Betreibern überregionale Akquisition betrieben und steigende Nachfrage ins Feld geführt wird, wobei der Entlassungsdruck aus Krankenhausbehandlung zunimmt.

Bei statistischer Betrachtung waren gravierende Personalprobleme letztlich nur in 3, jedoch konzeptionelle Probleme in 6, bauliche und Raumprobleme in 7 von 54 Heimen festzustellen. In zwei dieser Fälle mussten grobe bauliche Mängel gerügt werden, weil fehlgenutzte Kellerräume für Tagesstrukturierungen verwendet wurden. In einem Fall fehlte in einem Heim ein Gartenbereich. Hinzu kamen wenige Einzelfälle mit Unklarheiten bei Finanzierung, interner Organisation, Beschwerden. Vereinzelt wurde beobachtet, dass Heime nach wie vor überregional aufnehmen, um Belegungslücken zu schließen, oder aber ihr Konzept ändern, sich nicht korrekt als Heim- oder Eingliederungseinrichtung zuordnen lassen oder keine Prüf- und Leistungsvereinbarungen abgeschlossen haben.

5.4. Kooperation seitens der Einrichtungen

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

Der Eindruck des Vorjahres, dass vereinzelt Beratungsresistenz oder indirekte Blockade vorliegen, bestätigte sich fallweise leider auch im Jahr 2009. Die Besuchskommissionen waren erneut mit Einzelfällen konfrontiert, bei denen sich Verantwortliche erkennbar einer Besuchs- und Prüftätigkeit verwehrt haben.

Ein ambulanter Pflegedienst musste wiederholt auf die Rechtslage hingewiesen werden und war nur nach monatelangem Zögern bereit, unter Zuziehung seiner Anwälte einem Besuch mit Beratung seiner Arbeit zuzustimmen. Im Ergebnis wurden überschaubare Beanstandungen formuliert, denen weiter nachzugehen ist.

Der Geschäftsführer eines Altenzentrums in Wunstorf, in der Demenzkranke gepflegt werden, verwehrt der Besuchskommission Ende 2009 willentlich den Zutritt und forderte sie zum Verlassen des Hauses auf. Er unterstrich dies gegenüber dem Ausschuss in Kenntnis der Rechtslage brieflich. Ein konkreter prüfbedürftiger Sachverhalt war zuvor von der Pflegedienstleitung des Heimes geschildert worden. Nach schrittweiser rechtlicher Klärung, Befragung des zuständigen Gerichtes und Intervention der Heimaufsicht war der Besuchskommission erst im Frühjahr 2010 ein Besuch möglich. Hierzu kann erst zum späteren Zeitpunkt berichtet werden, wenn die Sach- und Rechtslage abschließend geklärt ist.

Eine DKR-Heimeinrichtung in Hannover stellt seit Jahren wiederholt festgestellte konzeptionelle und strukturelle Mängel nicht ab. In weiteren Einzelfällen zeigt sich indirekter und inhaltlicher Widerstand gegenüber Veränderungen.

Bei einem Pflegezentrum im Harz musste die Besuchskommission auf eine qualitative Fehlbelegung und konzeptionelle Mängel hinweisen, ohne dass dies zu erkennbaren Änderungen führte oder die örtlich zuständige Heimaufsicht auf Abhilfe drang. Die überwiegende Zahl von deutlich unter 60-jährigen Bewohnern, teilweise im Alter von unter 30 Jahren war meist durch Betreuer, zu etwa 2/3 aus fernerer Regionen überwiegend geschlossen untergebracht, in etlichen Fällen mit einer strafrechtlich-forensischen Vorgeschichte, ohne dass hierfür geeignete Betreuung, Beschäftigung oder Eingliederungskonzepte erkennbar waren. Ein als pädagogisch ausgegebenes sicherungs- und kontrollorientiertes System mit Belohnung und Bestrafung stellt sich in Verbindung mit starken externen Sicherungen nicht als Eingliederung dar, sondern sozialpsychiatrisch und rechtlich mehr als fragwürdig und konzeptionell untragbar. Tatsächlich benötigen die meisten Bewohner qualifizierte Eingliederung und ist verwahrende Pflege fehl am Platze. Die zuständigen Stellen wurden nochmals explizit angeschrieben und der Psychiatrie-Ausschuss will sich nach erneuter Mängelanzeige im laufenden Jahr 2010 gemeinsam mit Sozialministerium, Landessozialamt und weiteren Behörden mit der Einrichtung befassen.

5.5. Kliniken: Auswertung und Beispiele

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

Mit wenigen Ausnahmen zeigte sich dabei eine gut strukturierte, differenzierte, konzeptionell belastbare und patientenorientierte, rechtlich stets einwandfreie Arbeit.

Hier und da besteht noch der Eindruck einer wenig durchlässigen, eher traditionellen einrichtungszentrierten Versorgung. Überall ist die ambulante und teilstationäre Arbeit gut gewichtet. Die Zusammenarbeit mit dem ambulanten und komplementären Bereich funktioniert in der Regel gut. Sozialpsychiatrische, psychotherapeutische und personenorientierte Konzepte und die Vermeidung unnötigen Zwangs sind Standard. In der Praxis setzen sich teilweise Kliniktraditionen und etablierte Rollenverteilungen zwischen Berufsgruppen und in Hierarchien durch. Der Aufnahme- und Belegungsdruck ist teilweise erheblich. Die räumliche Situation ist zumeist gut bis ausreichend.

Insgesamt zeigen sich in 7 von 16 allgemein vollversorgenden Kliniken (ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie und ohne Rehabilitationskliniken) deutliche **Personalprobleme** und –Engpässe mit struktureller Auswirkung auf die Versorgungsqualität. Dies war unabhängig vom jeweiligen Träger zu beobachten. Der Eindruck, dass Überlastung des Personals bei scharfem Sparkurs die Gefahr von Erschöpfung und burn-out bis hin zu individuellen Fehlreaktionen generell erhöht, blieb den Besuchskommissionen vor Ort nicht verborgen. Gleiches gilt für ganz vereinzelte sicherungsorientierte Überreaktionen bei Fixierungen, geschlossener Unterbringung, verstärkten Absicherungs- und Überwachungsbedürfnissen oder bei der Vernachlässigung

des therapeutischen Gesprächs auf überlasteten Stationen: Hinter individuellen Faktoren bleiben die Rahmenbedingungen zu beachten, aber auch die Frage des kompetenten Managements und der fachlichen Leitung.

Mit der Problematik, dass geringer vergütetes **Fremdpersonal** aus Drittfirmen unter Verlust von Kontinuität und Qualifikation nicht nur in Heimen, sondern auch in einzelnen Krankenhäusern die Versorgungsqualität ungünstig beeinflussen kann, werden sich die Besuchskommissionen noch befassen müssen. Konkretisierte Mängelanzeigen gab es bei den Kliniken nicht, auf der Arbeitsebene ergaben sich aber einschlägige Hinweise aus kommerziell betriebenen Kliniken. Nur bei ganz wenigen Heimen zeigten sich problematische Konstellationen der Vernachlässigung von Versorgungsaufgaben unter ökonomischem Druck.

Teilweise erscheint nicht abgrenzbar, wo Probleme der Personalgewinnung aufhören und Probleme überzogener Gewinnentnahmen enden.

Die Belastung der Einrichtungen ist also sehr hoch, ökonomischer Druck ist spürbar. Transparenz über Geschäftspläne, Budgets und tatsächlichen Personaleinsatz war für die Besuchskommissionen in der Regel nicht erhältlich, trotz strukturierter Abfragen mit standardisierten Checklisten bzw. Fragebögen.

Diese allgemeine Einschätzung ist auf die besuchten **Kliniken für Kinder und Jugendpsychiatrie** übertragbar. Auf deren Belegungsdruck und Unterkapazität sowie auf die schulische Versorgung war oben allerdings hingewiesen worden. Durchgreifende Probleme bei Rehabilitationskliniken u.a. für Suchtkranke stellten sich nicht dar.

Der **Wechsel der Trägerschaft** bei den ehemaligen Landeskrankenhäusern, der zugleich auch mit einem formalen Wechsel der Landesbetriebe zu privatrechtlichen Gesellschaften mit veränderter Leitungsstruktur und Unternehmensphilosophie führte, scheint nach den Berichten der Besuchskommissionen als Faktor bei der Frage nach Versorgungsqualität und Rechtssicherheit nicht isoliert zu wirken und greift nicht flächendeckend durch. Von einer Verbesserung der Versorgungsqualität kann von einzelnen Vorhaben der Krankenhäuser abgesehen, die noch nicht abschließend zu bewerten sind, in der Breite nicht gesprochen werden. Die politisch gewollte und tatsächlich erreichte Trägervielfalt hat trotz bestehender fachlicher und Konferenzkontakte die gemeinsame Arbeit und Abstimmung nicht gefördert. Die Zusammenarbeit in den einzelnen Regionen funktioniert kollegial.

Für den Ausschuss ist das Thema der Folgen einer Ökonomisierung nach materieller Privatisierung mit der Veräußerung der ehemaligen Landeskrankenhäuser nicht erledigt, sondern bleibt auf der Beobachtungsliste. Maßstab der Bewertung wird auch künftig sein, ob und inwieweit erwirtschaftetes Geld im System bleibt und den Betroffenen investiv oder in der laufenden Arbeit zugute kommt.

Ein ehemaliges Landeskrankenhaus, das Ameos-Klinikum in Hildesheim wurde nach dem Trägerwechsel wiederholt besucht, nachdem länger keine tragfähige

ärztliche Personalbesetzung, insbesondere kein hauptamtliches vor Ort greifbares und somit verantwortungsfähiges ärztliches Direktoriat vorgehalten worden war. Mündliche Aussagen der Verantwortlichen führten mehrfach zu inhaltenden Erklärungen, fallweise auch offen eingestandenen Inkonsistenzen und Widersprüchen zur vorgefundenen Situation. Das Psychiatriereferat des Sozialministeriums war fachaufsichtlich tätig. Nach Neubesetzung der Ärztlichen Direktion, Nachbesetzung von Arztstellen und Vertrauensbildung im Personal zeichnet sich im konkreten Fall Besserung ab. Die Besuchskommission wird die Einrichtung weiter begleiten.

Bedauerliche, in der psychiatrischen Versorgung extrem seltene Komplikationen wie der Todesfall eines Patienten, die im Prinzip überall und immer vorkommen können, konnten am Beispiel eines Falles auf die individuellen Ausgangsbedingungen bei den Betroffenen und auf situative Faktoren zurückgeführt werden. Auch hier wirkten sich strukturelle Veränderungen nicht nachweisbar aus.

Atmosphärische Einflüsse veränderter Strukturen und Rahmenbedingungen, betriebliches Klima, therapeutische Kultur erscheinen nicht unbedeutend und sind erst langfristig durch Vertrauensbildung und Qualifizierung aufzuarbeiten.

5.6. Maßregelvollzug und Forensik

Die Besuchskommission für den **Maßregelvollzug** beschrieb bei ihren insgesamt 12 Besuchen wie in den vergangenen Jahren deutliche Problemzonen:

Die Anforderungen verdichten sich durch mehr Patienten, höhere Begleitstrafen bei suchtkranken Straftätern, jüngeres Alter der oft mehrfach gestörten und durch Kriminalität und Suchtverhalten auffälligen Patienten. Der Belegungszuwachs, der sich in den vergangenen Jahren wie im übrigen Bundesgebiet durch gesetzliche Vorgaben, erhöhte Sicherheitsbedürfnisse, zu geringe Entlassungsmöglichkeiten und überforderte Kapazitäten abzeichnete, konnte in Niedersachsen deutlich abgeflacht werden. Wie schon im Vorbericht angedeutet, wirken sich die verstärkten Anstrengungen für das Probewohnen und die forensischen Institutsambulanzen positiv auf die Rehabilitation und straffreie Wiedereingliederung von Patienten aus. Die Zuwachsdynamik mit mehr Einweisungen bei suchtkranken Straftätern scheint ungebremst.

Die Kontinuität, die Behandlungs- und Rechtskultur und die Pflege einer individuellen Arbeit mit den Patienten stehen in den Schwerpunkteinrichtungen und Abteilungen im Mittelpunkt, trotz unterschiedlicher Traditionen und Belegungsanforderungen. Problemfelder wie die Unterbringung von Frauen, Jugendlichen und von besonders fluchtgefährdeten und schwierigen Patienten werden weiter zu beachten sein.

Einzelprobleme traten auf bei einer als ungenügend bewerteten Bezahlung der Arbeit von Patienten sowie bei einer nicht ausreichenden Schulung und

Qualifizierung. Einzelne gravierende Beschwerdefälle seitens der Patienten wurden 2009 nicht berichtet.

Die Integration der forensischen Abteilungen in die unter neuer Trägerschaft geführten Fachkrankenhäuser ist formal meist komplikationslos gelungen. Dies gilt auch für die Zusammenarbeit mit den beim Land verbliebenen Bediensteten und der Fachaufsicht. Die Kontakte zwischen den Maßregelvollzugseinrichtungen und deren Zusammenarbeit mit der Justiz wirken funktional und erfolgreich.

Jedoch erschweren **Ärzte- und Personalmangel** in mehreren Vollzugseinrichtungen die Arbeit. In 8 von 12 Besuchen kam dies deutlich zum Vorschein.

Die zuständige Besuchskommission monierte wiederholt, dass das Land bei den Kaufverträgen mit den neuen Trägern Spielräume für eine personelle Unterbesetzung bis zu 90 v.H. belassen hatte und gab wiederholt der Sorge Ausdruck, dass diese zur Regel wird. Sorge besteht, dass das Land künftig ausgehend von einer derartigen unzureichenden „benchmark“ selbst Personalkürzungen realisieren könnte, die der Behandlung und Sicherheit abträglich und gegenüber den Untergebrachten rechtlich problematisch wären.

Der Ausschuss erinnert erneut daran, dass eine nachhaltige Begrenzung der Gesamtkosten langjährig nur durch eine qualitativ und quantitativ gute Personalausstattung erreichbar ist, die Sicherung durch gute Behandlung priorisiert und dadurch nicht in subjektiv aussichtslose, gefahrenträchtige und objektiv ineffiziente und unwirtschaftliche Dauerverwahrung einmündet.

Vergleiche mit dem Kerndatensatz des Maßregelvollzuges der Bundesländer und die Fachkompetenz im Ausschuss sollten bei der weiteren Planung gemeinsam mit den zuständigen Ministerien herangezogen werden. Die im Ausschuss versammelte juristische und therapeutisch-vollzugliche Kompetenz sollte bei der Gesamtplanung einbezogen sein.

5.7. Sonstige Beobachtungen

In drei Einrichtungen wurden Problemlagen beobachtet, die nach Einschätzung der Besuchskommission nicht von den Einrichtungen herrührten, sondern von externen Akteuren, etwa den beteiligten Kostenträgern oder Behörden.

Ein Heim kümmert sich um nicht mehr beschulbare, schwierig erreichbare Kinder und Jugendliche und berichtete glaubhaft, dass die zuständigen Jugendämter seltener Kostenzusagen gaben, ihre Klientel jedoch vermehrt heimatfern in andere Bundesländer entsenden, wo die Betreuung günstiger sei. Dem Fall wird vor Ort seitens der zuständigen Stellen nachgegangen werden.

6. Ausblick und Schlussbemerkung

Der Psychiatrieausschuss und die Besuchskommissionen blicken auf eine intensive, mit hohem Einsatz betriebene Arbeit zurück, deren Erfolg sich an den Verbesserungen in vielen Einrichtungen, in der guten Versorgungsqualität, der hohen Rechtssicherheit der psychiatrischen Versorgung im Lande bemisst, auch wenn er nicht immer zahlenmäßig nachweisbar ist und jenseits harter Fakten und formaler Schritte abspielt.

Die überschaubare Zahl von Mängeln und Problemen steht diesem Gesamturteil nicht entgegen. Sie ist als Grundlage für die Skandalisierung von Einzelfällen untauglich. Sie zeigt aber, wie wichtig diese Tätigkeit ist.

Der gesetzliche Auftrag, der in diesem Bericht nochmals verdeutlicht wurde, ist nicht der einer legalistisch-verwaltungsrechtlichen Prüftätigkeit, sondern personen- und wertorientiert auf die Versorgungsqualität und der Umsetzung von Recht und den Einsatz von Mitteln gerichtet. Dies ist verbunden mit der Sach- und Problemnähe der Besuchstätigkeit die Stärke der Arbeit. Hinzu kommen die Beratungsaufgaben, die dem Ausschuss gegenüber dem Land und der Öffentlichkeit obliegen. Die Arbeit wird 2010 wie im Jahr 2009 ihre Stärken in der überparteilichen, interdisziplinären und fachlich orientierten Perspektive behalten. Sie ist und bleibt lösungsorientiert. Wäre sie für alle Akteure bequem und reibungsfrei, müsste man fragen, ob der Auftrag des § 30 NPsychKG richtig wahrgenommen wurde.

Die weitere Entwicklung der makroökonomischen und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen, der Planungsgrundlagen, der Marktentwicklung und der Anforderungen des Verbraucherschutzes und des Rechts (auch mit Blick auf die UN-Behindertenkonvention) werden im Jahr 2010 und künftig beachtet werden. Dies wird die Bereiche der ambulanten Versorgung, der komplementären Dienste, die weitere Entwicklung im stationären Bereich, bei Kindern und Jugendlichen, aber auch bei Alterspatienten und bei der Anwendung von Zwang umfassen, aber immer wieder vor Ort in der praktischen Umsetzung und in der Auswirkung auf die Betroffenen abgefragt werden.

Hannover, 26. Mai 2010

Prof. Dr. med. Andreas Spengler

Anhang: Personelle Zusammensetzung des Ausschusses

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

Herausgeber:

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

Tel.: (05121) 304-385

Fax: (05121) 304-412

E-Mail: Brigitta.Heine@s.niedersachsen.de

Internet: www.psychiatrie.niedersachsen.de