

**Unterrichtung**

**Ausschuss für Angelegenheiten  
der psychiatrischen Krankenversorgung**

Hildesheim den 19. Juli 2000

An den  
Herrn Präsidenten des Niedersächsischen Landtages  
Hannover

**Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung gem. § 30 Abs. 7 NPsychKG**

Sehr geehrter Herr Präsident,

der Ausschuss hat in seiner Sitzung vom 14. Juni 2000 den 15. Bericht über seine Tätigkeit seit der konstituierenden Sitzung am 23. September 1998 und für das Jahr 1999 einstimmig beschlossen. Die Jahresberichte der Besuchskommissionen sind beigefügt.

Gemäß den Bestimmungen des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke übersende ich Ihnen anbei diesen Bericht.\*)

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Höfer  
Vorsitzender

---

\*) Die Berichte der Besuchskommissionen wurden an die Mitglieder des Ausschusses für Sozial- und Gesundheitswesen gesondert verteilt.

**15. Bericht**  
**des Ausschusses für Angelegenheiten**  
**der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen**  
**über seine Tätigkeit, insbesondere über die Feststellungen**  
**und Anforderungen der Besuchskommission**  
**seit der konstituierenden Sitzung am 23.09.1998**  
**für das Jahr 1999**

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Allgemeines .....	3
2. Sozialpsychiatrische Verbände .....	5
3. Ambulante Versorgung .....	5
3.1 Sozialpsychiatrische Dienste .....	5
3.2 Krisen- und Notfalldienst .....	6
3.3 Betreutes Wohnen .....	7
3.4 Ambulante Suchtkrankenversorgung .....	7
3.5 Ambulante Behandlung mit Neuroleptika und Antidepressiva der neueren Generation .....	7
4. Stationäre Versorgung .....	7
4.1 Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung .....	7
4.2 Stationäre Erwachsenenpsychiatrie .....	8
4.3 Maßregelvollzug .....	9
4.4 Heime .....	9

Anhang: Berichte der Besuchskommissionen<sup>\*)</sup>

---

<sup>\*)</sup> An die Mitglieder des Ausschusses für Sozial- und Gesundheitswesen gesondert verteilt.

## 1. Allgemeines

Nach seiner konstituierenden Sitzung am 23.09.1998 hat der Ausschuss im Jahr 1998 noch einmal getagt, im Jahre 1999 wurden drei Sitzungen durchgeführt.

Nach einer Findungsphase richtete der Ausschuss den Fokus auf die Unterstützung der kontinuierlich tätigen Besuchskommissionen und Versorgungsfragen. Er konnte sich dabei auf das große Engagement und die Kompetenz sowohl der in den Besuchskommissionen ehrenamtlich tätigen Mitglieder als auch der eigenen Mitglieder stützen. Die Zusammenarbeit mit dem Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, speziell dem Psychiatriereferat, und mit dem Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben sowie der dort angesiedelten Geschäftsstelle war der Tätigkeit des Ausschusses sehr förderlich. Mit großer Aufmerksamkeit waren die Ausschusssitzungen regelmäßig von dem Präsidenten des Landesamtes für Zentrale Soziale Aufgaben, Dr. Wunn, begleitet worden, der Ende 1999 aus seinem Amt ausschied. Ihm sei an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich für seinen Einsatz gedankt.

Der Dank soll sich aber ebenso an die Mitglieder der Besuchskommissionen für ihr sehr zeitintensives, ehrenamtliches Engagement, an die Mitglieder des Ausschusses, die Mitarbeiter des Ministeriums und die hinzugezogenen Beteiligten richten.

In der konstituierenden Sitzung am 23.09.1998 wurde festgestellt, dass die zuletzt am 11.02.1994 geänderte Verordnung bis zur Verabschiedung einer an das neue NPsychKG vom 16. Juni 1997 angepassten Verordnung Gültigkeit besitzt.

Wegen der großen Entfernungen im Regierungsbezirk Weser-Ems bildete der Ausschuss eine weitere sechste Besuchskommission durch Teilung des Gebietes in Weser-Ems-Nord und Weser-Ems-Süd.

Im Berichtszeitraum wurden von den sechs Besuchskommissionen (einschließlich Maßregelvollzug) bei 118 Besuchen Einrichtungen aufgesucht.

Gemäß § 30 Abs. 2 NPsychKG prüft der Ausschuss, ob die in § 1 Nr. 1 NPsychKG genannten Personen entsprechend den Vorschriften dieses Gesetzes betreut und behandelt werden. Er soll für die Belange dieses Personenkreises eintreten und in der Bevölkerung Verständnis für dessen Lage wecken.

Der Ausschuss hat sich von den ergänzenden Erkenntnissen der neueren Hirnforschung u. a. über die neuronale Netzwerkarchitektur bei der Betrachtung des betroffenen Personenkreises leiten lassen.

Unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse können psychische Störungen vereinfacht und verallgemeinert als solche begriffen werden, bei denen durch äußere oder innere Faktoren und Stressoren die Feinabstimmung von Wahrnehmung, Wahrnehmungsverarbeitung, emotionaler Bewertung, Erinnerung, Erfahrung und Verhalten so gestört ist, dass die zum Leben notwendigen Lebensbewältigungsstrategien und -arrangements nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Psychische Störungen haben damit insbesondere auch Auswirkungen auf das soziale Verhalten, die Erfüllung sozialer Rollenerwartungen und die Fähigkeit zur Selbstsorge. Psychische Störungen sind aber auch charakterisiert durch sehr unterschiedliche Verläufe. So kann man neben einer spezifischen Vulnerabilität als persistierendes Merkmal („Trait“) zeitlich begrenzte Episoden („States“) und dauerhaft bestehende Beeinträchtigungen unterscheiden.

Es sind vom Schicksal einer psychischen Krankheit getroffene Mitbürger, deren Wünsche und Erwartungen an das Leben sich von denen der übrigen Bevölkerung nicht unterscheiden. Der in Fachkreisen favorisierte personenbezogene Ansatz legt dabei Wert darauf, dass die individuellen Beeinträchtigungen und Fähigkeiten vorrangig vor allen institutionellen Möglichkeiten Berücksichtigung finden und maßgeblich für die Beurteilung einer Versorgungsqualität herangezogen werden. Dabei umfasst der fachliche Begriff von Rehabilitation einen Prozess, „der eine körperlich oder psychisch behinderte Person befähigt, in einem soweit als möglich normalen sozialen Kontext den bestmöglichen

Gebrauch von ihren verbliebenen Fähigkeiten zu machen" (Bennett, zitiert nach „Psychosoziale Arbeitshilfen“ 11/1997).

Das Niedersächsische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke hat gerade im zweiten Teil „Hilfen“ diesen Ansatz in besonderer Weise betont und ausgearbeitet. „Die Hilfen sind gemeindenah zu leisten, sodass die betroffene Person soweit wie möglich in ihrem gewohnten Lebensbereich verbleiben kann...“ (§ 6 Abs. 7 NPsychKG). Sie sollen das Ziel verfolgen, „der betroffenen Person eine möglichst selbständige, bei Bedarf beschützte Lebensführung in einer ihr zuträglichen oder gewohnten Gemeinschaft zu erhalten oder wieder zu ermöglichen“ (vgl. § 6 Abs. 3 NPsychKG). Deutlich herausgestrichen wird der Vorrang ambulanter Hilfen vor notwendig werdenden stationären Maßnahmen. In dem anregenden und lesenswerten Artikel von Rüdiger Klein und Christian Zechert „Ambulant vor stationär – oder kann man aus einer Mücke einen Elefanten machen?“ – eine kritische Zwischenbilanz zum Stand des ambulanten Betreuten Wohnens („Sozialpsychiatrische Informationen, 2/2000, Seiten 21 bis 27) stellen die Autoren die gezahlten Sozialhilfemittel und personellen Ressourcen ambulant zu stationär gegenüber. Die Autoren errechnen beispielhaft (Westfalen-Lippe) ein Verhältnis von Ausgaben für ambulante Hilfen gegenüber Ausgaben für stationäre und teilstationäre Hilfen von 3 : 97 im Jahre 1995 – und dies, obwohl das ambulante Betreute Wohnen zum damaligen Zeitpunkt zunehmend ausgebaut wurde. In Niedersachsen dürften die Verhältnisse ähnlich liegen. Auch hier ist der beabsichtigte Vorrang ambulanter Hilfen vor stationären Hilfen ein gesetzlich vorgegebenes Ziel (vgl. auch § 3 a BSHG seit 1984), das auch wegen des Kostenvorbehaltes auf seine Umsetzung wartet.

Von dieser Zielgebung her ist in den Sitzungen des Ausschusses mehrfach betont worden, bei den Besuchen von stationären und teilstationären Einrichtungen auch zu überprüfen, ob diese Art der Betreuungsform in den gegebenen Fällen überhaupt (noch) erforderlich ist. Dass diese Fragestellung nicht leicht zu beantworten sein wird, ergibt sich auch aus einer früheren Untersuchung des Niedersächsischen Landessozialamtes: Mitarbeiter stationärer Einrichtungen geben stationären Maßnahmen den Vorzug, deren Notwendigkeit eher als unausweichlich dargestellt wird (vgl. Hilpert). Bei allen gewonnenen Erkenntnissen in und über bestehende Einrichtungen ist zu beachten, dass eine mangelhafte Versorgung Bedürftiger, die in keiner Einrichtung leben, in der Regel eine wesentlich geringere Aufmerksamkeit erhalten (Obdachlose, chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke, psychisch Kranke, Migranten etc.).

Neben der Prüfung und Beobachtung der Versorgung des im NPsychKG genannten Personenkreises war und ist es das Ziel des Ausschusses und der Besuchskommissionen, durch ihre Tätigkeit die Vertrauenswürdigkeit in psychiatrische Einrichtungen sicherzustellen. Dies geschieht einmal, indem Missstände aufgezeigt werden, aber in den meisten Fällen allein dadurch, dass die Tatsache des Vorhandenseins von Ausschuss und Besuchskommission einer sich immer wieder allzu leicht einschleichenden Bedenkenlosigkeit bei der Betreuung von psychisch Erkrankten und seelisch Behinderten entgegenwirkt.

Die Öffentlichkeitsarbeit des Ausschusses bedarf der Überarbeitung und des Überdenkens. Es ist das Dilemma zu lösen, dass eine pressewirksame Darstellung von Missständen durchaus dazu geeignet sein kann, diese zu beheben, gleichzeitig aber in der Vorstellung der Öffentlichkeit das Vertrauen in psychiatrische Einrichtungen infrage stellt (obwohl durch das Beseitigen der Missstände die Vertrauenswürdigkeit gerade erst wieder gerechtfertigt ist). In der Tendenz ist es leichter, die öffentliche Aufmerksamkeit auf jenes Leid zu richten, das von einem psychisch erkrankten Menschen verursacht wurde, als auf die Leiden, denen die vielen psychisch erkrankten Menschen aufgrund ihrer spezifischen Störung ausgeliefert sind. Schlüssige Strategien von Antistigmatisierungskampagnen könnten hier Abhilfe schaffen.

## 2. Sozialpsychiatrische Verbände

Bis zum 1. November 1998 waren von sämtlichen Kreisen und kreisfreien Städten in Niedersachsen Sozialpsychiatrische Verbände als eingerichtet angemeldet worden. Die tatsächliche Ausgestaltung und anschließende Entwicklung der Sozialpsychiatrischen Verbände gestaltete sich von Kommune zu Kommune sehr unterschiedlich. Während Kommunen mit großem Engagement ihrer Mitarbeiter Sozialpsychiatrische Verbände förderten, um den Prozess personensorientierter und lebensfeldbezogener psychiatrischer Versorgung zu gestalten, kamen die Sozialpsychiatrischen Verbände in anderen Regionen kaum über die konstituierende Sitzung hinaus. Es wurde davon berichtet, dass die als Anschubfinanzierung gedachten Finanzzuweisungen des Landes in die kommunalen Haushalte eingingen, ohne den Zweck der Zuweisung ausreichend zu berücksichtigen.

Ohne Zweifel sind die Landkreise und kreisfreien Städte für eine ausreichende Versorgung ihrer psychisch erkrankten Bürger im Sinne des NPsychKG zuständig. Nicht ohne Verzögerung wird die Begründungstautologie einiger Kommunen zur Kenntnis genommen, dass die ambulante Versorgung psychisch Erkrankter für die Kommune keinen besonderen Stellenwert habe und man, weil man den Stellenwert gering achtet, sich in Zukunft auch nicht darum bemühen werde. Es soll hervorgehoben werden, dass eine Missachtung dieses Personenkreises nicht hinzunehmen ist. Psychisch erkrankte Menschen gehören zur Gemeinschaft der Bürger, in die sie zu integrieren sind. Erwartet wird, statt der Klagen über die Haushaltssituation, ein stärkeres kommunales Engagement auch für die Umschichtung von Mitteln in den ambulanten Bereich. In diesem Zusammenhang wird insbesondere die Einführung eines quotalen Systems als richtungweisender Fortschritt angesehen. Denn die sich aus verschiedenen inhaltlichen Zusammenhängen und gesetzlichen Grundlagen ergebende Versorgungsverpflichtung bleibt bestehen.

Obwohl in den Verbänden immer wieder die Position des Sozialpsychiatrischen Dienstes zu klären war, der einmal selbst als Anbieter von Hilfen auftritt und gleichzeitig die laufenden Geschäfte des Verbundes zu führen hat, kann doch vielerorts jenseits der Erörterung von Konkurrenzfragen eine erfreuliche Dynamik zu einer verbesserten Kommunikations- und Kooperationskultur der psychiatrischen Anbieter beobachtet werden. Gerade in solchen Regionen ist der Sozialpsychiatrische Verbund mit dem fortzuschreibenden Sozialpsychiatrischen Plan zu einem zentralen Prozessinstrument geworden, das der Umsetzung und Aktualisierung personensorientierter und lebensfeldbezogener Ansätze dient. Allein das Zusammenwirken in verschiedenen Arbeitsgruppen führt zu einem Abgleich von früher in eigenen Traditionen verkrusteten Standpunkten.

## 3. Ambulante Versorgung

### 3.1 Sozialpsychiatrische Dienste

Nach einer Aufstellung des Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales werden 34 Sozialpsychiatrische Dienste fachärztlich geleitet, während 13 Sozialpsychiatrische Dienste durch Amtsärzte oder deren Stellvertreter geleitet werden. Bei den angegebenen Fachärzten muss allerdings berücksichtigt werden, dass sie zum Teil nur teilzeitbeschäftigt sind oder gar dem Sozialpsychiatrischen Dienst nur stundenweise zur Verfügung stehen. Dort, wo Sozialpsychiatrische Dienste von den Besuchskommissionen aufgesucht wurden, wurde oft deren mangelhafte personelle Ausstattung kritisiert. Neben der fehlenden fachärztlichen Qualifikation, insbesondere in Bereichen der Besuchskommissionen Weser-Ems Nord und Süd sowie Braunschweig, wurde bemängelt, dass Mitarbeiter Sozialpsychiatrischer Dienste neben ihren originären Aufgaben noch weitere Aufgaben im Bereich des Gesundheitsamtes wahrnehmen.

In einigen bekannt gewordenen Verlautbarungen stellen die Kommunen, hier seien speziell die Landkreise Helmstedt und Osnabrück genannt, die ambulante Versorgung psychisch erkrankter Menschen durch Sozialpsychiatrische Dienste als eine marginale Thematik dar, die nicht zuletzt aus Kostengründen auch marginal bleiben sollte. Pflichtschuldig wird aber die Problematik für die Betroffenen anerkannt.

Insbesondere unter Berücksichtigung der im NPsychKG vorgesehenen zusätzlichen Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste und unter Berücksichtigung der bereits zum alten PsychKG herausgegebenen Anhaltzahlen zur personellen Besetzung Sozialpsychiatrischer Dienste muss deren personelle Besetzung überwiegend als unzureichend angesehen werden.

Auf der gemeinsamen Sitzung der Besuchskommissionen für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung und für den Maßregelvollzug am 12.10.1999 in Verden wurde unterstrichen, dass sich die derzeit bestehenden Sozialpsychiatrischen Dienste durch eine Einbindung in Nachsorgemaßnahmen des Maßregelvollzuges sowohl fachlich wie personell überfordert fühlen. Es wurden Bedenken geäußert, Sozialpsychiatrische Dienste in Auflagenkontrollen mit einzubeziehen, da diese mit den im NPsychKG vorgesehenen genuinen Hilfeleistungen kollidierten. Unabhängig von diesen Bedenken wurde die Zuständigkeit Sozialpsychiatrischer Dienste für hilfebedürftige psychisch erkrankte Menschen in einer Region ohne Ausnahme herausgestellt. In einem anderen Zusammenhang wurde auf die niedrige Anzahl von ambulant betreuungsbedürftigen Patienten aus dem Maßregelvollzug in einer Region hingewiesen.

### 3.2 Krisen- und Notfalldienst

In der Sitzung vom 02.06.1999 beschäftigte sich der Ausschuss mit einem Bericht von Herrn Dr. Gephart (Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes Hannover) über vorläufige Einweisungen nach § 18 NPsychKG in der Landeshauptstadt. Durch die Novellierung des NPsychKG's war es zu einer erhöhten Qualifikationsanforderung an den ärztlichen Gutachter bei vorläufigen Einweisungen gekommen, der nunmehr Ärztin oder Arzt mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie sein muss. Vorläufige Einweisungen sollten zwar der Absicht nach die Ausnahme darstellen, sind aber tatsächlich bundesweit eher die Regel. Die Notwendigkeit vorläufiger Einweisungen ergibt sich definitionsgemäß aus der Tatsache, dass gerichtliche Entscheidungen nicht rechtzeitig herbeigeführt werden können. Die Landeshauptstadt Hannover reagierte auf diese Anforderungen beispielhaft mit der Bildung eines fachärztlichen Hintergrunddienstes, der gemeinsam vom Sozialpsychiatrischen Dienst und den niedergelassenen Nervenärzten an allen Tagen und rund um die Uhr organisiert worden ist. Tagsüber ist der Sozialpsychiatrische Dienst für alle psychiatrischen Notfälle zuständig. Zur Zeit des ärztlichen Notdienstes stellt die Kassenärztliche Vereinigung den fachärztlichen Hintergrunddienst sicher. Krankenhäuser werden dabei von diesem ambulanten fachärztlichen Notdienst nicht bedient. Es wurden Verfahren entwickelt, wie Zwangseinweisungen vermieden werden können. Tatsächlich konnten bei etwa gleichbleibenden Zahlen der Unterbringung nach den Voraussetzungen des Betreuungsrechtes die Einweisungen von 754 im Jahre 1995 auf 314 im Jahre 1998 reduziert werden. Dieser zahlenmäßig positiven Entwicklung zur Reduzierung von Unterbringungen mit Zwang wurden von einigen Ausschussmitgliedern Einzelbeispiele mit deutlichen Erschwernissen bei notwendigen Unterbringungen gegenübergestellt. Der in Hannover durchgeführte fachärztliche Notdienst wird den in § 18 NPsychKG gesetzten Anforderungen an die fachliche Qualität des ärztlichen Zeugnisses bei der vorläufigen Einweisung gerecht und zeigt die konstruktive Zusammenarbeit zwischen kommunalem Sozialpsychiatrischen Dienst und der Kassenärztlichen Vereinigung. Dieses Beispiel wird aber in vielen Regionen, insbesondere im ländlichen Bereich, als kaum oder nur schwer durchsetzbar angesehen.

In diesem Zusammenhang wurde auch ein von den Angehörigen und den Betroffenen geforderter aufsuchend tätiger psychosozialer Krisendienst erörtert, der in Hannover bereits realisiert werden konnte. Solche Krisendienste setzen letztlich das Tätigkeitsspektrum Sozialpsychiatrischer Dienste außerhalb der Dienstzeiten fort und sind immer wieder zentraler Bestandteil der Bedarfsbeschreibungen von Angehörigen und Betroffenen. Dieser seit mehr als einem Jahrzehnt formulierte Bedarf findet landesweit zwar immer mehr Gehör, scheitert aber bei der Umsetzung an Finanzierungsfragen.

### 3.3 Betreutes Wohnen

Anbieter des Betreuten Wohnens wurden im Berichtszeitraum von den Besuchskommissionen nur selten besucht. Während das Betreute Wohnen in einigen Regionen ausgebaut wurde, kam man in anderen Regionen über Absichtserklärungen nicht hinaus. Die Konzeption und insbesondere die Praxis des Betreuten Wohnens, wird für überdenkenswert gehalten. Die Dynamik psychischer Behinderungen erfordere die Möglichkeit flexibler, anlassgerechter Maßnahmenanpassungen. Verbindliche Rahmenbedingungen für das Betreute Wohnen werden erforderlich gehalten und angemahnt.

### 3.4 Ambulante Suchtkrankenversorgung

In seiner Sitzung am 06.10.1999 beschäftigte sich der Ausschuss mit der Frage der Versorgung mehrfach geschädigter Abhängigkeitskranker durch Suchtberatungsstellen. Zu diesem Tagesordnungspunkt referierte der Landesdrogenbeauftragte Herr Rimpl und erläuterte Teile des Suchthilfekonzepts des Niedersächsischen Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales. Chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke sind nicht selten durch gehäufte stationäre Aufnahmen, Verlust von tragfähigen sozialen Netzwerken und ihren frustrierten Helfern charakterisiert. Man findet sie unter den Obdachlosen ebenso wie unter Delinquenten. Die Auswertung des Bundesmodells für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke (CMA) hat gezeigt, dass adäquate Ansätze eines niederschwelligen Vorgehens bei diesem als „aussichtslos“ charakterisierten Klientel durchaus nachweisbare gesundheitliche Verbesserungen erbringen können. Der Landesdrogenbeauftragte führte aus, dass die Kommunen zunehmend Versorgungsverträge mit den Suchtberatungsstellen abschließen, um insbesondere die aufsuchende Arbeit zu fördern. Das wurde allseits begrüßt. Neben den durch die Rentenversicherungsträger und Krankenkassen auf der Grundlage der „Empfehlungsvereinbarung über die ambulanten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger“ (EVARS, 29.01.1991) abgeschlossenen Vereinbarungen zur ambulanten Rehabilitation Suchtkranker werde der Versorgung chronisch mehrfach geschädigter Abhängigkeitskranker mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Dafür sind Veränderungen bisheriger Suchtkrankenversorgungsphilosophien und die Akzeptanz niedriger Zielhierarchien erforderlich. Herr Rimpl begrüßt es ausdrücklich, wenn öffentliche Mittel für niederschwellige Angebote verwandt würden.

### 3.5 Ambulante Behandlung mit Neuroleptika und Antidepressiva der neueren Generation

Die Budgetierung der Arzneimittel über die Richtgrößenregelungen führte teilweise dazu, dass Neuroleptika und Antidepressiva der neueren Generation im ambulanten Bereich sehr restriktiv, zum Teil auch gar nicht mehr verordnet wurden. Obwohl unzweifelhaft notwendige Medikamente nicht versagt werden können, war zu beobachten, dass Patienten, die stationär wegen der besseren Verträglichkeit auf Medikamente der neueren Generation eingestellt worden waren, ambulant wieder umgestellt wurden auf kostengünstigere, zum Teil vom Patienten individuell schlechter vertragene Neuroleptika und Antidepressiva. Dass durch eine schlechtere Verträglichkeit, insbesondere bei einem Klientel, dessen Krankheits- und Behandlungseinsicht immer wieder neu aktualisiert werden muss, die Compliance herabgesetzt wird, steht außer Zweifel. Um psychisch kranken Menschen die notwendige Medikation nicht vorzuenthalten, wurde die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen auf diese Problematik aufmerksam gemacht und gebeten, die neueren Neuroleptika in die Liste der Arzneimittel zur Ausnahme von Richtgrößenregelungen aufzunehmen. Zuständigkeitshalber wurde die Anregung an die Bundeskassenärztliche Vereinigung weitergeleitet.

## 4. Stationäre Versorgung

### 4.1 Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung

Aus gegebenen Anlässen nahm die Diskussion über die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung einen breiten Raum in verschiedenen Ausschusssitzungen ein.

Während über die in den meisten Regionen sicher nicht ausreichende Versorgung im ambulanten Bereich wenig bekannt wurde, standen konkrete Mängel im stationären Bereich im Vordergrund. Obwohl im Regierungsbezirk Weser-Ems die größte Anzahl vollstationärer Plätze vorgehalten wurde, häuften sich gerade aus dieser Region die Klagen über die fehlenden Möglichkeiten, besonders schutzbedürftige Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen unterzubringen. Von kundigen Mitgliedern des Ausschusses wurde festgestellt, dass Abweisungen von Aufnahmen in stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen zum Regelfall zählten, wobei die Unterbringung von besonders schutzwürdigen Kindern und Jugendlichen in der Erwachsenenpsychiatrie bis zu teilweise drei bis vier Monaten als ebenso wenig hinnehmbar angesehen wurde. Der Ausschuss hält es für dringend geboten, dass diese Missstände rasch geändert werden. Landesweit wurden die Plätze für die Unterbringung bei besonderer Schutzbedürftigkeit als zu gering angesehen, insbesondere auch unter der allseits akzeptierten Vorgabe, Versorgungseinheiten dezentral und für die Betroffenen erreichbar einzurichten.

Als riskant und nicht hinnehmbar wurde die Unterbringung (bei Schutzbedürftigkeit) von Kindern und Jugendlichen in der Erwachsenenpsychiatrie zusammen mit dort forensisch untergebrachten Patienten angesehen.

Neben der nach Einschätzung der Einrichtungen und der Besuchskommissionen nicht ausreichenden schulischen Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, speziell in der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung am Städtischen Klinikum Oldenburg, beschäftigte sich der Ausschuss auch mit der völlig unzureichenden räumlichen Situation und den dort gegebenen erheblichen baulichen Mängeln der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik am Reinhard-Nieter-Krankenhaus in Wilhelmshaven.

Nach wie vor völlig unbefriedigend ist die Situation der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hildesheim. Die Einschätzung der Besuchskommission Hannover über die lieblose, triste Atmosphäre auf den geschlossenen Stationen, der unkritische und wenig einführende Umgang mit dem sog. Time out-Raum (Zelle mit Fixierungsgurten) wurde von den zuständigen Stellen bestätigt. Da man bauliche Erneuerungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hildesheim als unzureichendes „Stückwerk“ einschätzte, wurde zwischenzeitlich ein völliger Neuaufbau der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bad Gandersheim erwogen. Nachdem auch aufgrund fachlicher Einwände der Plan eines Neuaufbaues in Bad Gandersheim aufgegeben wurde, kam es in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hildesheim nach Auskunft der Besuchskommission zu keinen Verbesserungen. Die beschriebenen Missstände bestünden weiter. Offen sei auch die Frage, wie die Verschiebungen von ca. 20 Stellen im Pflegedienst zu Ungunsten der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Erwachsenenpsychiatrie kompensiert werden kann. Zusammenfassend wurden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Hildesheim erhebliche Management- und Organisationsmängel festgestellt, die sich auf eine professionelle, einführend therapeutische Haltung hinderlich auswirkten.

Mitglieder des Ausschusses, die die Kinder- und Jugendpsychiatrie Hildesheim aus persönlicher Inaugenscheinnahme kannten, betonten in der beratenden Sitzung, dass die Formulierungen über die Kinder- und Jugendpsychiatrie in diesem Bericht zu moderat ausgefallen seien. An den nicht mehr hinnehmbaren Zuständen müsse schärfste Kritik geübt werden.

#### 4.2 Stationäre Erwachsenenpsychiatrie

Der Ausschuss befasste sich mit der problematischen Praxis des Landeskrankenhauses Wehnen, personenbezogene Daten sämtlicher aufgenommener Patienten an die zuständigen örtlichen Träger der Sozialhilfe zur Sicherstellung der Behandlungskosten weiterzureichen. Lediglich wenn im Einzelfall der zuständige Kostenträger nicht ermittelt werden kann, hält der Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen eine Datenübermittlung für zulässig, nicht aber eine automatische regelmäßige Mitteilung. In seiner Begründung bezieht sich der Landesbeauftragte für den Datenschutz auf eine Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichtes, aus der hervorgeht, dass eine Antragstellung zur Kostenübernahme auch ca. fünf Monate nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes noch



als angemessen erachtet wird. Das Niedersächsische Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales hatte bereits vor der abschließenden Stellungnahme des Landesbeauftragten für den Datenschutz Niedersachsen das Landeskrankenhaus Wehnen angewiesen, die bisherige Praxis der Übersendung der Aufnahmemitteilungen einzustellen. Inwieweit auch andere Kliniken diese nicht zulässige Praxis der generellen Datenübermittlung an den Sozialhilfeträger durchführen, wäre zu überprüfen.

Mehrfach beschäftigte sich der Ausschuss mit den Zuständen im Klinikum Wahrenndorff (Klinikbereich), weil Zweifel aufkamen, ob bei dem unterdurchschnittlichen Anteil leitender Ärzte, der hohen Arztfluktuation und der erklärungsbedürftigen erheblichen Zunahme von drogenkranken Patienten die notwendige Qualität der Allgemeinversorgung von psychisch Kranken in ausreichendem Maße gegeben ist. Das Niedersächsische Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales wurde gebeten, in eigener Zuständigkeit dieser Frage nachzugehen, insbesondere, ob die Voraussetzungen einer Anerkennung nach § 15 NPsychKG (Eignung von Krankenhäusern) gegeben sei.

Beklagt wurde von der Besuchskommission Hannover die resignierende Haltung der Mitarbeiter im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Hildesheim. Dies wurde auf eine allgemeine Orientierungslosigkeit bei deutlichen Managementmängeln zurückgeführt.

Erfreulich wurde die Umstrukturierung des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Lüneburg bewertet. Zugunsten dezentraler Angebote konnten Plätze im Landeskrankenhaus abgebaut werden.

Es wurde als sinnvoll angesehen, die bei der Auswahl eines Trägers für eine Tagesklinik im Landkreis Harburg darauf zu achten, dass der Träger genügend Erfahrung mit dem betroffenen Klientel hat und er die für den Betrieb einer Tagesklinik erforderliche Qualität vorhalten kann.

#### 4.3 Maßregelvollzug

Die Herausforderung der wachsenden Zahl von Maßregelvollzugspatienten regte die Frage nach der Ursache dieser Entwicklung an. Ist diese, sicher multikonditionale Tatsache, auch auf eine Veränderung der Gutachtenpraxis, insbesondere bei der Beurteilung von Persönlichkeitsstörungen, zurückzuführen? Welche Konsequenz wäre daraus zu ziehen, wenn dies so wäre? Fragen, die der Ausschuss zwar diskutieren, aber doch letztlich nicht beantworten konnte. Die geplante Dezentralisierung des Maßregelvollzuges konnte schritt- und abschnittsweise verwirklicht werden. Die Qualität der Maßregel berücksichtigt neben dem Sicherheitsaspekt auch die therapeutischen Möglichkeiten und die Tatsache, dass die Maßregel ein Lebensort der Betroffenen für einen längeren Zeitraum ist. Der erfreuliche Rückgang von Zwischenfällen im niedersächsischen Maßregelvollzug wurde anerkannt. Die noch mangelnde räumliche Ausgestaltung und immer noch bestehende Personalmängel wurden besprochen. Insbesondere zeigte die Durchführung des offenen Vollzuges noch viele zu beantwortende Fragen. Es fehlen geeignete Einrichtungen und die Akzeptanz in der Bevölkerung.

#### 4.4 Heime

Der Ausschuss beschäftigte sich mit sehr unterschiedlichen Aspekten der Versorgung psychisch erkrankter Menschen in Heimen. Zunächst einmal stellte das Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales fest, dass die Zuständigkeit der Besuchskommissionen für psychisch erkrankte Menschen, die in Altenheimen leben, zweifelsfrei bestehe. Dies solle in der vorgesehenen Novellierung der Verordnung über den Ausschuss ausdrücklich aufgenommen werden.

Nach wie vor stellt sich die Frage, inwieweit der mögliche Mehraufwand bei sog. gerontopsychiatrischen Fällen durch die Pflegeversicherung abgedeckt werden kann und wodurch sich sog. gerontopsychiatrische Fälle von anderen Altenheimbewohnern unterscheiden. Die von Fachkreisen durchaus gewünschte Kombination von Hilfearten, die sich am individuellen Hilfebedarf orientiert, könnte durch eine Ergänzung im SGB XI erreicht werden.

Einer beobachteten nicht gemeindenah orientierten Entlassungspraxis von z. B. nordrhein-westfälischen psychiatrischen Kliniken in niedersächsische Heime ist wenig entgegenzusetzen, wenn dies der Wunsch oder das Wahlrecht der Betroffenen bzw. ihrer rechtlichen Betreuer war. Mit Nachdruck sollte aber der Grundsatz der regionalen und gemeindenahen Versorgung auch für den Heimbereich vertreten werden.

Nach wie vor nicht hinnehmbar sind die Zustände des Hauses 3 im Heimbereich des Klinikum Warendorff. Der Ausschuss hat sich hier der Beurteilung der Besuchskommission Hannover voll angeschlossen, die beklagt, dass sich die Zustände hier seit etwa Anfang der 80er Jahre nicht verändert hätten. Die Besuchskommission stellte fest, dass Männer unterschiedlichen Alters mit unterschiedlichsten Diagnosen in lieblosen, sanierungsbedürftigen, heruntergekommenen und verdreckten Räumlichkeiten verwahrt werden. Spezifische Behandlungs- und/oder Betreuungsangebote waren nicht erkennbar. Vielmehr litten viele der Bewohner an ausgeprägten Hospitalismuserscheinungen mit dem Verlust lebenspraktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten, wie sie in dieser Häufigkeit heute nur noch selten zu beobachten sind.

Bei der Überprüfung von Unterbringungen war der Verdacht auszuräumen, dass bereits langfristig vorliegende Unterbringungsbeschlüsse nach Fristablauf fortgeschrieben würden, ohne dass es zu einer kritischen, unvoreingenommenen Überprüfung durch Sachverständige und durch das Gericht gekommen war. Die Besuchskommission Hannover konnte mit dem zuständigen Richter ein klärendes Gespräch führen. In Zukunft sollen insbesondere einrichtungsunabhängige Sachverständige zur Mitbeurteilung herangezogen werden. Der Ausschuss regt in diesem Zusammenhang landesweite Fortbildungen für zuständige Richter und Vormundschaftsgerichte an, um insbesondere bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen die Rechtsgarantien zu erörtern.

Die zu beobachtende Tatsache, dass eine Versorgungsform oftmals die Voraussetzungen schafft, mit der die Notwendigkeit gerade dieser Versorgungsform begründet wird, führt nicht selten dazu, dass Heimbewohner auf Dauer in einem Heim verbleiben. Obwohl stationäre Einrichtungen dazu neigen, die Fähigkeiten von Betroffenen zu unterschätzen, muss darauf hingewirkt werden, die Notwendigkeit einer stationären Unterbringungsmaßnahme immer wieder neu zu überprüfen.

Dr. Höfer