

19. Bericht

des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen für das Jahr 2003

Inhaltsverzeichnis:

	Seite
1. Allgemeines	3
1.1. Psychisch kranke Bürger und die Stellvertreterfunktion von Hilfen	4
1.2. Kinder- und jugendpsychiatrische Fragestellungen	7
1.3. Blickrichtung des Ausschusses und die Belange der Betroffenen	8
1.4. Unsicherheiten bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen	9
1.5. Landesrahmenvertrag nach § 93 ff BSHG	11
1.6. Problematik der ambulanten psychiatrischen Behandlung	11
1.7. Internetauftritt des Ausschusses	12
1.8. Großes Engagement von vielen Mitarbeitern in Einrichtungen	12
2. Sozialpsychiatrische Verbünde	13
3. Ambulante Versorgung	13

3.1.	Arbeit für psychisch kranke Menschen	14
3.2.	Der nicht eingelöste Anspruch auf Soziotherapie und niederschwellige aufsuchende Hilfen	15
3.3.	Nicht absehbare Reformentwicklungen	15
3.4.	Sozialpsychiatrische Dienste	16
3.5.	Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung	17
3.6.	Sozialpsychiatrievereinbarungen	18
4.	Stationäre Versorgung und Allgemeinpsychiatrie	19
4.1.	Maßregelvollzugspatienten in der Allgemeinpsychiatrie	19
4.2.	Wacheinheiten und Isolierzimmer	20
4.3.	Assoziierte Heimeinrichtungen	20
4.4.	Aufklärungsbedarf bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen	21
5.	Stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung	21
5.1.	Unterrichtsversorgung an Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie	22
6.	Maßregelvollzug	23
7.	Heime	24
7.1.	Mängel durch Vorrang wirtschaftlicher Gesichtspunkte	24
7.2.	Psychisch behinderte Menschen in Alten- und Pflegeheimen	26
8.	Ausblick	26

Anhang: Liste der Ausschussmitglieder

Berichte der Besuchskommissionen

1. Allgemeines

Die Mitglieder des Ausschusses der Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen (Psychiatrieausschuss) wurden im Jahr 2003 von der Sozialministerin für die neue Legislaturperiode neu berufen. In alter Zusammensetzung tagte der Ausschuss insgesamt zweimal (15.01.2003 und 26.03.2002). Einschließlich seiner konstituierenden Sitzung am 18.06.2003 tagte der Ausschuss in neuer Zusammensetzung im Jahr 2003 insgesamt dreimal (18.06.2003, 01.10.2003 und 03.12.2003).

In der konstituierenden Sitzung würdigte Herr Staatssekretär Hoofe (Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit) die Arbeit des Ausschusses dankte ausdrücklich den ausscheidenden Mitgliedern. Die neu berufenen Ausschussmitglieder wählten erneut den Unterzeichner zum Vorsitzenden Mitglied und Herrn Wolfram Beins zu seinem Stellvertreter.

Im Benehmen mit dem Präsidenten des Landesamtes für Zentrale Soziale Aufgaben wurde, wie schon zuvor, die Anzahl von sechs Besuchskommissionen (den bisherigen vier Regierungsbezirken entsprechend, davon zwei Besuchskommissionen für den Bezirk Weser-Ems und eine Besuchskommission für den Maßregelvollzug) bestimmt. Im Einvernehmen mit der Fachbehörde berief der Ausschuss die vorgeschlagenen Mitglieder der Besuchskommissionen und entsandte entsprechend der Verordnung Ausschussmitglieder in die Besuchskommissionen.

Die im Jahr 2002 neu gefasste Geschäftsordnung des Ausschusses wurde unverändert beschlossen, ebenso wie die Geschäftsordnung der Besuchskommissionen verabschiedet wurde.

Die Besuchskommissionen haben in alter und in neuer Zusammensetzung im Jahr 2003 insgesamt 109 Besuche durchgeführt.

Mit ihren unmittelbaren Vorort-Erfahrungen sind die Erkenntnisse der Besuchskommissionen ein Kernbestandteil der Ausschussarbeit neben der thematischen Auseinandersetzung mit Fragen der Bewertung der Versorgung und Unterstützung psychisch kranker Menschen. Der Ausschuss ist dabei stets be-

müht, die wichtige und zeitintensive Arbeit der Besuchskommissionen durch Klärung von Rahmenbedingungen zu unterstützen. Der Dank des Ausschusses gilt den engagierten Mitgliedern der Besuchskommissionen, in besonderer Weise denen, die in der vergangenen Legislaturperiode ausgeschieden sind.

Dank gebührt auch den Mitarbeitern des Psychiatriereferates, des Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, die die unabhängige Arbeit des Ausschusses tatkräftig und bemüht unterstützt haben. An dieser Stelle soll auch dem Präsidenten des Niedersächsischen Landesamtes für Zentrale Soziale Aufgaben für seine wohlwollende Aufmerksamkeit gedankt werden. Er setzte sich stets dafür ein, dass die Geschäftsstelle des Ausschusses und der Besuchskommissionen Bedingungen vorfand, die es ihr ermöglichten, ihre Aufgaben angemessen zu erfüllen. Ein ganz besonderer Dank geht an den bisherigen Geschäftsführer der Geschäftsstelle für den Ausschuss und die Besuchskommissionen, Herrn Bucksch, der Jahre lang die Geschäfte des Ausschusses und der Besuchskommissionen mit großem Geschick, Engagement und Sympathie geführt hat. Der Ausschuss wünscht sich eine ebenso kompetente Nachfolgerin bzw. einen ebenso kompetenten Nachfolger.

An dieser Stelle soll auch die ausgesprochen kompetente Resonanz des Gesundheitsausschusses des Nds. Landtages auf die Berichte des Psychiatrieausschusses, die das Interesse und die Fachlichkeit der Abgeordneten an der psychiatrischen Versorgung als einer wesentlichen gesellschaftlichen Aufgabe dokumentierte, gewürdigt und hervorgehoben werden .

1.1. Psychisch kranke Bürger und die Stellvertreterfunktion von Hilfen

Die kürzlich vollzogene Erweiterung der Europäischen Gemeinschaft durch neue Mitgliedsländer hat noch einmal verdeutlicht, dass es dabei nicht nur um die Erweiterung einer Wirtschaftsgemeinschaft, sondern auch um die Stärkung einer Wertegemeinschaft geht. Die wechselseitige Vergewisserung und Stabilisierung von gemeinsam geteilten Werten einer historisch gewachsenen Tradition ist dabei das tragende Element. Diese historisch gewachsenen Wertean-

nahmen bilden aber nicht zuletzt die Grundlage für die bewertende Arbeit des Ausschusses und der Besuchskommissionen bei ihrem Auftrag, sich für die Belange psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen einzusetzen.

Die Vorstellungen und Erkenntnisse in den Humanwissenschaften wurden in den letzten Jahren zunehmend durch plausible neurobiologische und evolutionsbiologische Erklärungsmodelle mitbestimmt. Die These des „Urgroßvaters“ der Sozialpsychiatrie und der modernen Psychiatrie, Wilhelm Griesinger, psychische Krankheiten seien Krankheiten des Gehirns („Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten“), erlangt dabei eine überraschende Aktualität, schien sie doch lange Zeit sozio- und psychogenetischen Ansätzen zu widersprechen. Aber bereits Griesinger bemühte sich um eine Synthese von somatogener und psychogener Interpretation. In neuester Zeit hat der Hirnforscher Joseph Le-Doux den scheinbaren Gegensatz von Anlage und Umwelt mit seinem Konzept von der zentralen Bedeutung der Synapsen im Zentralnervensystem, ihrer Bedingtheit und ihrer Plastizität, überzeugend zu überwinden versucht.

Von einer evolutionsbiologischen Betrachtungsweise ausgehend kann angenommen werden, dass eine Population, eine Gemeinschaft, immer wieder neue, nie da gewesene Individuen hervorbringt, die eine große Variationsbreite zeigen. Diese Variationsbreite und Vielfalt stärkt aufs Ganze gesehen die Gemeinschaft. Nun orientiert sich die Gestaltung einer gesellschaftlichen Realität an historisch gewachsenen Norm- und Wertevorgaben, die die große Variabilität typisieren und neue Entwürfe hervorbringen.

Eine demokratische Gesellschaft wie die unsere hat es stets mit in ihrer Persönlichkeit sehr unterschiedlichen Bürgern zu tun. Wenn Mitglieder der Gesellschaft nicht in der Lage sind, die an sie gerichteten abgestuften gesellschaftlichen Erwartungen, insbesondere die Rollenerwartungen ganz oder teilweise zu erfüllen, so hält die Gesellschaft dafür das Etikett einer Störung bzw. Krankheit - insbesondere einer seelischen Störung - bereit, um das Individuum vor Sanktionen zu schützen, die sie auf solche Mitglieder richtet, die die gemeinsamen Werte absichtlich untergraben. Ohne Zweifel definiert die Gemeinschaft oder die von ihr autorisierten Spezialisten unter Berücksichtigung des Ausgeliefert-

seins und des subjektiv empfundenen Leidens das, was als krank bzw. gestört angesehen werden soll und was nicht.

Menschen, die an einer psychischen Störung leiden, psychisch krank oder behindert sind, das sei hier hervorgehoben, bedürfen eines besonderen Schutzes, der Förderung und der Behandlung mit dem Ziel, soweit es möglich ist, ein selbst bestimmtes Leben in der Gemeinschaft zu führen. Die Besonderheit psychischer Störungen liegt nun darin, dass eine Einschränkung der Einsichtsfähigkeit und Selbststeuerungsfähigkeit, die partiell, kurzfristig oder längerfristig sein kann, eine Stellvertretung erforderlich machen kann. Es wird davon ausgegangen, dass der Betroffene in bestimmten Bereichen nicht mehr für sich selbst sprechen kann, weil ihm der Blick auf den gesellschaftlichen Konsens von Realität durch das, was man Störung nennt, verstellt ist. Genau in dieser Stellvertretung liegt die spezifische janusköpfige Problematik bei psychischen Störungen, weil die Stellvertretung sowohl schützend als auch die Selbstbestimmung einschränkend Macht ausüben kann. Angehörige, Ärzte, Betreuer und psychiatrische Einrichtungen übernehmen eine solche Stellvertreterfunktion bei psychisch erkrankten Menschen in aller Regel in guter Absicht. Leider kann auch eine gute Absicht allzu leicht den Moment verschlafen, in dem Stellvertretung nicht mehr oder nicht mehr in dem Maße erforderlich ist oder über das Ziel hinausschießen. Daher bedarf ein in guter Absicht stellvertretendes Tätigwerden ständiger Rechtfertigung, um Veränderungen der Erforderlichkeit wahrzunehmen. Der Begriff des psychisch kranken Bürgers könnte das Recht auf Autonomie und Hilfe in einer Wertegemeinschaft hervorheben.

Manche Einrichtung, die in guter Absicht Stellvertreterfunktionen für psychisch Kranke zum Schutz oder zur Förderung übernommen hat, mag sich über ein hinterfragendes Tätigwerden einer Besuchskommission oder des Ausschusses ärgern. Aber genau hier liegt deren Aufgabe, das Hilfeangebot, das einmal notwendig war, zu hinterfragen. Selbstverständlich ist von den Besuchskommissionen und dem Ausschuss die gleiche Bescheidenheit für das eigene Vorgehen zu verlangen, wie sie von den Einrichtungen bei der Bereitstellungen bedarfsge rechter Hilfen erwartet wird. Denn der Hilfebedarf ist nicht etwas, was für den

Einzelnen oder für eine Gruppe von seelisch behinderten Menschen ein für allemal feststeht, sondern etwas, was mit den Betroffenen immer wieder neu auszuhandeln ist. Hier streicht der Begriff der psychisch erkrankten Bürgerin bzw. des psychisch erkrankten Bürgers den trotz Einschränkungen grundsätzlich geltenden Selbstbestimmungsaspekt in besonderer Weise heraus. Dieser wiederum orientiert sich an den Ressourcen des Betroffenen bzw. Leitlinien der Salutogenese (z.B. mit Kohärenzgefühl einhergehende Gesundheitskompetenzen zur Kompensation von Stressoren), wie sie Antonowsky in beispielhafter Weise formuliert hat. In der Praxis der verschiedenen psychiatrischer Versorgungsformen haben diese Leitlinien der Salutogenese allzu oft nicht die Bedeutung erlangt, die ihnen zustünde.

1.2. Kinder- und jugendpsychiatrische Fragestellungen

Ein Schwerpunkt des im Jahre 2003 neu konstituierten Psychiatrieausschusses war die Frage der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen. Dabei nahm der Ausschuss zwei nahezu unabhängig voneinander wirkende Versorgungssysteme wahr: das System der kinder- und jugendpsychiatrischen Tradition auf der einen Seite und das System der Jugendhilfetradition auf der anderen Seite. Durch den Vertreter der Kommunen aufmerksam gemacht, entwickelte der Ausschuss die Auffassung, dass der Ausschuss und seine Besuchskommissionen durchaus berechtigt seien, sich einen Eindruck von der Versorgung psychisch erkrankter behinderter Kinder und Jugendlicher in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe zu machen. Es war aufgefallen, dass sich der Psychiatrieausschuss zwar, wie das NPsychKG vorsieht, mit Fragen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung beschäftigt, die Frage der Heimunterbringung von psychisch behinderten Kindern und Jugendlichen aber bisher noch nicht an die Besuchskommissionen herangetragen worden war. Gerade die Vertreter der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kommunen im Ausschuss hielten eine Erweiterung der Aufmerksamkeit des Ausschusses und der Besuchskommissionen über die kinder-

und jugendpsychiatrischen Kliniken hinaus auch auf weitere Unterbringungs- und Versorgungsformen von psychisch behinderten Kindern und Jugendlichen für erforderlich. Dazu kam die Diskussion über die Problematik bei der Auswahl der zuständigen Hilfeart für psychisch kranke und behinderte junge Erwachsene. Aus der Praxis wurden immer wieder große Unsicherheiten über die Zuständigkeit für diesen Personenkreis berichtet, die sich in vielen Fällen zum Nachteil für die Hilfebedürftigen auswirke. Gerade die Vertreter der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Psychiatrieausschuss hielten eine stärkere Kooperation der beiden Traditionen für überfällig: Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie auf der einen Seite und Jugendhilfe auf der anderen Seite.

1.3. Blickrichtung des Ausschusses und die Belange der Betroffenen

Durch eine Information der Psychosozialen Umschau über den letzten Ausschussbericht wurde deutlich, dass der kritische Blick des Ausschusses und der Besuchskommissionen dahingehend missverstanden werden kann, als sei die Versorgung von psychisch kranken und behinderten Menschen in Niedersachsen besonders von Mängeln behaftet. Dies ist sicher nicht der Fall. Wenn auch ein unabhängiger Vergleich zu anderen Bundesländern fehlt, so kann doch aus verschiedenen überregionalen Erfahrungen geschlossen werden, dass die Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen in Niedersachsen auch im Vergleich mit anderen Bundesländern insgesamt positiv in einzelnen Regionen sogar als beispielhaft angesehen werden kann. Es geht dem Ausschuss und den ihm zuarbeitenden Besuchskommissionen insbesondere darum, die Qualität der Versorgung unter Berücksichtigung der bereits erwähnten Werte zu erhalten und sie speziell in solchen Einrichtungen, die Mängel aufweisen, anzuheben. Der Ausschuss hat die Aufgabe sich für die Belange der Betroffenen einzusetzen. Daher berichtet er besonders von solchen Bereichen, in denen die Belange der Betroffenen noch immer keine ausreichende Beachtung finden. Die Aufmerksamkeit des Ausschusses und der Besuchskommission ist überwiegend auf besondere Problematiken hin ausgerichtet, die einer besonderen

Auseinandersetzung bedürfen. In optimalen Versorgungsformen ist die Beachtung von Belangen der Betroffenen eine Selbstverständlichkeit. Die Ausschussberichte erschließen sich daher in ihrer Geltung nur unter Berücksichtigung seines gesetzlichen Auftrages und der daraus resultierenden wertenden Blickrichtung. Eine Aussage über diesen festgelegten Fokus hinaus ist dem Ausschuss nicht möglich.

Mit dem im NPsychKG festgelegten Aufgaben des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung und den ihm zuarbeitenden Besuchskommissionen auf der einen Seite und dem Landesfachbeirat Psychiatrie, der in Angelegenheiten der konstruktiven Psychiatrieplanung das Ministerium berät, hat Niedersachsen zwei Gremien im psychiatrischen Bereich, die prüfend auf die Gestaltung psychiatrischer Versorgung Einfluss nehmen.

1.4. Unsicherheiten bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen

Auffällig ist die häufiger zu beobachtende Unsicherheit der Beteiligten bei freiheitsentziehenden Maßnahmen. Trotz grundsätzlicher rechtlicher Erwägungen zu Fragen der Freiheitseinschränkung innerhalb der Unterbringung, wie sie z. B. durch Herrn Prof. Dr. Jürgen Helle als Anlage zum 18. Ausschussbericht für das Jahr 2002 dargelegt wurden, ist die Praxis der Durchführung solcher Maßnahmen nicht selten problematisch und oft von großer rechtlicher Unsicherheit begleitet. So wurde von verschiedenen Besuchskommissionen über richterlich nicht genehmigte geschlossene Unterbringung in Heimen oder von zwar gut dokumentierten, aber gerichtlich nicht genehmigten Fixierungen, in Kliniken berichtet, welche wiederholt oder über längere Zeit durchgeführt wurden und damit genehmigungspflichtig gewesen wären. Der Ausschuss sieht hier einen deutlichen Aufklärungs- und Informationsbedarf, zumal Richtlinien für die Praxis aus früherer Zeit kaum noch bekannt sind. Es wird erforderlich sein, diese Richtlinien immer wieder bekannt zu machen. Auch bei den nach NPsychKG tätig werdenden Verwaltungsbehörden herrscht nicht selten Unsicherheit über das Vorgehen und eigene Kompetenzen. So wurde z. B. von einer vorläufigen

Einweisungsverfügung berichtet, die auf einem ärztlichen Zeugnis fußte, das im Wesentlichen die Angaben der Angehörigen wiedergab, ohne dass der betreffende Facharzt den Patienten tatsächlich gesehen und untersucht hatte. Regional unterschiedlich wagen es Verwaltungsbehörden nicht, ärztliche Zeugnisse in Frage zu stellen, obwohl sie nicht einmal die Mindestanforderungen nach NPsychKG erfüllen. Das Vorliegen einer psychischen Störung i. S. des § 1 Abs. 1 NPsychKG wird z.B. nicht bestätigt, eine Diagnose wird nicht genannt, sondern lediglich ohne weitere Ausführungen Fremd- oder Selbstgefährdung festgestellt. Oft enthalten die ärztlichen Stellungnahmen keine über die genannten Feststellungen hinaus nachvollziehbaren Darstellungen, mit denen sich eine gegenwärtig erhebliche Gefahr begründen ließe. Eine Verwaltungsbehörde verfügte rechtswidrig eine vorläufige Einweisung ein zweites Mal, weil ihr ein richterlicher Unterbringungsbeschluss nicht rechtzeitig bekannt geworden war. Wiederholt fehlt es Beteiligten trotz oder wegen „guter Absicht“ an der notwendigen Sensibilität bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen. Neben praxistauglichen Richtlinien sind hier verstärkt Fortbildungen zu fordern.

Auf Anregung einer Autorengruppe, bestehend aus leitenden Mitarbeitern der Medizinischen Hochschule Hannover und Vormundschaftsrichtern des Amtsgerichts Hannover, hat sich der Ausschuss mit der Frage der Zwangsbehandlung im Rahmen von Betreuungen beschäftigt. Ausgangspunkt ist die Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 11. Oktober 2000 (Az. XII ZB 69/00), nach der eine ambulante Zwangsbehandlung im Rahmen einer Betreuung unzulässig ist. Vor dem Hintergrund dieser Entscheidung hat die Autorengruppe zu Recht auf eine erhebliche Rechtsunsicherheit für den Bereich der stationären Zwangsbehandlung hingewiesen. Während ein Teil der Rechtsprechung die stationäre Zwangsbehandlung im Rahmen einer Betreuung unter bestimmten Umständen für rechtmäßig erachtet, gehen andere - unter Berufung auf die BGH-Entscheidung - insoweit von der vollständigen Unzulässigkeit von stationären Zwangsbehandlungen aus. Eine Klärung dieser wichtigen Streitfrage wird voraussichtlich erst durch eine weitere Entscheidung des Bundesgerichtshofs zu erwarten sein. Ggf. wird aber auch eine Regelung dieser Frage durch den Bun-

desgesetzgeber im Rahmen des vom Bundesrat in den Bundestag eingebrachten Betreuungsrechtsänderungsgesetzes erfolgen (vgl. dort § 1906a).

1.5. Landesrahmenvertrag nach § 93 ff BSHG

Im Zusammenhang mit der nach wie vor hoch aktuellen Diskussion über die Notwendigkeit von Heimunterbringungen bei psychisch behinderten Menschen, ließ sich der Ausschuss vom zuständigen Referatsleiter des MS über die Neuregelung und Umsetzung des Landesrahmenvertrages nach § 93 ff BSHG unterrichten. Deutlich wurde, dass der Landesrahmenvertrag als Überbau für die mit den Einrichtungen abzuschließenden Einzelverträge auch Elemente zur Steuerung der Qualität der Leistungen enthält. Im Mittelpunkt der Diskussion steht jedoch derzeit die sog. Korridorlösung des Rahmenvertrages II, der ein Instrument der Leistungsfinanzierung darstellt. Die Schaffung der Grundlagen für diesen Vertrag ist mit einem erheblichen Arbeits- und Abstimmungsaufwand verbunden, der den Beteiligten nicht immer leicht fällt.

Dabei geht es auch um die Vergleichbarkeit von Leistungen, hatten doch die Besuchskommissionen in früherer Zeit immer wieder angemerkt, dass die ausgehandelten verschiedenen Pflegesätze im Vergleich zur Leistungserbringung in den einzelnen Einrichtungen kaum nachvollziehbar seien. Es wurden Einrichtungen besucht, die trotz eines relativ niedrigen Pflegesatzes ein hervorragendes Angebot vorhielten und umgekehrt.

Nach wie vor wird eine Bestandaufnahme der Heimsituation i. S. einer Heimenquête gefordert und für erforderlich gehalten.

1.6. Problematik der ambulanten psychiatrischen Behandlung

Die bereits im 18. Ausschussbericht für das Jahr 2002 dargelegte Problematik der mangelnden ambulanten psychiatrischen Behandlung durch Fachärzte wurde u. a. durch eine Arbeit von Melchinger et al.: Ausgaben auf dem Prüf-

stand. (Deutsches Ärzteblatt, Heft 44. 31.10.2003) weiter belegt. In dieser Arbeit wurde u. a. festgestellt, dass $\frac{3}{4}$ der kassenärztlichen Vergütungen für psychiatrische Leistungen auf Leistungen der Psychotherapie entfallen. Wenn man berücksichtigt, dass die Voraussetzungen der Antragspsychotherapie kaum geeignet sind, dem Bedarf von chronisch psychisch kranken Menschen gerecht werden zu können, dann wird deutlich, dass die Verfahren und Regelungen dringend einer Überarbeitung bedürfen. Institutsambulanzen und ermächtigte Fachärzte in Sozialpsychiatrischen Diensten werden für dieses Klientel tätig, ohne dass sie in der Lage wären, niedergelassene psychiatrisch tätige Fachärzte zu ersetzen.

1.7. Internetauftritt des Ausschusses

Als ausgesprochen positiv kann die Resonanz für den Internetauftritt des Ausschusses bewertet werden, hier ist besonderer Dank an die Mitarbeiter und den Präsidenten des Nds. Landesamtes für Zentrale, Soziale Aufgaben zu richten, die diesen Auftritt ermöglichten. Von Oktober 2003/Ende Dezember 2003 war es zu insgesamt 333 Downloads der Ausschussberichte kommen. Auch in persönlichen Schreiben berichteten einzelne Betroffene, dass sie sich in den Ausführungen des Ausschusses bestätigt wiedergefunden hätten.

Der Ausschuss bildete erneut eine kleine Arbeitsgruppe für die Öffentlichkeitsarbeit.

1.8. Großes Engagement von vielen Mitarbeitern in Einrichtungen

Erfreulich ist auch, dass die Besuchskommissionen immer wieder von einem großen Engagement der Mitarbeiter verschiedener Einrichtungen berichten, die es aufmerksam zu bestätigen und zu unterstützen gilt. Auch nehmen Einrichtungen die Anregungen der Besuchskommissionen nicht selten dankbar auf, um ihr Hilfeangebot weiter zu verbessern. Dabei wird die Tätigkeit der Besuchskommissionen als Unterstützung der eigenen Argumentation erfahren.

2. Sozialpsychiatrische Verbünde

Ein klares Bild der Entwicklung Sozialpsychiatrischer Verbünde in Niedersachsen lässt sich z. Z. nicht abgeben. Die kommunale Finanznot führt vieler Orts zu personellen Einsparungen, nicht nur im Bereich der Sozialpsychiatrischer Dienste, sondern unmittelbar damit verbunden auch im Bereich der Sozialpsychiatrischen Verbünde. Aus verschiedenen regionalen Treffen der Koordinatoren Sozialpsychiatrischer Verbünde und dem vom Landesfachbeirat initiierten Treffen, lässt sich die Tendenz ableiten, dass in den Kommunen, in denen ausgewiesene personelle Ressourcen für den Sozialpsychiatrischen Verbund bereit gestellt werden, sich lebendige und kreative Verbünde entwickeln, wo dies nicht der Fall ist, die Verbünde eher ein Schattendasein führen. Der kreative Austausch in funktionierenden Sozialpsychiatrischen Verbünden konnte vielfach Hilfeplankonferenzen etablieren, die sich zu einem wirksamen Prozessinstrument für eine konkretisierte Antwort auf den jeweiligen Hilfebedarf entwickelten. Kommunen, in denen Sozialpsychiatrische Verbünde eher ein Schattendasein führen, müssen sich fragen lassen, inwieweit sie in der Lage sind, die Frage bedarfsgerechter Hilfen zu beantworten. Dies könnte einmal dazu führen, dass psychisch Behinderten der rechtliche Anspruch auf adäquate Hilfe der Eingliederung versagt bleibt, oder aber die fachlich angemessene Differenzierung der Hilfen zu Gunsten undifferenzierter Angebote unterbleibt.

In den Berichten der Besuchskommissionen über besuchte Einrichtungen spielen die sozialpsychiatrischen Verbünde bisher noch eine marginale Rolle.

3. Ambulante Versorgung

Wie bereits unter Punkt 1.6 erwähnt, hat sich der Trend verstärkt, dass Fachärzte sich zurückziehen in andere Bereiche (Psychotherapie, Neurologie) bzw. ganz den nervenärztlichen Bereich verlassen, da sie im Interesse einer wirtschaftlichen Praxisführung die Mangelversorgung für die psychiatrische Be-

handlung zwar nicht billigen, aber notgedrungen in Kauf nehmen müssen. Dies bedeutet eine schleichende Änderung im Bereich der ambulanten Versorgung, die andererseits bisher immer noch das Rückgrat der gesamten ambulanten Versorgung einschließlich der Rehabilitation ist.

In den letzten fünf Jahren ist die Zahl der psychiatrisch tätigen Ärzte in Niedersachsen drastisch um mehr als 20 % gesunken. Dies ergibt sich aus Erhebungen des Berufsverbandes der Nervenärzte in Niedersachsen (Beutler, J.: Neurotransmitter 1, 2002, S. 24 - 30) und des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, DGPPN, (Berger, M.: "Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland". Nervenarzt 2004. 75: 195 – 204).

Als problematisch wurde von der Besuchskommission Weser-Ems Nord insbesondere die Akutversorgung psychisch kranker Menschen auf der Insel Norderney angesehen. Neben dem mangelnden fachärztlichen Angebot wird auch von zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst keine regelmäßige Sprechstunde durchgeführt. Kritikwürdig ist insbesondere, dass vorläufige Einweisungen zur Unterbringung im zuständigen psychiatrischen Krankenhaus Norden ohne vorherige ärztliche Untersuchung allein durch Polizei und Ordnungsbehörde durchgeführt werden, weil die diensthabenden Ärzte nicht bereit seien, entsprechende Untersuchungen durchzuführen und ein ärztliches Zeugnis auszustellen.

3.1. Arbeit für seelisch behinderte Menschen

Der Eindruck der Besuchskommissionen Hannover und Weser-Ems-Süd unterstrich die allseits bekannte Befürchtung, dass sich der allgemein gesellschaftliche Trend nach Forderung größerer Effizienz am Arbeitsplatz dahingehend auswirkt, dass seelisch labile Menschen nunmehr eher als seelisch behindert etikettiert werden und damit nicht mehr dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, sondern in Werkstätten für seelisch Behinderte Aufnahme suchen sollen. Die steigenden Anforderungen an den einzelnen Arbeitnehmer füh-

ren dabei zu einer größer werdenden Gruppe, die den Anforderungen nicht mehr gewachsen ist und anderweitig unterhalten werden muss. Die dadurch entstandene Effizienzfalle ist zu einem derzeit nicht lösbaren Problem geworden.

Die Besuchskommission Weser-Ems-Süd berichtete eindrucksvoll von dem positiven Engagement einer Osnabrücker Behindertenwerkstatt. Getrübt wurde dieser positive Eindruck durch die Tatsache, dass die Rückforderungen höherer Entgelte durch das Sozialamt negativ auf die Arbeitsmotivation wirkten, weil der beabsichtigte Leistungsanreiz nicht mehr belohnt wurde.

3.2. Der nicht eingelöste Anspruch auf Soziotherapie und niederschwellige aufsuchende Hilfen

Der seit Anfang 2000 bestehende Anspruch von psychisch erkrankten Menschen auf Soziotherapie nach § 37a SGB V kann in Niedersachsen auch weiterhin nicht eingelöst werden. Dieser Umstand kann auch ein Indiz dafür sein, dass die erarbeiteten Vorgaben von ihren Autoren so praxisfern formuliert sind, dass sie nicht umgesetzt werden können.

Nach wie vor mangelt es im ambulanten Bereich an aufsuchenden Hilfen, die die Betroffenen dabei unterstützen, in eigener Wohnung zu leben. Solche „einfachen“ Angebote, die niedrigschwelliger ansetzen können als die „Paketlösungen“ des Betreuten Wohnens, werden seit Jahrzehnten von den Angehörigenvertretern erwartet, ohne dass sie bisher auf Gehör gestoßen wären. Auch steht das Angebot psychiatrischer Pflege noch nicht einmal ansatzweise flächendeckend zur Verfügung.

3.3. Nicht absehbare Reformentwicklungen

Derzeit überhaupt noch nicht absehbar sind mögliche Konsequenzen aus dem

Entwurf des Betreuungsrechtsänderungsgesetz und insbesondere der beabsichtigten Beschränkung entsprechender Kosten im Justizbereich mit der vorgesehenen „Rückverlagerung“ der Anforderungen und Kosten in den sozialen Zuständigkeitsbereich. Berücksichtigt man zusätzlich die Sorgen der Kommunen für die Umsetzung von Hartz IV, dann wird bei der bisherigen Vorgehensweise kaum noch ein aufmerksamer Blick auf die notwendige ambulante psychiatrische Versorgung übrig bleiben. Dies ist umso bedauerlicher, als gerade mit der Zunahme psychischer Störungen in der Bevölkerung allgemein und bei denen speziell, die vorzeitig erwerbsunfähig werden, eine Problematik zur Wirkung kommt, mit der andere kommunale Nöte unmittelbar in Zusammenhang stehen.

Kaum in Erscheinung getreten sind die auch für die Rehabilitation psychisch kranker Menschen wichtigen Servicestellen nach SGB IX.

Mit diesen Themen wird sich der Ausschuss auch weiterhin zeitnah beschäftigen müssen.

3.4. Sozialpsychiatrische Dienste

Wie schon bei den Ausführungen über die Sozialpsychiatrischen Verbünde angemerkt, führt die Finanznot der Kommunen vielerorts zu einer personellen Ausdünnung Sozialpsychiatrischer Dienste. Von verschiedenen Kommunen wurde berichtet, dass die Facharztstelle für die Leitung Sozialpsychiatrischer Dienste, hier seien beispielhaft die Landkreise Oldenburg, Nienburg und Helmstedt genannt, nicht besetzt werden konnte, weil sich keine geeigneten Bewerber finden ließen. Berechtigter Weise stellten die zuständigen Besuchskommisionen die Frage, ob die Ausschreibungen von vornherein so unattraktiv abgefasst waren, dass sie für Fachärzte nicht in Frage kamen oder aber, ob tatsächlich von einem Mangel an Fachärzten für die sozialpsychiatrische Versorgung ausgegangen werden muss. Letzteres wäre besonders Anlass zur Sorge, wenn man berücksichtigt, dass bereits die Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen durch Fachärzte nicht unerhebliche Kapazitätsmängel aufweist. Die

Ausdünnung der ambulanten psychiatrischen Versorgung muss unweigerlich zu einer Mangelversorgung oder kompensatorisch verstärkten Versorgung durch stationäre Einrichtungen führen.

Die vielfach berichtete Reduktion des Personals in Sozialpsychiatrischen Diensten und die zunehmende Beauftragung Sozialpsychiatrischer Dienste mit Aufgaben eines allgemeinen Sozialdienstes, führt zu einer Verminderung von fachlichen Kompetenzen, die nicht ohne Folgen bleiben kann.

3.5. Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung

Ausführlich wurde der Ausschuss über die aktuelle Diskussion der Eingliederungshilfe bei seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen nach § 35 a SGB VIII durch den zuständigen Referatsleiter des MS informiert. Deutlich wurde, dass es hierbei vor allem auch um Kinder mit Teilleistungsstörungen geht, denen durch regional sehr unterschiedliche Bewilligungspraxen der Jugendämter sehr uneinheitliche Förderungen zugute kommen. In diesem Zusammenhang wurde der Ausschuss von fachpsychiatrischer Seite darüber aufgeklärt, dass das Phänomen der Legasthenie ein Symptom verschiedenster Störungsursachen sei und mit unterschiedlichen Ausprägungen vorkomme. Dementsprechend differenziert müssen die Behandlungsstrategien und Behandlungsangebote aussehen. Deutlich wurde, dass in diesem Zusammenhang die Verantwortlichkeit der Schulen in nicht unerheblichem Maße mit berührt war, dass aber ein unverbundenes, nicht abgesprochenes Nebeneinander von Förderungen zu kontraproduktiven Ergebnissen führte. Anhand von plausiblen Beispielen konnte gezeigt werden, wie ein positiver therapeutischer Einfluss auf das Störungsbild einer Legasthenie durch entmutigende Forderungen in der Schule wieder zunichte gemacht werden konnte. Der Ausschuss hält daher eine stärkere Kooperation der verschiedenen Hilfen und Maßnahmen insbesondere vor Ort für dringend erforderlich. Es erschien ihm wichtig, dass die zuständigen Ministerien in dieser Sache initiativ werden.

Folgender Wortlaut wurde beschlossen: „Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung bittet das Sozialministerium in Anbetracht der großen Probleme bei der Umsetzung des § 35 a KJHG (SGB XVIII) bei der Versorgung von Kindern mit Teilleistungsschwächen und reaktiven Verhaltensschwierigkeiten sowie daraus resultierenden seelischen Behinderungen zur Lösung dieser Problematik in Kooperation mit dem Kultusministerium aktiv zu werden. Der Ausschuss bittet um Auskunft, inwieweit die Versorgung dieser Kinder mit angemessenem heilpädagogischen Hilfen zur Vermeidung von individuellen gesundheitlichen und sozialen Fehlentwicklungen sicher gestellt werden kann, sei es durch pädagogische und schulpsychologische Hilfen innerhalb des schulischen Bereiches, sei es durch kassenärztliche Versorgungsleistungen im Krankheitsfall, sei es durch Hilfen nach § 35 a KJHG (SGB XVIII).“

Das Sozialministerium wurde weiter um Auskunft gebeten, inwieweit aufgrund der derzeitigen Praxis der verschiedenen gesetzlichen Kostenregelungen Lücken in der adäquaten Hilfestellung und Mängel im kooperativen Austausch der Beteiligten entstehen. Die Notwendigkeit des kooperativen Austausches zum wechselseitigen Verständnis und zur Abstimmung der Hilfen für psychisch behinderte Kinder und Jugendliche wurde mehrfach hervorgehoben. Gleichzeitig wurde das unverbundene Nebeneinanderher der Förderungen als kontraproduktiv benannt. Die aus dem allgemeinen Kostendruck resultierenden Tendenz der Reduzierung des Leistungsumfanges auf die Kernaufgaben nach § 35 a KJHG (SGB VIII) bedarf der kritischen Beobachtung und fachlichen Beurteilung der Konsequenzen.

3.6. Sozialpsychiatrievereinbarungen

Ausführlich wurde der Ausschuss von der Sprecherin der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater über das komplexe Thema der Sozialpsychiatrievereinbarungen informiert. Dabei wurde auf die Problematik der „nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen“ nach §§ 43 a und 85 Abs.2 Satz 4 SGB V hingewiesen, die zwar eine umfassende psychologische, heilpädagogische und

psychosoziale Diagnostik unter ärztlicher Verantwortung einschließlich der Aufstellung des Behandlungsplanes vorsähen, nicht aber die daraus folgende Durchführung eines multiprofessionellen Behandlungsansatzes. Während die Ersatzkassen in den abgeschlossenen „Sozialpsychiatrie-Vereinbarungen“ diese multiprofessionelle Behandlungsmöglichkeit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis grundsätzlich einschließt, kann dies bei den Primärkassen, insbesondere der AOK, aber auch einige der Betriebskrankenkassen nicht vorausgesetzt werden. Dies führte zu einer entsprechenden Anfrage bei der Vorstandsvorsitzenden der AOK Niedersachsen, Frau Lür. Im kommenden Berichtsjahr wird sich der Ausschuss erneut mit dieser Thematik und insbesondere auch der Antwort der Vorstandsvorsitzenden der AOK Niedersachsen beschäftigen.

4. Stationäre Versorgung und Allgemeinpsychiatrie

Im vergangenen Berichtsjahr hat sich der Psychiatrieausschuss nach ausführlicher Information und Erörterung ausdrücklich gegen eine Privatisierung der psychiatrischen Landeskrankenhäuser ausgesprochen und die Sicherung der Versorgungsqualität als öffentlichen Auftrag herausgestrichen. Für die neue Legislaturperiode war dies kein Thema.

4.1. Maßregelvollzugspatienten in der Allgemeinpsychiatrie

Der weitere Anstieg von Maßregelvollzugspatienten wurde von den Besuchskommissionen beispielsweise für das Nds. Landeskrankenhaus Wehnen und das Nds. Landeskrankenhaus Lüneburg beklagt, wo es zu einer Durchmischung von Patienten des Maßregelvollzuges mit solchen der Allgemeinpsychiatrie gekommen war. Dadurch war es zu Engpässen der stationären allgemeinpsychiatrischen Versorgung gekommen. Aufgrund von personellen Engpässen musste z. T. die übliche Standardversorgungsleistung in der Allgemeinpsychiatrie

rie eingeschränkt werden. Letzteres kann auch für das Landeskrankenhaus Wunstorf gesagt werden, das die genannte Durchmischung beendete um den Preis der Umwidmung von allgemeinspsychiatrischen Stationen in Stationen des Maßregelvollzuges.

4.2. Wacheinheiten und Isolierzimmer

Für das Landeskrankenhaus Wunstorf und die Privatklinik Dr. Fontheim problematisierten die Besuchskommissionen den mangelnden Schutz von Intimität in geschlossenen Überwachungseinheiten; speziell in der Klinik Dr. Fontheim die Existenz und Handhabung von Isolierzimmern. Sowohl von der Klinik Dr. Fontheim, als auch vom Nds. Landeskrankenhaus Wunstorf wurde ein sofortiges konstruktives Eingehen auf die kritische Hinterfragung der Überwachungseinheiten durch die Besuchskommissionen berichtet. Das Thema wird die Besuchskommissionen weiter beschäftigen, zumal in diesem Zusammenhang wesentliche Grundrechte von Patienten betroffen sind.

Auch das Thema der Videoüberwachung in der Allgemeinpsychiatrie, das im Maßregelvollzug zur Sicherung wirksam eingesetzt wird, wurde kritisch hinterfragt, ohne das es zu einer einheitlichen Auffassung im Ausschuss kam. Wesentlich erschien, dass die Intimität der Patienten soweit wie möglich gewahrt bleibt und eine kritische Interessen- und Werteabwägung in jedem Einzelfall vorgenommen wird.

4.3. Assoziierte Heimeinrichtungen

Besonders problematisiert wurden die großen Heimbereiche, die überwiegend mit Kliniken assoziiert sind, die in privater Trägerschaft stehen. Dabei können Heimbereich und Klinik sich wechselseitig als Zulieferer dienen, ohne dass eine unabhängige Beurteilung und Definition der Erforderlichkeiten und der Situation

der Betroffenen ausreichend möglich ist. Es wurde herausgestrichen, dass dominante Trägerinteressen, wie die Praxis von Einzelbeispielen zeigte, so gut wie nicht zu korrigieren waren.

4.4. Aufklärungsbedarf bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen

In einer privat geführten psychiatrischen Klinik im Harz wurde bekannt, dass eine mittellose Patientin auf einer geschlossenen Station nicht mit ihrem Anwalt telefonieren konnte, weil sie bereits ihr Kontingent von einem Anruf wöchentlich ausgeschöpft hatte. Solche rechtswidrigen Einschränkungen bedürfen der besonderen Aufmerksamkeit. In der Nervenlinik Langenhagen stieß die Besuchskommission Hannover auf Fixierungen von Patienten, die zwar sehr gut dokumentiert waren, aber eine richterliche Genehmigung für diese Fixierungen konnte nicht nachgewiesen werden. Auf das große Informationsdefizit hinsichtlich freiheitseinschränkender Maßnahmen und der Notwendigkeit, diesbezüglich Richtlinien in Erinnerung zu rufen, wurde bereits hingewiesen.

5. Stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung

Nicht nur im Zusammenhang mit Maßregelvollzugspatienten wird es als problematisch angesehen, wenn Kinder und Jugendliche über 14 Jahren auf Stationen der Allgemeinpsychiatrie untergebracht werden müssen, weil Kapazitäten der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor Ort nicht ausreichen. Entsprechende Fehlbelegungen der Allgemeinpsychiatrie wurden insbesondere von den Besuchskommissionen Weser-Ems-Nord, Weser-Ems-Süd, Lüneburg und Hannover berichtet. Auch bei fehlender akuter Fremd- oder Selbstgefährdung von Jugendlichen, aber auch bei psychisch schwer erkrankten Kindern besteht durch 4- bis 6monatige Wartefristen weiterhin ein bedrückender Versorgungsnotstand. Damit handelt es sich um eine Problematik größeren Ausmaßes.

Von der Besuchskommission Hannover wurde das therapeutische Angebot des Albert-Schweitzer-Klinikums Holzminden zwar als qualitativ hochwertig beschrieben, bedauert wurde hingegen, dass diese Versorgung nur ausgesuchtem Klientel zu Gute kommt, da die Klinik sich hiermit nicht in die regionale Vollversorgung einbringt.

Erfreulich war, dass der Neubau der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik im Reinhard-Nieter-Krankenhaus in Wilhelmshaven fertiggestellt werden konnte, so dass vom Baulichen her ein fachgerechtes Arbeiten möglich ist.

5.1. Unterrichtsversorgung an Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Fachkundig wurde der Ausschuss über die Unterrichtsversorgung an Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie informiert. Dabei wurde betont, dass der Niedersächsische Arbeitskreis für Kinder- und Jugendpsychiatrie bereits seit 1992 auf Mängel der schulischen Versorgung hingewiesen habe, ohne dass es zu einer dauerhaften Verbesserung der Situation gekommen wäre. Landesweit fällt eine sehr ungleiche Verteilung der Unterrichtsversorgung auf, ohne dass eine vereinheitlichende Regel erkennbar wäre. Der Ausschuss hat daher festgestellt, dass die notwendige Unterrichtsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht in angemessenem Maße erfüllt wird und sie außerdem sehr ungleich verteilt ist. Er hat daher das Kultusministerium um eine Stellungnahme gebeten. In einer ersten Rückmeldung reagierte das Ministerium positiv auf die Feststellung des Ausschusses. Die Reaktion des Kultusministeriums wird der Ausschuss im neuen Berichtszeitraum erörtern.

6. Maßregelvollzug

An den grundsätzlichen Ausführungen des 18. Berichtes hat sich auch im neuen Berichtszeitraum nichts verändert. Nach wie vor berichtete die Besuchskommission im Maßregelvollzug von einem gleichbleibend hohen Aufnahmepressure. Die vorgesehenen, sowie die bereits umgesetzten Kapazitätserweiterungen in diesem Bereich hinkten grundsätzlich den Erfordernissen hinterher. Zu dieser Problematik hat eine Arbeitsgruppe des Landesfachbeirates unter Leitung von Herrn Prof. Dr. Mauthe in einem umfangreichen Exposé in aller Ausführlichkeit Stellung genommen. Dieses Exposé beschäftigt sich auch mit zukünftigen Lösungsmöglichkeiten.

Als außergewöhnlich wird die Belastung des Personals im Maßregelvollzug von der Besuchskommission Maßregelvollzug bezeichnet. Um langfristig über qualifiziertes Personal zu verfügen, müssen auch Anreize in finanzieller Art umgesetzt werden.

Die Besuchskommission Maßregelvollzug hat einen häufigen Analphabetismus trotz Schulbesuchs bzw. häufige Legasthenie (einhergehend mit der mangelnden Fähigkeit, lesen und schreiben zu können) bei Maßregelvollzugspatienten hervorgehoben und die Notwendigkeit betont, diesem Umstand besser zu begegnen. Die Vertreter der Kinder- u. Jugendpsychiatrie erwähnten in diesem Zusammenhang noch einmal die Notwendigkeit der adäquaten Behandlung von Teilleistungsstörungen von Schulkindern.

Nach wie vor fehlen Einrichtungen des offenen Vollzuges. Problematisch ist auch weiterhin die Nachsorge für Maßregelvollzugspatienten, stellt sie doch die Nachhaltigkeit der Gesamtmaßnahme sicher.

Die Gesamtzahl der strafrechtlich untergebrachten forensischen Patienten in Niedersachsen hat Ende 2003 die Größe von 1.000 überschritten, was im Gleichschritt mit dem übrigen Bundesgebiet einer Zunahme seit 1996 von 175% entspricht.

7. Heime

Nach wie vor ist die Forderung nach einer Heimenquete als Bestandaufnahme der Heimsituation für psychisch Behinderte in Niedersachsen aktuell. Dabei sind die im Ausschuss vertretenen Auffassungen durchaus kontrovers. Während ein großer Teil der Ausschussmitglieder Heimunterbringungen nur dann befürwortet, wenn sie unbedingt erforderlich sind und entsprechende rehabilitative Ansprüche an Heimunterbringungen stellen, betonen andere Ausschussmitglieder den Aspekt der Heimat für Menschen, die in einem Heim untergebracht sind. Eine grundsätzliche Untersuchung zur Heimsituation könnte für eine entsprechende Differenzierung hilfreich sein, wenn unterschieden wird zwischen solchen Bewohnern, die Anspruch auf eine rehabilitative Förderung mit dem Ziel der Teilhabe am Leben der Gemeinschaft haben und solchen Bewohnern, die des dauerhaften pflegenden Schutzes bedürfen, um ein menschenwürdiges Leben führen zu können, ohne das ein besonderer Förderungsanspruch mit der Weiterentwicklung von persönlichen Kompetenzen formuliert werden könnte.

7.1. Mängel durch den Vorrang wirtschaftlicher Gesichtspunkte

Aus den Berichten der Besuchskommissionen wird immer wieder deutlich, dass Angebote in Heimen für psychisch Behinderte wirtschaftlichen Gesichtspunkten untergeordnet werden. Obwohl die Mehrheit von befragten Heimbewohnern, sich Einzelzimmer wünschten, sind in den Heimen noch immer sehr viele Doppelzimmer zu finden. Die in einigen Heimen vorgefundenen Vier-Bett-Zimmer sind, wie in Erfahrung gebracht werden konnte, nach der Heimmindestbauverordnung mit Zustimmung der Heimaufsichtsbehörde, zwar zulässig, wenn ein Heim den Anspruch von Heimat erfüllen will, muss aber eine individuelle Gestaltung, eine wohnliche Atmosphäre und der Schutz von Intimität möglich sein. Insbesondere die Besuchskommission Weser-Ems-Süd kritisierte den unpersönlichen Klinikcharakter eines Wohnheimes.

In Widerspruch mit dem Grundsatz ambulant vor stationär setzen sich Heimbetreiber mit ihrer Absicht, aus wirtschaftlichen Gründen die Heimplatzzahl aufzustocken ohne im Sozialpsychiatrischen Verbund den tatsächlichen Bedarf abzuklären. Die Eigengesetzlichkeit der Platzzahlaufstockung führt unweigerlich dazu, dass die bereitstehenden Plätze aus wirtschaftlichen Gründen (auch überregional) voll belegt werden müssen, um mit erneuten Anfragen weitere Aufstockungen zu begründen. Auffällig ist, dass Heime nicht selten nach stationären Behandlungen von Kliniken bei Bestehen einer rechtlichen Betreuung belegt werden. Die Belegungen erfolgen deutlich seltener unmittelbar aus dem ambulanten Bereich. Die Hintergründe bedürfen aber noch einer besonderen Untersuchung.

Wiederholt kritisiert wurde bei einigen Heimen die trostlose Ausstattung und die fehlende Tagesstruktur. In manchen Heimen stellte sich die Frage, wie sich der Tagespflegesatz rechtfertigen lässt, wenn die Betroffenen nicht mehr als Unterkunft und Verpflegung erhalten (was etwa der Leistung einer Warmmiete, Haushaltshilfe und „Essen auf Rädern“ entspricht). Auch wenn Wochenpläne auf dem Papier vorhanden sind, mangelt es häufig an der Umsetzung. Pointiert wurde vom Ausschuss formuliert, dass diesen Heimbewohnern das vorenthalten wird, was an Leistungen eigentlich bezahlt wurde. Ausdrücklich wurde im Ausschuss die Frage der Tagessatzkürzung der Minderleistung diskutiert. Dabei wurde vom Präsidenten des Nds. Landesamtes für Zentrale Soziale Aufgaben bestätigt, dass seines Wissens erst einmal im Landkreis Hildesheim davon Gebrauch gemacht wurde, den Tagessatz zu kürzen, weil die vertraglich vereinbarte Leistung nicht erbracht worden war. Der Ausschuss forderte von diesem Instrumentarium, häufiger Gebrauch zu machen, um eine Möglichkeit zu haben, auf wiederholt berichtete Missstände zu reagieren. Nach wie vor beklagten sich die Mitglieder der Besuchskommissionen über die Vergeblichkeit von Mängelrügen bei „faulen“ Heimbetreibern.

Seit Jahren wird die Situation eines Heimes im Süden des Landkreises Hildesheim von der Besuchskommission Hannover als katastrophal bezeichnet,

ohne dass sich etwas änderte. Neben der mangelnden Qualifikation der Mitarbeiter war ein verlässliches Angebot für die Bewohner nicht zu erkennen.

7.2. Psychisch behinderte Menschen in Alten- und Pflegeheimen

Bei besuchten Alten- und Pflegeheimen standen beengte Wohnverhältnisse, mangelnde bauliche Geeignetheit neben z.T. gravierenden Betreuungs- und Pflegemängeln im Vordergrund. Auf diese nicht haltbaren Umstände in einigen Alten- und Pflegeheimen wiesen besonders die Besuchskommissionen Weser-Ems Nord und Hannover hin. So waren gehbehinderte Bewohner eines Heimes im Landkreis Diepholz darauf angewiesen, dass sie vom Hausmeister über eine Treppe transportiert wurden, um ins Freie zu gelangen. In einem anderen Heim war auf einer geschlossenen Abteilung neben unvollständiger Pflegedokumentation der Nachtdienst nur zeitweise besetzt.

Wie bereits erwähnt, besteht auch in vielen Heimen eine große Unsicherheit und ein Informationsdefizit über freiheitsbeschränkende Maßnahmen. Es finden sich immer wieder Heime, deren Türen sich von den Bewohnern nicht öffnen lassen, ohne dass für die einzelnen Bewohner, eine richterliche Genehmigung zur geschlossenen Unterbringung vorliegt.

8. Ausblick

Nach wie vor muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass eine differenzierte Analyse der Heimsituation in Niedersachsen als Eingliederungshilfemaßnahme oder als Wohnform für seelisch behinderte Bürger dringend erforderlich ist.

Auch die bundesweite Problematik im Maßregelvollzug bedarf der Hinführung zu grundsätzlichen Lösungsansätzen.

Ein großer Aufklärungsbedarf besteht weiterhin, wie sich immer wieder zeigt, für die Durchführung freiheitseinschränkender Maßnahmen.

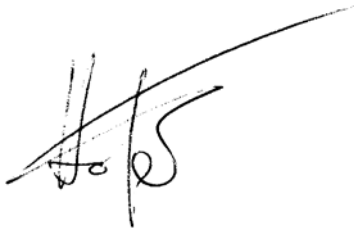
Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) soll bereits zu erwünschten Einsparungseffekten geführt haben, in dem z.B. eine Reduzierung der Arztbesuche um geschätzt 18% bis 22% nach anderen Quellen um 10% eingetreten ist. Wenn es sich dabei nur um Einsparungen überflüssiger Behandlungen handelte, wäre dies ein erfreuliches Ergebnis.

Leider trifft das geltende Instrumentarium in seiner Unschärfe auch besonders solche Menschen, die dringend einer Behandlung bedürfen. Die Verunsicherung bei Menschen mit chronischen psychischen Störungen ist groß. Viele lassen sich durch die für sie bestehenden Unklarheiten davon abhalten, sich in ärztliche Behandlung zu begeben. Ihre z.T. sozial schwache Position führt dazu, dass sie sich kaum die Praxisgebühr, geschweige denn die Zuzahlungen bei Medikamenten leisten können. Hinzu kommt die Scheu oder Unfähigkeit bei vielen, die Schwelle zur Befreiung von Zuzahlungen zu überwinden. Sie sind z.T. nicht dazu in der Lage die notwendigen Belege zu sammeln und vorzulegen. Besonders betroffen sind neben chronisch psychisch kranken Menschen, die in eigener Wohnung leben, solche, die obdachlos sind oder in Heimen leben.

Der nicht zu bezweifelnde gesellschaftliche Reformbedarf führt aber nicht nur bei sog. gesunden Bürgern, sondern besonders bei psychisch erkrankten Bürgern zu einer großen Verunsicherung. Wenn die erwogenen Maßnahmen für sie unüberschaubar werden und nicht mehr nachvollziehbar einsichtig vermittelt werden können, dann hat das nicht selten eine Verstärkung des Störungsbildes über die Zunahme von Ängsten zur Folge. Eine Unterscheidung von in der Presse angekündigten Maßnahmen und bereits gültigen Maßnahmen ist für viele nicht mehr möglich, das führt zu großer Verwirrung. Diese Verwirrung wiederum erschwert vielen chronisch psychisch kranken Bürgern das Organisieren eines selbstbestimmten Lebens mit eigener Wohnung, denn das Störungsbild geht teilweise mit einer eingeschränkten Strukturierungsfähigkeit einher. Die

schließlich eintretende Überforderung bei der Bewältigung der eigenen Angelegenheiten macht immer wieder die Einrichtung einer Betreuung erforderlich.

Unzweifelhaft ist die Aufmerksamkeit des Ausschusses und der Besuchskommissionen bei den gegenwärtigen Bedingungen für chronisch psychisch kranke Bürger auch in Zukunft gefordert, um die Rahmenbedingungen zu überprüfen, die für ein soweit wie möglich selbstbestimmtes Leben nötig sind.

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized letters and a long horizontal stroke extending to the right.

Dr. E. Höfer

AUSSCHUSS

für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung

- 15. Wahlperiode -

Mitglieder	Stellv. Mitglieder
Vorsitzender Herr Dr. Höfer, Eberhard 31139 Hildesheim	Frau Dr. Eva Freudenberg 30659 Hannover
Stellv. Vorsitzender Herr Wolfram Beins 29221 Celle	Herr Rainer Ostermann 26721 Emden
Frau Gabriela Kohlenberg (MdL) 31832 Springe	Frau Angelika Jahns (MdL) 38448 Wolfsburg
Herr Prof. Dr. Roland Zielke (MdL) 49078 Osnabrück	Frau Gesine Meißner (MdL) 30974 Wennigsen
Herr Manfred Nahrstedt (MdL) 21385 Oldendorf	Frau Ulla Groskurt (MdL) 49076 Osnabrück
Frau Ursula Helmholt (MdL) 31737 Rinteln	Frau Meta Janssen-Kucz (MdL) 26789 Leer
Herr Wilhelm Dunker 27283 Verden	Frau Dr. Dagmar Schlapeit-Beck 37028 Göttingen

Frau Jutta Eichhorst 30159 Hannover	Herr Dietmar Altenberg 30455 Hannover
Herr Dr. Patrizio-Michael Tonassi 30169 Hannover	Herr Dr. Eberhard Grosch 30875 Laatzen
Herr Dr. Gunther Kruse 30853 Langenhagen	Herr Dr. Heyo Prahm 26131 Oldenburg
Herr Prof. Dr. Andreas Spengler 31515 Wunstorf	Herr Prof. Dr. Friedrich Specht 37073 Göttingen
Herr Pater Sebastian Hackmann O.P. 49377 Vechta	Herr Pastor Hans-Martin Joost 31157 Sarstedt
Frau Rose-Marie Seelhorst 30890 Barsinghausen	Herr Edo Tholen 26127 Oldenburg
Herr Jens Deckwirth 29221 Celle	Frau Eva Moll-Vogel 30175 Hannover

Geschäftsstelle	Telefon:	Fax:
Frau Brigitta Heine	05121/304-385	05121/304-611
Frau Ellen Grützner	05121/304-663	E-Mail: brigitta.heine@nlzsa.niedersachsen.de ellen.gruetzner@nlzsa.niedersachsen.de
Niedersächsisches Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben, Postfach 10 08 44, 31108 Hildesheim		