

# 18. Bericht

## des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen für das Jahr 2002

### Inhaltsverzeichnis

1.	Allgemeines	Seite: 2
2.	Sozialpsychiatrische Verbände	8
3.	Ambulante Versorgung	10
3.1	Sozialpsychiatrische Dienste	15
3.2	Sozialpsychiatrische Dienste für Kinder und Jugendliche	17
4.	Stationäre Versorgung	17
4.1	Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung	18
4.2	Allgemeinpsychiatrie	19
4.3	Maßregelvollzug	23
4.4	Heime	25
5.	Ausblick	28

Anhang:

Liste der Ausschussmitglieder

Gutachten zur rechtlichen Einordnung von Isolierungsmaßnahmen

Verfasser: Prof. Dr. Jürgen Helle

Berichte der Besuchskommissionen

## **1. Allgemeines**

Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen (Psychiatrieausschuss) tagte im Jahr 2002 regulär mit vier Sitzungen (09.01.2002, 20.03.2002, 21.08.2002, 30.10.2002), zusätzlich wurde eine Sondersitzung am 19.12.2002 zu der Frage „Privatisierung der Nds. Landeskrankenhäuser“ abgehalten. Die Arbeitsgruppe Öffentlichkeitsarbeit des Ausschusses trat am 08.02.2002 zur Erarbeitung einer Pressemitteilung und des Internetauftrittes zusammen. Am 20.02.2002 fand ein Gespräch bei der Ministerin, Frau Dr. Trauernicht, zu Fragen der psychiatrischen Versorgung und Schwerpunktproblematiken statt.

Die Besuchskommissionen führten im Berichtszeitraum 123 Besuche durch.

### **Grundsätzliche Überlegungen**

Lassen Sie uns mit einer sehr allgemeinen grundsätzlichen Betrachtung beginnen. Der Sachverhalt, dass Menschen nach ihren Vorstellungen, die sie von sich selbst und ihrer Umwelt haben, und besonders der dazugehörigen emotionalen Bedeutungsgewichtung, handeln, führt dann zu erheblichen Irritationen, wenn diese selbstverständlichen Fähigkeiten durch das, was man eine psychische Störung nennt, beeinträchtigt werden. Die Äußerungen über eigene Vorstellungen und deren emotionale Gewichtungen sind von anderen nicht mehr ohne weiteres nachvollziehbar. Gerade die prinzipielle Nachvollziehbarkeit ist aber eine wesentliche Grundannahme jeder Kommunikation zwischen Menschen. Statt verständnisvolle Hilfeimpulse auszulösen, haben psychische Störungen nicht selten Ausgrenzung und Isolation zur Folge. Diese Störungsfolgen begründen den besonderen Schutzbedarf von Menschen, die an einer seelischen Störung oder Behinderung leiden. Körperliche Störungen sind demgegenüber sehr viel geeigneter, Mitleid und Hilfen zu mobilisieren.

Die Schwierigkeit und Problematik dieses Schutz- und Hilfebedarfs liegt nun darin, dass er nicht einheitlich zu formulieren ist, sondern sich ständig inter- und intraindividuell verändert. Damit sind psychisch erkrankte und behinderte Menschen in zwei Richtungen besonders leicht ausbeutbar:

- a) wenn ihnen die notwendige Hilfe versagt wird
- b) wenn sie einem Schutz unterworfen und ausgeliefert sind, den sie eigentlich gar nicht mehr benötigen.

Die Gefahr der Ausbeutung ist bei einem Festhalten an dem Schutzverhältnis wegen der Gewöhnung an Unselbstständigkeit (Hospitalismus) besonders groß, weil es nach einer gewissen Zeit genau die Bedingungen produziert, die seine Notwendigkeit erneut begründet. Zum Aufbrechen eines solchen systemimmanenten Bedingungszyklus bedarf es immer wieder neu der Korrektur von außen. Die Leitbegriffe einer angemessenen psychiatrischen Versorgung können daher lauten: Respekt, Befähigung zur Selbstsorge, Assistenz und Krisenintervention.

### **Dank an die Beteiligten**

Der Ausschuss hat sich mit den Besuchskommissionen immer wieder neu bemüht, möglichst konkret die komplexen Bedingungen der Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen festzustellen und zu beurteilen. Übergeordnetes Ziel war es dabei, Menschen mit psychischen Störungen und Behinderungen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Schutzbedürfnisse zu ermöglichen. Nicht selten mussten Argumente kontrovers diskutiert und unter Rückbesinnung auf übereinstimmende Werte gewichtet und strukturiert werden. Das Ringen um eine sachangemessene Argumentation und Bewertung nahm einen breiten Raum ein. Der Dank gilt insbesondere den ehrenamtlich tätigen Mitgliedern der Besuchskommissionen, die durch ihre unverzichtbaren Eindrücke vor Ort und durch ihre Bewertungen den Ausschuss unterstützt haben. Dank ausgesprochen sei auch dem Psychiatriereferat des Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, das den Ausschuss stets fachkundig begleitete und bemüht war, die gewonnenen Erkenntnisse umzusetzen. Auch dem Präsidenten des Nds. Landesamtes für Zentrale Soziale Aufgaben sei an dieser Stelle erneut gedankt, der der Arbeit des Ausschusses durch seine aufmerksame Beteiligung Bedeutung verlieh. Gedankt werden muss auch den Referenten, insbesondere denen des Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit sowie des Nds. Landesamtes für Zentrale Soziale Aufgaben, die den Ausschuss fachkundig und kompetent unterrichteten. Schließlich geht der Dank auch in die Richtung der koordinierenden engagierten Geschäftsführung, ohne die die Tätigkeit der ehrenamtlichen Mitglieder so nicht möglich wäre.

An dieser Stelle soll die Tätigkeit des Nds. Landesfachbeirates Psychiatrie nicht unerwähnt bleiben, der durch seine konzeptionelle Arbeit, durch seine Empfehlungen und insbesondere auch durch seine breite Fachöffentlichkeitsarbeit die Diskussion für eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung immer wieder angestoßen und angeregt

hat. Dem Landesfachbeirat ist es zu verdanken, dass bundesweite Reformvorstellungen, hier besonders die der „Aktion Psychisch Kranke“ in niedersächsischen Fachkreisen bekannt und auf die hiesigen Landesverhältnisse angewandt werden konnten. In diesem Zusammenhang ist anzunehmen, dass auch die universitäre Lehre und Forschung weiter „enthospitalisiert“ werden muss, wie es Heinrich Kunze in seinem Artikel „Allgemeine Rahmenbedingungen zur Entwicklung der Psychiatrie in den nächsten 5 Jahren“ (Psycho 28 (2002) 411 – 415) forderte.

### **Psychische Störungen – der gesellschaftliche Aspekt**

Der gesellschaftliche Auftrag an ein psychiatrisches Versorgungssystem ist mit vielfältigen und vieldimensionalen Erwartungen verknüpft. Auf diese Erwartungen kann nur durch ein abgestimmtes Verbundsystem aller Beteiligten reagiert werden, in dem der Auftrag und das Vorgehen immer wieder neu kritisch reflektiert wird.

Dabei wird die Bedeutung des „Psychischen“ in der Gesellschaft zunehmend erkannt. Der Einfluss psychischer Störungen auf die Selbstsorgefähigkeiten gewinnt zwar größere Aufmerksamkeit, eine breitere vorurteilsfreiere Diskussion darüber steht aber noch aus. Einer Mitteilung der HAZ vom 01.02.2003 über den Gesundheitsreport 2002 der Deutschen Angestellten Krankenkasse in diesem Zusammenhang ist zu entnehmen, dass die Zahl der Krankschreibungen wegen psychischer Probleme seit 1996 um gut 50 % angestiegen sein soll, obwohl bei schlechter Wirtschaftslage ein Sinken des Krankenstandes zu erwarten gewesen wäre. Bei jungen Menschen hätte sich die Zahl der Arbeitsausfälle wegen psychischer Störungen um bis zu 90 % erhöht, insgesamt fielen jedoch die meisten Krankschreibungen wegen psychischer Störungen bei den 55 – 59-jährigen an. Auf den hohen Anteil psychischer Störungen und deren Mitbedingung für eine vorzeitige Berentung wurde bereits in früheren Berichten hingewiesen. Nach vorsichtigen Schätzungen soll jeder 5. Patient in einem Allgemeinkrankenhaus eine psychiatrische Erst- oder Zweitdiagnose haben. Neben den traditionellen chronischen psychiatrischen Krankheitsbildern ist eine hohe Anzahl von suchtkranken Menschen zu verzeichnen und der Anstieg psychischer Störungen bei Betagten, möglicherweise auch bei jungen Menschen, evident.

Besorgt tritt der Ausschuss für eine ausreichende Bereitstellung von Fachlichkeit ein, die durch schwindende Attraktivität für Fachpersonal bereits in naher Zukunft in einzelnen Bereichen psychiatrischer Versorgung absehbar nicht mehr gewährleistet werden kann.

Auf die ärztlich psychiatrischen Angebote und die Engpässe im Maßregelvollzug soll weiter unten eingegangen werden.

### **Forderung einer Heimenquete**

Bei der Durchsicht der Ausschussberichte der letzten 4 Jahre fiel auf, dass bestimmte grundsätzliche Themen durchgängig aufgegriffen werden mussten, um die Aufmerksamkeit darauf immer wieder neu zu aktualisieren. Die vom Ausschuss thematisierte Frage nach einer „echten Eingliederung“ seelisch behinderter Menschen in die Gesellschaft konnte im Berichtszeitraum von mehreren Initiativen aufgegriffen werden. Die Abfassung einer Gruppenpetition an den Niedersächsischen Landtag von den Initiatoren Gephart, Machleit und Beins bei einer Veranstaltung am 19.03.2002 für eine kritisch differenzierte Heimdiskussion mit Forderung einer Heimenquete auf Bundesebene gehörte ebenso dazu, wie die Tagung des Landesfachbeirates Psychiatrie vom 05. Juni bis 07. Juni 2002 in der Ev. Akademie Loccum zum Thema: „Hilfebedürftigkeit und Persönlichkeitsrechte in der neueren psychiatrischen Diskussion – im Heim leben – Veränderung gestalten – der Politik Perspektiven geben“. Ausführlich wurden die Inhalte der Tagung im Ausschuss erörtert. Psychisch erkrankte Menschen brauchen vor allem Assistenz und Unterstützung in kritischen Zeiten und Situationen. Ein defizitorientiertes eng gestecktes „Festhalten“ von manchen Hilfeanbietern führt, wie auf der Tagung in Loccum hervorgehoben wurde, im stationären aber auch im ambulanten Bereich zu einer Gewöhnung an Unselbstständigkeit im Sinne eines „Hospitalismus“. In diesem Zusammenhang musste die Rolle der rechtlichen Betreuer kritisch hinterfragt werden.

In ihren Erschließungsanträgen unterstützten sämtliche Fraktionen im Nds. Landtag strukturelle Verbesserungen der psychiatrischen Versorgung, die geeignet sind, psychisch erkrankte und behinderte Menschen im Hinblick auf ein selbstbestimmtes, am normalen Leben aller Bürger orientiertes Leben zu unterstützen und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu fördern.

### **Landesrahmenverträge**

In seiner Sitzung am 20.03.2002 wurde der Ausschuss vom zuständigen Referatsleiter des Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, über die Landesrahmenverträge nach § 93 d Abs. 2 BSHG informiert. Gegenstand dieser Verträge seien in erster

Linie drei Bereiche: 1. Leistungsbeschreibung, 2. Vergütungsregelungen, 3. Qualität/und Prüfung der Qualität. Neu sei dabei vor allem die Definition von Leistungstypen. Für den zur Diskussion stehenden Personenkreis wird es in Zukunft keine „vollstationären Einrichtungen für seelisch behinderte Menschen“ geben, statt dessen sind „Wohnstätten“ einerseits und „Angebote der Tagesstruktur“ andererseits vorgesehen. Um den in der Vergangenheit von den Besuchskommissionen immer wieder registrierten, schwer nachvollziehbaren Vergütungsunterschieden bei gleichartigen Anbietern entgegenzuwirken, soll in den Landesrahmenverträgen über ein sogenanntes „Korridormodell“ in Fünfjahres-schritten eine Angleichung erreicht werden.

### **Teilhabe seelisch behinderter Menschen**

In seiner Sitzung am 30.10.2002 wurde der Ausschuss vom Präsidenten des Nds. Landesamtes für Zentrale Soziale Aufgaben über die wesentlichen Grundlagen des SGB IX informiert. Die Komplexität der dort normierten Regelungen für die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, insbesondere auch am Arbeitsleben, überzeugte in der Absicht und Zielvorstellung, hinterließ aber in Bezug auf die praktische Durchführung eine zunächst abwartende Einstellung bei den Ausschussmitgliedern. Die Hauptziele des Gesetzes: mehr Beratung, mehr Leistung, mehr Chancen zur Teilhabe und Verfahrensbeschleunigung fanden einhellige Zustimmung. In der gleichen Sitzung informierte der zuständige Dezernatsleiter des Integrationsamtes beim NLZSA den Ausschuss über Beschäftigungsförderung durch das Integrationsamt nach den Bestimmungen in Teil 2 SGB IX. Grundsätzlich handele es sich bei der Beschäftigungsförderung durch das Integrationsamt um eine Unterstützung behinderter Menschen, die im Arbeitsleben stehen und Probleme am Arbeitsplatz haben. Über eine Problemlösung im Einzelfall hinaus fände eine Schulung der Vertrauenspersonen für Schwerbehinderte und die Verwendung der Ausgleichsabgabe statt. Besonderer Stellenwert, so wurde deutlich, hätte der sogenannte Minderleistungsausgleich bzw. die Leistungen für den Betreuungsaufwand. Dies kann insbesondere auch bei beschäftigten seelisch Behinderten von Bedeutung sein, wenn Leistungsminderungen oder Leistungsausfälle vorliegen. In diesem Zusammenhang wurde von einem Mitglied des Ausschusses, das die Betroffenen vertritt, eingewandt, dass die Leistungen nur anerkannten Schwerbehinderten gewährt würden. Viele psychisch Kranke assoziierten aber mit dem Schwerbehindertenstatus eine auf Dauer angelegte persönliche Mängelfestschreibung und Stigmatisierung. Dem wurde entgegnet, dass sich die Definition von Ersatzkriterien in der Vergangenheit als untauglich erwiesen

habe. Bereits eine Antragstellung beim Versorgungsamt reiche aus, um den gesetzlich zugesicherten Arbeitsplatzschutz zu gewähren.

Ein weiteres Problem ist nach Darstellung eines anderen Ausschussmitgliedes, dass durch eine Änderung der Richtlinien zum Minderleistungsausgleich vor ca. drei Jahren die Zahlung von Zuschüssen an Arbeitgeber nur noch dann erfolge, wenn die individuelle Minderleistung nicht unter 50 v.H. abgefallen sei. Diese Änderung gegenüber der früheren Praxis habe zum Verlust von Arbeitsplätzen für Schwerbehinderte geführt. Hierzu wurde angemerkt, dass die Richtlinie zurzeit überarbeitet werde und eine großzügigere Regelung beabsichtigt sei.

Positiv wurde im Ausschuss der berufsbegleitende Dienst in Oldenburg wegen seines sensiblen Umganges mit dem Klientel hervorgehoben. Neben dem Integrationsamt für Behinderte mit Arbeitsplatz werden aus Mitteln des Bundes (Ausgleichsfond) Integrationsfachdienste nach SGB IX bei der Arbeitsverwaltung eingerichtet, die für die Vermittlung von Arbeit für Behinderte zuständig sind.

### **Öffentlichkeitsarbeit**

Die Öffentlichkeitsarbeit des Ausschusses war im Berichtszeitraum nicht erfolgreich. Die Absicht, über eine eigene Internetseite Informationen des Ausschusses und die Besuchskommissionen sowie die Ausschussberichte der vergangenen Wahlperiode zu veröffentlichen, scheiterte. Die hierzu benötigten personellen und fachlichen Kompetenzen standen nicht, wie ursprünglich angedacht, vom MS zur Verfügung. Gern ging der Ausschuss daher auf das Angebot des Präsidenten des Nds. Landesamtes für Zentrale Soziale Aufgaben ein, die Seite des Ausschusses über das Landesamt in das Internet zu stellen. Der Ausschuss verspricht sich durch ein solches Auftreten einen höheren Bekanntheitsgrad bei den Betroffenen und den niedersächsischen Fachkreisen. Gespräche mit Betroffenen über mögliche Beschwerdestellen verdeutlichten, dass die Besuchskommissionen mit ihren Aufgaben und Möglichkeiten sowie der Psychiatrieausschuss nur wenig bekannt waren. Eine Verbesserung der Bekanntheit erscheint unerlässlich für die Aufgabenstellung des Ausschusses und der Besuchskommissionen, die Angemessenheit der Unterstützung von seelisch kranken und behinderten Menschen zu überprüfen und für ihre Belange einzutreten sowie Verständnis für ihre Lage in der Bevölkerung zu wecken.

## **Kritische Stimmen**

Kritiker werfen dem Ausschuss und den Besuchskommissionen immer wieder Ineffektivität und mangelnde Durchsetzungsmöglichkeiten ihrer Erkenntnisse („stumpfes Schwert“) vor. In der Tat beschränkt sich das Instrumentarium auf Beratung, Empfehlung, Information über Mängel und die Information der zuständigen Stellen. Diese eher „weichen“ Instrumente eröffnen andererseits Einblicke und Erkenntnisse, die einer zuständigen Aufsicht nicht selten verborgen werden oder verborgen bleiben. Schließlich muss selbstkritisch eingestanden werden, dass das Zeitkontingent ehrenamtlicher Tätigkeit deutlich begrenzt ist und blinde Flecke für völlig fehlende Angebote, die nicht besucht werden können, eine systembedingte Gegebenheit ist.

## **Geschäftsordnung**

Wie bereits im 17. Ausschussbericht erwähnt, konnte der Ausschuss sowohl die Geschäftsordnung für den Ausschuss selbst, als auch die Geschäftsordnung für die Besuchskommissionen für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung und der besonderen Besuchskommission für den Maßregelvollzug nach leichter Überarbeitung in seiner Sitzung am 09.01.2002 abschließend beschließen. Dabei war es wichtig, festzustellen, dass die Besuchskommissionen ihre Prüfergebnisse den besuchten Einrichtungen mitteilen.

## **2. Sozialpsychiatrische Verbände**

### **Mangelnde Ressourcen für die Geschäftsführung der Verbände**

Die anhaltende kommunale Finanznot hat dazu geführt, dass der sich im 17. Ausschussbericht abzeichnende Trend, die personellen Ressourcen für das Führen der laufenden Geschäfte des Sozialpsychiatrischen Verbundes durch die Sozialpsychiatrischen Dienste weiter zurückzufahren, fortsetzte. Für Niedersachsen entsteht dazu ein sehr uneinheitliches Bild mit ausgeprägten regionalen Unterschieden, ohne dass es dem Ausschuss gelungen wäre, eine ausreichende Übersicht über die derzeitige Lage zu gewinnen. In den meisten Regionen scheint sich ein eher düsteres Bild abzuzeichnen. Zwischen offizieller Darstellung und Mitteilung durch die Beteiligten klafft eine nicht unerhebliche Differenz.



In einigen Regionen sind dennoch lebendige, aktive Sozialpsychiatrische Verbände mit ausreichender Unterstützung durch den geschäftsführenden Sozialpsychiatrischen Dienst bekannt. In den „aktiven“ Regionen konnten sich auch Hilfekonferenzen oder Hilfeplankonferenzen zu einer Verbesserung der Effizienz von Hilfen etablieren. Im Zusammenhang mit der kommunalen Verantwortung für seelisch behinderte Menschen hat eine Arbeitsgruppe des Landesfachbeirates Psychiatrie ein Papier herausgegeben: „Orientierung für die Arbeit im Sozialpsychiatrischen Verbund – Vorschläge für eine Optimierung der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Niedersachsen“ (20.09.2002). Hervorgehoben wird die besondere Verantwortung der kommunalen Gebietskörperschaft für die regionale Versorgung und für die Abstimmung der Hilfen.

### **Hilfekonferenzen**

Hilfekonferenzen oder Hilfeplankonferenzen haben sich in mehrfacher Hinsicht als wirksame Steuerungsinstrumente erwiesen, die die Beteiligten von Notwendigkeit, Qualität und Überprüfbarkeit einer Hilfemaßnahme überzeugen müssen. Während frühere Kostenanerkennungsverfahren nicht selten nur nach Aktenlage eine vorgeschlagene pauschale Maßnahme befürworteten, weil andere Argumente nicht bekannt wurden, können Hilfekonferenzen die tatsächlich notwendigen Maßnahmen differenziert erörtern. Der Ausschuss bedauert, dass in der Vergangenheit Maßnahmen, insbesondere auch Heimunterbringungen durchgeführt wurden, die bei gründlicher Erörterung nicht notwendig gewesen wären und durch Hilfekonferenzen hätten vermieden werden können. Ein Beispiel mag dies erläutern: Ein rechtlicher Betreuer beantragte für seinen Betreuten eine Heimunterbringung wegen drohendem Wohnungsverlust. Diese Maßnahme wäre in aller Regel spätestens nach Widerspruch des rechtlichen Betreuers gegen die Ablehnung im alten Verfahren befürwortet worden. Bei der nunmehr aber durchgeführten Hilfekonferenz konnte für alle Beteiligten überzeugend eine personenorientierte individuelle ambulante Hilfemaßnahme gefunden werden, um drohende Wohnungsverluste durch Verwahrlosungstendenzen zu vermeiden. Hilfekonferenzen können insbesondere unrealistische Erwartungen und falsche Vorstellungen von den Hilfeangeboten konkret korrigieren und ein am Hilfebedarf des Betroffenen orientiertes individuelles Hilfeangebot formulieren. Die Abstimmung von Hilfen in Hilfekonferenzen kann dann auch indirekt Einfluss nehmen auf die Bereitstellung von notwendigen und bedarfsorientierten Hilfeangeboten in einer Region und die damit verbundenen abzuschließenden Leistungsvereinbarungen. Damit ist die Möglichkeit einer spezifischeren Reaktion auf die Bedarfslage gegeben. Im Klar-

text kann dies bedeuten, dass Kommunen, in denen es keine Abstimmungsmöglichkeiten über den Sozialpsychiatrischen Verbund gibt, Hilfemaßnahmen finanzieren, die gar nicht notwendig sind oder aus sozialpsychiatrischer Sicht zweifelhaft sind. Es liegt auf der Hand, dass bei knapper werdenden Ressourcen nur notwendige, sinnvolle Hilfemaßnahmen finanziert werden und nicht die unnötigen. Eine zu fordernde universitäre Versorgungsforschung könnte die Argumente eines effektiven Mitteleinsatzes stützen.

Wesentliche und richtungsweisende Zielvorgaben für eine adäquate Assistenz psychisch kranker und behinderter Menschen wurden bei der Tagung des Landesfachbeirates Psychiatrie in Loccum vom 05.06. bis zum 07.06.2002 herausgestellt und diskutiert. Das Normalisierungsprinzip und der Begriff der Teilhabe bedeuten „Fördern und Fordern“, erst dadurch gewinnt der Betroffene die notwendige Beachtung zur Stabilisierung seiner Selbstachtung. Probieren und Erproben sind bei gesunden wie kranken Menschen wesentliche Mittel bei der Suche nach dem „richtigen“ Weg. Auch ein Scheitern darf nicht dazu führen, dass von einer erneuten Erprobung der Selbstsorgefähigkeiten resignativ Abstand genommen wird. Auf der Tagung strich N. Pörksen heraus: eine Befriedigung der Kommunikationsbedürfnisse durch Professionelle wird nicht gelingen! Sie würde auch jedem Normalisierungsprinzip zuwiderlaufen.

Die kommunale Verantwortungsübernahme für psychisch behinderte Menschen bedeutet auch ein Einmischen und Einflussnehmen der Kommune auf die Gestaltung der Hilfen durch bereitgestellte Fachlichkeit.

### **3. Ambulante Versorgung**

#### **Soziotherapie**

Der Ausschuss stellte fest, dass der seit Anfang 2000 bestehende Anspruch einer oder eines psychisch erkrankten Patientin / Patienten auf Soziotherapie nach § 37 a SGB V in Niedersachsen noch immer nicht eingelöst werden konnte. Zwar wurden entsprechende Richtlinien beschlossen und Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen erarbeitet, das änderte jedoch nichts an der Tatsache, dass Soziotherapie nur auf dem Papier existierte, praktisch nicht angeboten wurde. Nach Auskunft des MS lagen zum 30.10.2002 45 Anträge von Anbietern für Soziotherapie vor, wovon aber nur 3 zulassungsfähig gewesen seien. Entsprechend hoch waren die Anforderungen. Das Deutsche Ärzteblatt hat sich mit dieser Problematik in einem Artikel von Nikolas Novak: „Am-

bulante Soziotherapie, bisher ein Papiertiger“ (Deutsches Ärzteblatt, Heft 45 8. November 2002. C 2375) auseinandergesetzt. Während einige Stimmen aus dem Fachärzteebereich bereits eine Abkehr von der Forderung nach Soziotherapie signalisieren, wird die vorenthaltene Soziotherapie von anderen Fachärzten ausdrücklich bedauert, weil dadurch die Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ verweigert werde. Der ambulanten psychiatrischen Behandlung werde dadurch eine wichtige, moderne, gemeindepsychiatrische Behandlungsmöglichkeit entzogen. Der Ausschuss ist ebenfalls dieser Auffassung.

### **Ambulante psychiatrische Krankenpflege**

Der Ausschuss unterstützt ausdrücklich die Bestrebungen, die „ambulante psychiatrische Krankenpflege“ als reguläre Kassenleistung zu übernehmen und in diesem Rahmen das meist fehlende Krisendienstangebot zu komplettieren. In diesem Zusammenhang wird auch auf die überzeugende Darstellung der Ergebnisse der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege durch die freien sozialen Dienste Friesland gGmbH auf der Fachtagung „Ambulante sozialpsychiatrische Behandlung“ des Landesfachbeirates Psychiatrie am 07.12.2002 verwiesen. Der Ausschuss befürwortet ein flächendeckendes Angebot einer landesweiten ambulanten psychiatrischen Krankenpflege.

### **Zunahme von Plätzen in Werkstätten für seelisch behinderte Menschen (WfB)**

Die Besuchskommission Weser-Ems Süd berichtete dem Ausschuss über eine deutliche Zunahme an WfB-Plätzen für psychisch behinderte Menschen. Es wurde die Befürchtung geäußert, dass dieser Personenkreis dadurch zunehmend vom allgemeinen Arbeitsmarkt verdrängt werde. Diese Beobachtung wurde von der Besuchskommission Hannover geteilt. Man hatte den Eindruck, dass bereits im psychischen Bereich gering beeinträchtigte Menschen von Arbeitsämtern in die Werkstätten für seelisch behinderte Menschen vermittelt würden. Offen blieb die Frage, ob Menschen mit leichteren seelischen Behinderungen der Weg in den ersten Arbeitsmarkt durch die Aufnahme in die WfB erschwert würde oder ob seelisch Behinderte dadurch befähigt werden könnten, den Anforderungen auf den ersten Arbeitsmarkt besser zu entsprechen. Der Ausschuss mahnte die Möglichkeit der Rückkehr in den ersten Arbeitsmarkt ausdrücklich an. Der Bericht über eine Tagung der „Aktion Psychisch Kranke“: „Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen“ vom

13.05. bis 14.05.2002 in Berlin, klang ernüchternd, was die Rückkehr von Werkstattmitarbeitern auf den ersten Arbeitsmarkt anbelangte. Lediglich einem verschwindend geringen Prozentsatz gelang der Sprung von der WfB auf den ersten Arbeitsmarkt. Demgegenüber konnte von dem Arbeitsanbahnungsprojekt „Return“ in Hildesheim berichtet werden, dem es gelungen war, über 50 % der seelisch behinderten Menschen auf dem ersten Arbeitsmarkt unterzubringen. Einschränkend musste angemerkt werden, dass eine Untersuchung über die anschließende Dauer der Arbeitsverhältnisse nicht vorlag.

### **Versorgungsmängel psychiatrischer Behandlung im Angebot niedergelassener Fachärzte**

Erneut beschäftigte sich der Ausschuss mit der Frage der psychiatrischen Behandlung durch niedergelassene Fachärzte. Die den Ausschuss überzeugende Darstellung der fachärztlichen Vertreter bestätigte den Rückzug der niedergelassenen Fachärzte aus der psychiatrischen Versorgung zugunsten einer überwiegend psychotherapeutischen oder überwiegend neurologischen Ausrichtung. Der Ausschuss hatte diese Problematik in seinem 17. Bericht ausführlich dargestellt. Zusammenfassend geht der Ausschuss davon aus, dass die notwendige psychiatrische Behandlung durch niedergelassene Fachärzte zurzeit nicht mehr sichergestellt werden kann. Das betroffene Klientel wird nun offenbar entweder durch andere Facharztgruppen, insbesondere Hausärzte, durch ermächtigte Sozialpsychiatrische Dienste und vor Ort tätige Institutsambulanzen versorgt. Zur Versorgung durch psychiatrische Institutsambulanzen berichtete A. Spengler im Nds. Ärzteblatt: „Psychiatrische Institutsambulanzen – Stichworte zur aktuellen Situation in Niedersachsen“ ( Niedersächsisches Ärzteblatt (2002) 2:10 –12) ausführlich.

Gerade die überwiegend psychiatrisch tätigen Fachärzte weisen auf einen deutlichen fachpsychiatrischen Versorgungsmangel hin. Konkretisiert wurde dieser offenbar nur schwer zu vermittelnde Versorgungsmangel psychiatrischer Patientinnen und Patienten durch das Schreiben einer Leiterin eines Sozialpsychiatrischen Dienstes einer norddeutschen Küstenstadt. In einem Fall war ein Patient in der Klinik auf ein sogenanntes atypisches Neuroleptikum eingestellt worden. Nach der Entlassung verschrieb der bisher behandelnde Psychiater das atypische Neuroleptikum nicht weiter, sondern überwies diesen Patienten an die dortige psychiatrische Ambulanz, die aber die Behandlung des Patienten ebenfalls ablehnte. **Als Folge dessen, musste der Patient wieder stationär eingewiesen werden.** In einem weiteren Fall wurde die Fortsetzung einer psychiatrischen Behandlung eingestellt mit der Begründung des Psychiaters, dass er seine Praxis auf

Psychotherapiepatienten umstelle. Die Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes berichtete weiter, dass Hausärzte zunehmend mit dem Problem der nachstationären Behandlung von psychiatrischen Patientinnen und Patienten konfrontiert würden, obwohl sie der Auffassung seien, dass diese Patientinnen und Patienten bei niedergelassenen Fachärzten besser behandelt werden könnten. Weil die ambulante Behandlung nicht fortgesetzt werden konnte, musste der erste Patient stationär eingewiesen werden. Für den zweiten Patienten konnte ein „operativ tätiger Arzt“ gefunden werden, der die Medikation weiter verschrieb, ohne dass der Sozialpsychiatrische Dienst einen psychiatrischen Facharzt fand, der die Weiterbehandlung fortsetzte.

Dieser Bericht über den fachärztlichen Versorgungsmangel wurde an den Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen weitergeleitet. Aus der Antwort des Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen vom 23.10.2002 geht zum einen hervor, dass der infrage kommende Planungsbereich bei einem Versorgungsgrad von 117,8 % in der Arztgruppe der Nervenärzte für weitere fachärztliche Niederlassungen gesperrt war. Zum anderen sei es psychiatrischen Patientinnen und Patienten zuzumuten, einen Nervenarzt in einem Entfernungsbereich von 20 bzw. 30 km aufzusuchen. Ob dort dann die fachärztliche Behandlung tatsächlich durchgeführt werden kann, oder ob man auch dort auf die gleiche Problematik trifft, wurde nicht geklärt. Im Übrigen wurde der Sorge Ausdruck verliehen, dass der Arztberuf im Allgemeinen und die Tätigkeit als Vertragsarzt im Besonderen zunehmend unattraktiver werde, weil die gesetzlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen viele davon abhielten, sich für den Arztberuf zu entscheiden.

Der Präsident des Nds. Landtages stellte dem Ausschuss die Stellungnahme des Nds. Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit zu dieser Fragestellung zur Verfügung. Darin wird festgestellt, dass das Ministerium keinerlei Aufsichtsbefugnisse gegenüber einzelnen Vertragsärzten habe. Prospektiv sei zu erwarten, dass sich die Versorgungslage in der Küstenstadt dadurch entspannen werde, dass eine psychiatrische Institutsambulanz in Kürze ihre Tätigkeit aufnehmen werde. Auf die Problematik, dass trotz auf dem Papier stehender ausreichender Nervenärztdichte bzw. sogar Überversorgung eine Mangelversorgung für die psychiatrische Behandlung eingetreten ist, wurde nicht eingegangen.

Der Vorsitzende des Landesverbandes Niedersachsen im Berufsverband Deutscher Nervenärzte berichtete in seinem Schreiben vom 04.11.2002 an den Ausschussvorsitzenden von „vernichtenden Umsatzentwicklungen“ für die psychiatrisch tätigen Fachärz-

te. Neben der unzureichenden Honorierung psychiatrischer Leistungen wird insbesondere beklagt, dass eine moderne ambulante Psychiatrie im Verbund nicht möglich sei, weil die Teilnahme an Verbundsgremien oder Hilfeforenzen vom Honorarsystem nicht berücksichtigt werde. Ohne Zweifel wird sich sowohl die Weiterbildungsordnung als auch das Honorarsystem einer reformorientierten ambulanten psychiatrischen Versorgung im Verbund anpassen müssen, wenn niedergelassene Kassenärzte ein Baustein der psychiatrischen Versorgung bleiben sollen.

### **Methadonvergabe**

Weiterer Klärungsbedarf bestand hinsichtlich einer Information aus dem Landkreis Diepholz über die dort geübte Praxis der Methadonvergabe auf Privatrezept. Dadurch wird, so wurde berichtet, die verpflichtende psychosoziale Begleitung umgangen.

### **Unzutreffende Vorstellungen über die Versorgung durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/ten**

Nach dem Inkrafttreten des Psychotherapeuten-Gesetzes werden außer den approbierten Psychologischen Psychotherapeuten ebenso approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Dabei wird der Versorgungsgrad für beide Gruppen gemeinsam ermittelt. Vorstellungen eines ausreichenden Angebotes an Psychotherapie für Kinder- und Jugendliche, die auf solche Weise zustande kommen, sind irreführend. Auch dann, wenn man lediglich die Anzahl der approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und die Anzahl der Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation auch für Kinder und Jugendliche zugrunde legt, wird ein Angebot vorgetäuscht, weil letztere – von Ausnahmen abgesehen – überwiegend erwachsene Patienten behandeln. Das tatsächliche Psychotherapieangebot für Kinder und Jugendliche ist – abgesehen von der Psychotherapie durch Fachärzte – nur über die Anzahl der approbierten und zugelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und die tatsächlichen Behandlungsanteile der Psychologen mit Doppelapprobation zu ermitteln. Es muss außerdem berücksichtigt werden, dass die Frequenz der für ein einzelnes Kind erforderlichen Therapiesitzungen zur Folge hat, dass der einzelne Therapeut immer nur eine sehr begrenzte Anzahl behandeln kann.

### **3.1 Sozialpsychiatrische Dienste**

#### **Fachärztliche Leitung von Sozialpsychiatrischen Diensten**

Eine Übersicht des Psychiatriereferates des MS weist nach, dass im Jahre 2002 von 46 Landkreisen und kreisfreien Städten 10 noch immer keine fachärztliche Leitung der Sozialpsychiatrischen Dienste vorweisen konnten, wie es das NPsychKG vorsieht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass einzelne Kommunen früher fachärztlich besetzte Stellen noch nicht wieder besetzen konnten, andere Kommunen eine entsprechende Besetzung seit 1990 nicht besaßen. Dazu zählen die Stadt Salzgitter, die Stadt Helmstedt, der Landkreis Osterode, der Landkreis Aurich, der Landkreis Friesland und der Landkreis Wittmund. Auf die eindeutige Regelung im NPsychKG hat der Ausschuss nachdrücklich verwiesen. Es wurden entsprechende Konsequenzen gefordert. Andere Kommunen, wie der Landkreis Wolfenbüttel, der Landkreis Nienburg und der Landkreis Lüneburg besaßen für die Sozialpsychiatrischen Dienste in früherer Zeit zumindest vorübergehend eine fachärztliche Besetzung. Bei einigen erfolglosen Stellenausschreibungen fiel auf, dass sie von vornherein nicht dazu geeignet waren, qualifizierte Bewerber zu interessieren. Teilweise wird die fachärztliche Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes nicht ausreichend von amtsärztlicher Tätigkeit entlastet.

Ausdrücklich betonte der Ausschuss bei der Zusammenarbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste mit den Gesundheitsämtern die Beachtung der Zweckbindung von Daten. Pauschale Schweigepflichtentbindungen dürfe es nicht geben. Die Patientin oder der Patient müssen wissen, von welchen Inhalten und zu welchem Zweck sie von der Schweigepflicht entbinden.

#### **Personalknappheit bei Sozialpsychiatrischen Diensten**

Obwohl die Aufgabe Sozialpsychiatrischer Dienst eine Aufgabe des übertragenen Wirkungsbereiches ist und damit entsprechende einwohnerbezogene Zuweisungsschlüssel über den kommunalen Finanzausgleich berücksichtigt werden, ist eine Entsprechung bei der Ausstattung Sozialpsychiatrischer Dienste nicht unbedingt zu erkennen. Veränderte Schwerpunktsetzungen führten im Rahmen kommunaler Finanzknappheit allzu oft zu Reduzierungen der Personalausstattung. So wurde aus verschiedenen Gebietskörperschaften vom Abbau bzw. der Umwidmung von halben Sozialarbeiterstellen in Arztstellen berichtet (z.B. Landkreise Leer, Wesermarsch, Städte Emden und Oldenburg). Dies bedeutet vor allem eine Schwächung der vielfältigen sozialarbeiterischen Kapazitäten.

Die Personalknappheit führte in verschiedenen Landkreisen und kreisfreien Städten dazu, dass die Voraussetzungen für die geschäftsführende Tätigkeit im Verbund kaum noch gegeben waren. Die kurzsichtige Personalverknappung in diesem Bereich reduziert nach Auffassung des Ausschusses die Möglichkeiten kommunaler Einflussnahme auf den effektiven Einsatz von Ressourcen. Der Verzicht auf eine fachlich fundierte Steuerung der Einzelfallhilfe führt entweder zu erheblichen Mängeln bei der Unterstützung einer selbstständigen Lebensführung oder zu überflüssigen Ausgaben. Nicht nur von betroffenen Angehörigen wurde immer wieder beklagt, dass die unzureichende personelle Ausstattung Sozialpsychiatrischer Dienste dazu führe, dass notwendige Kriseninterventionen unterbleiben. Neben einer erheblichen Belastung der Angehörigen komme es zu stationären Einweisungen oder gar zu Folgeschäden, die durch wirksame Kriseninterventionen von Fachpersonal hätten vermieden werden können. Die Personalknappheit in den Diensten führt aber auch für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu zunehmenden Belastungen. Es häufen sich Burn-out-Syndrome, Rückzug von aufsuchender Arbeit zugunsten von Organisationsarbeit, Krankheitsanfälligkeit und die Gefahr der Demotivation, was wiederum eine direkte Auswirkung auf die Betreuungsintensität und -qualität hat.

### **Mangel der Versorgung der Insel Borkum**

Die Besuchskommission Weser-Ems Nord berichtete dem Ausschuss von der ganz speziellen Problematik der Insel Borkum. Die Insel Borkum gehört verwaltungsmäßig zum Landkreis Leer, von wo aus sie nur per Flugzeug direkt zu erreichen ist. Alle anderen Verbindungen per Schiff über die Stadt Emden und/oder die Niederlande (Eemshaven) bedeuten je nach Verbindung ca. 1 - 2,5 Stunden Fahrzeit. Trotz jährlich über 2 Millionen Übernachtungen bei 6000 Einwohnern wird vor Ort kein sozialpsychiatrisches Angebot vorgehalten. Eine regelmäßige Sprechstunde kann vom zuständigen SpDi wegen Personalknappheit nicht angeboten werden. Als dringend gewünscht seitens der Kommune wurde eine halbe Sozialarbeiterstelle für Kinder/Jugendliche und Psychiatrie, sowie die örtliche Erreichbarkeit eines gesetzlichen Betreuers. Als Besonderheit wurde berichtet, dass in Einzelfällen eine Unterbringung per NPsychKG nur über holländisches Hoheitsgebiet durchgeführt werden kann, was diffizile juristische Fragen aufwerfen könnte. Dank guten Einvernehmens auf dem „kleinen Dienstweg“ funktioniert die Zusammenarbeit zwischen Ordnungsbehörde und holländischer Polizei aber reibungslos.



### **3.2 Sozialpsychiatrische Dienste für Kinder und Jugendliche**

Im Zusammenhang mit der Bildung der Region Hannover war die seit langem bestehende Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche in Hannover auf der Bult dem Fachbereich Jugend der Stadt Hannover zugeordnet worden. Für die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Jugendhilfe hat dies offenbar Vorteile. Die Wahrnehmung sozialpsychiatrischer Aufgaben scheint jedoch fraglich geworden zu sein. Es ist dementsprechend auch die Bezeichnung der Einrichtung verändert worden. Für die Region Hannover ist die Neueinrichtung eines Sozialpsychiatrischen Dienstes für Kinder und Jugendliche eingeleitet worden. Es bleibt fraglich, ob die begrenzten personellen Ressourcen mit der Verteilung auf zwei Dienste mit unterschiedlichem Aufgabenverständnis zweckmäßig eingesetzt sind und wieweit die spezifischen langjährigen Erfahrungen zum Tragen kommen.

Besetzung und Lage der erst in jüngster Zeit entstandenen Sozialpsychiatrischen Dienste in Soltau und Wolfsburg sind unverändert geblieben.

## **4. Stationäre Versorgung**

### **Blockierungen in der Allgemeinpsychiatrie durch den Maßregelvollzug**

Die stationäre Versorgung psychisch kranker Erwachsener litt in den Landeskrankenhäusern unter anderem an dem massiven Aufnahmedruck im Maßregelvollzug, der dazu führte, dass Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten auch in der Allgemeinpsychiatrie behandelt werden mussten und Plätze für „allgemeinpsychiatrische“ Patientinnen und Patienten blockierten. Ausdrücklich wurde vom Ausschuss darauf hingewiesen, dass räumliche wie finanzielle Trennung zwischen Maßregelvollzug und Allgemeinpsychiatrie zu beachten ist.

## **Beteiligung der Personal- und Betriebsräte bei Besuchen**

Die Frage, ob eine Beteiligung der Betriebsräte bei den Besuchen der Besuchskommis-sionen nach dem Betriebsverfassungsrecht überhaupt möglich sei, konnte dahingehend beantwortet werden, dass nach § 79 des Betriebsverfassungsgesetzes Betriebsratsmit-glieder zwar verpflichtet sind, Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse, die ihnen wegen Zugehörigkeit zum Betriebsrat bekannt geworden und vom Arbeitgeber ausdrücklich als geheimhaltungsbedürftig bezeichnet worden sind, nicht zu offenbaren, darüber hinaus aber durchaus Auskunft erteilen und einbezogen werden können.

### **4.1 Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung**

#### **Entwicklung der stationären Versorgung**

Das Reinhart-Nieter-Krankenhaus in Wilhelmshaven hat nach einem außerordentlich langen Planungszeitraum die unzuträglichen Zustände des stationären Bereiches seiner Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie Anfang 2002 mit der Eröffnung eines Neu-baus ändern können.

Zu einer Erweiterung der Anzahl der stationären Plätze ist es im Berichtsjahr nicht ge-kommen. In den 15 Einrichtungen (davon eine vorerst nur als Tagesklinik) stehen 537 Plätze zur Verfügung. Davon befinden sich in 4 Einrichtungen 54 Plätze auf Krisenstatio-nen mit besonderen Schutz- und Sicherheitsvorkehrungen. Im Krankenhausplan bzw. durch Planung des MWK sind festgelegt die Erstellung von weiteren 60 stationären Plät-zen an 4 Einrichtungen (darunter ein neuer stationärer Bereich am Diakonie-Krankenhaus Rotenburg). Von den 60 Plätzen sind 38 für Krisenstationen vorgesehen. Es ist abzusehen, dass die Krisenstation am Kinderkrankenhaus Hannover 2003 und der stationäre Bereich am Diakonie-Krankenhaus Rotenburg 2004 eröffnet werden können.

#### **Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die körperlich behindert sind**

Der Niedersächsische Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie hat gegen Ende des Berichtsjahres mit einer Eilumfrage ermittelt, wieweit die stationären Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Lage sind, körperlich wesentlich behinderte, auf einen Rollstuhl angewiesene Patienten bei psychischen Störungen stati-

onär zu behandeln. Veranlasst wurde dies durch eine Rückfrage des Behindertenbeauftragten der Landesregierung aufgrund einer aktuellen Problematik. Bei 2 stationären Einrichtungen ist dies nicht möglich, weil die Sanitäranlagen ungeeignet sind oder die Stockwerksverbindungen nur über Treppen bewältigt werden können. Bei 7 stationären Einrichtungen ist aus entsprechenden Gründen eine stationäre Behandlung nur mit Einschränkungen möglich. Die restlichen Einrichtungen können entsprechend behinderte Patienten ohne Einschränkung behandeln.

### **Kinder- und Jugendpsychiatrische Klärungsstellen für dringliche stationäre Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen**

Der Niedersächsische Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie hat 1991 eine Einigung herbeigeführt, aufgrund derer jede Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie sich verpflichtet hat, für ein bestimmtes Gebiet (Landkreise oder Städte) die Aufgaben einer Klärungsstelle zu übernehmen. Die damit verbundenen subsidiären Aufgaben sind in einem Papier erläutert, das zuletzt Anfang 2001 revidiert worden ist. Zuständigkeiten und Erreichbarkeit der Klärungsstellen sind in einer Tabelle zusammengefasst, die den regional zuständigen Dienststellen über die Bezirksregierungen zugeht. Durch die Klärungsstellen ist erreicht worden, dass notwendige stationäre Aufnahmen ohne ratlose Umwege zustande kommen, ebenso aber unnötige Aufnahmen vermieden werden. Die Funktionsfähigkeit des Systems hängt zum einen davon ab, dass die Mitarbeiter der Einrichtungen ständig über die Klärungsaufgaben unterrichtet werden, zum anderen davon, dass die räumliche und zeitliche Zuständigkeit fortlaufend überprüft und erforderlichenfalls neu geregelt wird.

## **4.2 Allgemeinpsychiatrie**

### **Personalverordnung**

Wie bereits im 17. Ausschussbericht erörtert, wurde erneut festgestellt, dass die in der PsychPV vorgesehene personelle Besetzung in Nds. Landeskrankenhäusern nicht erfüllt wird. Dabei wurde die prozentuale Höhe kontrovers diskutiert. Während insbesondere die Besuchskommission Hannover von einer personellen Besetzung in einzelnen Kliniken von nur noch etwa 85 % nach PsychPV berichtete, wurde vom Fachministerium eine Erfüllung der PsychPV von über 90 % entgegengehalten. Der Ausschuss war sich einig,

dass dieser Hinweis der Besuchskommission besonderer Aufmerksamkeit bedarf und in der nächsten Legislaturperiode überprüft werden sollte. Einigkeit herrschte auch, dass es weiterhin zu „Leistungsverdichtungen“ durch hohe Aufnahmezahlen und zusätzliche Übertragung von Verwaltungsaufgaben auf medizinisches Personal und Personalengpässen komme. Eine Besuchskommission berichtete vom Engagement hemmender Resignation des Personals unter solchen Bedingungen. Der Ausschuss unterstützte ausdrücklich den Wunsch nach Reduzierung bürokratisch begründeter Mehrarbeit zugunsten der medizinischen Tätigkeit an Patientinnen und Patienten.

### **Vollversorgung - Versorgungsengpässe**

Wie zu erfahren war, gab es im Nds. Landeskrankenhaus Wehnen immer wieder Phasen so starker Belegung, dass nur noch Notfälle aufgenommen werden konnten. In solchen Fällen sei das Nds. Landeskrankenhaus bei der Rettungsleitstelle, so die Besuchskommission, als belegt gemeldet worden. Der Ausschuss bat das Psychiatriereferat des MS der Frage nachzugehen, ob die Belegung der Allgemeinpsychiatrie mit Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten dazu geführt hat, dass Patientinnen und Patienten ohne Unterbringungsbeschluss zeitweise nicht mehr aufgenommen werden konnten.

Berichtet wurde, dass das Nds. Landeskrankenhaus Osnabrück Kooperationsverträge mit den psychiatrischen Abteilungen in Twistringen und Haselünne geschlossen habe. Dies wurde von offizieller Seite ausdrücklich begrüßt, weil durch die Nutzung von Synergieeffekten die regionale Versorgung optimiert werden könne. Neben der Zusammenarbeit im Bereich der Fort- und Weiterbildung gehe es auch um die gemeinsame Nutzung von Spezialangeboten. Die zuständige Besuchskommission berichtete in diesem Zusammenhang von Reibungsverlusten in der Praxis.

Kontrovers diskutierte der Ausschuss über die notwendige Ausstattung von psychiatrischen Abteilungen für die regionale Versorgung. Gefordert wurden insbesondere auch geschlossene Unterbringungsmöglichkeiten und die Behandlungsmöglichkeiten für geronto-psychiatrische Patientinnen und Patienten. Altersverwirrte Menschen müssten möglichst wohnortnah behandelt werden können. Die Frage nach dem Umfang von Leistungen für die regionale Versorgung durch psychiatrische Abteilungen blieb offen und ließ sich nicht abschließend klären. Es wurde empfohlen, die konzeptionelle Erörterung im Landesfachbeirat Psychiatrie weiter voranzutreiben.

Auf steigende Aufnahmezahlen bei Suchtkranken und geronto-psychiatrischen Patientinnen und Patienten in Nds. Landeskrankenhäusern wurde aufmerksam gemacht. Die damit zusammenhängende gesellschaftspolitische Problematik wurde erörtert.

### **Unzeitgemäße Behandlung**

Der Ausschuss schloss sich der Kritik der Besuchskommission Braunschweig an, die diese an den Aufnahmestationen eines psychiatrischen Krankenhauses in Liebenburg übte. Anlass war der Brief einer Patientin, die nach einem Suizidversuch mit einer Erschöpfungsdepression auf einer geschlossenen Aufnahmestation in einem Mehrbettzimmer unmittelbar neben dem Stationszimmer untergebracht war. Das verschlossene Patientenzimmer war nicht mehr zeitgemäß über eine Trennscheibe vom Stationszimmer vollständig einsehbar. Die Patientin beklagte sich über abfällige Äußerungen des Personals, die sie über sich anhören musste. Die Äußerungen, wie die Androhung einer Zwangsunterbringung bei Rücknahme der Freiwilligkeitserklärung, wurden von der Einrichtung bestritten. Vielmehr könnten freiwillig untergebrachte Patientinnen und Patienten, so die Klinik, das Zimmer, wenn sie sich durch Klopfen bemerkbar gemacht hätten, verlassen. Der dann zur Verfügung stehende Flur, der nur mit Kunstlicht beleuchtet war, hinterließ bei der Besichtigung durch die Besuchskommission einen bedrückenden Eindruck und war nur wenig dazu geeignet, den Stationsaufenthalt heilungsfördernd zu gestalten. Auch das auf einer anderen Station über einen Türspion einsehbare Isolierzimmer fand bei der Besuchskommission wie beim Ausschuss kein Verständnis. Wie das Psychiatriereferat des MS dem Ausschuss inzwischen berichtete, hätten sich die Verhältnisse in der Klinik bereits nachhaltig verbessert, weil die Klinik unmittelbar auf den Bericht der Besuchskommission reagiert hätte. Anlässlich eines Besuches sei festgestellt worden, dass die beanstandete Station jetzt offen geführt werde und eine Einsichtnahme in Zimmer durch das Anbringen von festen Holzplatten nicht mehr möglich sei.

### **Privatisierung der Landeskrankenhäuser?**

Ausführlich beschäftigte sich der Ausschuss auf seiner Sondersitzung am 19.12.2002 mit der Frage der Möglichkeit einer Privatisierung der Landeskrankenhäuser bei gleichzeitigem Abschluss entsprechender Beleihungsverträge über den Maßregelvollzug. In die Fragestellung wurde der Ausschuss fachkundig vom Leiter der Zentralabteilung beim

MS und von einem Mitglied des Lenkungsausschusses zur Weiterentwicklung der Nds. Landeskrankenhäuser eingeführt. Der ärztliche Direktor des NLKH Wunstorf ergänzte die Informationen durch die Darstellung der Leistungsprofile niedersächsischer Landeskrankenhäuser. In der anschließenden Diskussion wurden die verschiedenen Trägermodelle z. T. auch kontrovers erörtert und diskutiert.

Der hohe Qualitätsstandard niedersächsischer Landeskrankenhäuser konnte anhand von Zahlen und Strukturdiagrammen plausibel belegt werden. Insbesondere wurde die öffentliche Verantwortung für ein Klientel betont, das zumindest phasenweise an einer krankheitsbedingten Krankheitsuneinsichtigkeit leidet und damit vorübergehend den eigenen Hilfebedarf und die eigene Behandlungsbedürftigkeit nicht erkennen kann. Die meist vorübergehende Einschränkung der Selbststeuerungs- und Selbstbestimmungsfähigkeiten machen öffentliche Garantien erforderlich. Die differenzierte Betrachtung ließ keinen Zweifel, dass die Frage nach einer möglichen Privatisierung der Landeskrankenhäuser nicht ohne Berücksichtigung der Komplexität psychiatrischer Versorgung überhaupt zu beantworten ist. Die Qualität psychiatrischer Versorgung in den Vordergrund stellend, sind die Landeskrankenhäuser psychiatrische Zentren, von denen die Impulse für eine regionale Gemeindepsychiatrie ausgehen. Gerade diese Impulse implizieren die zukünftigen Entwicklungsmöglichkeiten, die der Ausschuss einhellig herausarbeiten konnte.

Sprecher des Maßregelvollzuges unterstrichen, dass etwas ein Viertel aller Patientinnen und Patienten in den Nds. Landeskrankenhäusern Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten seien. Die in diesem Zusammenhang besichtigte forensische Psychiatrie in privater Trägerschaft Uchtspringe, Sachsen Anhalt, hatte einen insgesamt negativen Eindruck hinterlassen, weil therapeutische Ansätze durch einseitige Verwahrung und Sicherung erstickt wurden. Zur Rückfallverhinderung nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug und damit auch für die Sicherheit der Bevölkerung sind aber gezielte therapeutische Maßnahmen unerlässlich.

Die in der Vergangenheit durchaus schmerzlichen Auseinandersetzungen mit privat geführten Einrichtungen zu Ungunsten des öffentlichen Budgets müssen ebenso Berücksichtigung finden, wie die Tatsache, dass privat geführte Kliniken in Niedersachsen häufig von großen Heimbereichen assistiert werden. Dabei ist nicht auszuschließen, dass die komplementären Heimbereiche die Wirtschaftlichkeitsfaktoren der Klinik steigern, indem sie bei der Belegungsregulierung eine Rolle spielen und selbst hohe Kosten verursachen können. An dieser Stelle soll nicht unerwähnt bleiben, dass Niedersachsen deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegende Heimplatzzahlen für psychisch Behinderte

ausweist. Auf die Frage von „Festhalten“ und „verselbstständigendem Loslassen“ soll hier nicht weiter eingegangen werden.

Differenziert wurde, dass auch in Niedersachsen höchst unterschiedliche Erfahrungen mit psychiatrischen Kliniken in freier Trägerschaft gemacht wurden. Bei Fehlentwicklungen seien Korrekturen erheblich erschwert und müssten über öffentlich geführte Einrichtungen kompensiert werden.

Während sich bereits in der Sonderausschusssitzung am 19.12.2002 nach eingehender Erörterung ein Konsens des Ausschusses abzeichnete, eine vollständige Kommerzialisierung Nds. Landeskrankenhäuser abzulehnen, beschloss er nach erneuter Erörterung in seiner Sitzung am 15.01.2003 den folgenden Wortlaut:

„Der Ausschuss hält es für notwendig, dass der bestehende öffentliche Versorgungsauftrag gewahrt bleibt. Deshalb spricht der Ausschuss sich einhellig gegen eine gewerbliche Privatisierung der Nds. Landeskrankenhäuser aus. Der Ausschuss stellt dabei die Sicherung der Versorgungsqualität klar in den Vordergrund.“

Die Frage einer möglichen Privatisierung des Nds. Landeskrankenhauses Tiefenbrunn, das durch andere Aufgabenschwerpunkte aus der Vollversorgungsanforderung herausfällt, wurde im Ausschuss nicht erörtert.

## **4.3 Maßregelvollzug**

### **Belegungsdruck**

Der Maßregelvollzug war im Berichtszeitraum wegen der Brisanz, der Aktualität und der Auswirkungen auf die gesamte stationäre psychiatrische Versorgung ein herausragendes Thema des Ausschusses. Die Besuchskommission Maßregelvollzug berichtete gleichbleibend in jeder Sitzung von einem hohen Aufnahmedruck mit entsprechender Überbelegung in sämtlichen Landeskrankenhäusern. So wurden z. B. im Nds. Landeskrankenhaus Moringen statt der vorgesehenen 300, 330 Patientinnen und Patienten behandelt. Neben dem Aufnahmedruck wurde ebenso eine deutlich längere Verweildauer registriert, was auf unterschiedliche Faktoren zurückzuführen war. Zum einen seien die Strafvollstreckungskammern bei Entlassungen deutlich zurückhaltender, zum anderen fehle es an Nachsorge und differenzierten Heimangeboten. In diesem Zusammenhang

wurde von Überlegungen berichtet, die Institutsambulanzen in die Nachsorge mit einzubeziehen und insbesondere eine forensische Ambulanz in Hannover einzurichten. Der Ausschuss verwies darauf, dass Wohngruppenangebote und Heimplätze gerade von solchen Trägern und Anbietern erforderlich seien, die eine entsprechende Qualität garantieren könnten. In der Vergangenheit zeigte sich, dass z.T. eher zweifelhafte Anbieter bereit waren, ehemalige Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten aufzunehmen, während sich die anderen verweigerten. An Einzelfällen zeigte sich, wie schwer korrigierende Einflussnahmen bei „freien“, lediglich an bestimmte Rahmenbedingungen formal gebundene, Angeboten durchgesetzt werden konnten.

Wiederholt hatten die Besuchskommissionen davon berichtet, dass forensische Patientinnen und Patienten Betten in der Allgemeinpsychiatrie belegten und damit für allgemeinpsychiatrische Patientinnen und Patienten blockierten. Auffällig war dies für das Landeskrankenhaus Wehnen. Mischbelegungen wurden aber auch vom Landeskrankenhaus Wunstorf berichtet, wo die Betreuung der allgemeinpsychiatrischen Patientinnen und Patienten z. T. darunter litt, dass Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten einen besonders hohen Aufwand an Aufmerksamkeit des Personals abzogen. Durch Umwidmung allgemeinpsychiatrischer Stationen für den MRV wurde in Wunstorf im Herbst 2002 die erforderliche Entmischung zwischen Regelpatienten und forensischen bzw. Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten vollzogen.

### **Voraussehbarer Personalmangel**

Der Ausschuss schloss sich der überzeugenden Darstellung der Besuchskommission Maßregelvollzug an, die zunehmende Nachwuchssorgen beim Personal, insbesondere bei männlichem Personal feststellte. In diesem Bereich machte sich die Schwierigkeit, Ärzte für die Psychiatrie zu gewinnen, besonders schmerzlich bemerkbar. Ohne entsprechende Anreize wird qualifiziertes Personal zunehmend bereits in naher Zukunft nicht mehr ausreichend zur Verfügung stehen, wodurch Sicherheit und Therapieerfolge in Gefahr stehen.

### **Vorübergehend nicht kompensierbare Versorgungslücke**

Ausführlich wurde der Ausschuss von Referenten des MS über die Probleme des Patientenzuwachses im Maßregelvollzug und die durchgeführten wie geplanten Baumaßnahmen informiert. Den fertiggestellten Bauten wurde ein hoher Sicherheitsstand attes-



tiert. Deutlich wurde aber auch, dass die Bautätigkeit mit der Nachfrage nicht Schritt halten würde. Ein kurzfristiger Übergangsbedarf von ca. 100 Plätzen wurde eingeräumt. Ausgehend von einer Patientenzahl von 910 im September 2001 wird mit einer jährlichen Zunahme von etwa 60 Patientinnen und Patienten gerechnet, ohne dass die Entwicklung aber ausreichend absehbar sein wird. Die gesamte Platzkapazität des Nds. Landeskrankenhauses Brauel wird künftig vollständig für Patientinnen und Patienten aus Niedersachsen zur Verfügung stehen. Ein 90-Bettenhaus im Nds. Landeskrankenhaus Wehnen sei außerplanmäßig beantragt worden. Die Fachabteilung Bad Rehburg wird für die Belegung von Patientinnen und Patienten nach § 64 StGB auf 100 Plätze aufgestockt. Trotzdem sind nach wie vor Planungen für eine weitere größere Einrichtung überlegenswert.

Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 30 % der Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten „nicht richtig“ im Maßregelvollzug untergebracht sind, deren Identifizierung im Einzelfall allerdings größere Schwierigkeiten bereiten dürfte. Zur Entlastung des Maßregelvollzuges wird auf Bundesebene diskutiert, auf den juristischen Begriff „andere seelische Abartigkeit“ als Merkmal eingeschränkter oder aufgehobener Schuldfähigkeit zu verzichten.

#### **4.4 Heime**

##### **„Heimdiskussion“**

Bundesweit nimmt Niedersachsen einen Spitzenplatz bei den Heimunterbringungen von psychisch kranken Menschen (ohne Gerontopsychiatrie) ein. Gegenüber dem Bundesdurchschnitt von 4,4 Heimunterbringungen auf 10.000 Einwohner soll die Zahl in Niedersachsen bei 14,4 Heimunterbringungen liegen. Andere Zahlen können nur eine überdurchschnittliche Heimplatzzahl für psychisch Behinderte in Niedersachsen belegen.

Die von der Forschungsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ der Universität Bielefeld angestoßene „Heimdiskussion“ im Juni 2001 führte in Niedersachsen zu der bereits erwähnten Gruppenpetition an den Nds. Landtag und zu der erwähnten Loccumer Tagung vom 05. bis 07. Juni 2002. Der Forderung einer sogenannten „Heimenquete“ schloss sich auch die psychiatrische Arbeitsgemeinschaft in der Region Osnabrück an und forderte in ihrem Schreiben vom 19.12.2002 an die Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, eine Kommission zur Enquete der Heime, sie empfahl jedoch dabei

ein differenziertes, ergebnisoffenes Herangehen. Während die eine Seite das „Heimsystem“ pointiert radikal infrage stellt, beklagen Mitarbeiter der Sozialdienste psychiatrischer Kliniken in Niedersachsen bei verkürzten Klinikverweildauern im konkreten Einzelfall noch immer unzureichende qualifizierte Heimangebote im Anschluss an die Klinikbehandlung. Nach Auffassung des Ausschusses sollte in diesem Zusammenhang besonders das Problem der Gewöhnung an Unselbstständigkeit (Hospitalisierung) Beachtung finden.

### **Novelliertes Heimgesetz**

Eingehend wurde der Ausschuss von einem Referenten des MS über das novellierte Heimgesetz informiert. Der Charakter des Gesetzes habe sich stark verändert. Gegenüber dem vorherigen Heimgesetz stünden nun Qualitätsfragen im Vordergrund. So bestimme § 2 Abs. 1 Ziffer 5 des Heimgesetzes „eine dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Qualität des Wohnens und der Betreuung zu sichern“. Standards seien aber noch nicht formuliert. Die Möglichkeiten der Heimaufsicht bei Mängeln zu reagieren, bestünden vorrangig in der Beratung und der Formulierung von Anordnungen. Konkret könnten Dokumentationspflichten angeordnet werden. Die Prüfkataloge sollen sich an denen des MDK orientieren. Der Ausschuss forderte die Entwicklung verbindlicher fortzuschreibender Standards als Grundlage für die Qualitätsbeurteilung und -sicherung. In diesem Zusammenhang wurde auch auf die Notwendigkeit einer besseren Qualifizierung der kommunalen Heimaufsichten und besserer Abstimmung der Zuständigkeiten hingewiesen.

### **Strukturbedingte Gewöhnung an Unselbstständigkeit**

Im Bericht über die Loccumer Tagung zum Thema „Hilfebedürftigkeit und Persönlichkeitsrechte in der neueren psychiatrischen Diskussion“ wurde Herr Profazi, Leiter des Referats für Behindertenhilfe beim Landschaftsverband Westfalen/Lippe, zitiert. Er führte aus, dass die BSHG-Leistungen innerhalb von 2 Jahren (1998 – 2000) von 7,9 Milliarden DM auf 9,8 Milliarden DM angestiegen seien. Er beurteilte dies als eine strukturbedingte Verschwendung von Geldern, weil Behinderten nicht mehr die Teilnahme am Leben in der Gesellschaft ermöglicht werde, ihnen vielmehr eine strukturbedingte Gewöhnung an Unselbstständigkeit aufgezwungen werde.

Der Ausschuss verwies in diesem Zusammenhang kritisch auf die Rolle der rechtlichen Betreuer, die nicht selten bei der Veranlassung und Durchführung entsprechender Maßnahmen eine zentrale Rolle spielten.

Während es so gut wie keine Möglichkeit gebe, neue Heimplatzangebote, wenn sie bestimmte Rahmenbedingungen erfüllen, zu verhindern, weil hier das marktwirtschaftliche Prinzip erwünscht ist, kann doch die Belegung der bereitgestellten Plätze im Einzelfall dennoch überprüft und gesteuert werden, wenn die Kommunen qualifiziertes Personal vorhalten. Ausdrücklich hervorgehoben wurde das Instrument der Hilfekonferenzen oder Hilfeplankonferenzen. Dort, wo sie eingeführt wurden, haben sie sich bewährt, wenn sie an der Zielvorgabe festhielten: Förderung von mehr Eigenständigkeit und selbstbestimmter Unabhängigkeit – soweit es möglich ist.

### **Mängel vorgehaltener Heimangebote**

Als nicht mehr zeitgemäß rügte der Ausschuss die vorgehaltenen 4-Bettzimmer im Heimbereich einer psychiatrischen Klinik in Liebenburg. Die durch eine solche Wohnform gegebene Entindividualisierung ist in keiner Weise dazu geeignet, die beschriebenen Ziele einer Teilhabe am Leben der Gesellschaft zu erreichen. Sie verstärken vielmehr die Behinderungsfolgen durch Hospitalismus.

Entsprechende Mängel wurden auch in anderen Heimen festgestellt. Überwiegend fehlten pädagogisch zielgerichtete Konzeptionen. Mängel in baulicher Hinsicht und bei der Möblierung wurden beklagt. Kritik übten die Kommissionen insbesondere an einem Heim in Oldenburg, in Wildemann, aber auch im Landkreis Leer. Bei letzterem handelte es sich um ein Altenheim, das schwerst Demenzkranke versorgte, aber eine völlig unzureichende Personalausstattung vorhielt. So gab es für die 52 Bewohner nur eine einzige Nachtwache, 4 Bewohner mussten dauerfixiert werden. In diesem Zusammenhang hatte die Besuchskommission das zuständige Amtsgericht eingeschaltet.

Katastrophale räumliche Voraussetzungen mit verschmutzten Wänden, Türen und Decken bei überfordertem Pflegepersonal stellte die Besuchskommission Hannover in einer Einrichtung in Affinghausen fest. Die Zuständigkeit der Heimaufsicht war zu klären.

Mit Befremden reagierte der Ausschuss auf die Tatsache, dass die beobachteten Mängel von den Einrichtungen in Kauf genommen wurden und von rechtlichen Betreuern wie

für die Unterbringung zuständigen Gerichte nicht frühzeitiger erkannt und angezeigt wurden. Ausdrücklich wies der Ausschuss auf die Sanktionsmöglichkeit der Leistungskürzung bei Mängeln hin, einem Instrument, von dessen Anwendung nur ein Fall im Berichtszeitraum bekannt wurde.

### **Positive Mängelbehebung**

Positiv berichtete die Besuchskommission Hannover, dass sich nach jahrzehntelanger schwerwiegender Kritik von Seiten der Besuchskommission das Haus 3 im Heimbereich des Klinikums Wahrendorff in baulicher Hinsicht sehr erfreulich entwickelt habe.

## **5. Ausblick**

Wenn auch das Wächteramt des Ausschusses und der Besuchskommissionen immer wieder eintretende Mängelentwicklungen zu Ungunsten seelisch erkrankter und behinderter Menschen nicht verhindern konnte, so zeigt sich doch, dass eine beharrliche Aufmerksamkeit und überzeugende Argumentation zu einer Abstellung von Mängeln in vielen Einzelfällen geführt hat. In Zukunft wird sich die Aufmerksamkeit des Ausschusses und der Besuchskommissionen neben der allgemeinen Mängelfeststellung verstärkt auf die festhaltenden Tendenzen solcher Hilfemaßnahmen richten müssen, die Eigenständigkeit und Selbstsorgefähigkeiten verhindern.

Dr. Höfer

## AUSSCHUSS

### für Angelegenheiten der psychiatrische Krankenversorgung

- 14. Wahlperiode -

Mitglieder	Stellv. Mitglieder
<b>Vorsitzender</b> Herr Dr. med. Höfer, Eberhard <b>31139 Hildesheim</b>	Herr Prof. Dr. Wolfgang Weig <b>49088 Osnabrück</b>
<b>Stellv. Vorsitzender</b> Herr Wolfram Beins <b>29221 Celle</b>	Herr Rainer Ostermann <b>26721 Emden</b>
Frau Christa Elsner-Solar (MdL) <b>30453 Hannover</b>	Herr Harald Groth (MdL) <b>27753 Delmenhorst</b>
Frau Anneliese Zachow (MdL) <b>3844 Wolfsburg</b>	Frau Angelika Jahns (MdL) <b>38448 Wolfsburg</b>
Frau Brigitte Pothmer (MdL) <b>31139 Hildesheim</b>	Frau Meta Janssen-Kucz (MdL) <b>26789 Leer</b>
Herr Wilhelm Dunker <b>27281 Verden</b>	Frau Dr. Dagmar Schlapeit-Beck <b>37028 Göttingen</b>
Herr Heinz-Otto Babilon <b>49074 Osnabrück</b>	Herr Wilfried Wenzel <b>31737 Rinteln/Steinbergen</b>

Herr Dr. Patrizio-Michael Tonassi <b>30169 Hannover</b>	Herr Dr. Eberhard Grosch <b>30875 Laatzen</b>
Herr Dr. Heyo Prahm <b>26131 Oldenburg</b>	Frau Dr. Nahid Freudenberg <b>30519 Hannover</b>
Herr Prof. Dr. Friedrich Specht <b>37085 Göttingen</b>	Herr Prof. Dr. Andreas Spengler <b>31515 Wunstorf</b>
Herr Dr. Hansjörg Bräumer <b>29255 Celle</b>	Herr Pater Sebastian Hackmann O.P. <b>49377 Vechta</b>
Frau Rose-Marie Seelhorst <b>30161 Hannover</b>	Herr Helmut Sommerlatte <b>26131 Oldenburg</b>
Herr Prof. Dr. Jürgen Helle <b>26133 Oldenburg</b>	Frau Eva Moll-Vogel <b>30175 Hannover</b>

<b>Geschäftsstelle</b>	Telefon:	Fax:
Herr Reiner Bucksch	05121/304-320	05121/304-688 oder 05121/304-611
Frau Ellen Grützner	05121/304-663	E-Mail: reiner.bucksch@nlzsa.niedersachsen.de ellen.grützner@nlzsa.niedersachsen.de
Niedersächsisches Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben, Postfach 100844, 31108 Hildesheim		

# Rechtliche Aspekte der Isolierung in der Unterbringung

- Prof. Dr. Jürgen Helle, Oldenburg -

## 1. Fragestellung

- a) In der Sitzung des Psychiatrieausschusses vom 15.01.2003, berichtete die Besuchskommission Braunschweig von ihrem erneuten Besuch der privaten Klinik F über "inakzeptable Unterbringungen im geschlossenen Bereich. Insbesondere ging es um "das Isolieren von Patienten im Akutbereich in Einzelisolierzimmern ("Gummizelle)". In der Diskussion wurde auf "Standards für Isolierungen" hingewiesen. Diese sollte das MFAS dem Ausschuss mitteilen. Diskutiert wurde darüber, ob die Standards bloße Empfehlungen seien oder ob ihnen "Verbindlichkeit" zukomme, insbesondere ob der Verstoß gegen diese Standards strafrechtlich als Freiheitsberaubung relevant sei. Hierzu wurde der Verfasser um Stellungnahme gebeten.
- b) Bei dem mit der Einladung zur Sitzung vom 26.03.2003 vorgelegten "Standard" handelt es sich um die "Dienstanweisung über Zwangsmaßnahmen (Fixierungen) in den niedersächsischen Landeskrankenhäusern" des Landessozialamtes Niedersachsen vom 23.10.1990 - 23.5-02219/3 -. Abgesehen davon, das es sich um eine Dienstanweisung für die Landeskrankenhäuser handelt, die private Krankenanstalten nicht binden, enthält die Dienstanweisung keine fachlichen "Standards", sondern schildert kurz die Rechtslage und regelt das Verfahren und die Dokumentation bei Einschränkungen der körperlichen Bewegungsfreiheit. Die gestellte Frage könnte daher einfach dahin beantwortet werden, daß fachliche Standards, die für den Tatbestand der Freiheitsberaubung von Bedeutung sein könnten, nicht vorliegen.
- c) Ich gehe jedoch davon aus, daß dem Ausschuß mit einer solchen Antwort nicht gedient wäre, daß er vielmehr eine Unterrichtung über die Bedeutung des Straftatbestandes der Freiheitsberaubung für den von der Besuchskommission bei der privaten Klinik beanstandeten Gebrauch von Isolierzellen wünscht und wende mich daher dieser Frage zu.

## 2. § 239 StGB und die Freiheitseinschränkung innerhalb der Unterbringung.

- a) Nach den Angaben im Protokoll der Sitzung vom 15.01.2003 muß ich davon ausgehen, daß es sich bei den Patienten der Privatklinik F, für die die vorgehaltenen "Isolierzellen" vorgesehen sind, um untergebrachte Patienten handelt, und daß ihre Unterbringung rechtmäßig ist. Da eine rechtmäßige Unterbringung mangels Rechtswidrigkeit nicht von § 239 Absatz 1 StGB<sup>1</sup> erfaßt wird, stellt sich die Frage, ob weitere Einschränkungen der körperlichen Bewegungsfreiheit innerhalb der rechtmäßigen Unterbringung, die über den mit der Unterbringung normalerweise verbundenen Freiheitsentzug hinausgehen, den Tatbestand der Freiheitsberaubung erfüllen können, ob es also eine rechtswidrige Freiheitsberaubung innerhalb eines rechtmäßigen Freiheitsentzuges geben kann. Die Frage, ob auch eine solche unerlaubte Beraubung der

---

<sup>1</sup> "Wer einen Menschen einsperrt oder auf andere Weise der Freiheit beraubt, wird ..... bestraft"

"Restfreiheit"<sup>2</sup> als Freiheitsberaubung strafbar sein kann, wird allgemein bejaht<sup>3</sup>.

- b) Solche weiteren Einschränkungen der Restfreiheit innerhalb des rechtmäßigen Freiheitsentzuges bedürfen ebenso wie die vorausgegangene Freiheitsentziehung einer gesetzlichen Rechtsgrundlage, denn nach Art. 2 Abs. 2 Satz 3 GG darf in das Grundrecht der persönlichen Freiheit "nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden"<sup>4</sup>. Ärztliche fachliche Standards<sup>5</sup> über die Anwendung von Isolierungen bei der Behandlung untergebrachter psychisch Kranker können daher nur eine Rolle spielen bei der Interpretation und Anwendung der Normen, die den weiteren Freiheitsentzug innerhalb der Unterbringung regeln.

### 3. Normen über weiteren Freiheitsentzug in der Unterbringung.

- a) Bei der strafgerichtlichen Unterbringung regelt § 23 Maßregelvollzugsgesetz (MVollzG) den weitergehenden Freiheitsentzug innerhalb der Anstalt. Unter den dort genannten Voraussetzungen ist auch eine räumliche Isolierung zulässig. Ich nehme zwar an, daß in der Privatklinik F kein Maßregelvollzug stattfindet. Die Rechtsprechung zum weiteren Freiheitsentzug innerhalb des Maßregelvollzuges ist aber von Bedeutung auch für die beiden anderen hier in Frage kommenden Unterbringungsarten.
- b) Bei der zivilrechtlichen Unterbringung - nach Betreuungsrecht - wird § 1906 Abs. 4 BGB<sup>6</sup> herangezogen. Nach ihrem Wortlaut gilt diese Bestimmung, die für unterbringungsähnliche Maßnahmen die vormundschaftsgerichtliche Genehmigung verlangt, zwar nur für psychisch Kranke, die sich in einer Anstalt befinden, "ohne untergebracht zu sein"<sup>7</sup>. Ein Teil der Rechtsprechung<sup>8</sup> und

---

<sup>2</sup> Schäfer im Leipziger Kommentar (LK), 10. Aufl., § 239 StGB RdNr 15.

<sup>3</sup> Träger/Schluckebier in der 11. Aufl. des LK RdNr 20 übernehmen zwar diesen griffigen Ausdruck aus der Voraufgabe nicht, sagen in der Sache jedoch dasselbe; offensichtlich einhellige Meinung, Tröndle/Fischer 21. Aufl. RdNr 9, SK-Horn RdNr 4a, alle zu § 239 StGB.

<sup>4</sup> Mit "Freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahmen gegenüber untergebrachten psychisch Kranken" befaßt sich mein Aufsatz MedR 1989, 7 ff.; ihm lag ein vorangegangener Vortrag vor dem Ausschuß für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung, dem ich damals noch nicht angehörte, zu Grunde.

<sup>5</sup> Zu ihrer Bedeutung insbes. im Arzthaftungsrecht s. Deutsch, Medizinrecht 4. Aufl., RdNr 181 ff., Kullmann MedR 1997, 529.

<sup>6</sup> "(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, ohne untergebracht zu sein, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll." Die Genehmigung nach § 1906 BGB rechtfertigt die tatbestandliche Freiheitsberaubung, Ulrich Schumacher Freiheitsberaubung und "Fürsorglicher Zwang" in Einrichtungen der stationären Altenhilfe, FS Stree/Wessels 1993, 431, 446.

<sup>7</sup> Ulrich Schumacher aaO S. 447

<sup>8</sup> BayObLG 6.5.1993 - 3 ZBR 79/93 - FamRZ 1994, 721 entschied so für das Anschnallen des Patienten; das gilt aber erst recht für die Isolierung in einem abgeschlossenen Raum.



eine zunehmende Ansicht im juristischen Schrifttum<sup>9</sup> wendet im Hinblick auf Art. 2 Abs. 2 GG diese Norm auch auf untergebrachte psychisch Kranke an, interpretiert also die Worte "ohne untergebracht zu sein" in dem Sinne "selbst wenn sie nicht untergebracht sind". Angesichts der nicht einheitlichen Rechtsprechung müßte, wenn es um einen konkreten Fall in der Privatklinik F ginge, wohl erst festgestellt werden, welcher Ansicht das für diese Klinik zuständige Amtsgericht ist.

Überdies besteht die Lücke, daß § 1906 BGB nur bei Selbstgefährdung des Patienten gilt. Geht es darum, Gefahren von anderen - Mitpatienten, Pflegepersonal - abzuwenden, muß auf die Notstandsbestimmung<sup>10</sup> zurückgegriffen werden. Auch dann bleibt aber die Lücke, daß es keiner vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung für die Anwendung von § 34 StGB bedarf<sup>11</sup>.

- c) Für die öffentlich-rechtliche Unterbringung fehlt eine dem § 23 MVollzG entsprechende Norm im NdsPsychKG, § 22 Satz 1 sagt nur:

"Die untergebrachte Person unterliegt nur denjenigen Beschränkungen ihrer Freiheit, die sich aus dem Zweck der Unterbringung und aus den Anforderungen eines geordneten Zusammenlebens in dem Krankenhaus ergeben, in dem sie untergebracht ist."

Darunter sind nur die Einschränkungen zu verstehen, die generell mit der Unterbringung verbunden sind, nicht hingegen individuelle Maßnahmen, die bei einer einzelnen Person zu Fortbewegungsmöglichkeiten zusätzlich einschränken. Da nach § 12 Abs. 2 NdsPsychKG für die Schutzmaßnahmen subsidiär das NGefAG gilt, richten sich beim Vollzug der Unterbringung die zusätzlichen freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahmen nach den polizeirechtlichen Bestimmungen<sup>12</sup>. Es sind dies § 75 NGefAG für die Fesselung und für den Gewahrsam § 18 NGefAG. Die Regeln über den Gewahrsam sind auf die Isolierung anzuwenden. Die gerichtliche Kontrolle dieser Maßnahmen richtet sich nach § 70 I FG

#### 4. Anwendung der Normen über den weiteren Freiheitsentzug

- a) Das OLG Hamburg hatte 1999 über die Strafanzeige eines im Maßregelvollzug untergebrachten dreifachen Mörders zu befinden. Nach dessen Flucht und Wiederergriffung hatten die beschuldigten Verantwortlichen des psychiatri-

---

<sup>9</sup> Palandt/*Diederichsen* 62. Aufl. § 1906 BGB RdNr 23 m. w. N.; *Marschner/Volckart* Freiheitsentziehung und Unterbringung 4. Aufl. Teil C RdNr 43, *Ulrich Schumacher* aaO.

<sup>10</sup> § 34 StGB ist nach h. M. auch dann anzuwenden, wenn Erhaltungs- und Eingriffsrechtsgut demselben Rechtsträger zustehen. Es können kraft Notstands daher auch Eingriffe in die persönliche Freiheit eines Betroffenen gerechtfertigt sein, um Gefahren abzuwenden, die von eben dem Betroffenen selbst ausgehen, *Ulrich Schumacher* aaO S. 447.

<sup>11</sup> Da sich die Überlegungen hier auf die weitere Freiheitsentziehung beschränken, spielt die weitere Lücke keine Rolle, die darin besteht, daß § 1906 Abs. 4 BGB für die bloß freiheitsbeschränkenden Maßnahmen nicht gilt, BGH 11.10.2000 BGHZ 145, 295 = JZ 2001, 821 m. Anm. *Lipp*.

<sup>12</sup> So schon in meinem Aufsatz von 1989 - oben Fn 4 - S. 8.

schen Krankenhauses die im Hamburger MVollzG vorgesehenen besonderen Sicherungsmaßnahmen angeordnet (entsprechend § 23 NdsMVollzG). Der Betroffene erstattete Strafanzeige und verfolgte diese im sog. Klageerzwingungsverfahren vor dem OLG. Das OLG verneinte die Freiheitsberaubung und sprach dabei den Beschuldigten für ihre Prognoseentscheidungen über die besondere Fluchtgefahr und Gefährlichkeit des Betroffenen "ein Einschätzungsermessen" und hinsichtlich der Erforderlichkeit der angeordneten Sicherungsmaßnahmen eine "Einschätzungsprärogative" zu.<sup>13</sup> Nach dem Hinweis auf die besondere Gefährlichkeit des Täters und die Sicherungsaufgabe des Maßregelvollzuges heißt es in dem Beschluß;

"Vor diesem Hintergrund muß, um die Handlungsfähigkeit der Verantwortlichen im Maßregelvollzug zu gewährleisten, ein Handlungsspielraum eröffnet sein, der der strafrechtlichen Beurteilung entzogen ist. Deshalb käme eine strafrechtliche Ahndung von Sicherungsmaßnahmen nur dann in Betracht, wenn sie aus erkennbar sachwidrigen Erwägungen ergriffen oder in ihrer Intensität objektiv willkürlich waren."<sup>14</sup> [Hervorhebungen von mir]

- b) In der strafrechtlichen Literatur werden diese Sätze für alle "nicht-richterlichen Maßnahmen, die eine gesetzmäßige Freiheitsentziehung intensivieren", verallgemeinert<sup>15</sup>. Das ist plausibel. Die Beschränkung der strafrechtlichen Relevanz generell zulässiger weiterer Freiheitsbeschränkungen auf "erkennbar sachwidrige Erwägungen" und "objektive Willkür" gilt nicht nur für den Maßregelvollzug, sondern auch für die öffentlich-rechtliche und betreuungsrechtliche Unterbringung. Es ist ein Unterschied, ob ein Verantwortlicher nach § 239 StGB bestraft (oder nur mangels Verschuldens freigesprochen) wird, oder ob bei der gerichtlichen Kontrolle einer Freiheitseinschränkung innerhalb eines gesetzlichen Freiheitsentzuges, z. B. nach § 70 I FGG in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung, die weitere Freiheitseinschränkung vom Gericht anders beurteilt wird als vom Verantwortlichen. Im letztgenannten Fall muß das Gericht, wenn es zu einem anderen Ergebnis kommt, die Freiheitsbeschränkung aufheben oder reduzieren. Im Strafrecht kann indessen nicht jedes andere Ergebnis des Gerichts bei der Anwendung der die weitere Freiheitsbeschränkung legitimierenden Norm auf den konkreten Fall bereits dazu führen, daß eine objektiv rechtswidrige Freiheitsberaubung i. S. von § 239 StGB vorläge. Es leuchtet ein, daß die gerichtliche Kontrolle des weiteren Freiheitsentzuges einem wesentlichen strengeren Maßstab folgt, als die Bestrafung objektiv unzulässigen Freiheitsentzuges.

Wenn allerdings bei einer gerichtlichen Kontrolle die Grenze zulässigen Freiheitsentzuges festgelegt worden ist, hat sie in der Folgezeit "maßgebliche Indizwirkung" für ein Strafverfahren.<sup>16</sup>

---

<sup>13</sup> OLG Hamburg Beschl. v. 10.3.1999 NSStZ 1999, 431.

<sup>14</sup> OLG Hamburg aaO S. 432

<sup>15</sup> LK-Träger/Schluckebier 10. Aufl. § 239 StGB RdNr 20.

<sup>16</sup> OLG Hamburg aaO S. 432

## 5. Heilbehandlung und Freiheitseinschränkungen

*Meine* Überlegungen von 1989 waren noch davon ausgegangen, daß ärztlich indizierte, in die Freiheit eingreifende Zwangsmaßnahmen nach den Normen über die Heilbehandlung gerechtfertigt werden könnten und nicht von jenen über die Gefahrenabwehr<sup>17</sup>. Auch die genannte Dienstanweisung des Landessozialamtes vom 1990 steht auf diesem Standpunkt und nimmt therapeutische Freiheitsbeschränkungen (unter 1.1. Absatz 2) von ihren Regelungen aus. Es spricht jedoch vieles dafür, daß dieser Standpunkt nicht aufrechterhalten werden kann<sup>18</sup>, so daß auch ganz oder überwiegend therapeutisch motivierte Freiheitsentziehungen oder auch nur -beschränkungen hinsichtlich des Eingriffs in das Grundrecht der persönlichen Freiheit nur von den auf dieses Grundrecht zielenden Normen legitimiert werden können.<sup>19</sup> Dafür spräche auch die Grundkonzeption des Betreuungsrechts, insbes. § 1906 Abs. 4 BGB. Ich lasse die Frage jedoch dahingestellt, weil dies strafrechtlich zu keinen anderen Ergebnissen führen würde.

## 6. Folgerungen

Allein die Verletzung fachärztlicher Standards beim Einsatz der Isolierzelle - wenn es sie denn gibt - kann den objektiven Tatbestand einer rechtswidrigen Freiheitsberaubung nicht per se begründen. Solchen Standards kann § 239 StGB nicht als "Blankettstrafnorm" dienen. Die Standards können nur eine Rolle spielen bei der Interpretation und Anwendung der dargestellten Normen, die den gesteigerten Freiheitsentzug innerhalb einer gerechtfertigten Unterbringung regeln. Eine Automatik "Verletzung von Standards = Freiheitsberaubung" schiede jedoch aus, weil rechtswidrige Freiheitsberaubung erst in groben und ganz eindeutigen Fällen, bei "objektiv willkürlichem" gesteigerten Freiheitsentzug oder "erkennbar sachwidrigen Erwägungen" in Frage käme.

Die Strafanzeige wegen Freiheitsberaubung ist daher als Instrument für die Erfüllung der Aufgaben der Besuchskommissionen, von Extremfällen abgesehen, nicht geeignet.

Oldenburg, den 13. März 2003

(Prof. Dr. Helle)

Präsident des Landgerichts a. D.

---

<sup>17</sup> Helle MedR 1989, 7, 9f.

<sup>18</sup> Zumal die BGH-Entscheidung vom 10.7.1959 NJW 1959, 2301 die Heilbehandlung eines von seinem Vormund Untergebrachten betraf und danach die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 10.2.1960 erging, die die Unterbringung durch den Vormund an den Richtervorbehalt Art. 104 Abs. 2 GG band, BVerfGE 10, 302.

<sup>19</sup> BGH 11.10.2000 BGHZ 145, 295 = JZ 2001, 821 m. Anm. Lipp geht ohne weiteres von einer getrennten Betrachtung aus, allerdings ist in dem dort entschiedenen Fall der Freiheitseingriff nicht Mittel, sondern Voraussetzung der Heilbehandlung.