

Unterrichtung

**Ausschuss für Angelegenheiten
der psychiatrischen Krankenversorgung**

Hildesheim, den 2. Mai 2002

An den
Herrn Präsidenten des Niedersächsischen Landtages
Hannover

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

Sehr geehrter Herr Präsident,

der Ausschuss hat in seiner Sitzung vom 20. März 2002 den 17. Tätigkeitsbericht des Ausschusses über seine Tätigkeit im Jahr 2001 einstimmig beschlossen.

Gemäß den Bestimmungen des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke übersende ich Ihnen anbei diesen Bericht. Die Jahresberichte der Besuchskommissionen sind beigefügt.^{*)}

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Höfer
Vorsitzender

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

17. Bericht
des Ausschusses für Angelegenheiten
der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen
für das Jahr 2001

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1.	Allgemeines	3
2.	Sozialpsychiatrische Verbände.....	7
3.	Ambulante Versorgung	8
3.1	Sozialpsychiatrische Dienste	8
3.2	Sozialpsychiatrische Dienste für Kinder und Jugendliche.....	11
3.3	Übrige ambulante Versorgung.....	11
4.	Stationäre Versorgung	13
4.1	Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung	13
4.2	Allgemeinpsychiatrie.....	14
4.3	Maßregelvollzug.....	15
4.4	Heime	17
5.	Liste der Ausschussmitglieder.....	18
6.	Geschäftsordnungen für den Ausschuss und die Besuchskommissionen ^{*)}	18
Anhang: Berichte der Besuchskommissionen ^{*)}		

^{*)} An die Mitglieder des Ausschusses für Sozial- und Gesundheitswesen gesondert verteilt.

1. Allgemeines

Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen (Psychiatrieausschuss) trat im Jahre 2001 dreimal zu den Sitzungsterminen am 07.02., 06.06. und 17.10. zusammen. Seinem gesetzlichen Auftrag folgend beobachtete er mit kritischer Anteilnahme die psychiatrische Versorgungslage und ihre Entwicklungstendenzen in Niedersachsen. Die Beobachtung setzte eine ständige Auseinandersetzung mit den berechtigten Belangen der Betroffenen (psychisch Kranke/seelisch behinderte Menschen und deren Angehörige) voraus. Nach wie vor neigt das psychiatrische Versorgungsangebot in Niedersachsen dazu, psychisch erkrankte/seelisch behinderte Menschen vorrangig in das mehr oder weniger beschützend verwahrende Versorgungssystem zu integrieren und das Ziel der Integration in die Gesellschaft aus z. T. wirtschaftlichen und z. T. systemimmanenten Gründen aus dem Blick zu verlieren. Nach wie vor ist die Forderung nach bedarfsgerechter Unterstützung psychisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen in der gewohnten Umgebung aktuell.

Wesentliche Grundlage für die teilnehmende Bewertung der Situation psychisch erkrankter Menschen ist die aufmerksame Wahrnehmung der Besuchskommissionen vor Ort, die dem Ausschuss zuarbeiten und berichten. Bei den etwa 580 erfassten Einrichtungen konnten die ehrenamtlich besetzten Besuchskommissionen 114 Besuche durchführen. Zu den bereits erfassten Einrichtungen muss außerdem eine unüberschaubare Anzahl von Hilfeangeboten hinzu gerechnet werden, die maßgeblich ebenso psychisch erkrankte Menschen zu ihrem Klientel zählen. Die Tatsache, dass ein großer, wenn nicht sogar der größte Teil der von der Altenhilfe versorgten Menschen an einem multimorbiden Störungsbild einhergehend mit einer gerontopsychiatrischen Erkrankung leidet, dass viele von der Jugendhilfe betreute Jugendliche eine oft nicht weiter ausgeführte psychische Störung aufweisen, dass die Voraussetzungen für eine rechtliche Betreuung nicht selten in psychischen Krankheiten und Behinderungen zu suchen sind, kann das Spektrum der notwendigen Wahrnehmung durch Besuchskommissionen und den Ausschuss nur andeuten.

An dieser Stelle soll allen Mitgliedern der Besuchskommissionen und des Ausschusses für ihr waches Engagement besonders gedankt werden. Der Dank gilt ebenfalls dem Psychiatriereferat des Niedersächsischen Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales, das stets bemüht war, die thematisierten Probleme im Rahmen seiner Möglichkeiten aufzugreifen und den Ausschuss durch Beratung und konkrete Hilfestellung zu unterstützen. Der Dank gilt weiter dem Präsidenten des Landesamtes für Zentrale Soziale Aufgaben, der die Tradition der aufmerksamen Begleitung des Ausschusses fortführte und damit die Bedeutung des Ausschusses auch für die Arbeit seines Hauses unterstrich. Nicht zuletzt ist in den Dank auch die engagierte Geschäftsführung für den Ausschuss und die Besuchskommissionen einzubeziehen, deren Aufgaben sich auch unter dem Gesichtspunkt der Öffentlichkeitspflege ausweiten werden.

Integration psychisch Kranker/seelisch behinderter Menschen in die Gesellschaft

Ein nicht zu übersehender Hemmschuh für die Integration psychisch Kranker/seelisch behinderter Menschen ist in einem ganz offensichtlich gewachsenen gesellschaftlichen Anspruch an die Leistungsfähigkeit und Fitness des Einzelnen zu sehen, der allzu leicht vorrangig nach den Kriterien ökonomischer Verwertbarkeit, dem zeitgeistigen Trend folgend, erhoben wird. Dabei können die Anforderungen eines fast normalen Arbeitsablaufes bereits zu vorzeitiger Ausgliederung aus der Arbeitswelt führen, weil mit einer an der Geschwindigkeit gemessenen Effektivität nicht mehr mitgehalten werden kann oder die Flut der Informationen und Eindrücke nur

noch unzureichend individuellen Aufmerksamkeits- und Aufnahmekapazitäten angepasst werden kann.

Der gesellschaftliche Auftrag an ein psychiatrisches Versorgungssystem ist weit gespannt. Die Erwartungen sind häufig kaum zu erfüllen, weil die Zumutbarkeitsschwelle unzulässig heraufgesetzt wurde. Dabei muss jeder Mensch, auch der psychisch Kranke/seelisch behinderte Mensch, unter Berücksichtigung des notwendigen Schutzes vor Gefährdungen und Gefahren für eine Gesellschaft und eine Gemeinschaft (auch sich selbst) zumutbar sein und bleiben. Leider sind bei den chronisch psychisch Kranken/seelisch behinderten Menschen ausgrenzend verwahrende Hilfformen noch immer nicht seltene Maßnahmen.

Mitarbeitersituation in Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung

Die aufgezeigte strukturelle Problematik sagt nichts über das in den meisten Einrichtungen vorhandene hohe Engagement der Mitarbeiter, dem gerade unter Berücksichtigung ökonomisch erzwungener Leistungsverdichtung besondere Wirkung zukommt. Die Gewinnung qualifizierter Mitarbeiter dürfte in naher Zukunft für alle Bereiche, in denen aufgrund der Schwere der Behinderung besondere Anforderungen gestellt werden, zu einer schwerwiegenden Problematik anwachsen. Bereits jetzt müssen Anreizsysteme zur Vermeidung von Versorgungsengpässen geschaffen werden.

Erschwerend kommt hinzu, dass ein wesentlicher Teil der Kapazität von engagierten Mitarbeitern durch zusätzliche Bürokratisierung und Dokumentationspflichten aufgezehrt wird.

Der Ausschuss sieht auch im Zusammenhang mit neuen Instrumentarien einer sicher sinnvollen Qualitätssicherung die Gefahr von noch mehr Bürokratisierung. Auf der anderen Seite herrscht weiterhin ein nicht unerheblicher Mangel an praxisorientierter und planungsbegleitender Versorgungsforschung. Diese hätte die Aufgabe, sinnvolle wertegeleitete Strategiekonzepte und deren Umsetzung zu unterstützen.

Nicht überraschend nahm die Frage wertegeleiteter Standards und insbesondere personeller Standards für die verschiedenen Versorgungsbereiche einen breiten Raum bei den Erörterungen des Ausschusses ein.

Arbeitsgruppen des Ausschusses und Öffentlichkeitsarbeit

Um zeitnah und flexibel auf festgestellte Mängel reagieren zu können, räumte sich der Ausschuss die Möglichkeit ein, von Fall zu Fall eine „Arbeitsgruppe zur Mängelbehebung“ unter Federführung des Ausschussvorsitzenden zu konstituieren. Von dieser Möglichkeit wurde im Berichtszeitraum allerdings kein Gebrauch gemacht.

Eine „Arbeitsgruppe Öffentlichkeitsarbeit“ konnte in einer zusätzlichen Sitzung Grundlagen für eine Öffentlichkeitsarbeit des Ausschusses sondieren und mit dem Ausschuss abstimmen. Bei den Erörterungen wurden aber auch die Grenzen der Möglichkeiten eines auf Ehrenamtlichkeit beruhenden Ausschusses deutlich. Dennoch ist der Ausschuss auf Öffentlichkeitsarbeit angewiesen, wenn er seine im Gesetz verankerten Aufgaben wahrnehmen will, für psychisch Kranke/seelisch behinderte Menschen einzutreten und in der Bevölkerung Verständnis für die Lage dieses Personenkreises zu wecken.

Vorgesehen ist, dass sich der Ausschuss über die Seite des Niedersächsischen Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales im Internet präsentiert. Neben rechtlichen Grundlagen sollen die Mitglieder des Ausschusses, die Ausschussberichte und wichtige Mitteilungen des Ausschusses präsentiert werden.

Im Einzelnen hat der Ausschuss Themen eines Leitlinienentwurfes für die Öffentlichkeitsarbeit diskutiert:

1. Botschaften:

- 1.1 Allgemeine Informationen über psychische Störungen, deren Bedeutung für das öffentliche Leben, deren Verlauf und deren Behandlung.
- 1.2 Informationen über den Ausschuss gem. § 30 NPsychKG, die Besuchskommissionen, deren Aufgabe und Arbeitsweise.
- 1.3 Informationen über die Beurteilung der psychiatrischen Versorgung durch den Ausschuss.
- 1.4 Informationen über Kritik von Besuchskommissionen und Ausschuss bei anhaltenden Missständen.

2. Empfänger und Vermittlungswege:

- 2.1 Basisinformationen - Lagebericht
- 2.2 allgemeine Öffentlichkeit - Pressemitteilungen in verschiedenem Zuschnitt für unterschiedliche Printmedien
- 2.3 Lokale Öffentlichkeit - Aufklärung und Kritik aus gegebenem Anlass
- 2.4 Fachöffentlichkeit - problemorientierte Mitteilungen im Niedersächsischen Ärzteblatt

Die Öffentlichkeitsarbeit der Besuchskommissionen soll auf der Grundlage des NPsychKG unter Einbezug des Ausschussvorsitzenden stattfinden.

Berichte der Besuchskommissionen nicht öffentlich

Wiederholt setzte sich der Ausschuss mit der Frage der Veröffentlichung der Jahresberichte der Besuchskommissionen auseinander. Diese veranschaulichen und konkretisieren sehr viel deutlicher die vorgefundenen Ergebnisse. Da sich aber durch Darstellungen der unmittelbaren Anschauung solche Konkretisierungen bei einer Veröffentlichung eventuell wirtschaftlich nachteilig auf eine privat geführte oder in freier Trägerschaft stehende Einrichtung auswirken könnte und Feststellungen der Besuchskommissionen auch bestritten werden können, wird auch in Zukunft auf die Veröffentlichung der Jahresberichte der Besuchskommissionen als Landtagsdrucksache verzichtet. Im Übrigen legt das NPsychKG fest, dass der Ausschuss einmal jährlich über die Feststellungen und Anregungen der Besuchskommission dem Landtag und dem Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales berichtet. Diese Auffassung wurde auch vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst des Landtages im Zusammenhang mit dem 13. Tätigkeitsbericht des Ausschusses vertreten.

Erwogen wird, die Besuchskommissionen zu bitten, künftig unter Zuhilfenahme juristischer Beratung ihre Jahresberichte so abzufassen, dass sie ohne Verletzung schutzwürdiger Interessen Dritter zusammen mit dem jährlichen Ausschussbericht veröffentlicht werden können.

Unangemeldete Besuche der Besuchskommissionen

Wie schon im 16. Bericht des Ausschusses erörtert, wurde auch im vergangenen Jahr die Frage unangemeldeter Besuche der Besuchskommission diskutiert. Inzwischen

hat der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst im Niedersächsischen Landtag in seinem Vermerk „Arbeit der Besuchskommission nach § 30 Abs. 4 NPsychKG“ vom 17.12.2001 grundlegend zu dieser Frage Stellung bezogen. Diese Stellungnahme wurde inzwischen vom Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales allen Beteiligten bekannt gemacht.

Wegen ihrer Bedeutung für die Arbeit der Besuchskommissionen soll die Zusammenfassung hier noch einmal wörtlich wiedergegeben werden: „Die Auslegung des § 30 Abs. 4 Satz 2 NPsychKG führt zu dem Ergebnis, dass sowohl angemeldete als auch unangemeldete Besuche vorgesehen sind. Obwohl die gesetzliche Regelung für unangemeldete Besuche das Vorliegen eines weiteren Tatbestandsmerkmals („wenn es ihnen angezeigt erscheint“) fordert, folgt hieraus nicht, dass unangemeldete Besuche im Verhältnis zu angemeldeten Besuchen nur in (begründeten) Einzelfällen erfolgen sollen. Vielmehr können die unangemeldeten Besuche durchaus die Mehrzahl der Besuche ausmachen, wenn es den Besuchskommissionen „angezeigt erscheint“. Eine Entscheidung über die Art des Besuches (angemeldet oder unangemeldet) trifft die Besuchskommission hierbei vor jedem Besuch nach pflichtgemäßem Ermessen.“

Die Zusammenfassung fährt fort: „Die gesetzliche Regelung in § 30 NPsychKG sieht weder gegenüber dem Ministerium noch gegenüber den betroffenen Einrichtungen und Krankenhäusern eine Pflicht der Besuchskommission zur Begründung von unangemeldeten Besuchen vor. Die Voraussetzungen für eine entsprechende Anwendung des § 39 Abs. 1 VwVfG (Begründungspflicht bei Verwaltungsakten) liegt nicht vor, da weder eine unbeabsichtigte Regelungslücke noch eine Vergleichbarkeit der Sachverhalte in rechtlich-wertender Hinsicht bejaht werden kann. Eine Begründungspflicht könnte daher nur durch eine Gesetzesänderung erreicht werden.“

Zur Unabhängigkeit der Besuchskommissionen und des Ausschusses führt der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst beim Niedersächsischen Landtag weiter aus: „Nach § 3 NPsychKG nehmen die Landkreise und kreisfreien Städte ‚die Aufgaben nach diesem Gesetz als Aufgabe des übertragenen Wirkungskreises wahr.‘ Daraus folgt, dass die Landkreise und kreisfreien Städte der Fachaufsicht unterliegen. Für die Besuchskommissionen würde dies nur dann gelten, wenn sie in den Behördenaufbau integriert wären. Dies ist dem Gesetz jedoch nicht zu entnehmen. Zwar beruft das Sozialministerium den Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung (§ 30 Abs. 1 NPsychKG), der eine oder mehrere Besuchskommissionen bildet (§ 30 Abs. 3 NPsychKG). Hieraus ergibt sich jedoch nicht, dass das Ministerium gegenüber dem Ausschuss oder den Kommissionen aufsichtsbefugt wäre. Denn gem. § 30 Abs. 6 Satz 1 NPsychKG sind die Mitglieder des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung und der Besuchskommissionen sowie die stellvertretenden Mitglieder ‚nicht an Weisungen gebunden‘. Die Formulierung bringt unmissverständlich zum Ausdruck, dass die Besuchskommissionen außerhalb des Behördenaufbaues stehen und daher weder einer Rechts- noch einer Fachaufsicht unterliegen. Auch der Umstand, dass die Besuchskommissionen dem Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung und der Ausschuss sowohl dem Landtag als auch dem Ministerium berichten müssen, führt nicht zu einer anderen Beurteilung. Denn die Berichtspflicht beinhaltet lediglich die Mitteilung von Feststellungen und Anregungen der Besuchskommissionen im Hinblick auf vorhandene Mängel sowie Möglichkeiten, die Behandlungen und Betreuungen des betroffenen Personenkreises zu verbessern.“

Verordnung, Geschäftsordnungen und Themendichte

Inzwischen ist die nach der Novellierung des NPsychKG vom 16. Juni 1997 (Nds. GVBl. Nr. 12/1997, S. 272) erforderlich gewordene Verordnung über Gremien für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung vom 6. Juli 2001 in Kraft

getreten (Nds. GVBl. Nr. 19/2001, S. 419). Die neue Geschäftsordnung des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung und die neue Geschäftsordnung für die Besuchskommissionen für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung und der besonderen Besuchskommission für den Maßregelvollzug wurde vom Ausschuss im Benehmen mit der Fachbehörde erlassen (siehe Anhang).

Die vielfältigen und umfangreichen Themenbereiche sowie die aktuellen Entwicklungen wurden vom Ausschuss in den drei Sitzungen eingehend erörtert und beraten. Angesichts der Themendichte schlugen die Ausschussmitglieder eine weitere jährliche Sitzung vor. Dieser Vorschlag wurde in die Geschäftsordnung des Ausschusses mit aufgenommen.

2. Sozialpsychiatrische Verbände

Mangelnde Präsenz der Sozialpsychiatrischen Verbände in der kommunalen Verwaltung

Bereits in seinem 16. Bericht hat sich der Ausschuss mit der Entwicklung der sozialpsychiatrischen Verbände auseinandergesetzt. Zusammenfassend konnte die Bildung Sozialpsychiatrischer Verbände als regionale Kooperationsverbände der Hilfeanbieter und der Betroffenen positiv bewertet werden. Zunehmend wurde allerdings über Landkreise und kreisfreie Städte berichtet, die nach Verbrauch der Mittel aus der Anschubfinanzierung die personellen Ressourcen für die laufenden Geschäfte des Sozialpsychiatrischen Verbundes bei den Sozialpsychiatrischen Diensten zurückführen. Dadurch wird das beabsichtigte Ziel des NPsychKG, die Hilfen in einer Region abzustimmen und gemeinsam für eine ausreichende Versorgung Sorge zu tragen, unterlaufen. Eine mangelnde Präsenz des Sozialpsychiatrischen Dienstes in einer Region hat zur Folge, dass allein die systemimmanenten, ökonomischen Interessen einiger Hilfeanbieter zu stark in den Vordergrund rücken, ohne dass der vom öffentlichen Gesundheitswesen propagierte bevölkerungsmedizinische Versorgungseinsatz ausreichend berücksichtigt wird. Zunehmend signalisieren Verbundmitglieder verschiedener Regionen, dass sie durch die Geschäftsführungen nicht mehr ausreichend unterstützt würden, weil das erforderliche Personal fehle oder für diese Aufgabe nicht mehr aufgabenentsprechend zur Verfügung stünde.

Die gemeinsame Verantwortung für die Versorgung psychisch Kranker/seelisch behinderter Menschen in einer Region verblasst, wenn die Kommunen ihre Zuständigkeit für diesen Personenkreis nicht ausreichend realisieren und der Bedeutung entsprechend wahrnehmen. Die meisten Kommunen sind zz. durch Verwaltungsreformen in vortastende Lernprozesse involviert, deren Ergebnisse noch nicht absehbar sind. Neben der Zuständigkeit für die Inhalte einer ausreichenden, regionalen sozialpsychiatrischen Versorgung ist die Kommune als Kostenträger gleichzeitig durch das quotale System für sowohl ambulante als auch stationäre Maßnahmen verpflichtet worden. Die verschiedenen, aber zusammenhängenden Aufgaben laufen in vielen Kommunen noch unverbunden nebeneinander her, weil sich vielerorts bisher eine nur unzureichende Kultur und Aufmerksamkeit für die Zusammenhänge entwickeln konnte. Selten wird z. B. daran gedacht, bei Maßnahmen der Altenhilfe den Sozialpsychiatrischen Verbund zu beteiligen, obwohl psychiatrische Störungsbilder wie Demenzen und hirnorganische Psychosyndrome häufig sind.

Die in den einzelnen Kommunen vorangetriebene Verwaltungsreform hat nicht selten einen Partikularismus der durch Produktbildungen neu entstandenen Einheiten gefördert. Aus einzelnen Regionen wurde davon berichtet, dass sich im Rahmen der neuen Produktbildungen keine der gebildeten Einheiten für die früheren Aufgaben eines Allgemeinen Sozialdienstes zuständig sahen. Zunehmend werden Sozialpsychiatrische Dienste mit einer Klientel konfrontiert, die sich durch schwierige soziale

administrative und finanzielle Probleme auszeichnet, ohne an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung zu leiden.

Die mangelhafte Aufmerksamkeit, die einzelne Kommunen den Verbänden schenken, führt zur Installierung nicht abgestimmter und am Bedarf vorbeigehender Hilfeangebote, die sich durch ihr Vorhandensein einen Markt schaffen können, ohne dass die Vorrangigkeit anderer vom Verbund festgestellter Hilfebedarfe ausreichend berücksichtigt wird.

Notwendigkeit aktiver Mitgliedschaft im Sozialpsychiatrischen Verbund

Der Sozialpsychiatrische Verbund als Forum der Zusammenarbeit und Abstimmung sowie als Interessengemeinschaft der Hilfeanbieter kann seinen qualitätssichernden Einfluss nur dort geltend machen, wo er auf eine aktive Beteiligung und Zusammenarbeit der Mitglieder im Verbund trifft. So können sich Hilfeanbieter einer korrigierenden Auseinandersetzung im Verbund entziehen, in dem sie sich nicht aktiv an den Gremien beteiligen. Das NPsychKG sieht lediglich vor (§ 8 Abs. 1 NPsychKG), dass alle Anbieter von Hilfen im Sozialpsychiatrischen Verbund vertreten sein sollen. Zur Sicherung von Qualität wird beim Verhandeln über Leistungsvereinbarungen in Zukunft verstärkt auf eine aktive Teilnahme im Verbund im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten zu achten sein. Letztlich werden nur die aktiven Mitglieder des Verbundes an qualitätssichernden Abstimmungen und Entwicklungen beteiligt, so dass es bei bilateralen Vereinbarungen zwischen Anbietern und Leistungsträgern keinen Sinn macht, lediglich die Mitgliedschaft im Verbund vorauszusetzen.

Zu bedauern ist weiterhin die allgemein geringe Beteiligung niedergelassener Ärzte im Verbund. Von der Ärzteschaft werden immer wieder organisatorische Gründe und mangelnde Abrechnungsziffern als Ursache vorgetragen. Die neuen Soziotherapie Richtlinien fordern zwar eine persönliche Erklärung über die Beteiligung an einem Verbund, sehen aber eine Überprüfung einer aktiven Beteiligung nicht vor.

In vielen Regionen ist ungeklärt, wer für den Verbund spricht, wenn dieser von übergeordneten Stellen angefragt wird. Das Führen der laufenden Geschäfte beinhaltet nicht automatisch eine Legitimation, für den Verbund zu sprechen.

Hilfekonferenzen

Der Ausschuss erwartet, dass praktikable Hilfekonferenzen, deren Struktur im Einzelnen noch fortzuentwickeln ist, wesentlich zu koordinierten Abstimmungen von Hilfen beitragen, um damit einem kontraproduktiven Partikularismus entgegenzuwirken.

Vielfach ist aber der Sozialpsychiatrische Verbund im Bewusstsein der Beteiligten noch zu wenig präsent, weil die aufmerksamkeitsstiftenden Ressourcen beim Sozialpsychiatrischen Dienst zurückgefahren wurden.

3. Ambulante Versorgung

3.1 Sozialpsychiatrische Dienste

Vielfalt der Aufgaben nur durch angemessene Personalausstattung leistbar

Sozialpsychiatrische Dienste werden immer häufiger als „Schweizer Messer“ der psychiatrischen Versorgung angesehen, das man im Notfall für alles gebrauchen kann. Dies ist in weiten Bereichen durchaus möglich, wenn die notwendige personelle Ausstattung vorgehalten wird.

So fordert der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (April 2001) eine stärkere Beteiligung der Sozialpsychiatrischen Dienste an der geronto-psychiatrischen Versorgung. In ähnlichem Zusammenhang wird die Beteiligung Sozialpsychiatrischer Dienste zur Qualifizierung örtlicher Heimaufsichten bei der Betreuung psychisch Kranker in Alten- und Pflegeheimen genannt. Auch bei Entlassungen aus Landeskrankenhäusern in Heime wird die Beteiligung des Sozialpsychiatrischen Dienstes gefordert. Unter seiner Federführung sollten Hilfeplankonferenzen koordiniert werden. Er soll die laufenden Geschäfte des Sozialpsychiatrischen Verbundes führen. Neben regelmäßigen Sprechstunden hat der Sozialpsychiatrische Dienst insbesondere dann Hilfen zu leisten, wenn Personen infolge ihrer Krankheiten oder Behinderungen nicht selbst in der Lage sind, sich um Hilfe zu bemühen. Immer dann, wenn anderweitig keine Hilfen angeboten werden können, hat der Sozialpsychiatrische Dienst auch aufsuchend diese zu leisten. Letzteres kann gegebenenfalls auch für eine fachärztliche Behandlung gelten. Neben der zeitnahen Beratung hat er die erforderlichen Hilfen zu ermitteln und im Bedarfsfalle Kriseninterventionen durchzuführen. Er hat den Landkreis und die kreisfreien Städte bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach dem NPsychKG über die Versorgung und über die Versorgungslücken zu unterrichten und zu beraten. Er erstellt im Benehmen mit dem Sozialpsychiatrischen Verbund einen sozialpsychiatrischen Plan über den Bedarf an Hilfen und das vorhandene Angebot und muss, sofern kein entsprechendes Angebot in der Region vorhanden ist, dieses im ambulanten Bereich selbst erbringen. Letzteres gilt fraglos auch für ein Angebot für entlassene Patienten aus dem Maßregelvollzug.

Bereits früh haben die Angehörigen psychisch Kranker auf die notwendige personelle Ausweitung Sozialpsychiatrischer Dienste hingewiesen, wenn diese neben dem erforderlichen Krisen- und Notfallmanagement verstärkt auch organisatorische und koordinierende Aufgaben übernehmen sollen.

Standards für die personelle Besetzung Sozialpsychiatrischer Dienste erforderlich

Die Erörterung einer kleinen Anfrage zur schriftlichen Beantwortung im Niedersächsischen Landtag zu den Sozialpsychiatrischen Diensten (Drs. 14/2573) nahm im Ausschuss einen breiten Raum ein. Wie es auch später der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst beim Niedersächsischen Landtag in dem bereits genannten Vermerk „Arbeit der Besuchskommission nach § 30 Abs. 4 NPsychKG“ vom 17.12.2001 feststellte, blieb unbestritten, dass nach § 3 NPsychKG die Landkreise und kreisfreien Städte die Aufgaben des übertragenen Wirkungskreises wahrnehmen. Daraus folgt, dass die Landkreise und kreisfreien Städte der Fachaufsicht unterliegen. Nach Ausführungen des Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales wurden in der Landtagsdrucksache Nr. 9/3069 vom 07.01.1982 Empfehlungen zur personellen Besetzung Sozialpsychiatrischer Dienste bereits für das frühere Nds. PsychKG formuliert. Die Angaben dieser Empfehlung wurden bei der Vorbereitung des 7. Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über den Finanzausgleich berücksichtigt. In Niedersachsen ist keine Kommune bekannt, die von der Ausstattung her den damaligen Empfehlungen in vollem Umfang gefolgt ist. Dem Ausschuss wurde deutlich, dass einer Fachaufsicht durch die Organisations- und Finanzhoheit der Kommunen auch bei der Beurteilung der personellen Besetzung Sozialpsychiatrischer Dienste Grenzen gesetzt sind.

Demgegenüber unterstützte der Ausschuss den Auftrag an den Landesfachbeirat Psychiatrie in Niedersachsen, Standards für Sozialpsychiatrische Dienste zu formulieren. Der Ausschuss beabsichtigt, bei Vorliegen der Ergebnisse ein klärendes Gespräch mit den Kommunen zu führen.

Aus den Berichten der Besuchskommissionen über die Situation der Dienste

In den Berichten der Besuchskommissionen wurde der Sozialpsychiatrische Dienst in Wolfsburg als besonders vorbildlich hervorgehoben. So hat er einen zusätzlichen Krisendienst in Kooperation mit dem Nds. Landeskrankenhaus Königslutter eingerichtet und eine halbe fachärztliche Planstelle für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung bereitgestellt. Über erfreuliche Entwicklungen durch personelle Erweiterungen wurde bei den Sozialpsychiatrischen Diensten Delmenhorst, Wilhelmshaven und Ammerland berichtet. Die Übertragung der Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes an einen Wohlfahrtsverband im Landkreis Soltau Fallingb. wird vom Ausschuss insbesondere im Hinblick auf die verbleibende kommunale Zuständigkeit weiter beobachtet. Kritisch wurde über die Absicht der Stadt und des Landkreises Osnabrück berichtet, für einen Einzugsbereich von etwa 530 000 Einwohnern lediglich einen einzigen Facharzt einzustellen. Beim Sozialpsychiatrischen Dienst des Landkreises Wesermarsch wurde zwar eine halbe Arztstelle eingerichtet, dafür entfiel aber eine halbe Sozialarbeiterstelle.

Problematisch erschien, dass in verschiedenen Sozialpsychiatrischen Diensten die Arztstelle zu einem bedeutenden Zeitanteil durch Betreuungsgutachten als Dienstaufgabe mitfinanziert werden muss. Dadurch wird die tatsächlich vorhandene ärztliche Kapazität für Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes wieder reduziert. Hinzu kommt, dass die Personalgesamtkosten nach Stunden berechnet deutlich über dem liegen, was die Kommune beim Amtsgericht dafür geltend machen kann. Letztlich wird dadurch den Diensten fachärztliche Kompetenz zu Gunsten gerichtlicher Aufgaben entzogen.

Beim Sozialpsychiatrischen Dienst Hannover wurde die personelle Besetzung, insbesondere die ärztliche Besetzung problematisiert. Fehlende personelle Ressourcen wurden auch beim Sozialpsychiatrischen Dienst des Landkreises Nienburg beklagt. Besonders kritisch wird der Sozialpsychiatrische Dienst im Landkreis Friesland gesehen, der seine Existenz lediglich durch die Ausweisung geringer Stellenanteile andeutet (0,3 Amtsarztstelle, 0,1 Facharztstelle). Faktisch ist dadurch die sozialpsychiatrische Betreuung psychisch erkrankter Menschen in der Region nicht ausreichend.

Trennung der Verwaltungs- und Vollzugsaufgaben bei öffentlichrechtlichen Unterbringungen von den therapeutischen und beratenden Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Erneut hat sich der Ausschuss gegen die Wahrnehmung von Verwaltungs- und Vollzugsaufgaben bei Unterbringungen nach dem NPsychKG durch therapeutisch und beratend tätige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Sozialpsychiatrischer Dienste ausgesprochen. Nach entsprechenden abklärenden Gesprächen des Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales mit dem Justizministerium, dem Innenministerium und den kommunalen Spitzenverbänden wurde den zuständigen Kommunen ein entsprechender Runderlass des MFAS vom 25.05.2001 (Az. 406.1-41544/12) über die Bezirksregierungen zugestellt, aus dem noch einmal hervorgeht, dass eine entsprechende personelle Trennung dieser Aufgaben vorgenommen werden soll: „In Abstimmung mit MI und MJ wird auf der Grundlage vorstehender Ausführungen angeregt, gegenüber den Landkreisen und kreisfreien Städten eine dahingehende Empfehlung auszusprechen, wie bisher die Wahrnehmung der therapeutischen, beratenden Tätigkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes von der Wahrnehmung hoheitlicher Aufgaben im Rahmen der Einweisungen nach dem NPsychKG innerhalb der Stadt- und Kreisverwaltungen zu trennen.“

3.2 Sozialpsychiatrische Dienste für Kinder und Jugendliche

Zu den Sozialpsychiatrischen Diensten für Kinder und Jugendliche in Hannover (Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche) und in Soltau ist ein weiterer Sozialpsychiatrischer Dienst für Kinder und Jugendliche in Wolfsburg hinzugekommen. Er wird von einer Fachärztin für Kinder und Jugendpsychiatrie geleitet.

3.3 Übrige ambulante Versorgung

Budgetierung der Arzneimittel durch Richtgrößen

Im Berichtszeitraum beschäftigte sich der Ausschuss mehrfach mit der ambulanten Versorgung chronisch psychisch erkrankter Patienten durch niedergelassene Fachärzte.

Beklagt wurde die Verunsicherung der Ärzte durch individuelle Regressandrohungen in fünfstelliger DM-Höhe der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN), die nur in sehr aufwendigen Prüfverfahren durch Geltendmachen von individuellen „Praxisbesonderheiten“ abgewendet werden können. Dies führte zu einem von den betroffenen Patienten beklagten Verschreibungsverhalten niedergelassener Fachärzte, welches sich weniger an der individuellen Wirksamkeit und Verträglichkeit der Psychopharmaka orientierte, sondern möglicherweise vorrangig an der Vermeidung von Regressforderungen. Dadurch wird der Einsatz kostspieligerer innovativer Psychopharmaka erheblich eingeschränkt mit der Gefahr erhöhter stationärer Behandlungsnotwendigkeit. Demgegenüber findet sich keine entsprechende Reglementierung im Bereich der Institutsambulanzen. Die Regressdrohungen erfolgen in einem Bereich, der den Ärzten selbst keinerlei wirtschaftlichen Vorteil bringt.

Rückzug der niedergelassenen psychiatrisch tätigen Fachärzte

Dem Ausschuss wurde durch Publikation und Anhörungen von Experten bekannt, dass die Zahl der psychiatrisch tätigen Ärzte sowohl in den Kliniken wie auch in der niedergelassenen Praxis rückläufig ist, in Niedersachsen von 1999 bis 2001 in einer Größenordnung von 10 bis 15 %. Die ambulanten Behandlungsfälle stiegen demgegenüber im gleichen Zeitraum um rund 17 %.

Es gibt eine Verschiebung der nervenärztlichen Facharztzahlen zu rein psychotherapeutischen und rein neurologischen Praxen mit deutlichem Rückgang der Zahl akut psychiatrisch tätiger Fachärzte. Die äußerlich etwa gleichbleibende Zahl der Gesamtgruppe nervenärztlich Tätiger (Neurologen, Psychiater, Nervenärzte, Ärzte für psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiater) veranlasste die KVN gegenüber dem Ausschuss zu der Feststellung einer ausreichenden quantitativen Versorgungsdichte von meist 110 %. Die dramatische qualitative Verschiebung der Versorgungsleistungen wurde von der KVN jedoch nicht erkannt. Psychiatrische Basisversorgung, Krisenintervention und rasche Zugänglichkeit fachärztlicher Versorgung gehen bei überlangen Wartezeiten der verbleibenden Praxen verloren.

Die Gründe liegen in der wirtschaftlichen Verunsicherung der Ärzte durch die drohenden Arzneimittelregresse, Mängel und Rückgang der psychiatrischen Abrechnungsmöglichkeiten und in der wirtschaftlichen Besserstellung rein psychotherapeutischer und neurologischer Tätigkeit (siehe auch J. Fritze, M. Schmauß: „Psychiatrie und Psychotherapie - Bedarfsplanung überdenken“, Deutsches Ärzteblatt, Heft 41, 12.10.2001, S. 2099 - 2100).

Engpässe der ärztlich/psychiatrischen Versorgung in Zukunft

Auch für die stationäre Versorgung berichten Ärztekammer und Chefärzte über einen deutlichen Rückgang des Interesses am Arztberuf insgesamt. Es gibt Bewerbungsrückgänge bei den Universitätskliniken und Besetzungseingänge in den Landeskrankenhäusern, was übrigens auch für das Pflegepersonal zutrifft. Nach eingehender Prüfung dieser komplexen Thematik beobachtet der Ausschuss mit großer Sorge die künftige fachärztliche ambulante und stationäre Versorgung. Neben klarer Analyse der Versorgungssituation, z. B. Aufschlüsselung nervenheilkundlicher Versorgungsspezialisierung durch die KVN wird es auch darum gehen, durch entsprechende Anreize in Zukunft eine angemessene Versorgung durch qualifiziertes Personal sicherzustellen, was insbesondere auch den Maßregelvollzug betrifft.

Ausbau der Institutsambulanzen

Der Ausschuss begrüßt die vom Gesetzgeber vorgegebene Ermächtigung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zur Erbringung von ambulanten Versorgungsleistungen in Institutsambulanzen und den hierzu auf Bundesebene geschlossenen Spitzenvertrag. Er erwartet von daher einen zügigen möglichst flächendeckenden Ausbau der Institutsambulanzen. Die Entwicklung in Niedersachsen wird in einem Beitrag von A. Spengler im Nds. Ärzteblatt 2002, Heft 2, Seite 10 bis 12, beschrieben.

Bedenkliche Entwicklung bei der Substitution Drogenkranker

Im Zusammenhang mit der Versorgung Drogenkranker wurde von einer bedenklichen Entwicklung in einzelnen Regionen berichtet. Dort verordneten niedergelassene Ärzte gehäuft Methadon auf Privatrezept, ohne dass die parallel erforderliche psychosoziale Versorgung zum Tragen komme. Auch wurde von einer zunehmenden Verschlechterung der Einnahmenkontrollen berichtet. Dass Methadon verstärkt auf dem Schwarzmarkt gehandelt werden soll, wird mit diesem Verschreibungsverhalten in Zusammenhang gebracht.

Kritische Frage nach der Qualifikation von Berufsbetreuern für psychisch Kranke/seelisch behinderte Menschen

Mehrfach wurde kritisch nach den Qualifikationsanforderungen bei Berufsbetreuern und deren Überprüfung durch die Amtsgerichte angefragt. Dabei wurde auf das ausgeprägte Abhängigkeitsverhältnis der Betreuten von ihrem rechtlichen Betreuer hingewiesen.

Sozialpsychiatrievereinbarung für Fachärztinnen/Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie mit eigener Praxis

An der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen sind in Niedersachsen neben Institutsambulanzen und Sozialpsychiatrischen Diensten zur Zeit 50 Fachärztinnen/Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie beteiligt. Von diesen hat knapp die Hälfte mit den Ersatzkassen eine Sozialpsychiatrie-Vereinbarung abgeschlossen, die ihnen die Beschäftigung medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Fachkräfte ermöglicht. In zehn Bundesländern ist eine Sozialpsychiatrie-Vereinbarung auch mit den gesetzlichen Krankenversicherungen möglich. In Niedersachsen ist bei den gesetzlichen Krankenkassen bisher nur Bereitschaft zum Abschluss einer Vereinbarung vorhanden, die auf Diagnostik bis

zur Erstellung eines Behandlungsplanes begrenzt ist. Damit fehlt für die dort versicherten Kinder und Jugendlichen in Niedersachsen eine wichtige Voraussetzung für eine nachhaltig wirksame ambulante Versorgung.

4. Stationäre Versorgung

4.1 Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung

Entwicklung der stationären Versorgung

Wie im 16. Bericht dargestellt, geht das Rahmenkonzept des Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales, den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung entsprechend (1988), von einem Bedarf an 613 vollstationären Plätzen für Kinder und Jugendliche aus. Der Bestand von 537 vollstationären Plätzen in 15 Einrichtungen hat sich im Berichtsjahr nicht geändert, obwohl für 42 Plätze seit längerem Pläne und Anträge der Einrichtungsträger vorliegen.

Bei 28 der geplanten Plätze geht es um Krisenstationen mit besonderen Schutz- und Sicherheitsvorkehrungen in Göttingen, Hannover und Oldenburg. Außerdem plant das Kinderhospital Osnabrück eine entsprechende Umwidmung von sechs Plätzen seiner Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie nach den erforderlichen Baumaßnahmen.

Entsprechende Planungen der Einrichtungen liegen z. T. seit mehr als zehn Jahren vor (Göttingen, Osnabrück, Hannover). Es muss dies deswegen hervorgehoben werden, weil - auch bei den Erörterungen im Ausschuss - mehrfach den Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Vorwurf gemacht wurde, sie seien nicht bereit, die Versorgung von Kindern, insbesondere aber auch Jugendlichen zu übernehmen, die wegen Selbst- und Fremdgefährdung besonders schutzbedürftig sind. Sie können die erforderliche Verantwortung für die körperliche Unversehrtheit ihrer Patienten und gefährdeter anderer Personen indessen nur übernehmen, wenn die notwendigen strukturellen Schutz- und Sicherheitsvorkehrungen getroffen worden sind. Darauf zu bestehen, gründet sich nicht auf theoretischen Erwägungen, sondern auf schrecklichen Vorkommnissen früherer Jahre (Selbst- und Fremdtötungen). Es bleibt deswegen unverständlich, dass die Notwendigkeit von Krisenstationen für Kinder und Jugendliche in den zuständigen Planungsgremien trotz Einhaltung des Planungslimits und trotz überschaubarer Kosten immer wieder aufs Neue in Frage gestellt wird.

Besondere Probleme der stationären Versorgung

Die Anfang 2000 eröffnete Krisenstation (sechs Plätze) der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Marienkrankenhaus Aschendorf-Papenburg ist fast ständig mit Minderjährigen unter 14 Jahren belegt. Dies entspricht zwar den Regelungen, die sichergestellt haben, dass Kinder (Minderjährige unter 14 Jahren) auf keinen Fall auf Stationen der Allgemeinen Psychiatrie aufgenommen werden. Es ist aber dadurch der Eindruck entstanden, als würde die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Aschendorf überhaupt keine Jugendlichen (Minderjährige von 14 bis 18 Jahre) aufnehmen. Das ist nicht beabsichtigt und trifft auch nicht zu. Dem Bedarf an Plätzen für besonders schutzbedürftige Jugendliche im Regierungsbezirk Weser-Ems kann aber allein mit der Krisenstation in Aschendorf nicht entsprochen werden. Dies wird erst dann gewährleistet sein, wenn die oben bereits aufgeführten Planungen weiterer Krisenstationen in Oldenburg und Osnabrück zügig umgesetzt werden. Für notwendig gehalten wird dabei, die gegenwärtig für Minderjährige unter 14 Jahren geltenden Regelungen auf besonders schutzbedürftige Minderjährige unter 16 Jahren auszudehnen.

Zur Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Hildesheim hat das Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales der Empfehlung des Ausschusses entsprechend ein Sachverständigengutachten in Auftrag gegeben. Es wurde von Prof. Dr. med. Blanz (Jena) - benannt von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie - am 15.12.2000 erstattet und ist vom Ausschuss am 17.10. 2001 erörtert worden. Hinsichtlich der personellen Besetzung der Klinik wurde beanstandet, dass sie bei Ärzten und Psychologen um 15 % und beim Pflege- und Erziehungsdienst um 19 % unter den Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung liegt. Wegen der daraus resultierenden Belastung seien interne Supervisionsgruppen besonders dringlich. Die Angebotsstruktur der Klinik wurde einschließlich der Krisenstationen als übereinstimmend mit den aktuellen Erkenntnissen der Kinder- und Jugendpsychiatrie bewertet. Die gegenwärtige (!) Nutzung der Timeout-Räume sei angemessen, die Praxis der seltenen Fixierungen nicht zu beanstanden. Als zwingend notwendig wurde es angesehen, dass die Leitungsverantwortlichen der Klinik in alle budgetrelevanten Planungen und Entscheidungen der Leitung des Landeskrankenhauses einbezogen werden.

4.2 Allgemeinpsychiatrie

Steigende Aufnahmen - gekürzte Verweildauern

Im Ausschuss wurde der Trend steigender Aufnahmezahlen bei kürzerer Verweildauer in den psychiatrischen Kliniken aufmerksam diskutiert. Beklagt wurden vor allem frühzeitige Entlassungen von Patienten aus der stationären Behandlung, deren Zustand vom derzeitig vorgehaltenen ambulanten Versorgungssystem noch nicht ausreichend kompensiert werden könne.

Die Besuchskommission Hannover berichtete von Verweildauern von zum Teil bis zu 20 Tagen. Im Suchtkrankenbereich seien inzwischen fünf Tage üblich. Dies verschärft z. B. die Problematik der sog. chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken (CMA), die sich oft durch eine katastrophale Verletzung auszeichnen. Neuere Ansätze eines niederschweligen Casemanagements scheitern nicht selten an Kostenfragen.

Nach Berichten der Besuchskommissionen sähen sich die Kliniken durch entsprechende Begutachtungen des medizinischen Dienstes genötigt, Entlassungen vorzunehmen, ohne dass ambulant die dafür erforderliche Versorgungsstruktur bereits vorhanden sei. Das führe dann z. T. auch zu Heimunterbringungen, wobei sich herausstellte, dass eine Abgrenzung zwischen stationärer klinischer Behandlungsbedürftigkeit einerseits und Heimbedürftigkeit andererseits nur schwer zu fassen sei.

Es wurde insbesondere darauf hingewiesen, dass frühzeitige Entlassungen auch dadurch zu Kostensteigerungen führen könnten, dass Patienten rascher wieder aufgenommen werden müssten und die jährliche Gesamtzeit stationärer Behandlungstage wieder ansteige. Dieser wichtigen Frage muss sicher weiter nachgegangen werden, und sie könnte Anlass für die konkrete Fragestellung einer speziellen Untersuchung sein.

Zunehmende Verwaltungsaufgaben durch psychiatrisches Fachpersonal

Kontrovers wurde die Frage diskutiert, ob die Anhaltszahlen für die personelle Besetzung der psychiatrischen Krankenhäuser nach Psychiatrie-Personalverordnung zu 80 oder zu 90 % erfüllt seien. Einigkeit herrschte, dass die Anhaltszahlen der Psychiatrie-Personalverordnung auch weiterhin nicht erfüllt werden. Dadurch komme es zu „Leistungsverdichtungen“, die die einzelnen Mitarbeiter deutlich belasten können. Wie überall in der psychiatrischen Krankenversorgung verringert insbesondere auch

in den Krankenhäusern die zunehmende Belastung des Fachpersonals mit Verwaltungs- und Controllingaufgaben dessen fachliche Zuwendung zu den Patienten.

Verdrängt der Maßregelvollzug die Allgemeinpsychiatrie?

Obwohl die Aufnahmezahlen in den psychiatrischen Fachkliniken ansteigen, wird von einem gleichzeitigen Anstieg psychiatrischer Hauptdiagnosen (allgemein 10 % mit steigender Tendenz) in Allgemeinkrankenhäusern berichtet. Nicht zuletzt führen die Maßregelvollzugseinheiten in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern dazu, dass Patienten eine freiwillige Behandlung in der Fachklinik ablehnen. Von einer psychiatrischen Klinik wurde berichtet, sie habe an die Rettungsleitstelle weitergegeben, es könnten nur noch Patienten mit Unterbringungsverfügung oder -beschluss, aber keine freiwilligen Patienten mehr aufgenommen werden. Diese Information wurde mit der Überbelegung durch Maßregelvollzugspatienten in der Klinik in Zusammenhang gebracht. Die zuständige Besuchskommission wird diese Angabe über die Klinik noch einmal überprüfen. Dessen ungeachtet musste mit Sorge der Frage nachgegangen werden, ob der dezentrale Maßregelvollzug die Allgemeinpsychiatrie aus den psychiatrischen Fachkliniken verdrängt.

Berichte der Besuchskommissionen

Positiv wurde von den Besuchskommissionen über das Angebot des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Tiefenbrunn und die räumlichen Verbesserungen des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Osnabrück berichtet. Sorge bereitete insbesondere im Landeskrankenhaus Osnabrück die Nichtbesetzung von vakanten Arztstellen, die auf mangelnde Bewerbungen zurückgeführt wurde. Für das Niedersächsische Landeskrankenhaus Lüneburg wird ein zunehmend unausgewogenes Verhältnis von Patienten der Regelpsychiatrie zu Patienten des Maßregelvollzuges befürchtet, da die Zahl der Patienten im Maßregelvollzug stetig steige.

4.3 Maßregelvollzug

Im Berichtszeitraum befasste sich der Ausschuss intensiv mit der Entwicklung des Maßregelvollzuges in Niedersachsen. Bundesweit sind die Belegungszahlen im Maßregelvollzug seit 1996 massiv angestiegen. Nach Auskunft des Psychiatriereferates des Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales waren 1996 insgesamt 572 Patienten im Maßregelvollzug untergebracht und ca. 50 bis 60 Personen nach § 126 a StPO. Zum 01.09.2001 befanden sich bereits 910 Patienten im Maßregelvollzug, wurde berichtet, dabei stieg der Anteil der persönlichkeitsgestörten Patienten (insbesondere mit Sexualdelinquenz) landesweit von 30 auf etwa 40 % an, im Landeskrankenhaus Moringen betrug dieser Anteil sogar 50 %. Der Ausschuss hatte sich mit der Auskunft auseinander zu setzen, dass mit einem jährlichen Anstieg der Belegungszahlen landesweit von etwa 60 Patienten zu rechnen sei.

Ob die Zielplanung aus dem Jahre 2000 eingehalten werden kann, ist sehr fraglich. Der jährliche Anstieg von Einweisungen erfordert weitere Baumaßnahmen und die Schaffung von Planbetten. Wohncontainer oder Häuser in Leichtbauweise können keine Dauerlösung sein. Notwendig ist eine zügige Durchführung der geplanten Baumaßnahmen.

Für den Anstieg der Anzahl der Maßregelvollzugspatienten werden vor allem zwei Gründe bzw. Bedingungen genannt: Die längere Verweildauer und die Spruchpraxis der Gerichte. In den vergangenen zwei bis drei Jahren sei die Verweildauer der Patienten von knapp über vier Jahre auf 5,8 Jahre angestiegen.

Die Problematik der psychiatrischen Begutachtungen zur Frage der eingeschränkten oder aufgehobenen Schuldfähigkeit wurde eingehend erörtert, ohne dass man zu einer einheitlichen Beurteilung eines Lösungsweges gelangte. Die Aussage, dass man von etwa 30 % Fehlbelegung im Maßregelvollzug ausgehen könne, diese aber nicht einheitlich identifizieren könne, belegt die Unsicherheit in diesem Bereich. In ihrem Artikel: „Schöne neue Diagnosenwelt“ bringen Finzen und Hoffmann-Richter (Finzen, Asmus, Hoffmann-Richter: Schöne neue Diagnosenwelt - Psychiatrische Diagnostik im Zeichen von ICD 10 und DSM IV, Soziale Psychiatrie 1/2002, S. 4 bis 8) die Problematik auf den Punkt, wenn sie anmerken, „dass man beim großzügigen Aufaddieren der Prävalenzen von Persönlichkeitsstörungen auf 58 % kommt.“ Die wachsenden gesellschaftlichen Perfektionsansprüche machen dabei auch vor den Begutachtungen zur Frage der Schuldzurechnungsfähigkeit nicht Halt.

Die Tatsache, dass sich einige relevante Persönlichkeitsstörungen größtenteils gerade auch aus dem mit Strafe bedrohten Verhalten definieren, mag die Schwierigkeit andeuten, mit der man es zu tun bekommt, will man die Zahl der unterstellten unberechtigten Maßregelvollzugsunterbringungen reduzieren. Während ein Teil des Ausschusses Hoffnung in eine bessere Qualifizierung von Sachverständigen setzte, sah dies ein anderer Teil wegen der zu treffenden; auf Wertevorgaben beruhenden, vorwissenschaftlichen Entscheidungen eher skeptisch. Einigkeit herrschte über die zeitgeistige Abhängigkeit der beklagten Entwicklung.

Sicherheitskonzept nur durch personelle Betreuungsdichte

Von einem Rückgang der Zugangszahlen im Maßregelvollzug kann bis auf weiteres nicht ausgegangen werden. Dabei waren sich die Ausschussmitglieder einig, dass Sicherheit im Maßregelvollzug neben den erforderlichen baulichen Maßnahmen nur durch eine entsprechende personelle Betreuungsdichte zu erreichen sei. „Ein Sicherheitskonzept stellt zunächst einmal eine Struktur dar, die dem Patienten fehlt. Es substituiert Ich-Funktionen etwa der Selbststeuerung, der Innen- und Außenwahrnehmung und der Realitätswahrnehmung.“ (Schott, März 2001). Wie für die Psychiatrie bereits dargestellt, wird die ärztliche Personalgewinnung, im Besonderen auch die Gewinnung von nichtärztlichem Personal in Zukunft immer problematischer werden. Ohne entsprechende Anreize wird ein entsprechendes rückfallreduzierendes Sicherheitskonzept im Maßregelvollzug nicht realisierbar sein.

Die Nachsorge muss noch weiter ausgebaut werden, denn eine schnelle Eingliederung setzt voraus, dass außerklinisch adäquat und fachlich kompetent betreut wird. Wünschenswert ist weiterhin die Bildung von Beiräten.

Aus den Berichten der Besuchskommissionen

Neben dem hohen Aufnahmepressur auf die Kliniken einerseits wurde von gescheiterten Entlassungsversuchen aus dem Landeskrankenhaus Lüneburg berichtet, weil die erforderlichen Heimplätze für forensische Patienten nicht zur Verfügung standen.

Aus dem Landeskrankenhaus Wunstorf wurde berichtet, dass dort einzelne Stationen bis zu einem Drittel mit forensischen Patienten belegt seien. Es wurde von der Gefahr einer „Forensifizierung“ (Spengler) gesprochen, die insbesondere die Patienten, die früher freiwillig kamen, aus den psychiatrischen Fachkliniken verdränge.

Vorrang der Allgemeinpsychiatrie in den psychiatrischen Fachkliniken

Mit Nachdruck unterstrichen die Angehörigen psychisch Kranker und die Psychiatrieerfahrenen, dass die derzeitige Entwicklung nicht mehr hinnehmbar sei. Das Ver-

hältnis von forensisch untergebrachten Patienten zu Patienten der Regelpsychiatrie in den Fachkrankenhäusern sei bereits jetzt schon nicht mehr ausgewogen.

Sachverständige Ausschussmitglieder sprachen von einer Grenze des Möglichen, die das dezentrale Modell des Maßregelvollzugs in den NLKH erreicht habe. Es wurde dringend geraten, weitere zentrale Versorgungsmöglichkeiten zu schaffen.

4.4 Heime

Heimplätze nicht am tatsächlichen Bedarf orientiert

Der Ausschuss setzte sich im Berichtszeitraum mit der Frage eines sich ausweitenden Heimangebotes auseinander, das sich nicht am Bedarf einer zu versorgenden Klientel orientiert, sondern überwiegend an den ökonomischen Möglichkeiten der Betreiber. Dabei fielen vor allem die mangelhaften inhaltlichen Steuerungsmöglichkeiten ins Gewicht. Wenn ein Betreiber bestimmte Mindestvoraussetzungen erfüllt und er in der Lage ist, das wirtschaftliche Risiko zu tragen, gibt es keine rechtliche Möglichkeit, ihm das Betreiben eines Heimes zu versagen, auch wenn entsprechende Erfahrungen aus früherer Zeit zu Bedenken führen. Ausgiebig wurden die nur eingeschränkten Möglichkeiten der Heimaufsicht diskutiert und beklagt. Hoffnungen auf Qualitätsverbesserungen in diesem Bereich wurden mit dem neuen Heimgesetz und dem zukünftigen Landesrahmenvertrag verbunden. Dadurch wird die Möglichkeit eröffnet, auf verbindlich vereinbarten Qualitätzusagen zu bestehen oder gegebenenfalls mit Leistungseinschränkungen zu reagieren.

Die Besuchskommissionen berichteten davon, dass die Höhe der Pflegesätze in den einzelnen Heimen nicht mit der angebotenen Qualität korrespondiere und von daher oft nicht nachvollziehbar sei.

Schlechterstellung von im Heim arbeitenden Patienten

Hingewiesen wurde noch einmal darauf, dass Patienten, die in den Arbeitsbereichen einiger Heime tätig sind, gegenüber Patienten, die in einer Werkstatt für Behinderte arbeiten, im Hinblick auf ihre Entlohnung und Altersversorgung benachteiligt werden.

Aus Berichten der Besuchskommissionen

Die Besuchskommissionen Braunschweig und Hannover berichteten von fehlenden Konzepten in verschiedenen Heimen oder mangelnder Umsetzung der Konzepte in die Heimpraxis. Die fehlende Tagesgestaltung wurde als bedrückend beschrieben. Betreuungs- und Pflegemängel ließen sich in den kritisierten Heimen nicht mehr verbergen. Es wurde angeregt, analog zur Pflegemängelfeststellung des medizinischen Dienstes der Krankenkassen durch die Besuchskommissionen Zuwendungsmängel zu erfassen. Gravierend waren tätliche Übergriffe auf Bewohner, von denen die Besuchskommission Braunschweig berichtete. Hartnäckig musste ein Betreiber, aber auch das zuständige Gericht auf die Freiheitseinschränkung durch Trickschlösser hingewiesen werden, ohne dass eine selbstverständliche Sensibilität für eine solche besonders zu rechtfertigende Maßnahme hätte vorausgesetzt werden können.

Nach wie vor ist das Wohnen eines psychisch Kranken/seelisch behinderten Menschen in einem Wohnheim kritisch auf seine Erforderlichkeit zu hinterfragen. Die eher ökonomisch zu begründende Vielzahl der Heimangebote rechtfertigt nicht den Bedarf, sondern kann der ambulanten Versorgung gerade die Ressourcen entziehen,

die sie zur Integration psychisch Kranker/seelisch Behinderter in die Gesellschaft dringend benötigt.

5. Liste der Ausschussmitglieder (Anlage)
6. Geschäftsordnungen für den Ausschuss und die Besuchskommissionen ^{*)}

Anhang:

Berichte der Besuchskommissionen

Dr. Höfer

^{*)} An die Mitglieder des Ausschusses für Sozial- und Gesundheitswesen gesondert verteilt.

Anlage

AUSSCHUSS
für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung

Mitglieder	Stellv. Mitglieder
Vorsitzender Herr Dr. med. Höfer, Eberhard 31139 Hildesheim	Herr Prof. Dr. Wolfgang Weig 49088 Osnabrück
Stellv. Vorsitzender Herr Wolfram Beins 29221 Celle	Herr Rainer Ostermann 26721 Emden
Frau Christa Elsner-Solar (MdL) 30453 Hannover	Herr Harald Groth (MdL) 27753 Delmenhorst
Frau Anneliese Zachow (MdL) 38444 Wolfsburg	Frau Angelika Jahns (MdL) 38448 Wolfsburg
Frau Brigitte Pothmer (MdL) 31139 Hildesheim	Frau Meta Janssen-Kucz (MdL) 26789 Leer
Herr Wilhelm Dunker 27281 Verden	Frau Dr. Dagmar Schlapeit-Beck 37028 Göttingen

Herr Heinz-Otto Babilon 49074 Osnabrück	Herr Wilfried Wenzel 31737 Rinteln/Steinbergen
Herr Dr. Patrizio-Michael Tonassi 30169 Hannover	Herr Dr. Eberhard Grosch 30875 Laatzen
Herr Dr. Heyo Prahm 26131 Oldenburg	Frau Dr. Nahid Freudenberg 30519 Hannover
Herr Prof. Dr. Friedrich Specht 37085 Göttingen	Herr Prof. Dr. Andreas Spengler 31515 Wunstorf
Herr Dr. Hansjörg Bräumer 29255 Celle	Herr Pater Sebastian Hackmann O. P. 49377 Vechta
Frau Rose-Marie Seelhorst 30161 Hannover	Herr Helmut Sommerlatte 26131 Oldenburg
Herr Prof. Dr. Jürgen Helle 26133 Oldenburg	Frau Eva Moll-Vogel 30175 Hannover

Geschäftsstelle Herr Reiner Bucksch	Telefon: 05121/304-320	Fax: 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		

Stand: 26.06.2001

(Ausgegeben am 28. Mai 2002)

„=