

Unterrichtung

**Ausschuss für Angelegenheiten
der psychiatrischen Krankenversorgung**

Hildesheim, den 2. Juli 2001

An den
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 6. Juni 2001 den 16. Tätigkeitsbericht des Ausschusses über seine Tätigkeit im Jahr 2000 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.

16. Bericht
des Ausschusses für Angelegenheiten
der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen
für das Jahr 2000

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Allgemeines	3
2. Sozialpsychiatrische Verbünd.....	6
3. Ambulante Versorgung.....	7
3.1 Sozialpsychiatrische Dienste.....	7
3.2 Übrige ambulante Versorgungssituation.....	9
4. Stationäre Versorgung	9
4.1 Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung	9
4.2 Allgemeinpsychiatrie	11
4.3 Maßregelvollzug	11
4.4 Heime.....	12
5. Namensliste der Ausschussmitglieder.....	12
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 tagte im Jahre 2000 insgesamt dreimal mit Sitzungen am 23.02.2000, 14.06.2000 und 04.10.2000. Angesichts der umfangreichen Themenstellungen wurde der Ausschuss immer wieder an die Grenzen des zur Verfügung stehenden Zeitrahmens geführt. Dennoch gelang es, wichtige Schwerpunkte herauszugreifen, wenn auch oft nicht abschließend zu behandeln, so doch zu problematisieren sowie zur weiteren Klärung weiterzuleiten.

Auch im Berichtszeitraum war es ein wesentliches Anliegen des Ausschusses, die Besuchskommissionen in ihrer wichtigen „Vorort-Tätigkeit“ zu unterstützen und die dabei durch unmittelbare Anschauung gewonnenen Erkenntnisse aufzugreifen, mit dem Ziel, bessernde Rückwirkungen auf die Versorgungssituation zu ermöglichen.

Im Berichtszeitraum haben die Besuchskommissionen bei den 460 erfassten Einrichtungen insgesamt 125 Besuche durchgeführt.

Dass die Diskussionen um Standards und Umsetzungsmaßnahmen teilweise sehr kontrovers und emotional engagiert geführt werden mussten, versteht sich von selbst, handelte es sich doch dabei oft um Bewertungsfragen grundsätzlicherer Art und um ein Ringen um Positionen. Bei der Fülle der zu erörternden Detailfragen galt es immer wieder das Hauptziel aller psychiatrischen Versorgungsfragen zu aktualisieren: Die Integration psychisch erkrankter Menschen, insbesondere der chronisch psychisch erkrankten Menschen in die Gemeinschaft bzw. in die Gemeinde!

Die Arbeit des Ausschusses wäre nicht denkbar ohne das anregende und kritische Engagement ihrer Mitglieder und dem z. T. sehr zeitintensiven Einsatz der berichtenden Mitglieder der Besuchskommissionen. Natürlich musste auch die Frage der Effektivität gestellt werden. Ein Blick in die Psychiatriegeschichte zeigt, dass gerade im Bereich psychiatrischer Versorgung viel Geduld, Durchhaltevermögen und ein langer Atem erforderlich ist, bis bei der Vieldimensionalität und Komplexität der Strukturen verbessernde Rückwirkungen erkennbar werden. Allen engagierten Mitgliedern des Ausschusses und der Besuchskommissionen sei für ihre Mühe an dieser Stelle besonders gedankt.

Der Ausschuss begrüßte den neuen Präsidenten des Landesamtes für Zentrale Soziale Aufgaben, Herrn Dr. Gehlhausen, in seiner Mitte, der damit die Tradition seines Vorgängers fortsetzte und den Ausschuss durch seine aufmerksame Begleitung und seine kompetenten Auskünfte bereicherte.

Wohlthuend hervorzuheben ist ebenfalls die mit großer Aufmerksamkeit geführte Anteilnahme des Psychiatriereferates des Niedersächsischen Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales an den Ausschusssitzungen, das stets die diskutierten Problematiken aufgegriffen hat, um diesen, soweit es ihm möglich war, nachzugehen. Die Stellungnahme des Niedersächsischen Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales zum 15. Bericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen vom 14.02.2001 dokumentiert anschaulich, dass sich das Ministerium mit jedem einzelnen vom Ausschuss angesprochenen Punkt beschäftigt hat und ihm nachgegangen ist. Gerade durch diese Stellungnahme wird deutlich, dass der Institution des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen eine wesentliche Bedeutung zur Beurteilung zur Versorgungssituation und der Mängelfeststellung zukommt. Insgesamt wird damit die in Niedersachsen gewählte Konstruktion des Berichtwesens der Besuchskommissionen an den Ausschuss in seiner Wirksamkeit bestätigt.

Das Jahr 2000 war ein Jubiläumsjahr für die 25-jährige Geschichte der Reformpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland seit der Psychiatrieenquete 1975. Neben der gebührenden Feier durch die Aktion „Psychisch Kranke“ in Bonn nahm im Deut-

schen Ärzteblatt Petra Bühring mit einem vielbeachteten Aufsatz zu diesem Jubiläum Stellung: „Psychiatrie-Reform - auf halben Weg steckengeblieben - seit der Psychiatrieenquete von 1975 wurde in der Versorgung psychisch Kranker zwar vieles verbessert. Die Ziele der Reform sind jedoch noch lange nicht erreicht“ (Deutsches Ärzteblatt, Heft 6, 9. Februar 2001, S. 338 bis 241). Es seien zwar die katastrophalen Zustände in den einstigen Heil- und Pflegeanstalten überwunden, die ehemaligen Heil- und Pflegeanstalten wurden verkleinert, modernisiert und professionalisiert, psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern wurden zunehmend eingerichtet und die Zahl niedergelassener Psychiater nahm seit den 70er-Jahren von rd. 1 000 auf 5 400 zu. Auch verbesserte sich insgesamt das ambulante Angebot, dennoch werde die Chance geringer wohnortnah versorgt zu werden, je komplexer der Hilfebedarf sei.

Unmittelbar berührt wird der Diskussionsstand des Ausschusses durch den Leserbrief von Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner (Deutsches Ärzteblatt, Heft 13, 30. März 2001, S. 670) zu dem genannten Artikel im Ärzteblatt, der die grundsätzliche Infragestellung der Unterbringung von psychisch Kranken in Heimen herausstreicht: „Denn, wie sie richtig schreiben, sind die meisten chronisch-psychisch Kranken nicht integriert, sondern in weit abgelegener Heime ausgegrenzt, endgelagert worden, ja, das ungute System der Heime ist erst als (fragwürdige) Folge der Psychiatriereform entstanden. Den Beweis, dass praktisch alle diese Menschen in einer eigenen Wohnung (mit eigener Arbeit) leben können, habe ich und unser Team des damaligen Landeskrankenhauses Gütersloh erbracht: nach 15-jähriger Deinstitutionalisierung lebten praktisch alle 435 Betroffene dieser Region von einer Million Einwohnern, 70 bis 80 Prozent mit nur ambulanter Betreuung, in einer eigenen Wohnung in ihrer Kommune, wie wir nachuntersucht haben.“

Diese Feststellung streicht noch einmal die Notwendigkeit heraus, bei Besuchen von stationären Heimeinrichtungen auch zu überprüfen, ob diese Art der Betreuungsform in den gegebenen Fällen überhaupt (noch) erforderlich ist! (Vgl. 15. Bericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen, S. 5). Auch bei einem Heim, das einen guten Eindruck macht, stellt sich die Frage, ob diese Art der Betreuung für den einzelnen Bewohner immer noch notwendig ist. Ein gut geführtes Heim hat nicht automatisch zur Folge, dass die Bewohner es brauchen. Was wird für die Integration der Bewohner in die Gemeinde getan?

Auch die Notwendigkeit geschlossener Heimunterbringungen muss grundsätzlich weiterhin diskutiert werden.

Der Ausschuss bekräftigt den Vorrang der ambulanten Hilfen, stellt aber gleichzeitig fest, dass für einzelne psychisch Kranke nach wie vor (vorübergehend) Heimbetreuung erforderlich ist. Aus diesem Grunde wird auch eine qualifizierte Weiterentwicklung der Hilfen in Heimeinrichtungen für dringend erforderlich angesehen.

Aus einer weiteren Stellungnahme zu dem genannten Artikel im Deutschen Ärzteblatt soll die Problematik Sozialpsychiatrischer Dienste herausgegriffen werden; so schreibt Prof. Dr. Manfred Wolfersdorf, Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser: „Die komplementäre Versorgungsstruktur lässt dagegen bis heute zu wünschen übrig. Bestes Beispiel sind die Sozialpsychiatrischen Dienste, die komplementäre Betreuung sicherstellen sollen und angesichts der leeren kommunalen Kassen nie voll entwickelt wurden und immer mehr beschnitten werden...“ (Deutsches Ärzteblatt, Heft 13, 30. März 2001, S. 671). Der durch unzureichenden Ausbau Sozialpsychiatrischer Dienste entstandene Versorgungsmangel in der Gemeinde wird durch immer wieder neue Überlegungen, wie dieser Mangel durch andere Versorgungsformen zu kompensieren sei, zu einem auf diese Weise eben nicht lösbaren Dauerthema.

Nimmt man den personenbezogenen Ansatz ernst, dann unterscheiden sich nach wie vor die Bedürfnisse chronisch-psychisch erkrankter Menschen nicht so sehr von denen anderer Menschen nämlich in der eigenen Wohnung zu wohnen, Beziehungen zu haben, arbeiten zu können und für den Fall, dass sie krankheitsbedingt sich selbst nicht ausreichend helfen können, im gewohnten Umfeld Unterstützung zu erhalten. Ein Versorgungssystem, das den personenbezogenen Ansatz ernst nimmt, kommt nicht umhin, sich an den Bedürfnissen der zu unterstützenden Personen zu orientieren.

Abschließend stellt Petra Bühring in dem oben zitierten Artikel fest: „Viele chronisch psychisch Kranke liegen am Rand der Armutsgrenze. Sozialrechtlich sind sie längst nicht körperlich Kranken gleichgestellt. Am wenigsten verändert hat sich am Verständnis der Gesellschaft für Krankheiten, die nicht sichtbar sind, und deshalb bedrohlich wirken, für Menschen, die anders sind...“ (Deutsches Ärzteblatt, Heft 6, 9. Februar 2001, S. 238 bis 241).

Das unverändert schlechte Verständnis für die Lage von psychisch erkrankten Menschen in der Gesellschaft berührt auch das nach wie vor ungelöste Problem der Öffentlichkeitsarbeit des Ausschusses, das bereits im 15. Bericht thematisiert wurde. Die spezifische Problematik wird jetzt in einer speziellen Arbeitsgruppe zu behandeln sein.

Im Zusammenhang mit dem Verständnis für die Lage psychisch erkrankter Menschen wurde die Frage angesprochen, ob die Berichte des Ausschusses und der Besuchskommissionen im zuständigen Fachausschuss des Landtages überhaupt auf die notwendige Resonanz stießen. Was denn getan werden müsste, um mehr Aufmerksamkeit zu erreichen. Zweifellos kann eine gewisse Dramatisierung oder gar „Skandalisierung“ in unserer durch Medien bestimmten Informationsgesellschaft Aufmerksamkeit wecken. Es muss aber die Frage gestellt werden, ob eine solche Aufmerksamkeit zu dem gewünschten Verständnis beitragen kann.

Insgesamt kann durchaus davon ausgegangen werden, dass die Art und Weise der Beteiligung des Ausschusses und der Besuchskommissionen nach § 30 NPsychKG in Niedersachsen ein wirksames Instrument ist für die Feststellung von Mängeln in der psychiatrischen Versorgung. Allein die Existenz dieser Gremien wirkt präventiv, in dem sie die kritische Selbstreflexion mit Hinterfragung der anbietenden Einrichtungen aktualisiert. Das abgestufte Vorgehen, dass Besuchskommissionen über festgestellte Mängel mit den Diensten und Einrichtungen vor Ort reden, im Ausschuss berichten und ggf. die zuständigen Aufsichtsbehörden eingeschaltet werden, kann einer einschleichenden Betriebsblindheit der anbietenden Einrichtungen entgegenwirken. Aber auch dies ist zu beachten: im ungünstigsten Fall werden Verschleierungstaktiken optimiert.

In diesem Zusammenhang nahm die Diskussion über unangemeldete Besuche der Besuchskommissionen einen breiten Raum ein. Zugespitzt hatte sich die Situation, als eine Einrichtung unter fälschlicher Berufung auf das MFAS der Besuchskommission Hannover bei einem unangemeldeten Besuch unberechtigt den Zutritt verweigerte. Der Ausschuss stellte heraus, dass jede Besuchskommission das Recht hat, nach pflichtgemäßem Ermessen auch unangemeldete Besuche durchzuführen. Die Diskussion darüber im Ausschuss setzte eine Entwicklung und Wandlung der Auffassungen über unangemeldete Besuche in Gang. Während anfänglich eine eher zurückhaltende Auffassung gegenüber dem Instrumentarium unangemeldeter Besuche überwog, gewann das Instrument unangemeldeter Besuche zunehmend an Zustimmung. Parallel zur Diskussion im Ausschuss meldeten sich auch Stimmen besuchter Einrichtungen und von Mitarbeitern, die von einem „verloren gegangenen Biss“ der Besuchskommissionen sprachen, weil diese sich häufig auf die Selbstdarstellung der Einrichtung verließen und diese Darstellung zu wenig kritisch hinterfragten. Übereinstimmend mit den Besuchskommissionen unterstrich der Ausschuss, dass diese

sich über die Selbstdarstellung der Einrichtung hinaus einen eigenen Eindruck von der Einrichtung und der Situation der Betroffenen verschaffen.

Von einigen Heimen wurde beklagt, dass ihnen die Ergebnisse der Feststellungen der Besuchskommission nicht mitgeteilt und ihnen somit auch keine Möglichkeit zu Reaktionen auf die Feststellungen gegeben wurden. Im Ausschuss wurde verabredet, dass den Diensten und Einrichtungen zukünftig Rückmeldungen über die Besuche zu geben sind.

Der Ausschuss konnte die positiven Erfahrungen einiger Besuchskommissionen mit der Heimaufsicht des Niedersächsischen Landesamtes für Zentrale Soziale Aufgaben bestätigen und unterstützte die Zusammenarbeit und Ergänzung. Die Kooperation ermöglichte es außerdem, wechselseitige Erwartungen zu erfahren und Vorgehensweisen abzustimmen.

Da der knappe Zeitrahmen des Ausschusses einer Strategieentwicklung zur Mängelbehebung immer wieder Grenzen setzte, erarbeitete das MFAS ein Konzept für eine Arbeitsgruppe zur Beschleunigung von Mängelbehebungen unter der Federführung des Ausschussvorsitzenden. Im Berichtszeitraum wurde von dieser Möglichkeit noch kein Gebrauch gemacht.

Die Diskussion der Mängelbehebung war von der grundsätzlichen Frage begleitet, welche Maßstäbe und Standards zur Feststellung von Mängeln zur Verfügung stünden. Neben den konsensfähigen Ergebnissen der Fachdiskussionen und der Evidenz des Eindruckes wurde die Frage nach Anhaltzahlen aufgeworfen. Während im klinisch stationären Bereich Standards- und Anhaltzahlen relativ gut definiert sind, mangelte es für den ambulanten Bereich an verbindlichen, übereinstimmenden Vereinbarungen.

Von verschiedenen Ausschussmitgliedern wurde erneut die Frage aufgeworfen, welches Mindestversorgungsangebot in einer Region vorgehalten werden müsse und als wie verbindlich die qualitativen Aussagen im NPsychKG angesehen werden können. Selbst eindeutige Aussagen des NPsychKG, dass Sozialpsychiatrische Dienste durch einen Facharzt zu leiten seien, blieben für Kommunen, die sich nicht daran hielten, ohne Konsequenzen. Die Frage, wie verbindlich der Versorgungsauftrag des NPsychKG für eine Kommune ist und welchen Umfang dieser Auftrag hat, ist dringend zu klären.

2. Sozialpsychiatrische Verbände

Im Berichtszeitraum beschäftigte sich der Ausschuss mit der Frage der Steuerung des Versorgungsangebotes durch den Sozialpsychiatrischen Verbund. Anlass war eine Anfrage des Vereins „Der Ring e. V.“, Peine, bei der es vom Grundsatz her darum ging, inwieweit Anbieter auch gegen die abgestimmte Empfehlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes ihre Hilfeangebote ausbauen können. Der Ausschuss schloss sich der Auffassung an, dass der Verbund kein Instrument zur staatlichen Steuerung der Hilfsangebote darstellt. Der Verbund bietet eine Plattform zum Aufspüren von Versorgungslücken und zur Koordination der Hilfeangebote im Rahmen von Selbstverpflichtungen. Er dient im Wesentlichen der freiwilligen Koordination und Kooperation, was, wie festgestellt werden konnte, in vielen Regionen durchaus erfreulich funktionierte. Die grundsätzliche Sicherstellung von komplementären Hilfeangeboten gem. § 17 SGB I obliegt den Sozialhilfeträgern. Der Sozialpsychiatrische Verbund sollte zur Bedarfssituation Stellung nehmen. Diesbezüglich wäre die Einführung von Verfahren zur Qualitätssicherung sinnvoll.

Wenn auch viele Detailfragen offen blieben (z. B. Ausschluss oder Versagen der Mitgliedschaft etc.) wurden die Verbände insgesamt als konstruktive Kooperationsforen positiv bewertet, die durchaus dazu geeignet sind, gemeinsame Maßstäbe und

Argumente für eine regionale Versorgungsverbesserung zu finden und die Versorgung über Selbstverpflichtungen wechselseitig abzustimmen. In der Region Hannover haben sich Hilfekonferenzen als Instrument der Abstimmung personenbezogener Hilfen etabliert. Eine Untersuchung von Dr. Melchinger, Landesfachbeirat Psychiatrie, konnte Tendenzen aufzeigen, dass mit Hilfekonferenzen die Möglichkeiten für Betroffene, ambulant vor stationär versorgt zu werden, verbessert werden können.

Mit Sorge wird die Tendenz in mehreren Kommunen beobachtet, dass nach Verbrauch der Mittel für die Anschubfinanzierung des Sozialpsychiatrischen Verbundes das Engagement dieser Kommunen nachlässt und Koordinatorenstellen auslaufen.

Teilweise wurde nach den Feststellungen der Besuchskommissionen die Anschubfinanzierung auch nicht zielgenau verwandt.

3. Ambulante Versorgung

3.1 Sozialpsychiatrische Dienste

Das Aufsuchen Sozialpsychiatrischer Dienste durch Besuchskommissionen wurde von zwei Kommunen grundsätzlich in Frage gestellt, weil Sozialpsychiatrische Dienste als Einrichtung in § 30 NPsychKG nicht ausdrücklich genannt seien. Nach Überprüfung der Argumente mit fachlicher Unterstützung stellt der Ausschuss fest, dass ohne Zweifel auch Sozialpsychiatrische Dienste den in § 30 NPsychKG gemeinten Einrichtungen zuzurechnen sind. Es wurde empfohlen, Sozialpsychiatrische Dienste ausdrücklich in die Verordnung über Gremien für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung aufzunehmen, was bereits im Entwurf geschah.

Das Ankündigungsschreiben zum Besuch Sozialpsychiatrischer Dienste und der Fragebogen wurden von der Geschäftsstelle überarbeitet. Eine Kommune kritisierte, dass Mitglieder der Besuchskommission aus dem selben Regierungsbezirk stammen, in dem die besuchte Einrichtung liegt. Den von ihr deshalb besorgten Interessenkonflikt vermag der Ausschuss aber nicht zu erkennen.

Der Ausschuss bemängelte mit Nachdruck, dass drei Jahre nach der Novellierung des NPsychKG's in Niedersachsen einige Kommunen, insbesondere im Regierungsbezirk Weser-Ems, noch immer nicht ihrer gesetzlichen Verpflichtung nachgekommen sind, Sozialpsychiatrische Dienste unter die Leitung einer Ärztin oder eines Arztes mit abgeschlossener psychiatrischer oder kinder- und jugendpsychiatrischer Weiterbildung zu stellen. Bereits das PsychKG vom 30.05.1978 sah einen in der Psychiatrie erfahrenen Arzt als Leitung vor. In einem kürzlich eingegangenen Schreiben der Westniedersächsischen Psychiatriekonferenz wurde festgestellt, dass 7 von 17 Kommunen im Regierungsbezirk Weser-Ems ihrer Verpflichtung nach § 7 Satz 2 NPsychKG noch immer nicht nachgekommen sind. Unter Berücksichtigung von Stadt und Landkreis Osnabrück sind es 8 Kommunen: Landkreise Aurich, Emsland, Friesland, Oldenburg, Osnabrück, Wittmund und Städte Emden und Osnabrück. Eine umgehende Umsetzung des Gesetzes wurde gefordert.

Neben der fehlenden fachärztlichen Leitung bemängelte der Ausschuss, dass fachärztliche Leitungen in einigen Kommunen mit zu geringen Stundenanteilen und damit unzureichenden Anteilen eingestellt worden seien. Genannt wurde in diesem Zusammenhang insbesondere die Stadt Braunschweig.

Erneut setzte sich der Ausschuss mit Fragen des Datenschutzes und der Schweigepflicht im Rahmen der Dienstaufsicht innerhalb der Gesundheitsämter auseinander. Hier erfolgte inzwischen eine entsprechende Klarstellung. Das MFAS hatte diesbezüglich bei der Ärztekammer Niedersachsen angefragt. Mit Schreiben vom 25.01.2001 antwortete die Ärztekammer zu Fragen der Weisungsbefugnis und

Schweigepflicht im Rahmen fachlicher Aufsicht über Ärztinnen und Ärzte der Sozialpsychiatrische Dienste:

“Nach § 2 Abs. 4 der Berufsordnung darf ein Arzt hinsichtlich seiner ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen, der Arzt soll also seinen Beruf in medizinischen Fragen weisungsfrei und nur nach seiner Sachkunde, seinem Gewissen und der ärztlichen Sitte entsprechend ausüben... Ein Arzt ist mit seiner Eingliederung in eine Verwaltungsbehörde zwar den arbeits- und beamtenrechtlichen Weisungen seines Dienstherrn unterworfen, etwa im Hinblick auf Art, Ort, Zeitpunkt und Umfang der zu erbringenden Arbeitsleistung. In medizinischen Fragen, wie z. B. bei Diagnose und Therapie, besteht jedoch aufgrund der Regelung in § 2 Abs. 4 der Berufsordnung keine Weisungsbefugnis des nichtärztlichen Dienstvorgesetzten... Ein angestellter bzw. beamteter Arzt ist auch seinem nichtärztlichen Vorgesetzten gegenüber zur Verschwiegenheit verpflichtet... Die ärztliche Schweigepflicht ist nicht ersetzbar durch andere Verschwiegenheitspflichten, wie sie z. B. Behörden, Gerichten, Krankenhausträgern und Versicherungen obliegen; durch das Angebot der Amtsverschwiegenheit wird daher die dem Arzt persönlich auferlegte Schweigepflicht nicht aufgehoben... Zwar liegen [...] keine Urteile konkret in Bezug auf das Verhältnis zwischen einem beim Sozialpsychiatrische Dienst tätigen Arzt und dessen Dienstherrn vor. Gerichtlich entschieden ist jedoch, dass die ärztliche Schweigepflicht eines im Krankenhaus angestellten Arztes auch gegenüber der Krankenhausverwaltung gilt. Der gesamte ärztliche Schriftwechsel, den Krankenhausärzte führen, darf in der Regel von der Verwaltung nicht eingesehen werden. So dürfen dem Krankenhausträger nur in soweit ärztliche Aufzeichnungen zur Verfügung gestellt werden, als diese zur Leistungsabrechnung mit dem Patienten oder zur tarifgerechten Bezahlung der angestellten Krankenhausärzte erforderlich sind ... In diesen Entscheidungen wird es aus den oben bezeichneten Gründen als unerheblich angesehen, dass die Mitarbeiter der Krankenhausverwaltung ebenfalls einer Schweigepflicht unterliegen. Die ärztliche Schweigeverpflichtung erfährt also keine Ausnahme durch eine innerdienstliche Weisungsgebundenheit des behandelnden Arztes gegenüber seinem Dienstherrn.“

Intensiv beschäftigte sich der Ausschuss mit der Frage zur Wahrnehmung von Verwaltungs- und Vollzugsaufgaben bei Unterbringungen nach dem NPsychKG durch therapeutisch und beratend tätige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Sozialpsychiatrischer Dienste. Anlass war die Absicht des Landkreises Hildesheim im Rahmen der durchgeführten Verwaltungsreform, auch die Verwaltungs- und Vollzugsaufgaben bei Unterbringungen, die bis dahin im Fachbereich Sicherheit und Ordnung, Gefahrenabwehr wahrgenommen wurden, auf die therapeutisch tätigen Mitarbeiter (Sozialarbeiter, Psychologen) zu übertragen. Der Ausschuss vertrat einhellig die Auffassung, dass das NPsychKG und die Ziele dieses Gesetzes es nicht zuließen, dem therapeutisch eingesetzten Personal des Sozialpsychiatrischen Dienstes zugleich die Aufgaben der Verwaltungs- und Vollzugsbeamten im Unterbringungsverfahren zu übertragen. In diesem Zusammenhang bat er das MFAS als oberste Fachaufsichtsbehörde, diese Frage zu prüfen und ggf. mit Mitteln der Rechts- und Fachaufsicht bei den kreisfreien Städten und Landkreisen darauf hinzuwirken, dass solche unzulässige Aufgabenkombinationen unterbleiben.

Inzwischen hat das Niedersächsische Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens angeschrieben und dahingehend informiert, dass das Thema mit dem MI und dem MJ zwischenzeitlich erörtert wurde. Im Ergebnis der Erörterung mit dem MI und MJ bestand Übereinstimmung darin, dass bereits im NPsychKG die Aufgabenteilung innerhalb der Verwaltungsbehörden zwischen der Wahrnehmung therapeutischer Aufgaben einerseits und hoheitlicher Aufgaben andererseits konkretisiert wird. Das MFAS nahm daraufhin bereits Kontakt zur Arbeitsgemeinschaft der kommunalen

Spitzenverbände auf mit der Anregung, von dort die Empfehlung an die Landkreise und kreisfreien Städte heranzutragen, die Wahrnehmung therapeutisch beratender Tätigkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes von der Wahrnehmung hoheitlicher Aufgaben im Rahmen der Einweisung nach dem NPsychKG innerhalb der Stadt- und Kreisverwaltungen zu trennen, sodass es nicht zu einer Personenidentität bei diesen verschiedenen Aufgaben kommt.

Neben kritikwürdigen und bedenklichen Entwicklungen wurden auch die positiven Rückmeldungen der Besuchskommissionen über Sozialpsychiatrische Dienste erörtert. Unter den im Jahr 2000 besuchten Sozialpsychiatrischen Diensten wurden insbesondere die im Landkreis Grafschaft Bentheim und in der Stadt Delmenhorst als effizient und gut organisiert benannt. Positiv anzumerken ist auch die Reaktion des Landkreises Helmstedt auf die im 15. Ausschussbericht dargelegte Kritik an der Ausstattung des dortigen Sozialpsychiatrischen Dienstes, die nunmehr eine halbe Facharztstelle als Leitung und die Besetzung weiterer Stellen vorsieht. Die Besuchskommissionen werden die Entwicklungen weiter verfolgen und berichten.

Sozialpsychiatrische Dienste für Kinder und Jugendliche

Die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche Hannover soll mit Einrichtung der Region Hannover dem Jugendamt der Stadt Hannover zugeordnet werden. Die kurzfristig praktikable Ausgliederung aus dem Gesundheitsdienst dürfte sich auf die Dauer von der Aufgabendifferenzierung her und aus behandlungsrechtlichen Gründen als nicht sachgerecht erweisen.

Der in einer ländlichen Region neu eingerichtete Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst am Gesundheitsamt Soltau-Fallingb. ist personell mit einem Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie mit einer Sozialpädagogin besetzt. Er berichtet über zunehmende Inanspruchnahme für aktuelle Interventionen und Beratung.

3.2 Übrige ambulante Versorgungssituation

Über die weitere ambulante Versorgung psychisch erkrankter Menschen konnte sich der Ausschuss im Berichtszeitraum noch keinen ausreichenden Überblick verschaffen. So bleibt die Frage nach den Auswirkungen der deutlichen Zunahme von niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten für die Versorgung chronisch psychisch Kranker bisher noch offen.

Mehrfach diskutiert wurden die massiven Probleme niedergelassener Nervenärzte mit dem Gesundheitsstrukturgesetz und den daraus folgenden Auswirkungen für die Behandlung psychisch kranker Menschen. Vonseiten der niedergelassenen Nervenärzte wurde betont, dass die Budgetierung aus wirtschaftlichen Gründen zu deutlichen Einschränkungen bei notwendigen Behandlungen führen würde. Ohne die standespolitische Dimension näher zu erörtern, betonte der Ausschuss anwaltschaftlich für die chronisch psychisch erkrankten Menschen, dass keinem Patienten die erforderliche Behandlung vorenthalten werden dürfe.

In diesem Zusammenhang wurde auch das Problem der Verordnung ergotherapeutischer Leistungen und medikamentöser Verordnung erörtert.

4. Stationäre Versorgung

4.1 Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung

Entwicklung der stationären Versorgung

Das MFAS hat im April 2000 nach Vorbereitungen durch den Niedersächsischen Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie ein Rahmenkonzept Kinder- und Jugendpsychiatrie in Niedersachsen vorgelegt. Nach den Empfehlungen der Experten-

kommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrisch/psycho-therapeutischen Bereich (1988) ist von einem Bedarf an 613 vollstationären Plätzen in Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie auszugehen, und zwar auch dann, wenn Tageskliniken vorhanden sind oder eingerichtet werden. Der Bestand belief sich im Jahr 2000 auf 537 vollstationäre Plätze. Sie befanden sich in 15 Einrichtungen unterschiedlicher Größe. Die Planungen der Krankenhausträger sehen zurzeit 42 weitere vollstationäre Plätze vor, für deren Bereitstellung es allerdings noch keine festen Termine gibt. Es verbleibt vorerst ein Planungsspielraum von 24 vollstationären Plätzen. Bei darüber hinausgehenden Planungen sind ggf. besondere Prüfungen der Bedarfsgrundlagen erforderlich.

In das Rahmenkonzept sind die Planungen für Krisenstationen mit besonderen Schutz- und Sicherheitsvorkehrungen für die Behandlung solcher Kinder- und Jugendlichen einbezogen, die wegen der Art ihrer psychischen Störung besonders schutzbedürftig sind. Das antiquierte, institutionsbezogene Adjektiv „geschlossen“ trifft für diese Stationen nicht zu. Sie müssen allerdings in der Lage sein, personenbezogen Freiheitsentziehung zu gewährleisten, wenn diese wegen Selbst- oder Fremdgefährdung erlaubt oder angeordnet worden ist. Der gegenwärtige Platzbestand der Krisenstationen belief sich auf 54 Plätze. Innerhalb der festen Planungen der Träger sind (s. o.) weitere 34 Plätze vorgesehen.

Krisenstationen fehlten bisher im Regierungsbezirk Weser-Ems. Unterdessen ist Anfang 2000 eine Krisenstation mit vorerst 6 Plätzen an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Aschendorf eröffnet worden. Eine Krisenstation mit 6 weiteren Plätzen ist an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Oldenburg in Vorbereitung. Für 6 weitere Plätze ist eine Umwidmung an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Kinderhospital Osnabrück geplant.

Der seit mehr als einem Jahrzehnt von der Einrichtung geforderte und von der zuständigen Besuchskommission für notwendig gehaltene Neubau einer Krisenstation an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Göttingen fällt in die Zuständigkeit des MWK. Die Planung ist akzeptiert, stagniert aber gleichwohl.

Im Regierungsbezirk Lüneburg mit der bei weitem geringsten Anzahl an vollstationären Plätzen, setzt das Diakonie-Krankenhaus Rotenburg die Einrichtung einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie um und hat zunächst die Einrichtung einer Tagesklinik und einer Institutsambulanz beantragt, die inzwischen den Betrieb aufgenommen haben. Der Beginn der Baumaßnahmen für 30 vollstationäre Plätze steht noch nicht fest.

Mängel der stationären Versorgung

Die nachdrücklichen Beanstandungen der zuständigen Besuchskommission und des Niedersächsischen Arbeitskreises Kinder- und Jugendpsychiatrie haben dazu beigetragen, dass die unerklärlich verzögerten Sanierungsmaßnahmen der Krisenstationen an der Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hildesheim vorgenommen worden sind.

Die stationären Plätze der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Reinhard-Nieter-Krankenhaus Wilhelmshaven sind seit fast einem Jahrzehnt auf eine Weise provisorisch untergebracht, die von der zuständigen Besuchskommission mehrfach beanstandet worden ist. Der Beginn eines Neubaus ist jetzt fest zugesagt und hat inzwischen auch stattgefunden. Die Entwicklung dieser Abteilung bleibt dennoch ein Beispiel dafür, wie die Bereitwilligkeit der Leiter und Mitarbeiter von Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie auch unter ungünstigen Bedingungen Hilfe zu leisten, zugunsten anderer Projekte ausgenutzt wird.

An der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Kinderhospital Osnabrück sind die Baumaßnahmen zur völligen Neugestaltung der Station für Jugendliche in

Angriff genommen worden und inzwischen zu einem sehr gelungenen Abschluss gelangt. Es hat aber fast ein Jahrzehnt gedauert, bis die unerträgliche Unterbringung dieser Station zu Baumaßnahmen geführt hat.

4.2 Allgemeinpsychiatrie

Die Berichte der Besuchskommissionen über die Allgemeinpsychiatrie fielen überwiegend positiv aus. Der Ausschuss wurde vom Psychiatriereferat des MFAS über einen Besuch des Klinikum Warendorf Ende Nov. 1999 unterrichtet. Früher festgestellte Mängel konnten dabei nicht mehr nachgewiesen werden, sodass eine Rücknahme der Anerkennung zur Eignung nach § 15 NPsychKG nicht zu begründen gewesen wäre. Auch von dritter Seite wurden keine Mängel bekannt.

In diesem Zusammenhang nahm der Ausschuss mit Erstaunen zur Kenntnis, dass auch in den Niedersächsischen Landeskrankenhäusern die personelle Besetzung durchgängig 5 bis 15 % unter den Anhaltszahlen der PsychPV liege. Ohne Zweifel wird auch ein engagiertes Personal unter verschärften Bedingungen an Grenzen stoßen.

Der Ausschuss wurde vom Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales über den Bericht des Landesrechnungshofes informiert, der die Einbeziehung der Nieders. Landeskrankenhäuser in die Investitionsförderungen nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz forderte. Mögliche Konsequenzen, wie die Verlagerung von Planbetten auf andere Träger, wurden erläutert. Dabei wurde festgestellt, dass in der Zeit von 1978 bis 2000 die Zahl der in den Landeskrankenhäusern vorgehaltenen Planbetten von 6 125 auf 3 142 reduziert worden sei, d. h. es wurden 2 983 Planbetten abgebaut.

Der Ausschuss betonte in diesem Zusammenhang, dass bei der dadurch eröffneten Entwicklungsmöglichkeit für eine zukünftige stationäre Versorgung unbedingt beachtet werden müsse, dass alle klinisch stationären psychiatrischen Einrichtungen in der Lage sein müssen, eine gemeindenaher „Vollversorgung“ mit Aufnahmeverpflichtung (auch bei Unterbringungen) für alle Patientengruppen anzubieten. Es gehe nicht an, dass schwierige und problematische Fälle ausgeschlossen und gemeindefern versorgt würden.

Bei einer psychiatrischen Abteilung musste durch die zuständige Besuchskommission die Frage gestellt werden, ob sie in der Lage sei, Vollversorgung zu leisten, weil bekannt geworden war, dass Patienten aus dem Einzugsbereich dieser Abteilung in einem entfernten Landeskrankenhaus aufgenommen werden mussten. Die betreffende Abteilung rechtfertigte ihr Vorgehen, Patienten seien bei Überbelegung abgewiesen worden, nicht weil sie zu schwierig waren. Bei der Unterrichtung war unzweifelhaft, dass der Maßregelvollzug von der Investitionsförderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz ausgenommen bleibt.

4.3 Maßregelvollzug

Auch in diesem Berichtszeitraum musste sich der Ausschuss mit der Tatsache einer weiterhin zunehmenden Zahl von Maßregelvollzugspatienten auseinandersetzen. Es ist festzustellen, dass durch die Zunahme der Verurteilungen und die Verlängerung der Verweildauer der Druck auf die Einrichtungen des Maßregelvollzugs zugenommen hat. Die Öffnung der allgemeinen psychiatrischen Stationen für Patienten des Maßregelvollzugs hat die erhöhten Aufnahmezahlen nicht zufriedenstellend abbauen können. Nicht nur Engpässe im stationär klinischen Bereich mussten durch weiteren Ausbau bewältigt werden, auch der nachsorgende Heimbereich klagte über mangelnde Aufnahmekapazitäten. Von einer Beseitigung der qualitativen und quantitativen Engpässe im Maßregelvollzug kann heute noch keine Rede sein. Die vorgesehenen Baumaßnahmen müssten zügig vollendet werden. Trotz intensiver und eindrucksvoller Anstrengungen hängt die Planung schon wieder hinter der Bedarfsentwicklung hinterher.

In diesem Zusammenhang wird festgestellt, dass durch den hohen Qualifizierungsstand der Mitarbeiter gute Therapiearbeit geleistet wird und damit maßgeblich zu dem erreichten Sicherheitsstandard des Maßregelvollzuges beigetragen wird. Dessen ungeachtet berichten fast alle Einrichtungen von der Problematik, ausreichend geeignetes Personal zu finden.

Die Einrichtung von Beiräten nach bestehenden Mustern wird empfohlen. Die bereits im Nieders. Maßregelvollzugsgesetz herausgestellte Zielsetzung des „offenen Vollzugs“ ist stärker als bisher zu fördern. Positiv nahm der Ausschuss zur Kenntnis, dass die Mitarbeiter Sozialpsychiatrischer Dienste für eine qualifizierte Nachsorge dieses Klientels durch Fortbildungen besser vorbereitet werden sollen.

4.4 Heime

Die Unterbringung von Menschen mit einer seelischen Behinderung in Heimen bedarf der besonderen Aufmerksamkeit. Die Frage der Heimbetreuungsbedürftigkeit muss grundsätzlich in jedem Einzelfall immer wieder neu gestellt werden. Auch die Qualität der in Heimen erbrachten Leistungen fand immer besondere Aufmerksamkeit der Besuchskommissionen. In einigen Heimen wurde von mangelhaften bzw. fehlenden Betreuungskonzepten, unzureichender Fixierungsdokumentation und mangelhafter Rechtssicherheit bei der Anwendung von Trickschlössern berichtet.

Die kaum mehr überschaubare Anzahl von insbesondere auch privaten Heimbetreuungsangeboten verunmöglicht neben den verbesserungsbedürftigen Instrumentarien eine wirksame Kontrolle und Einflussnahme auf diesem Sektor. So war es z. B. einem Heimbetreiber im Landkreis Hildesheim möglich, sein Heim weiter zu betreiben, obwohl Besuchskommission und Heimaufsicht einhellig der Auffassung sind, dass das Heim nicht in der Lage ist, psychisch erkrankte Menschen zu betreuen. Das Fehlen justiziabler Ablehnungs- und Schließungsgründe gibt dem Betreiber die Möglichkeit, sein bedenkliches Angebot fortzusetzen. Die Tatsache, dass jedermann ein Heim auf eigenes Risiko eröffnen kann, solange keine justiziablen Versagensgründe vorliegen, unterläuft eine sinnvolle Versorgungsplanung. Selbst dann, wenn bekannt ist, dass ein Betreiber mit zweifelhafter Vorgeschichte sich an der Neueröffnung eines Heimes beteiligt, kann nach Auskunft der Heimaufsicht eine solche Neueröffnung nicht verhindert werden.

Die Besuchskommission Hannover berichtete über die nach wie vor verheerenden Zustände im Heimbereich des Klinikum Warendorff. Der Ausschuss schloss sich der überzeugenden Darstellung der Besuchskommission an und leitete den Bericht an die zuständige Heimaufsicht beim Niedersächsischen Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben mit der Aufforderung, im Hinblick auf die festgestellten Mängel entsprechend den Maßgaben des Heimgesetzes weiterhin tätig zu werden.

Die Frage der Versorgung psychisch erkrankter Menschen in Heimen wird auch in Zukunft ein grundsätzlich zu bearbeitendes Thema bleiben. Dabei sind die geschlossenen Heimbereiche aber auch die zunehmenden Nachfragen nach solchen geschlossenen Heimbereichen kritisch zu überprüfen.

5. Liste der Ausschussmitglieder (Anlage)

Dr. Höfer

AUSSCHUSS
für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung

Mitglieder	Stellv. Mitglieder
Vorsitzender Herr Dr. med. Eberhard Höfer 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	Telefon:	Fax:
Herr Reiner Bucksch	05121/304-443	05121/304-595 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		