

## **20. Tätigkeitsbericht – 2004**



**20. Bericht  
des Ausschusses für Angelegenheiten  
der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen  
für das Jahr 2004**

**Inhaltsverzeichnis:**

	Seite
<b>1</b>	<b>Allgemeines</b> 2
1.1.	Mangelhafte Teilhabe psychisch kranker Menschen am „wirklichen“ Leben 3
1.2.	Neurowissenschaftliche Erkenntnisse - schulübergreifende Ansatzmöglichkeiten 5
1.3.	Selbstbestimmung und Hilfeplanung 9
1.4.	Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Kinder- und Jugendhilfe 9
1.5.	Kassentechnische Erschwernisse für psychisch kranke Menschen durch die neuere Sozialgesetzgebung 10
1.6.	Bedenken zum Entwurf des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes 11
1.7.	Unfreiwillige Behandlung psychisch kranker Menschen 12
<b>2.</b>	<b>Sozialpsychiatrische Verbände</b> 14
<b>3.</b>	<b>Ambulante Versorgung</b> 14
3.1.	Anhaltende Benachteiligung der ambulanten fachärztlich psychiatrischen Versorgung von psychisch kranken Menschen 14
3.2.	Notfallversorgung psychisch kranker Menschen auch durch niedergelassene psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen 16
3.3.	Sozialpsychiatrische Dienste 16
3.4.	Ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung 17
<b>4.</b>	<b>Stationäre Versorgung und Allgemeinpsychiatrie</b> 17
<b>5.</b>	<b>Stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung</b> 18
<b>6.</b>	<b>Maßregelvollzug</b> 19
<b>7.</b>	<b>Heime</b> 21
<b>8.</b>	<b>Ausblick</b> 23
	Liste der Ausschussmitglieder
	Berichte der Besuchskommissionen

## 1. Allgemeines

Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen tagte im Jahr 2004 zu 4 regulären Sitzungen (24.03.2004, 16.06.2004, 08.09.2004, 03.11.2004).

Eine gemeinsame Sitzung der Vorsitzenden des Ausschusses und der Besuchskommissionen zu den Themen: „Besuche von Besuchskommissionen in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe“ und „rechtliche Problematiken der Besuchskommissionen beim Tätigwerden vor Ort“ wurde am 27.05.2004 durchgeführt.

Am 10.11.2004 konnten die Vorsitzenden des Psychiatrieausschusses den Landtagsausschuss für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit über den 17., 18. und 19. Ausschussbericht unterrichten.

Am 15.10.2004 wurde ein Gespräch mit dem Vorstand der Psychotherapeutenkammer zur Frage der Notfallversorgung bei akuten psychischen Störungen durch niedergelassene psychologische Psychotherapeuten geführt.

Im Berichtszeitraum wurden von den zuständigen Besuchskommissionen mehr als 125 Besuche durchgeführt.

Wie bereits im vorjährigen Ausschussbericht erwähnt, ist in der Geschäftsführung des Ausschusses und der Besuchskommissionen beim Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie ein Wechsel eingetreten. Herr Bucksch, der die Geschäftsführung langjährig kompetent inne hatte, schied wegen Übernahme neuer Aufgaben aus. Die Kontinuität der Geschäftsführung konnte aber durch den Präsidenten des Nds. Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie, Herrn Dr. Gelhausen, zugesagt und sichergestellt werden. Nach einer guten Übergangslösung wurden Frau Heine und Frau Paulussen mit der Aufgabenwahrnehmung betraut. Für die geleistete Arbeit und die reibungslose Regelung des Überganges zur Sicherstellung der Funktionsfähigkeit des Ausschusses und der Besuchskommission sei an dieser Stelle den Beteiligten ausdrücklich gedankt.

Ohne die kontinuierliche engagierte Unterstützung des Psychiatriereferates des MS wäre die ehrenamtliche Tätigkeit des Ausschusses und der Besuchskommission nicht zu leisten. Der Ausschuss dankt für die immer wieder neue notwendige

Klarstellung von Rahmenbedingungen, die die Grundlage für die Aufgabenwahrnehmung darstellen, und die Zuarbeit.

### **1.1. Mangelhafte Teilhabe psychisch kranker Menschen am „wirklichen“ Leben**

Wie bereits im 17. Ausschussbericht für das Jahr 2001 festgestellt, führte die additive Installation von neuen Komponenten im gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem in der Vergangenheit nicht automatisch zu einer Teilhabe des Klientels am „wirklichen“ Leben. Vielmehr wird vielerorts immer wieder beobachtet, dass psychisch kranke Menschen unter sich in einem gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem bleiben, ohne dass eine ausreichende Teilnahme am Leben der Gesellschaft gelingt. Die Angehörigen psychisch Kranker haben immer wieder bemängelt, dass eine anlassbezogene, zeitnahe Unterstützung vor Ort, dann wenn man sie brauche, kaum vorhanden sei. Durch eine solche Unterstützung könnten die tragenden Lebensbezüge besser erhalten bleiben.

Eikermann et al. greifen in ihrem Artikel „Ziel ist Teilnahme am „wirklichen Leben“ (Dtsch Ärztebl 2005; 102 A, 1104 –1110 [Heft 16]) diese Problematik auf und weisen insbesondere auf die Notwendigkeit einer Gesamtbetrachtung der Versorgung psychisch kranker Menschen hin. Bei den bisherigen Ansätzen lag nach Ansicht der Autoren der Fokus zu stark auf der Versorgung der chronisch psychisch kranken Menschen. Die daraus resultierende Gemeindepsychiatrie hätte sich stillschweigend zur Psychiatriegemeinde entwickelt. Menschen mit psychischen Störungen („die große Zahl Depressiver, zunehmend früh diagnostizierte Schizophrenien, die vielen Menschen mit Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen“) benötigten in akuten Phasen möglicherweise andere kurzzeitigere und „weniger institutionelle“ Formen der Intervention. Wenn ein gut ausgebautes gemeindepsychiatrisches Versorgungssystem zu den hier kritisierten Ergebnissen führt, dann sind diese Ergebnisse Folge einer strukturellen Problematik dieser Angebote. Daraus folgt die Frage, ob die vorgehaltenen gemeindepsychiatrischen Versorgungssysteme nicht anders können, oder aber ob die an sich guten Instrumente nur falsch angewandt werden. Unterstellt wird bei dieser Argumentati-

on, dass die Teilhabe am Leben der Gemeinschaft auch für seelisch behinderte Menschen ein erstrebenswertes Ziel ist.

Insgesamt erscheint ein Überdenken der bisherigen Strategien und Rahmenbedingungen für Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft dringend erforderlich. Ohne Zweifel sind viele der Hilfeleistungspakete vor allem auf Schutz und Entlastung ausgerichtet und hier auch gut wirksam. Wenn es aber das Ziel ist, die Teilhabe am „wirklichen“ Leben zu erhalten oder wiederzuerlangen, dann sind deutlich flexiblere Vorgehensweisen mit veränderten Strategien der vorgehaltenen Hilfeangebote erforderlich. Die Befriedigung von Kommunikationsbedürfnissen ist professionell dabei weder zu leisten, noch zu finanzieren.

Im Zusammenhang mit dem Blickrichtungswechsel: weg von einer nur auf chronisch psychisch kranke Menschen fokussierten Betrachtungsweise hin zu Menschen mit psychischen Störungen insgesamt, zitieren Eikermann et al. (2005) eine DAK-Studie, nach der die Zahl der Krankmeldungen von Arbeitnehmern aus psychischen Gründen von 1997 bis zum Jahr 2004 um 70 % angestiegen sind. Dabei nahmen die Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Erkrankungen zwischen 1997 und 2001 um mehr als 50 % zu. Diesem Anstieg bei psychischen Störungen steht eine Abnahme von Arbeitsunfähigkeiten aus anderen Krankheitsgründen gegenüber. Im Jahr 2002 wurde ein Anteil von 46,2 % Frühberentungen mit psychischen Störungen begründet (vergleiche Eikermann et al. (2005), vergleiche auch 18. Bericht des Ausschusses für das Jahr 2002 „Psychische Störungen - der gesellschaftliche Aspekt“). Diese ansteigenden Zahlen sind vor allem auch auf einen Anstieg depressiver Störungen und Angststörungen zurückzuführen. Die dargelegten Zahlen weisen auf die zunehmende sozial- und gesundheitspolitische Bedeutung psychischer Störungen hin und erfordern eine neue Aufmerksamkeit und Diskussion.

Wenn der Ausschuss stets vor der Entwicklung einer Zweiklassenpsychiatrie gewarnt hat, dann meinte er auch die Überwindung der strukturellen Gräben zwischen Psychiatrie einerseits und Psychotherapie/Psychosomatik andererseits. Es stellt sich generell die Frage, inwieweit es sinnvoll ist, die durch berufspolitische Interessen geförderte Differenzierung zwischen Psychiatrie und psychiatrischer Rehabilitation einerseits und Psychotherapie/Psychosomatik andererseits weiter

zu verfolgen. Es ist offenkundig, dass berufsgruppenorientierte Interessen im Bereich der sogenannten „Psychofächer“ mit immer neuen Aus- und Weiterbildungsgängen eine Auseinanderdifferenzierung gefördert haben, die von den Hilfesuchenden weder nachvollzogen und durchschaut werden kann.

## **1.2. Neurowissenschaftliche Erkenntnisse - schulenübergreifende Ansatzmöglichkeiten**

Die Neurowissenschaften haben unsere Vorstellungen und Erkenntnisse über die Funktionsweise des Gehirns enorm erweitert. Das Gehirn, ein komplexes und hochkompliziertes Körperorgan, koordiniert Verhaltensweisen und Reaktionsmuster auf eine sich ständig verändernde Umwelt. Mit der ergänzenden Betonung des sozialen Aspektes können die Ergebnisse der Hirnforschung eine Hilfe bei der Beurteilung und bei grundsätzlichen Überlegungen über eine bedarfsgerechte Versorgung psychisch kranker Menschen sein. Dabei ist zu beachten, dass sich auch die neurowissenschaftlichen Erkenntnisse auf Theorien beziehen, die aus der Interpretation von vielen Teilergebnissen gewonnen wurden. Die von den Neurowissenschaften aufgezeigten Zusammenhänge bieten eine gemeinsame Grundlage für alle Berufsgruppen, die an der Behandlung und Versorgung psychisch kranker Menschen beteiligt sind. Vielleicht liegt in der Betrachtungsweise eine Chance, wenn das Gehirn als Organ, das Psychisches und Soziales ( Stichwort: Spiegelneurone) produziert, beschrieben wird.

Allein die Tatsache, dass der Mensch dank der Plastizität seines Gehirns in der Lage ist, durch Interaktion sich in einer wechselnden Umwelt zu orientieren und dass durch diese Interaktion die Mikrostruktur des Gehirns verändert werden kann (Interaktion mit der Umwelt schafft Struktur), zeigt die Möglichkeiten einer Einflussnahme durch gezielte therapeutisch- soziale Interventionen. Da aber die Neuroplastizität nicht beliebig, sondern bereits durch meist sinnvolle strukturelle Vorbedingungen gebunden ist, haben alle Interventionen diese durchaus begrenzenden Vorbedingungen zu berücksichtigen. Das menschliche Gehirn ist darauf spezialisiert auf „Neues“ und „Wichtiges“ zu reagieren und dies auf kompliziertem Weg in den Fundus seines Gedächtnisses, seiner Erfahrungen zu integrieren.

Aus ökonomischen Gründen wird es dabei Regeln generieren, um sich nicht jeden Einzelfall gesondert zu merken. Zusammenhänge werden durch Sinn konstituiert. Bei der zur Selektion erforderlichen Bewertung komplexer Umweltbedingungen helfen, nach derzeit plausiblen Vorstellungen, zwei prinzipiell unterscheidbare emotionale Steuerungs- und Bewertungskomplexe, deren Komponenten man dem sogenannten „Limbischen System“ zurechnet. Der eine Steuerungskomplex dient der Vermeidung von Gefahren und fördert damit ein sogenanntes Vermeidungsverhalten, der andere Steuerungskomplex bewirkt ein differenziertes Annäherungsverhalten. Es dient der Antizipation von Belohnung, dem motivationalen Handeln und registriert den tatsächlichen Belohnungseintritt. Wenn also in der Zukunft etwas getan wird, dann deshalb, weil in der Vergangenheit gelernt wurde, dass man dafür belohnt wurde. Diese emotionalen Steuerungskomplexe arbeiten eng mit dem sogenannten orbitofrontalen Cortex, einer augenhöhleannahen Stirnhirnregion, zusammen, der auch für ein sozial adäquates Verhalten zuständig ist. Das Gehirn macht also etwas, weil es dafür belohnt wird. Es sucht soziale Kontakte, weil soziale Kontakte das Belohnungssystem ansprechen.

Ohne Zweifel kann ein solches sinnvolles Zusammenspiel auch gestört werden und dann zu dem führen, was wir eine psychische Störung nennen. Wird z. B. ein wichtiges motiviertes Handlungsziel auf Dauer nicht erreicht und damit nicht belohnt, so kann dies zu einem chronischen Stress führen. Die hormonellen Dauerstressreaktionen führen schließlich über hirnstrukturelle Veränderungen, zu emotionalen Veränderungen, die wir Depression nennen. Die Depression wäre in diesem Zusammenhang Folge einer Stressreaktion durch Überforderung einer nicht einlösbaren Zielerreichung. Sie führt dann zu den typischen Fähigkeitseinschränkungen bzw. -verlusten, die mit der Symptomatologie einer Depression einhergehen.

Gehirne funktionieren nutzungsabhängig, sie adaptieren sich an den Gebrauch. Durch gehäufte Nutzung werden Bahnungen verstärkt, die dann automatisch situationsspezifisch als Reaktion der „ersten Wahl“ abgerufen werden. Dem gegenüber führt eine geringe Nutzung zum Abklingen von Bahnungen. Ein mangelnder Anreiz von außen, eine Schlaraffenlandsituation, kann zum Verlust bzw. zur Aufgabe von Fähigkeiten führen, weil sie nicht mehr gebraucht werden. Selbst eine

genetisch angelegte Disposition schläft so lange, wie sie nicht durch Nutzung im Rahmen einer Genexpression abgerufen wird.

Gerade aus der Nutzungsabhängigkeit von Funktionen lässt sich die Wirksamkeit von Psychotherapie und anderen übenden und anreizbietenden Verfahren ableiten, die das emotionale Bewertungssystem adäquat berücksichtigen. Psychotherapie und differenzierte Verfahren führen nachgewiesenermaßen zu strukturellen Hirnveränderungen und können damit zu einer Überformung dysfunktionaler Zustände zu angemesseneren Verhaltensweisen beitragen. Im Grunde sind alle interaktionsbezogenen Interventionen dazu in der Lage, die gezielt die emotionalen Komponenten als Bewertungsinstanzen einbeziehen. Die Nutzungsabhängigkeit bedeutet, dass Strategien, die seltener genutzt werden, auch in Zukunft nicht die erste Wahl sein werden, es sei denn, sie würden mit besonderer Aufmerksamkeit geübt und emotional belohnt.

Bereits diese etwas verallgemeinernde pauschale Darstellung neurowissenschaftlicher Erkenntnisse bestätigt bekannte Beobachtungen und spezifiziert sie. Für die Beurteilung eines Versorgungssystems lassen sich aus den vorliegenden Erkenntnissen wichtige Kriterien ableiten. Eine zeitnahe Notfallversorgung bei akuten mit Hilflosigkeit einhergehenden Krisen und Dekompensationen kann die Chronifizierung einer Stressreaktion verhindern, in dem die permanente Wiederholung vergeblicher Lösungsstrategien vermieden wird und sicherheitsfördernde Affekte aktiviert werden.

Zur Veränderung von dysfunktionalem Verhalten ist grundsätzlich die Aktivierung von positiven empfundenen Emotionen erforderlich, wobei die Intensität und Dauer der Interventionen, sowie die Frequenz der Sitzungen weiteren Forschungsbedarf begründen. In seinem Buch „Neuropsychotherapie“ (2004, Seite 139 ff.) diskutiert Klaus Grawe die Frage der Dosierung therapeutischer Einwirkungen, um einen Einfluss auf die „neuronale Plastizität“ auszuüben. Er zitiert das Beispiel von Schlaganfallpatienten, bei denen ein tägliches Training von 1 – 2 Stunden offensichtlich nicht dazu ausreichte, im Gehirn genügend neue restituierende Strukturen aufzubauen. Erst eine „Dosis“ von mindestens 6 Stunden täglich und die Unterdrückung der Beweglichkeit des gesunden Armes, führte zu deutlichen Ergebnissen bei der sogenannten „taubschen Bewegungstherapie“.



Die Frage nach der Dosis von Psychotherapie stellt auch das bisher übliche recht starre Reglement der sogenannten Richtlinienpsychotherapie grundsätzlich zur Diskussion. Zur Beurteilung von Heimsituationen ist zu berücksichtigen, dass eine routinisierte Tagesstrukturierung in schöner Umgebung für das Gehirn keinerlei Anlass bietet, aktiv zu werden, so lange nicht zusätzliche Anreize („neu“ und „wichtig“) durch emotional positiv gefärbte Erprobungen geschaffen werden. Diese beispielhaften Andeutungen können nur einen Hinweis geben für die Notwendigkeit, bisherige Vorgehensweisen und Regularien immer wieder einer kritischen Überprüfung zu unterziehen.

Ohne Zweifel ist es nach derzeitiger Erkenntnis in vielen akuten aber insbesondere chronischen Fällen psychischer Störungen so, dass erst durch den Einsatz von neurotrophen Pharmaka, die auf die Wirkungsweise spezifischer Neuromodulatoren einwirken, die Voraussetzungen für verändernde und stabilisierende Lernvorgänge geschaffen werden können.

Man kann sich allerdings des Eindrucks nicht erwehren, dass die Regularien zur Finanzierung der Angebote die Zielsetzung der therapeutischen und rehabilitativen Angebote dominieren und beschneiden. Dabei zwingt ein System, das primär am Leistungsrecht und der Reduktion von Behandlungskosten orientiert ist, das therapeutische und rehabilitative Vorgehen z.T. in ein solches Korsett, das ein „Gesundwerden“ verhindert. Damit verbaut die Dominanz des Leistungsrechts ihr ureigenes Ziel, Behandlungskosten zu sparen. Denn Behandlungskosten können nur dann reduziert werden, wenn eine individuell sinnvolle Behandlung möglich ist, die natürlich unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit durchgeführt werden sollte. [In diesem Zusammenhang wäre auch noch einmal die Splittung der Behandlung und Behandlungskosten bei chronisch mehrfach geschädigten Abhängigkeitskranken in oft zu kurze Entgiftungsphasen mit schwer erreichbaren Entwöhnungsphasen zu überdenken (vgl. Eikermann et al. 2005)]

Der Ausschuss und die ihm zuarbeitenden Besuchskommissionen werden aufmerksam beobachten, inwieweit ein Versorgungsangebot für psychisch kranke Menschen in der Lage ist, günstig auf die motivierenden Affekte einzuwirken, so dass eine möglichst gute Teilhabe am „wirklichen“ Leben der Gesellschaft erreicht

werden kann. Dabei kann dann eine verwöhnende Maßnahme ebenso Anlass zur Kritik geben, wie eine Maßnahme, die die Beteiligten vernachlässigt.

### **1.3. Selbstbestimmung und Hilfeplanung**

Über das notwendige therapeutische Angebot hinaus, muss in Zukunft auch zunehmend die Frage des sinnvollen Einsatzes von Eingliederungshilfe diskutiert werden. Qualifizierte und werteorientierte Hilfeplankonferenzen können auf der individuellen Ebene dazu einen wichtigen Beitrag leisten und Hinweise für eine zukünftige Planung geben. In diesem Zusammenhang wurde vom niedersächsischen Landesfachbeirat Psychiatrie eine Tagung zum Thema „Selbstbestimmung in den psychiatrischen Hilfen“ („persönliches Budget“) vom 20.12. bis 22.12.2004, durchgeführt. Diese Tagung zeigte wichtige Aspekte dafür auf, wie das Ziel einer Teilhabe am „wirklichen“ Leben bei seelisch behinderten Menschen selbstbestimmend erreicht werden könnte.

### **1.4. Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Kinder- und Jugendhilfe**

Intensiv hat sich der Ausschuss mit der Frage auseinandergesetzt, ob es sinnvoll ist, dass die Besuchskommissionen auch Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in denen seelisch behinderte junge Menschen betreut werden, aufsuchen. Bei der Besprechung der Vorsitzenden des Ausschusses und der Besuchskommissionen mit den zuständigen Vertretern des Sozialministeriums und des Landesjugendamtes am 27.05.2004 konnten die unterschiedlichen Positionen ausgetauscht werden. Dabei wurde noch einmal verdeutlicht, dass die Besuchskommissionen keine Prüfbehörde mit aufsichtsrechtlichen Funktionen im engeren Sinne sind, sondern dass sie zusammen mit dem Ausschuss als ein unabhängiges, den parlamentarischen Gremien nahestehendes Gremium zu verstehen sind. Neben der Klärung von konkreten Einzelfällen geht es vor allem auch um das Ansprechen von systembedingten Missständen. Es bestand Übereinstimmung, dass das NPsychKG psychisch kranke Kinder und Jugendliche nicht ausschließt und damit den Besuchskommissionen rein rechtlich durchaus die Mög-

lichkeit gegeben ist, auch Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in denen seelisch behinderte Kinder und Jugendliche untergebracht sind, aufzusuchen. Solche Besuche dienen dann dazu, den Eindruck über die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung zu vervollständigen. Sie dienen auch dem Ziel, die Verzahnung der kinder- und jugendpsychiatrischen Traditionen einerseits mit den Traditionen der Jugendhilfe andererseits fruchtbar zu verbessern. Konsens bestand darin, dass die Besuche der Besuchskommissionen in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sachgerecht vorbereitet werden müssen.

Mit einer umfangreichen, detaillierten gutachterlichen Stellungnahme hat das zuständige Referat des Sozialministeriums in Zusammenarbeit mit dem Kultusministerium auf eine Anfrage des Ausschusses geantwortet. Dabei ging es um die Problematik der Sicherstellung der Versorgung von Kindern mit Teilleistungsschwächen und reaktiven Verhaltensschwierigkeiten im schulischen Bereich zum Einen als kassenärztliche Versorgungsleistung und zum Anderen durch Hilfen nach § 35a KJHG (SGB VIII). Der Ausschuss machte insbesondere auf die Notwendigkeit eines komplexen Zusammenwirkens aller an Hilfestellungen für diese Kinder und Jugendlichen Beteiligten aufmerksam.

### **1.5. Kassentechnische Erschwernisse für psychisch kranke Menschen durch die neuere Sozialgesetzgebung**

Der Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages hat die Petition des Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung Niedersachsen zur Freistellung von chronisch psychisch kranken Menschen von der Praxisgebühr und von Zuzahlungen am 17.02.2005 beraten und abschließend beschlossen. Dabei kam er zu dem Ergebnis, dass bei allem Verständnis für die vorgetragenen Argumente, dem Anliegen nicht Rechnung getragen werden könne. Zwischenzeitlich seien von den Spitzenverbänden Verfahren entwickelt worden, die auch den praktischen Bedürfnissen der chronisch kranken Menschen entgegen kämen. Hingewiesen wurde auf die Möglichkeit, dass Sozialhilfeträger die gesamte Zuzahlungssumme für ein Kalenderjahr an die Krankenkasse im Vorhinein zahle, oder, dass man sich bereits Anfang d. J. eine Befreiungsbescheinigung gegen Vorauszahlung der maximalen Zuzahlung ausstellen lassen

könnte. Die Behinderten könnten dabei von ihren Angehörigen oder ihren rechtlichen Betreuern unterstützt werden.

Der Ausschuss bedauerte, dass auch über Vereinbarungen der Spitzenverbände keine befriedigenderen Lösungen gefunden werden konnten. Nach wie vor werden immer wieder Fälle bekannt, bei denen psychisch kranke Menschen nicht in der Lage sind, die Behandlungskontinuität zu bewahren, weil ihnen aktuell das Geld für die Praxisgebühr oder die Zuzahlungen fehlt. Ihre Situation wird auch nicht dadurch verbessert, dass es anderen chronisch kranken Menschen ebenso geht. Völlig ungeklärt sind die Regelungen der medizinischen Versorgung bei obdachlosen psychisch kranken Menschen. Sie sind ganz offensichtlich vergessen worden. Zunehmend werden auch Fälle bekannt, bei denen es in Unkenntnis der Regularien nach SGB II und durch unzureichende Beratung zu einem Verlust des Krankenversicherungsschutzes gekommen ist.

Auf die Anfrage nach Verbesserungen von Regelungen und Verfahren bei der aufgezeigten Beteiligungsproblematik chronisch psychisch kranker Menschen reagierten von sämtlichen angeschriebenen Krankenkassen nur die Landwirtschaftliche Krankenkasse Niedersachsen/Bremen und die AOK Niedersachsen. Immerhin wurden von diesen beiden Krankenkassen praktikablere Lösungen in Aussicht gestellt.

### **1.6. Bedenken zum Entwurf des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes**

Ausführlich wurde der Ausschuss über den Entwurf des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes von Herrn RiAG Veldtrup, Hannover, informiert und auf die zu erwartende Problematik hingewiesen. Es wurde die Besorgnis geäußert, ob bei einer pauschalen Vergütung der rechtlichen Betreuer, auch in Zukunft die Selbstständigkeit der Betreuten wie bisher gehalten werden könne. Hintergrund des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes seien die enormen Kosten rechtlicher Betreuungen für das Justizsystem. Ohne Zweifel ist eine Verschiebung der Kosten in das zuständige Sozialsystem beabsichtigt. Die mit dieser Verschiebung einhergehenden Konsequenzen für die explodierende Kostensituation im Sozialsystem sind aber konkret zu überdenken.

### **1.7. Unfreiwillige Behandlung psychisch kranker Menschen**

Sehr kontrovers wurde im Ausschuss die Möglichkeit einer zwangsweisen Vorführung zur ambulanten Behandlung erörtert. Damit soll ein Abbruch der Behandlungskontinuität vermieden werden können, um so wiederum mögliche rückfallbedingte Katastrophen und Schäden zu verhindern. Das Thema der „unfreiwilligen Behandlung von psychisch kranken Menschen“ wird den Ausschuss auch weiterhin beschäftigen, da es darum gehen wird, das beabsichtigte Ziel rückfallbedingter Katastrophen bei bestimmten psychisch kranken Menschen zu verhindern, ohne die Schwelle unfreiwilliger Behandlungen für alle Patienten unzulässig herabzusetzen. Diese Problematik wird im Ausschuss weiter erörtert.

Der Ausschuss setzte sich mit aktuellen Berichten auseinander, es sei zu einer starken Zunahme von Zwangseinweisungen gekommen. Herr Prof. Dr. Andreas Spengler unterrichtete den Ausschuss über Ergebnisse einer Auswertung beim Nds. Landeskrankenhaus Göttingen für den Zeitraum 1990 bis 2003 sowie über langjährige Verlaufsuntersuchungen im Zeitraum 1980 bis 2003 am Nds. Landeskrankenhaus Wunstorf. An Hand des vorgelegten statistischen Materials konnten keine dramatischen Zunahmen von Unterbringungen unter Berücksichtigung der beiden Unterbringungsformen (öffentlich-rechtlich und zivilrechtlich) festgestellt werden.

Mit Daten der Justiz, insbesondere die Geschäftsübersichten und die Sonderzählung zum Betreuungsrecht nahm Spengler, Wunstorf, weitergehende Auswertungen vor (vgl. MJ „Justizgeflüster“ 14 (2005) 12-14.) Dabei müssen bestimmte zähltechnische und methodische Probleme bedacht werden, um nicht zu einer Fehlinterpretation zu kommen.

Gerichtliche Unterbringungsstatistiken sind nicht mit Zwangs-Einweisungen in psychiatrische Kliniken gleichzusetzen. Sie enthalten nur die Verfahren. Die wichtigsten Ergebnisse:

Die teilbereinigten Raten der Unterbringungen nach NPsychKG sind absolut und bezogen auf die Bevölkerung nach einem moderaten Anstieg von 1992 bis 1996 leicht rückläufig. 2003 wurden rund sechseinhalbtausend Fälle gezählt. Dies entspricht einer Rate von 82,0 pro 100.000 Einwohner.

Die Zahl der vormundschaftlichen Unterbringungen stieg seit 1992 von einer von rund eineinhalbtausend auf mittlerweile knapp viereinhalbtausend an. Dies entspricht 2003 einer Rate von 55,5 pro 100.000 Einwohner.

Nimmt man beide Raten der Unterbringungen im Wissen um die genannten methodischen und Zählprobleme zusammen, so hat sich die Gesamtzahl der Unterbringungen seit 1996 bis 2003 mit geringer Schwankung auf gleicher Höhe gehalten. Die Rate der öffentlich-rechtlichen Unterbringungen liegt in Niedersachsen unter dem Bundesdurchschnitt (Spengler et al. 2005, Nervenarzt 76: 363-370).

Deutlich gestiegen ist die Zahl der richterlichen Genehmigung unterbringungsähnlicher Maßnahmen, also Fixierungen (1992 rund 1200, 2003 9000 Fälle), dieser Anstieg ist zu erheblichen Teilen durch die sich durchsetzende richterliche Genehmigungspflicht erklärt und geht nicht nur auf eine häufigere Anwendung von Freiheitseinschränkungen zurück. Hier sei noch einmal erläutert: Gerichtliche Unterbringungsstatistiken sind nicht mit Zwangs-Einweisungen in psychiatrische Kliniken gleichzusetzen. Sie enthalten nur die Verfahren. So enthalten die Geschäftsstatistiken der Amtsgerichte bei Unterbringungen nach NPsychKG nicht Ablehnungen und nicht den Anteil der Fälle, bei denen eine sofortige Unterbringung am Folgetage zu einer Entlassung oder freiwilligen Weiterbehandlung führte, weil kein Verfahren gem. 70 Abs. 1 (3) Nr. 3 FGG eingeleitet wird. Weiterhin sind die Fälle enthalten, bei denen das Krankenhaus während einer bis dahin freiwilligen stationären Behandlung über die Verwaltungsbehörde durch ärztliches Attest eine sofortige Unterbringung nach NPsychKG einleitet. Beide Effekte wiegen sich etwa auf. Zu den betreuungsrechtlichen Unterbringungen von Erwachsenen nach § 1906 Abs. 1-3 in Verbindung mit § 70 Abs. 1 (2) Nr. 1b,2 FGG, die in der Sonderzählung der Länder zum Betreuungsrecht auch um die Erledigungen und Ablehnungen bereinigt auswertbar sind, kann gesagt werden: rund 1/3 sind Fortsetzungsbeschlüsse bei bereits laufender Unterbringung. Oft werden öffentlich-rechtliche Unterbringungen nach NPsychKG in zivilrechtliche Unterbringungen nach dem Betreuungsrecht umgewandelt, es kommt dann zur Doppelzählung in den Statistiken. Auch werden viele Unterbringungen nicht im Psychiatrischen Krankenhaus, sondern in Heimeinrichtungen durchgeführt und dauern dort über Jahre. Eine Differenzierung bzgl. des Ortes der Unterbringung erlauben die Daten derzeit nicht.

## **2. Sozialpsychiatrische Verbände**

Wie schon im 19. Ausschussbericht für das Jahr 2003 festgestellt, haben sich die Sozialpsychiatrischen Verbände sehr unterschiedlich entwickelt, je nach dem wie viel personelle Ressourcen von den Kommunen für diesen speziellen Zweck bereitgestellt wurden. Einige Besuchskommissionen registrierten eine merkbare Qualitätsminderung Sozialpsychiatrischer Verbände in einigen Regionen, weil die personellen Kapazitäten durch kommunale Sparmaßnahmen reduziert worden waren.

Positiv fiel auf, dass sich Verbände verschiedener Regionen zu regelmäßigen Treffen vereinbaren, und dass das Psychiatriereferat des Sozialministeriums als Servicestelle einen solchen Austausch fördere.

Mehrfach wurde von Besuchskommissionen kritisiert, dass aktuelle Versorgungsproblematiken in bestimmten Sozialpsychiatrischen Verbänden nicht erörtert werden konnten, weil keine entsprechende Arbeitsgruppen oder Foren vorgehalten wurden. Übereinstimmend wurde ein stärkeres Engagement der Kommunen im ambulanten Bereich gefordert. Schließlich muss es ein genuines Interesse der Kommunen als Kostenträger der Eingliederungshilfe sein, dass diese zielorientiert und bedarfsgerecht für anspruchsberechtigte behinderte Menschen angewandt wird und dabei der im Allgemeinen kostengünstigere Ansatz „ambulant vor stationär“ verwirklicht wird. Dabei ist zu berücksichtigen, dass, wie oben dargelegt, die Dominanz sachgerechter Hilfeleistung, sich durchaus wirtschaftlich eher günstig auswirken kann, während die umgekehrte Dominanz von ökonomischen Restriktionen oft sachgerechte Hilfen verhindert.

## **3. Ambulante Versorgung**

### **3.1. Anhaltende Benachteiligung der ambulanten fachärztlich psychiatrischen Versorgung von psychisch kranken Menschen**

Erneut wurde der Ausschuss von Herrn Dr. Beutler, Vertreter der niedergelassenen Nervenärzte und Ausschussmitglied, über die nach wie vor ungelöste Problematik eines unzureichenden fachärztlich/psychiatrischen Versorgungsangebotes für psychisch kranke Menschen informiert. Neben der immer geringer werdenden Attraktivität als niedergelassener Facharzt psychiatrisch tätig zu werden, werde die Aushöhlung bzw. Vernachlässigung des psychiatrischen Angebotes durch die tendenzielle Stärkung der psychotherapeutischen/psychosomatischen Medizin, die für die Akutversorgung praktisch nicht auftritt, noch verstärkt. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass neurowissenschaftliche Erkenntnisse nicht unwesentlich aus dem Gebiet der Neurologie gespeist wurden, sei es für ihn unverständlich, dass der „Nervenarzt“ mit einem Standbein in der Neurologie und einem in der Psychiatrie in der fachärztlichen Ausbildung aufgegeben wurde. Überzeugend konnte Herr Dr. Beutler belegen, dass bis auf einige gut versorgte Regionen eine ausreichende Versorgung bei akuten psychischen Störungen fachärztlich tatsächlich nicht mehr gegeben ist, auch wenn die kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) mit anderen Zahlen argumentiert. Die Feststellungen von Herrn Dr. Beutler bestätigten auch den Eindruck der Mitglieder des Ausschusses und der Besuchskommissionen. Immer wieder wurde von langen Wartezeiten im ambulanten Bereich auch bei akuten psychischen Störungen berichtet, so dass stationäre Aufnahmen unumgänglich wurden.

Auf die umfangreiche, bemerkenswerte Studie zur Versorgungsforschung von H. Melchinger, W. Rössler und Machleidt: Ausgaben in der psychiatrischen Versorgung – Ist die Verteilung der Ressourcen am Bedarf orientiert? (Der Nervenarzt. Online publiziert:12.03.2005) kann hier nur verwiesen werden. Die Autoren führen u.a. aus: „ Im Bereich der kassenärztlichen Versorgung ist der Trend zur Verfestigung einer Zwei-Klassen-Medizin offensichtlich. Unter den gegebenen Budget-/Honorarregelungen rechnet es sich für den niedergelassenen Psychiater nicht, mit einem Patient mehr als zwei Gesprächstermine pro Quartal zu vereinbaren. Entsprechend liegt die Frequenz der nervenärztlichen Konsultationen weit unter den internationalen Therapieempfehlungen. Lebensfeldbezogene Diagnostik, Psychoedukation oder Hausbesuche kann sich der Psychiater im Einzelfall wirtschaftlich nur dann leisten, wenn er genügend Patienten hat, die nur einmal im Quartal in die Praxis kommen. Unter diesen Rahmenbedingungen muss die Behandlung von schwer und chronisch kranken Patienten oft auf eine Pharmakoth-



rapie reduziert bleiben.“ Dass eine alleinige Pharmakotherapie keine Lerninhalte oder Änderungsinhalte vorgeben kann wurde oben bereits angedeutet.

### **3.2. Notfallversorgung psychisch kranker Menschen auch durch niedergelassene psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen**

Der Präsident der Niedersächsischen Psychotherapeutenkammer, Dr. Wittmann, konnte die mangelhafte psychiatrisch fachärztliche Versorgung, insbesondere in ländlicheren Regionen bestätigen und bekundete ein deutliches Interesse an einer verbesserten Versorgung, da auch psychologische Psychotherapeuten auf eine gute fachpsychiatrische Zusammenarbeit angewiesen seien. Herr Dr. Wittmann unterstrich die Bereitschaft der Psychotherapeutenkammer, auch bei der Akutversorgung psychisch kranker Menschen mitzuwirken und sich an der gesetzlich vorgesehenen Notfallversorgung (§ 33 Kammergesetz für Heilberufe) zu beteiligen. Eine solche Beteiligung setze aber eine angemessene Vergütung solcher Tätigkeiten voraus. Der Ausschuss begrüßte die Bereitschaft der Psychotherapeutenkammer zur Teilnahme an der Notfallversorgung und an der kooperativen Zusammenarbeit bei der Versorgung psychisch kranker Menschen, die auch schwere und chronisch verlaufende psychische Störungen nicht ausschließt.

### **3.3. Sozialpsychiatrische Dienste**

Die von den Besuchskommissionen aufgesuchten Sozialpsychiatrischen Dienste konnten großenteils personelle Verbesserungen und eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen aufweisen. So berichtete die Besuchskommission Weser/Ems Nord von personellen Verbesserungen bei den Sozialpsychiatrischen Diensten des Landkreises Aurich, des Landkreises Friesland und des Landkreises Leer.. Die Besuchskommission Hannover fand bei den aufgesuchten Sozialpsychiatrischen Diensten sehr unterschiedliche Aufgabenprofile. Dabei ging sie insbesondere auch der Frage der Bereitschaft zur Übernahme einer Behandlungsermächtigung, wie sie im NPsychKG vorgesehen ist, nach. Das Argument, eine Behandlungsermächtigung sei nicht notwendig, war nicht überzeugend. Auch die Argu-

mentationen zur Ablehnung von Hilfeplankonferenzen waren entweder unzureichend oder die Ablehnung wurde erst gar nicht begründet. Von den Angehörigen psychisch Kranker wird immer wieder die völlig unzureichende Ausstattung vieler Sozialpsychiatrischer Dienste beklagt.

### **3.4. Ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung - Sozialpsychiatrie-Vereinbarung**

Die AOK Niedersachsen hat dem Ausschuss am 05.03.2004 geantwortet. Die spezielle gesundheitspolitische Bedeutung komplexer sozialpsychiatrischer Leistungen durch niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie scheint ihr nicht verständlich geworden zu sein. In der Antwort wird auf die Studie verwiesen, mit der die AOK-Niedersachsen und der BKK-Landesverband den Arbeitsbereich Versorgungsforschung an der Abteilung Sozialpsychiatrie der Medizinischen Hochschule Hannover beauftragt hat. Diese Studie wird begleitet durch einen Beirat, der dem Landesfachbeirat Psychiatrie zugeordnet ist. Die bisherigen Ergebnisse erlauben dem Ausschuss, den weiteren Verlauf der Untersuchung abzuwarten.

## **4. Stationäre Versorgung und Allgemeinpsychiatrie**

Die von den Besuchskommissionen berichteten Eindrücke in den besuchten Fachkliniken waren überwiegend positiv bzw. es wurde von positiven Veränderungen berichtet. So wurde von der Besuchskommission lobend hervorgehoben, dass auf einer zuvor beanstandeten Station des Klinikum Warendorff, die Wachsäule aufgelöst und zugunsten von Zwei- und Vierbettzimmer umgebaut worden seien. Auch hätte sich das Klima auf einer früher beanstandeten Station des Nds. Landeskrankenhauses Wunstorf positiv verändert. Einen guten Eindruck machte auch das St. Annenstift in Twistringen. Die Entwicklungen der Fachkliniken St. Marienstift in Neuenkirchen wurden ebenso positiv registriert wie die der Fachklinik St. Vitus GmbH in Visbeck. Eine wesentliche Verbesserung der Räumlichkeiten konnte im St. Vinzenzhospital in Haselünne durch einen Neubau erreicht wer-

den. Die Tagesklinik Peine des Nds. Landeskrankenhauses Königslutter und die Fachklinik Erlengrund machten auf die zuständige Besuchskommission einen sehr guten Eindruck.

Deutliche Verunsicherung wurde bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Fachabteilung Rehburg des Nds. Landeskrankenhauses Wunstorf registriert, die mit der aufgeworfenen Frage eines Umzuges der Fachabteilung nach Wunstorf in Zusammenhang stand. Einen verunsicherten, ja orientierungslosen Eindruck machten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Akutpsychiatrie des Nds. Landeskrankenhauses Hildesheim auf die zuständige Besuchskommission in Verbindung mit dem Wechsel der ärztlichen Leitung.

Im Hinblick auf den neu zu erstellenden Krankenhausbedarfsplan, der auch die Weiterbildungsvoraussetzungen für den Facharzt für psychotherapeutische Medizin zu berücksichtigen hat, betonte der Ausschuss, dass die Entwicklung einer Zwei-Klassen-Psychiatrie bei der stationären Behandlung von psychisch kranken Menschen zwingend vermieden und ihr entgegen gewirkt werden müsse.

## **5 Stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung**

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Diakonienkrankenhaus Rotenburg konnte neben der bereits bestehenden Tagesklinik 30 stationäre Plätze in Betrieb nehmen. Im mangelhaft versorgten Gebiet Lüneburg (ehemals Regierungsbezirk) befindet sich nunmehr ein zweites Fachkrankenhaus für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Es ist dies ein Beitrag zum Ausgleich der außerordentlich ungleichen Standortverteilung der Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Niedersachsen. Insgesamt entfallen jetzt mit 579 Betten in 16 Fachkliniken bzw. –abteilungen auf 10.000 Minderjährige 3,6 stationäre Plätze. Der Durchschnitt der Bundesländer liegt bei 3,2 Betten (Streubreite 2,2 – 5,6). Der Vergleich der Quoten lässt nur bedingt Rückschlüsse auf das Verhältnis des Angebots zu den Behandlungsnotwendigkeiten zu. Versorgungsstrukturen und –traditionen haben sich nämlich unterschiedlich entwickelt. Ein mehr oder wenig

großer Anteil von Minderjährigen mit psychischen Störungen gelangt dabei jeweils nicht in Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Tageskliniken befinden sich in Niedersachsen an 9 der Einrichtungen. Mit 72 Plätzen entfallen auf 10.000 Minderjährige 0,5 Tagesklinikplätze (Länderdurchschnitt 1,1, Streubreite 0,3 – 2,3). Die Einrichtung weiterer Tageskliniken ist eindeutig angezeigt, in einem Flächenland der Verkehrsanbindungen wegen allerdings nicht uneingeschränkt möglich.

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Albert-Schweitzer-Therapeutikum) in Holzminden hat Räume für 2 Patienten mit solchen Schutz- und Sicherheitsvorkehrungen ausgestattet, dass Minderjährige, die vorübergehend wegen Selbst- oder Fremdgefährdung eines besonderen Schutzes bedürfen, gegebenenfalls auch bei richterlicher Erlaubnis zur Freiheitsentziehung (§ 1631 b BGB) bzw. einer Anordnung nach NPsychKG in der Einrichtung verbleiben können.

Die vom Ausschuss gegenüber dem Kultusministerium bemängelte Ungleichheit der Unterrichtsversorgung in den stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat sich nach einer allgemein gehaltenen Antwort aus dem Ministerium auch trotz näherer Vorschläge der vom Niedersächsischen Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie gebildeten Kommission „Unterrichtsversorgung“ bislang nicht geändert.

## **6 Maßregelvollzug**

Der Ausschuss wurde vom Sozialministerium über beabsichtigte Einsparungen im Maßregelvollzug für den Haushalt 2005 in Höhe von 6 Millionen Euro informiert. Von den im November 2004 untergebrachten 1.099 forensischen Patienten in niedersächsischen Landeskrankenhäusern, waren 1.030 auf der Grundlage der §§ 63 und 64 StGB untergebracht, 69 auf der Grundlage des § 126 a StPO. Die durchschnittliche bisher aufgelaufene Stichtagsverweildauer psychisch Kranker stieg auf Grund bundesgesetzlicher Vorgaben in Verbindung mit einem zunehmenden Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung auf 6,5 Jahre an.

Durch Umstrukturierungen, kürzere Verweildauern und verbesserte Nachsorgemöglichkeiten, durch veränderte Pflegesatzgestaltung bei flexiblerem Einsatz von Personal sollen die vorgesehenen Einsparungen ermöglicht werden, ohne dass es zu einem Personalabbau und damit verbundenen Verlust an Sicherheit komme. Trotz Sparmaßnahmen konnte eine Spezialambulanz für die forensische Nachsorge von Sexualdelinquenten eingerichtet werden, die vom Nds. Landeskrankenhaus Moringen fachlich betreut wird. Ab 2005 soll an den Institutsambulanzen flächendeckend auch eine forensische Nachsorge implementiert werden. Dadurch könne die Verweildauer im Maßregelvollzug gekürzt werden und die Rückfallgefahr nach einer Entlassung vermindert werden. Grundsätzlich wurden vom Ausschuss die angestrebten inhaltlichen Ziele befürwortet.

Die Besuchskommission Maßregelvollzug berichtete demgegenüber von einer großen Verunsicherung der Mitarbeiter in den Häusern als Reaktion auf die angekündigten Veränderungen und die Haushaltsdiskussion. Die abgeschlossenen und angekündigten Veränderungen hätten auf das Betriebsklima in den Häusern einen negativen Einfluss ausgeübt und die Motivation der Mitarbeiter verschlechtert. Der Ausschuss hält es für notwendig, die weitere Entwicklung der genannten Gesichtspunkte auch nach der Übergangszeit zu beobachten, um zu prüfen, ob nach der Umstrukturierungsphase tatsächlich die angestrebten Effekte eintreten. Insgesamt teilt der Ausschuss die Auffassung der Besuchskommission, dass eine weitere Reduzierung der meist nicht all zu üppig vorhandenen personellen Ressourcen des therapeutischen Personals, den Behandlungsauftrag im Maßregelvollzug gefährden würde.

Der Ausschuss registrierte positiv, dass sich an allen forensischen Abteilungen in Niedersachsen Beiräte mit erfolgreichem Tätigkeitsspektrum entwickelt hätten. Ebenso positiv nahm er die Informationen über die Bildung einer Prognosekommission und den zukünftigen Einsatz von Prognoseteams im niedersächsischen Maßregelvollzug zur Kenntnis. Die überregional tätige Prognosekommission soll ihre forensische Erfahrung und ihren Sachverstand gezielt für die Erarbeitung einheitlicher Standards und Richtlinien für die Bewertung von Vollzugslockerungen einsetzen. Darüber hinaus soll die Prognosekommission eine beratende Funktion für die dreiköpfigen Prognoseteams ausüben, die aus Fachärzten für Psychiatrie und Diplompsychologen mit forensischer Erfahrung bestehen soll.

In seinem Grundsatzartikel zur Forensischen Psychiatrie macht N. Nedopil (N. Nedopil: Forensische Psychiatrie – aktuelle Entwicklung und gesellschaftspolitische Relevanz. Die Psychiatrie 1/2005, 22-32) warnend darauf aufmerksam, dass die Flut der geforderten Prognosegutachten möglicherweise von den vorhandenen kompetenten Prognostikern nicht mehr zu bewältigen sei, was zur Folge hätte, dass Unerfahrene bei Prognosefragen beigezogen werden müssten. Die weitere Entwicklung muss hier sicher abgewartet und aufmerksam beobachtet werden.

Betont wurde von Ausschussmitgliedern, dass bei allen Sparmaßnahmen der offene Vollzug nicht vernachlässigt werden dürfe und auch die begonnenen Bauvorhaben unverzüglich fortgesetzt werden müssten, um dem Bedarf gerecht zu werden.

## **7. Heime**

Grundsätzlich konnten die Besuchskommissionen bei den überwiegenden Besuchen von Heimen auf ein hochmotiviertes, engagiertes Personal treffen, das auch bei weniger günstigen Rahmenbedingungen durch reduzierte Personalkapazität und bauliche Mängel bereit war, ein qualifiziertes Hilfeangebot vorzuhalten.

Unzureichende Personalausstattungen, eine unzureichende Nachtwache (Haus Oelber) oder sogar das Fehlen einer Rufbereitschaft (Kur- und Pflegeheim Schloss Friedland) wurden von den zuständigen Besuchskommissionen immer wieder moniert.

Die Besuchskommission Braunschweig berichtete über ein Alten- und Pflegeheim der Arbeiterwohlfahrt, in dem die Bewohner beschützt, d. h. mit Einschränkung der Freiheit der Bewegung, untergebracht waren, ohne dass das Vorliegen eines richterlichen Beschlusses hätte geprüft werden können. Da diese Einrichtung der Besuchskommission entgegen § 30 Abs. 5 NPsychKG keine Einsicht in die Unterlagen der Bewohner gewährte, mussten die aufsichtsführenden Behörden eingeschaltet werden.

Als besonders problematisch wurde es angesehen, dass neue, unübersichtliche und undurchschaubare gemischte Versorgungskonstrukte zu völlig unklaren Aufsichtszuständigkeiten führten und damit die notwendige Aufsicht ganz unterblieb. In diesem Zusammenhang kritisierte die Besuchskommission Braunschweig eine Einrichtung in Groß Gleidingen, bei der völlig unklar blieb, welche Versorgungsvereinbarungen mit den Bewohnern abgeschlossen worden war. Damit blieb auch die Frage nach der Zuständigkeit der aufsichtsführenden Behörde offen, was zur Konsequenz hatte, dass keine Aufsicht geführt wurde.

Nach Bericht der zuständigen Besuchskommission hat die Kritik am Seniorenzentrum Brake in den vergangenen Jahren nicht dazu geführt, dass die geschlossene Station den fachlichen Anforderungen angepasst wurde. Auch beklagte die zuständige Besuchskommission für das Heim „Individuelle Hilfen“ in Bockenem, dass die Versorgungssituation trotz wiederholter Interventionen der Besuchskommissionen in den vergangenen Jahren weiterhin als katastrophal bezeichnet werden müsse.

Wiederholt beanstandete die zuständige Besuchskommission, dass in mehr als nur Einzelfällen die Voraussetzungen für die praktizierten geschlossenen Unterbringungen in der geschlossenen Außenwohngruppe Grasdorf des Klinikum Wahrendorffs nicht mehr rational nachvollziehbar waren.

Exemplarisch beschäftigte sich der Ausschuss mit dem Fall einer 34-jährigen Bewohnerin im Heimbereich des Klinikum Wahrendorff, die dort mit den Diagnosen, leichte Intelligenzminderung und Verhaltensstörung seit 4 Jahren geschlossen untergebracht war, weil sie sich durch unkritische Männerbekanntschaften selbst gefährdete. Neben der Unterbringung an sich war die hochdosierte Einstellung auf Benzodiazepine nicht nachvollziehbar begründet. In der Vergangenheit hatte das zuständige Amtsgericht unter Zugrundelegung der Stellungnahmen der heimbetreuenden Ärzte die Notwendigkeit und Fortsetzung der geschlossenen Unterbringung in den vergangenen 4 Jahren stets bestätigt. Der Ausschuss fordert in diesen Fällen die Stellungnahme von unabhängigen ärztlichen Sachverständigen und eine höhere Sensibilität bei der Beurteilung von einschneidenden freiheitsbeschränkenden Maßnahmen unter stärkerer Berücksichtigung der

Verhältnismäßigkeit. Die berichtete Handhabung machte die Ausschussmitglieder betroffen. Erschrocken waren sie insbesondere über die Möglichkeit mit kaum schlüssigen Argumenten eine so lange freiheitsentziehende Maßnahme begründen zu können.

Nicht nachvollziehbare hoch dosierte Medikationen mit dämpfenden Psychopharmaka wurden von mehreren Besuchskommissionen in verschiedenen Heimen beobachtet. Diese nicht haltbaren Zustände müssen nach Ansicht des Ausschuss von den aufsichtsführenden Behörden unterbunden werden oder aber bedürfen besonderer Rechtfertigung.

Trotz des festgestellten positiven Engagements der meisten Mitarbeiter in den Heimen ist der Heimbereich nach wie vor das problematischste Versorgungsangebot für chronisch psychisch kranke Menschen. Der Ausschuss hält auch weiterhin eine kritische Bestandsaufnahme der Heimversorgung im Sinne einer Heimenquête für erforderlich.

## **8. Ausblick**

Neben der Registrierung erfreulicher Entwicklungen ist die resignative Empörung der Ausschussmitglieder bei solchen Missständen unübersehbar, die sich trotz ausdrücklicher Kritik über Jahre hinziehen, ohne dass etwas geschieht, das diese Missstände beheben kann. Besonders bedenkliche Zustände wurden immer wieder aus dem Heimbereich berichtet. Eine Bestandsaufnahme der Heimsituationen ist daher nach wie vor notwendig.

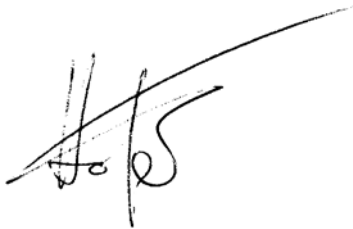
Wie man aus den Ausschussberichten unschwer erkennen kann, bleiben viele Themen, die der Ausschuss behandelt hat, über Jahre aktuell. Nach wie vor erschreckend ist die völlig unzureichende ambulante Behandlungskapazität durch psychiatrischtätige Fachärzte. Dem Ausbau der ambulanten Versorgung stehen weiterhin kaum zu überwindende Hürden und mangelnde bzw. falsche Anreize entgegen.

Es ist zu hoffen, dass die Ergebnisse der Neurowissenschaften zu einem Überdenken bisheriger therapeutischer Regularien und Ansätze führen und damit zu



einer Verbesserung des therapeutischen Angebotes für psychisch kranke Menschen beitragen.

Leider müssen auch weiterhin gerade die ambulanten Angebote als unzureichend vorhanden und defizitär bemängelt werden. Eine vordringliche Aufgabe wird es sein, das Angebot so zu flexibilisieren, dass die fachliche Hilfe dann bereitsteht, wenn sie gebraucht wird. Ob ambulant oder stationär, in jedem Fall muss darauf geachtet werden, dass sich die Entwicklung der zwei Klassenpsychiatrie zu Ungunsten der chronisch psychisch Kranken nicht weiter fortsetzt. Auch chronisch psychisch kranke Menschen benötigen neben einer medikamentösen Behandlung psychotherapeutische Angebote.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Höfer', with a long, sweeping horizontal stroke extending to the right.

Dr. Höfer

# AUSSCHUSS

## für Angelegenheiten der psychiatrische Krankenversorgung

- 15. Wahlperiode -

Mitglieder	Stellv. Mitglieder
<b>Vorsitzender</b> Herr Dr. Eberhard Höfer  <b>31139 Hildesheim</b>	Herr Dr. Joachim Beutler  <b>38102 Braunschweig</b>
<b>Stellv. Vorsitzender</b> Herr Wolfram Beins  <b>29221 Celle</b>	Herr Rainer Ostermann  <b>26721 Emden</b>
Frau Gabriela Kohlenberg (MdL)  <b>31832 Springe</b>	Frau Angelika Jahns (MdL)  <b>38448 Wolfsburg</b>
Herr Prof. Dr. Roland Zielke (MdL)  <b>49078 Osnabrück</b>	Frau Gesine Meißner (MdL)  <b>30974 Wennigsen</b>
Herr Manfred Nahrstedt (MdL)  21385 Oldendorf	Frau Ulla Groskurt (MdL)  49076 Osnabrück
Frau Ursula Helmhold (MdL)  <b>31737 Rinteln</b>	Frau Meta Janssen-Kucz (MdL)  <b>26789 Leer</b>
Herr Wilhelm Dunker  <b>27281 Verden</b>	Frau Dr. Dagmar Schlapeit-Beck  <b>37028 Göttingen</b>

Frau Jutta Eichhorst  <b>30159 Hannover</b>	Herr Dietmar Altenberg  <b>30455 Hannover</b>
Herr Dr. Patrizio-Michael Tonassi  <b>30169 Hannover</b>	Herr Dr. Eberhard Grosch  <b>30875 Laatzen</b>
Herr Dr. Gunther Kruse  <b>30853 Langenhagen</b>	Herr Dr. Heyo Prahm  <b>26131 Oldenburg</b>
Herr Prof. Dr. Andreas Spengler  <b>31515 Wunstorf</b>	Herr Prof. Dr. Friedrich Specht  <b>37085 Göttingen</b>
Herr Pater Sebastian Hackmann O.P.  <b>49377 Vechta</b>	Herr Pastor Rainer Müller-Brandes  <b>31303 Burgdorf</b>
Frau Rose-Marie Seelhorst  <b>30890 Barsinghausen</b>	Herr Edo Tholen  <b>26127 Oldenburg</b>
Herr Jens Deckwirt  <b>29223 Celle</b>	Frau Eva Moll-Vogel  <b>30175 Hannover</b>

<b>Geschäftsstelle</b>	Telefon:	Fax:
Frau Brigitta Heine	05121 /304-385	05121 /304-613
		E-Mail: <a href="mailto:Brigitta.Heine@ls.niedersachsen.de">Brigitta.Heine@ls.niedersachsen.de</a>
Frau Annette Paulussen	05121 /304-309	<a href="mailto:Annette.Paulussen@ls.niedersachsen.de">Annette.Paulussen@ls.niedersachsen.de</a>
Geschäftsstelle für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung c/o Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie Postfach 100 844, 31108 Hildesheim		