

**Ausschuss
für Angelegenheiten der psychiatrischen
Krankenversorgung in Niedersachsen**

22. Tätigkeitsbericht 2006



Niedersachsen

22. Bericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen für das Jahr 2006

Inhaltsverzeichnis:	Seite
1. Allgemeines	2
1.1. Stellungnahme zum Grünbuch der EU - psychische Störungen -	2
1.2. Veräußerung der Niedersächsischen Landeskrankenhäuser	4
1.3. - Behandlung mit Zwang – Gespräch mit den Vertretern der Selbsthilfe und Stellungnahmen	7
1.4. Rehabilitations- und Hilfeplanung für Menschen mit seelischen Behinderungen	9
1.5. Integrierte Versorgung für psychisch kranke Menschen	10
1.6. Besuchskommissionen	11
1.7. Geschäftsstelle des Ausschusses und der Besuchskommissionen	14
1.8. Abschiebungen von psychischen kranken, stationär untergebrachten Migranten	15
1.9. Beschwerdestellen	17
2. Sozialpsychiatrische Verbände	17
3. Ambulante Versorgung	17
3.1. Ambulante fachärztliche Versorgung	18
3.2. Sozialpsychiatrische Dienste	19
3.3. Institutsambulanzen	20
3.4. Soziotherapie und ambulante psychiatrische Pflege	21
3.5. Psychotherapie	21
3.6. Besuche der Sozialpsychiatrischen Dienste durch die Besuchskommissionen	21
3.7. Insel Langeoog	22
3.8. Werkstätten für seelisch Behinderte	23
4. Stationäre Versorgung und allgemeine Psychiatrie	23
5. Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung	25
5.1. Ambulante Versorgung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	25
5.2. Stationäre Versorgung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	25
6. Maßregelvollzug	26
7. Heime	28
8. Ausblick	30
 Anlage: Personelle Zusammensetzung des Ausschusses	 33

1. Allgemeines:

Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen tagte im Jahr 2006 regulär viermal: 15.02.2006, 10.05.2006, 06.09.2006 und 13.12.2006. Eine Sondersitzung des Ausschusses zur Veräußerung der Niedersächsischen Landeskrankenhäuser wurde am 08.03.2006 durchgeführt. Am 07.06.2006 fand ein Erörterungsgespräch mit Vertretern der Selbsthilfe, speziell der Psychiatrie-Erfahrenen, und der Arbeitsgruppe des Ausschusses zum Thema: „Behandlung mit Zwang“ statt.

Am 28.06.2006 wurde eine gemeinsame Sitzung der Vorsitzenden des Psychiatrieausschusses mit den Vorsitzenden der Besuchskommissionen zur Abstimmung der Aufgabenstellungen und Vorgehensweisen durchgeführt.

Am 25.10.2006 wurde der 21. Bericht des Ausschusses für Angelegenheiten der Psychiatrischen Krankenversorgung für das Jahr 2005 im Sozialausschuss des Landtages erörtert. Am 03.11.2006 führten der Ausschussvorsitzende und sein Vertreter ein Gespräch mit Vertretern der kommunalen Spitzenverbände zur Frage der regelhaften Beteiligung Sozialpsychiatrischer Dienste an den Hilfeplankonferenzen für seelisch behinderte Menschen.

In der Verbandsanhörung zur Änderung des Maßregelvollzugsgesetzes und des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke - nach Abgabe der Landsträgerschaft über die psychiatrischen Krankenhäuser - am 29.11.2006, konnte der Psychiatrieausschuss seine Auffassung darlegen.

Die Besuchskommissionen führten im Berichtszeitraum 121 Besuche durch.

Die im 21. Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung dargelegten grundsätzlichen Problematiken, hatten auch im Berichtszeitraum 2006 Bestand. Die meisten Themen des Jahres 2005 waren auch im Jahr 2006 immer noch aktuell.

Der Ausschuss dankt allen Personen, Gremien, Behörden und Einrichtungen, die seine Arbeit unterstützt haben und mit kritischer Begleitung Rückmeldung gegeben haben. Der Dank gilt besonders auch dem engagierten Einsatz der Mitglieder der Besuchskommissionen, die mit Beharrlichkeit ihre Aufmerksamkeit auch auf solche problematischen Einrichtungen weiter richteten, die sich über Jahre hin beratungsresistent zeigten.

1.1. Stellungnahme zum Grünbuch der EU – psychische Störungen --

In seiner Stellungnahme vom 07.02.2006 zum Grünbuch der Kommission der Europäischen Gemeinschaften: „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychiatrischen Gesundheit in der Europäischen Union“ (Bundesratdrucksache 769/05) begrüßte der Ausschuss für Angelegenheiten der Psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen grundsätzlich die Initiative der Europäischen Union. Der Ausschuss bestätigte die zentrale gesellschaftspolitische Bedeutung der psychischen Gesundheit für eine Gemeinschaft, da jede schwerwiegende oder dauerhafte Beeinträchtigung der Wahrnehmung und des Erlebens Auswirkungen auf die Kompetenz hat, die Möglichkeiten zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu

nutzen. Die Entwicklung einer umfassenden EU-Strategie für die psychische Gesundheit könnte zu abgestimmten Leitlinien führen, die wünschenswert ein größeres Maß an politischer Verbindlichkeit für diesen Bereich zur Folge hätte. Bei der einzurichtenden Schnittstelle zwischen Politik und Forschung ist die sozialpsychiatrische Dimension zu unterstreichen, um die sozialen und gesellschaftspolitisch relevanten Folgen psychischer Störungen gezielt zu erfassen. Auch salutogenetische Ansätze sind mit einzubeziehen. Obwohl die Gründe für eine deutliche Zunahme psychischer Störungen nicht ausreichend geklärt sind, registriert der Ausschuss durchaus eine zunehmende Bereitschaft, sich mit dieser Problematik sachlich auseinander zu setzen. Dabei verlangt gerade auch ein sozial orientierter neurobiologischer Ansatz eine neue grundlegende Erörterung der bisherigen Systematiken des Versorgungssystems.

Die ungeheure Anpassungsfähigkeit an die sehr verschiedenen Lebenswelten und Lebensbedingungen verdanken wir Menschen unserem Gehirn. Die Evolution hat es zum Problemlösen optimiert. Dabei beruht diese Flexibilität vor allem auf der Fähigkeit unseres Gehirns, Vorstellungen und Bilder von uns selbst und der Welt zu entwickeln, die die Grundlage für unser Handeln bilden.

Genau diese Fähigkeit macht uns aber besonders anfällig für das, was wir psychische Störungen nennen. Dann nämlich, wenn ein Bild oder eine Vorstellung zum falschen Zeitpunkt oder in falschem Zusammenhang aktiv wird, steigt die Belastung bei der Problemlösungssuche. Mit zunehmender Dauerbelastung oder auch bei schwerer Traumatisierung reagieren Menschen mit Notfallprogrammen, die mit einem Verlust der Differenzierungsfähigkeit und einer Polarisierung einhergehen.

Kritisch wird es immer dann, wenn sich ein subjektiv wichtiges Problem nicht lösen lässt und das Gefühl von Vergeblichkeit oder Ohnmacht triggert. Ab einem bestimmten Punkt („Point of no return“) kann dann auf notwenige Ressourcen nicht mehr zurückgegriffen werden, das Selbstwirksamkeitsgefühl geht verloren und als Reaktionsbildung tritt, je nach Veranlagung, das ein, was wir psychische Störung nennen.

Soziale Belastung verstärkt diesen Vergeblichkeitsprozess, dagegen kann soziale Unterstützung eine wesentliche Ressource für einen emotionalen Perspektivwechsel bedeuten.

Die Lindauer Psychotherapiewochen 2007 behandelten in der ersten Woche das Thema „Scham“. Das Schamgefühl entsteht vor allem dann, wenn wir nicht so sind wie wir gern (idealer Weise) wären und dabei gleichzeitig die Vorstellung haben, von anderen beobachtet zu werden. Scham ist mit dem höchst unangenehmen Gefühl der Entwertung verbunden. Man möchte sich verstecken und verkriechen.

Das Beschämende wird in den Bereich des „Schattens“ (ein Archetypus von C G Jung) verdrängt oder verschoben. Dort kann das Beschämende, wie wir meinen oder hoffen, nicht mehr gesehen werden.

Das Grundgefühl der Vergeblichkeit oder Ohnmacht und die damit einhergehende psychische Reaktionsbildung mag die Situation vieler psychisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen veranschaulichen.

Neben persönlichen Schatten, sind auch familiäre und gesellschaftliche Schatten anzunehmen. (In Zeiten zunehmenden Wettbewerbs müssen auch geschäftsschädigende Tatsachen in den Schattenbereich verdrängt werden. Bereits jetzt gibt es Hinweise dafür, dass Mitarbeitern gedroht wurde, wenn sie sich geschäftsschädigend verhalten und Auskünfte über Missstände weitergeben.)

Therapeuten wissen aber, dass ein nicht integrierter Schatten auch in eine nicht mehr wahrgenommene Eigendynamik führen kann. Der Ausschuss und die Besuchskommissionen widmen auch den Schattenbereichen besondere Aufmerksamkeit, um auf möglicherweise

nicht wahrgenommene Eigendynamiken gegen die Belange der Betroffenen hinzuweisen. Dass ein solcher Hinweis nicht immer angenehm empfunden wird, liegt auf der Hand. Insofern finden die Aktivitäten des Ausschusses und der Besuchskommission durch die Initiative der EU eine zusätzliche Bestätigung und Begründung.

1.2. Veräußerung der Niedersächsischen Landeskrankenhäuser

Die Veräußerung der Niedersächsischen Landeskrankenhäuser durch die Landesregierung war im Jahr 2006 ein durchtragendes Thema des Ausschusses, das nicht nur in jeder Ausschusssitzung, sondern auch in der Sondersitzung am 08.03.2006 intensiv erörtert wurde. Dabei ließ sich der Ausschuss regelmäßig über die stattgefundenen formalen Verfahrensschritte informieren. Regelmäßig wurde bedauert, dass das Bieterverfahren eine inhaltliche Erörterung der Ausschreibungen und der Gebote nicht zuließ. Formal war das Verfahren in 4 Schritte unterteilt:

1. Teilnahmewettbewerb
2. Aufforderung zur Abgabe vorläufiger Angebote auf der Grundlage eines Verfahrensbriefes, Abgabe der vorläufigen Angebote und Entscheidung über die Zulassung zum Datenraum
3. Datenraumphase, Abgabe konkretisierter Angebote und Zulassung zu Verhandlungen
4. Verhandlungsphase, Abgabe verbindlicher Angebote und Auswahl der Bieter für die Zuschlagsentscheidung

Inzwischen ist der Niedersächsische Landtag mit Mehrheit dem Antrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit vom 13.02.2007 (Drucksache 15/3545) gefolgt, der die Veräußerung der Niedersächsischen Landeskrankenhäuser an folgende Träger vorsah:

- Asklepios-Kliniken, Verwaltungsgesellschaft mbH – LKHs Göttingen und Tiefenbrunn
- Ameos Krankenhausgesellschaft Niedersachsen mbH – LKH Hildesheim
- Arbeiterwohlfahrt Niedersachsen gGmbH – LKH Königslutter
- Stadt Lüneburg – LKH Lüneburg
- Psychiatrie Verbund Oldenburger Land gGmbH - LKH Wehnen

Zum Zeitpunkt der Berichtsabfassung war die Veräußerung des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Osnabrück noch nicht geklärt. Im Verfahren des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Osnabrück war zunächst eine Zuschlagserteilung an die Ameos Krankenhausgesellschaft Niedersachsen mbH in Aussicht genommen. Der Mitbieter „Gertrudis – Krankenhaus gGmbH“ hat jedoch einen Nachprüfungsantrag bei der Vergabekammer Lüneburg erfolgreich eingereicht. Das Oberlandesgericht Celle hat jedoch in seiner Entscheidung vom 07.06.2007 die Ameos Krankenhausgesellschaft bestätigt. Gegen die Übernahme des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Wunstorf durch die Klinikum Region Hannover gGmbH hatte das Bundeskartellamt Bedenken erhoben. Aufgrund von Zusagen der Klinikum Region Hannover gGmbH hat das Bundeskartellamt Anfang Mai 2007 eine Freigabe unter Auflagen erteilt.

Das als Hochsicherheitsbereich genutzte und das früher zum Niedersächsischen Landeskrankenhause Göttingen gehörende „Feste Haus“ wurde organisatorisch dem Niedersächsischen Landeskrankenhause Moringen zugeordnet. Der Maßregelvollzug des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Brauel, des Niedersächsischen

Landeskrankenhauses Moringen und die forensische Abteilung des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Wunstorf in Bad Rehburg verbleiben in Landesträgerschaft. Alle übrigen Maßregelvollzugsabteilungen werden zusammen mit den Landeskrankenhäusern an die neuen Betreiber veräußert. Eine Verschränkung des Maßregelvollzuges mit der Allgemeinpsychiatrie ist landesseitig gewollt.

Zur Wahrnehmung der Aufgaben, die dem verfassungsrechtlich relevanten Kernbereich zuzuordnen sind, ist der Einsatz von Fachpersonal im Landesdienst vorgesehen. Für jede Maßregelvollzugseinheit werden 14 Stellen (z.T. wohl auch Teilzeitstellen) eingerichtet, die mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes sowie durch eine Sicherheitsbeauftragte/ einen Sicherheitsbeauftragten besetzt werden sollen, die einen lückenlosen Dienst für die Kernbereichsaufgaben abdecken sollen. Die beliebigen Mitarbeiter des neuen Trägers sind lediglich befugt, in Notfällen tätig zu werden, um unverzüglich die Landesbediensteten einzuschalten.

In der zitierten Landtagsdrucksache (Drucksache 15/3545) wird die Gewichtung der Bewertungskriterien für die Vergabe der Landeskrankenhäuser genannt:

- Medizinisches Konzept (Wertungsanteil: 45 %)
- Personalkonzept (Wertungsanteil: 10 %)
- Kaufpreis (Wertungsanteil: 35 %)
- Absicherung des Landes gegen finanzielle Risiken (Wertungsanteil: 10 %).

Die Drucksache führt weiter die in den Vertragswerken enthaltenden Einzelregelungen aus. Insbesondere werden die in allen Verträgen geltenden Verpflichtungen genannt:

1. Die Fortführung und bedarfsgerechte Weiterentwicklung der einzelnen voll- und teilstationären sowie ambulanten Leistungsangebote der Niedersächsischen Landeskrankenhäuser in der regionalen Pflicht- und Vollversorgung nach Maßgabe des Krankenhausesplans,
2. Fortführung und Ausbau der Zusammenarbeit mit den sozialpsychiatrischen Verbänden und jeweils bestehenden Angeboten der komplementären psychiatrischen Versorgung in der Region sowie mit den Sozialhilfeträgern,
3. Umsetzung der Vorgaben der Personalverordnung Psychiatrie im Rahmen der mit den gesetzlichen Krankenkassen vereinbarten Pflegesätze/Budgets,
4. Fortführung der vorhandenen Ausbildungsplätze,
5. Fortführung der Sozialeinrichtungen für die Beschäftigten,
6. Fortführung des Maßregelvollzuges im bestehenden Umfang, ergänzend eine Verpflichtung der neuen Träger der Landeskrankenhäuser Königslutter und Wehnen zur Errichtung von jeweils weiteren 24 Plätzen,
7. Durchführung des Maßregelvollzuges nach Maßgabe der Weisung der vom Land eingesetzten Vollzugsleitung und in die Zusammenarbeit mit weiteren Landesbediensteten,

8. Vereinbarung des Pflegesatzes für den Maßregelvollzugs in Höhe von 169,44 Euro, d.h., in der bisher geltenden Höhe unter Anrechnung von Kosten der Landesbediensteten und Fortschreibungen nach den derzeit geltenden Grundsätzen,
9. Rückübertragung des Maßregelvollzuges für den Fall, dass die Zuständigkeit der Übertragung von Aufgaben im Maßregelvollzug auf beliebige Unternehmer in dem durch das – novellierte – Maßregelvollzugsgesetz geregelten Umfang durch gerichtliche Entscheidung ganz oder wesentlich eingeschränkt wird,
10. Grundbuchliche Absicherung, dass die übertragenen betriebsnotwendigen Grundstücke nur für Zwecke eines Krankenhausbetriebes und begleitender Aufgaben verwendet werden dürfen.
11. Weiterveräußerungsverbot für die Dauer von mindestens 10 Jahren sowie vereinbarter Heimfall für den Fall der Insolvenz.“

Der Ausschuss war durch den Ausschussvorsitzenden in der Projektgruppe vertreten, die ihren Abschlussbericht „Erhalt der Qualität der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen und Wahrung der Rechte der Bediensteten der Niedersächsischen Landeskrankenhäuser“ am 10.02.2006 dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit für eine fachlich-inhaltliche Argumentation vorlegte. In ebenfalls beratender Funktion hatte sich eine Projektgruppe „Rechtsfragen“ am 08.09.2005, bestehend aus Vertretern des Sozialministeriums, des Justizministeriums und der Staatskanzlei konstituiert. Der Ausschuss bedauerte, dass ein wechselseitiger Austausch zwischen den beiden Projektgruppen und dem Ministerium sowohl vor als auch nach Abgabe der Berichte nicht mehr stattfand. Es entstand der Eindruck, dass psychiatrischer Sachverstand bei den Vergabeverhandlungen keine wesentliche Bedeutung hatte, denn eine fachärztliche Beteiligung an diesen Verhandlungen wurde nicht bekannt. Das Verfahren ließ keine Transparenz zu, um die Inhalte einer fachärztlichen Überprüfung und Bewertung zuzuführen. Die im Bieterverfahren vorgelegten sozialpsychiatrischen Konzepte sind nicht zugänglich und für die regionalen sozialpsychiatrischen Verbände nicht verwertbar.

Bei seinen Erörterungen über die Vergabep Praxis hatte der Ausschuss immer wieder eine reale Chance für regionale Konzepte und Anbieter gefordert. In den Ausschreibungstexten wurden regionale Anbieter aber nicht in besonderer Weise aufgefordert, sich zu bewerben.

Mit kritischer Aufmerksamkeit wird der Ausschuss die weitere Entwicklung der psychiatrischen Krankenhäuser begleiten und die Chancen aber auch die versäumten Chancen für Verbesserungen benennen.

Äußerst problematisch sieht der Ausschuss die zukünftige Konstruktion in den Maßregelvollzugsabteilungen der veräußerten psychiatrischen Krankenhäuser. In seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes und des Ausführungsgesetzes zum Gerichtsverfassungsgesetz – Stand 11.08.2006 – hat der Ausschuss seinen Standpunkt konkretisiert. Im Kapitel „Maßregelvollzug“ soll auf die Problematik näher eingegangen werden.

Nach wie vor vertritt der Ausschuss die Auffassung, dass bei Anwendung von Zwang im Rahmen öffentlich rechtlicher Unterbringung nach NPsychKG dieser nur von Personen

ausgeübt werden darf, die mit besonderen rechtlichen Befugnissen (Vollzugsbeamte) ausgestattet sind.

Inzwischen wurde das Gesetz zur Änderung des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke und das Gesetz zur Änderung des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes und des Ausführungsgesetzes zum Gerichtsverfassungsgesetz am 25.01.2007 verkündet.

1.3. - Behandlung mit Zwang – Gespräch mit den Vertretern der Selbsthilfe und Stellungnahmen

Wie bereits im 21. Tätigkeitsbericht des Ausschusses erwähnt, hat die im Internet veröffentlichte Stellungnahme des Ausschusses zum Thema: „Behandlung mit Zwang“ vom 09.11.2005 bundesweit zu Irritationen und entsprechend empörten Reaktionen bei den Verbänden der Psychiatrie-Erfahrenen geführt. Diese hatten sowohl einige Landtagsabgeordnete persönlich als auch die Sozialministerin, nicht aber den Ausschuss selbst, angeschrieben und die Stellungnahme des Ausschusses vehement zurückgewiesen. Der Ausschuss bot daraufhin den niedersächsischen Vertretern der Selbsthilfe ein klärendes Gespräch mit den Mitgliedern der Arbeitsgruppe „Behandlung mit Zwang“ an, das am 07.06.2006 im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Wunstorf stattfand. Bei diesem Gespräch erläuterten die Mitglieder der Arbeitsgruppe den Vertretern der Selbsthilfe den Hintergrund, wie es zu der Stellungnahme kam. Den Vertretern wurde auch erläutert, dass die zur Klarstellung dienende Stellungnahme des Ausschusses inzwischen durch eine Entscheidung des 12. Zivilsenates des Bundesgerichtshofes vom 01.02.2006 (Geschäftszeichen: XII ZB 236/05) überholt sei und neu überarbeitet werde. Denn die Entscheidung des Bundesgerichtshofes stellt klar, dass eine zivilrechtliche Unterbringung eine Behandlung mit Zwang nicht von vornherein ausschließt. Allerdings hat der 12. Zivilsenat betont, dass die Rechtfertigungsschwelle für eine Behandlung mit Zwang sehr hoch angesetzt werden muss und unter Berücksichtigung der Verhältnismäßigkeit als letzte Maßnahme besonders eingehender Begründung bedarf.

Bei dem Gespräch mit den Vertretern der Selbsthilfe wurde deutlich, dass die inhaltlichen Positionen zum Thema „Behandlung mit Zwang“ nicht so weit auseinander lagen, dass jedoch in der Stellungnahme des Ausschusses zwar die Perspektive der Behandler nicht aber der Betroffenen berücksichtigt worden war. Moniert wurde außerdem auch, dass die Psychiatrie-Erfahrenen nicht wie andere relevante Gruppen im Ausschuss vertreten sind. Sie machten plausibel deutlich, dass die Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen durch einen Vertreter im Ausschuss notwendig ist, wenn dieser seinem gesetzlichen Auftrag gemäß sich für die Belange der Betroffenen einsetze. Der Ausschussvorsitzende sagte den Vertretern der Selbsthilfe zu, dass er sich für einen speziell ausgewiesenen Sitz der Psychiatrie-Erfahrenen im Ausschuss für Angelegen der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen einsetzen werde und für eine entsprechende Änderung der Verordnung über Gremien für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung plädieren werde.

Inzwischen ist vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit eine Änderung der derzeit gültigen Verordnung über Gremien für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung zugesagt worden. Bis zur Berufung eines von der Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener vorgeschlagenen Mitgliedes, lädt der Ausschussvorsitzende einen Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen als ständigen Gast zu den Ausschusssitzungen ein.

Mit der ausführlichen schriftlichen Stellungnahme der Selbsthilfeverbände in Niedersachsen zum Thema: „Behandlung mit Zwang“, vom August 2006 hat sich der Ausschuss in seiner Sitzung am 13.12.2006 beschäftigt.

Das in der Sitzung abgestimmte Antwortschreiben lautete:

„Der Ausschuss schließt sich der Auffassung der Betroffenen an, eine spezielle Fürsorge- und Schutzfunktion zu Gunsten der Betroffenen auszuüben.

Der Ausschuss betont den Grundsatz, dass auch bei der stationären psychiatrischen Behandlung die persönlichen Rechte der Betroffenen zu wahren sind und besonderer Aufmerksamkeit bedürfen. Das betrifft insbesondere die Freiheit der Bewegung; dies gilt aber auch für ärztliche Eingriffe und die Vergabe von Medikamenten, die grundsätzlich die ärztliche Aufklärung und die Einwilligung der Betroffenen voraussetzen.

Unter Berücksichtigung des geltenden Rechts sind Maßnahmen, die mit Zwang verbunden sind, moralisch, medizinisch und rechtlich nur als äußerstes Mittel zur Verhinderung schwerwiegender Schäden zu rechtfertigen und bedürfen besonderer Begründung und Kontrolle. Alle Maßnahmen, wie persönliche Zuwendung und Deeskalation, die in der Lage sind, Zwang zu vermeiden, haben Vorrang. Es wird auch auf die Entscheidung des Bundesgerichtshofes vom 01.02.2006 (BGH: XII ZB 236/05) verwiesen. Beabsichtigte Maßnahmen, die mit Zwang verbunden sind, haben die Rechts- und Verfahrensgarantien der Betroffenen auf Beistand und Unterstützung, wie z. B. durch Vertrauenspersonen zu beachten. Traumatisierungen sind soweit wie möglich zu vermeiden.“

Zur grundsätzlichen Orientierung für die Verfahrensbeteiligten bei der Anwendung von Vorschriften öffentlich-rechtlicher und zivilrechtlicher Unterbringung hat der Ausschuss in seiner Sitzung am 13.12.2006 folgenden Beschluss gefasst:

„Zwangseinweisungen, Zwangsmaßnahmen, Unterbringung psychisch Kranker
Zwangseinweisungen und Zwangsmaßnahmen bleiben ein zentrales und aktuelles Thema der psychiatrischen Versorgung und des Rechts. Ethisch, medizinisch und rechtlich dürfen Zwangsmaßnahmen nur als letztes Mittel zur Verhinderung von schwerwiegenden Schäden und Gefahren angewandt werden. Es muss darum gehen, einer Anwendung von Zwang möglichst vorzubeugen und ihn, wann immer möglich, zu vermeiden. Achtsamkeit, Besonnenheit und Selbstkritik sind dabei ebenso gefordert wie Aufmerksamkeit, Reflexion und Klarheit der Entscheidung und des Handelns aller Beteiligten.

Wenn Zwang nicht zu vermeiden ist, muss dies so schonend wie möglich, aber auch sicher gestaltet werden. Betroffene dürfen nicht unnötig belastet und traumatisiert werden. Alle rechtlichen Vorgaben einer Kontrolle sind einzuhalten. Dazu sind auch die nötige Zeit, Zuwendung, Sorgfalt der verwaltungsmäßigen und rechtlichen Schritte und die personellen Voraussetzungen in Pflege, Behandlung und Rechtsprechung gefordert.

Die Zwangsbehandlung mit Medikamenten kann besonders stark erschüttern und manchmal traumatisieren. Bei einer Unterbringung nach NPsychKG ist sie nur rechtfertigbar, so weit und so lange sie zwingend notwendig und verhältnismäßig ist und keine andere Möglichkeit besteht, Selbst- oder Fremdgefährdung anders zu beheben. Der Bundesgerichtshof hat mit seiner Entscheidung vom 01.02.2006 auch für betreuungsrechtlich untergebrachte, einsichtsunfähige Patienten geklärt, dass eine

Zwangsbehandlung in Notlagen möglich ist, wenn schwere Leiden anders nicht gebessert werden können und hohe Risiken bestehen. Er schreibt die richterliche Genehmigung vor, in der die zu duldenende Behandlung so präzise wie möglich anzugeben ist. Der Ausschuss begrüßt, dass dies klargestellt ist und die Anforderungen hoch angesetzt sind.

Der Ausschuss unterstützt Bemühungen, bundeseinheitliche fachliche Leitlinien zur Deeskalation, zur systematischen Vermeidung bzw. zur möglichst schonenden Handhabung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie und in Heimen zu entwickeln und verbindlich zu machen. Leitlinien müssen die Beachtung der gesetzlichen Schutzvorschriften einschließen. dazu gehören Schulungen, um Krisen zu entschärfen (Deeskalationstraining), Zwang zu vermeiden und bei der Anwendung möglichst klar, schonend und kontrolliert zu behandeln. Zuwendung und Begleitung während einer Zwangsmaßnahme sind ebenso gefordert wie Nachsorge und therapeutische Bearbeitung der Folgen.

Der Dialog zwischen Behandlern, Pflegenden, Juristen, Betroffenen und anderen Beteiligten, muss intensiviert werden. Eine Verstärkung der Fortbildung und Supervisionen für alle Beteiligten ist geboten. Eine bessere Information der Betroffenen ist vorzunehmen.

Auch müssen Versorgungsangebote flächendeckend finanziert und eingerichtet werden, die sicherstellen, dass im Notfall noch vor einer Klinikeinweisung eine fachpsychiatrische Beurteilung und Behandlung erfolgt und auch Angehörigen offen steht. Alle Leistungsträger sind hierzu aufgefordert. Heime und Krankenhäuser müssen ihre Praxis durch regelmäßige öffentliche Berichterstattung offen legen und die Vermeidung von Zwang zu einem zentralen Ziel ihrer Patientenorientierung und Qualität machen. Auch Pflege- und Wohneinrichtungen müssen ihre Praxis transparent machen.

Der Ausschuss wird die Frage der Vermeidung strafrechtlicher Unterbringungen gesondert behandelt. Er sieht hier ein dringendes Problem und einen Auftrag für die gesamte Psychiatrie.“

1.4. Rehabilitations- und Hilfeplanung für Menschen mit seelischen Behinderungen

Mit Schreiben vom 20.06.2006 hat sich der Ausschussvorsitzende an die Geschäftsführerin der Arbeitsgruppe II A zum Quotalen System des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie gewandt, um die Notwendigkeit der Qualifizierung der Hilfeplanung bei Eingliederungshilfemaßnahmen für seelisch behinderte Menschen durch Mitarbeit sozialpsychiatrischer Dienste darzulegen. Die spezialgesetzliche Regelung des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) schreibt die Zuständigkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes für den Personenkreis der seelisch behinderten und psychisch kranken Menschen fest. Immer dann, wenn der Kommune Umstände bekannt werden, nach denen eine psychisch kranke oder seelisch behinderte Person besonderer Hilfen bedarf, sind dieser Person Hilfen durch den Sozialpsychiatrischen Dienst anzubieten oder zu vermitteln (vgl. § 5 NPsychKG). „Die Hilfen sollen das Ziel verfolgen, der betroffenen Person eine möglichst selbstständige, bei Bedarf beschützte Lebensführung in einer ihr zuträglichen oder gewohnten Gemeinschaft zu erhalten oder wieder zu ermöglichen (§ 6 Abs. 3 NPsychKG).

Hilfeplankonferenzen zur Rehabilitationsplanung bei seelisch behinderten Menschen waren von der psychiatrischen Fachlichkeit gefordert worden, um der Leitlinie „ambulant vor stationär“ ein stärkeres Gewicht zu geben, um inaktivierende Hilfemaßnahmen zu vermeiden und um die Integration und Teilhabe von seelisch behinderten Menschen am Leben in der Gesellschaft zu fördern. In Niedersachsen wurden Hilfeplankonferenzen (damals noch Fallkonferenzen genannt), erstmals in der Region Hannover und im Landkreis Celle unter der Federführung der Sozialpsychiatrischen Dienste erprobt. Mit der Einführung des Quotalen Systems in Niedersachsen wurde das Prinzip ambulant vor stationär auch für die Kommunen als Leistungsträger wirtschaftlich interessant. Dabei zielt die Hilfeplanung in zwei Richtungen:

- a) Anspruchsgewährung für den Behinderten auf adäquate Leistungen
- b) Maßnahmen, die das Eingliederungsziel verfehlen bleiben auch dem Leistungsträger erspart.

Entsprechend ausgestattete und qualifizierte Sozialpsychiatrische Dienste haben durch ihre Tätigkeit eine besondere Kompetenz zu beurteilen, welche ambulanten Maßnahmen noch möglich sind und wie sie auszusehen haben, da dies ihre Aufgabe nach NPsychKG ist.

Bei den beschriebenen Sozialpsychiatrischen Diensten kann vorausgesetzt werden, dass ausreichende Kenntnisse über den Umgang mit psychischen Störungen und seelischen Behinderungen vorhanden sind, und dass diese Kenntnisse bei der Hilfebedarfsermittlung auf der Grundlage des IBRP (integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan) und der ICF (internationale Klassifikation von Funktionen, Behinderungen und Gesundheit) angewandt werden können.

Bereits in seinem 21. Tätigkeitsbericht setzte sich der Ausschuss kritisch mit der Tendenz auseinander, Hilfeplanungen von speziellen Mitarbeitern der Sozialbehörden durchzuführen, ohne dass auf die Kompetenz des für seelische behinderte Menschen zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienste zurückgegriffen wird. Vielmehr sollten die Dienste personell so ausgestattet werden, dass sie in der Lage sind, Hilfeplankonferenzen zu qualifizieren.

Bei dem Gespräch mit der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände am 03.11.2006 wurde die Beteiligung Sozialpsychiatrischer Dienste als durch Landesrecht bestimmte Stelle für seelisch behinderte Menschen an der Erstellung des Gesamtplanes gemäß §§ 58 und 59 SGB XII angesprochen. Die Fortsetzung der inhaltlichen Auseinandersetzung im Jahr 2007 wurde vereinbart.

1.5. Integrierte Versorgung für psychisch kranke Menschen

In seiner Sitzung am 10.05.2006 ließ sich der Ausschuss vom Geschäftsführer des Landesfachbeirates Psychiatrie, Versorgungsplanung der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der MH Hannover über die Modelle der integrierten Versorgung für psychisch kranke Menschen berichten. Mit den §§ 140 a ff. SGB V ermöglicht der Gesetzgeber neue integrierte Versorgungsformen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung.

Für psychische kranke Menschen kann inzwischen auf die Erfahrung von zwei positiv abgeschlossenen Bundesmodellen der Integrierten Versorgung zurückgegriffen werden. Dabei wird die fachärztliche Behandlung durch einen rund um die Uhr zur Verfügung

stehenden Fachpflegedienst ergänzt. Unter ärztlicher Verantwortung kann bei einem entsprechenden Schweregrad der psychischen Erkrankung die notwendige behandlungsergänzende Leistung in Anspruch genommen werden. Damit soll es u. a. auch möglich werden, einen Komplexleistungsbedarf, der früher stationäre Behandlung erforderlich machte, ambulant anzubieten. Inzwischen wurden in Niedersachsen etwa 30 Verträge zwischen Krankenkassen und Fachärzten unter Einbeziehung von Fachpflegediensten abgeschlossen.

Der Ausschuss begrüßte grundsätzlich diese Verbesserung ambulanter Versorgungsangebote. Er problematisierte aber die Uneinheitlichkeit und Unübersichtlichkeit der verschiedenen Kassenverträge. Positiv beurteilt wurde die Chance, akut erkrankten Patienten die notwendige medizinische Behandlung und psychiatrische Pflege ambulant zukommen zu lassen und die Behandlung durch rezidivprophylaktische Pflege zu unterstützen.

Die Vorrangigkeit medizinischer Behandlung und medizinischer Rehabilitation nach SGB V schließt bei seelisch behinderten Menschen aber nicht parallele Leistungen nach SGB XII aus. Der Ausschuss verwies auf die Gefahr einer undifferenzierten Betrachtung des Leistungsanspruches von seelisch behinderten Menschen, die die Vorrangigkeit von Behandlungsleistungen nach SGB V als Ausschluss von Leistungen nach SGB XII interpretiert. Ambulante Konzepte der integrierten Versorgung für psychisch kranke Menschen sollten zukünftig diese Schnittstelle zwischen den Sozialleistungsgesetzen berücksichtigen.

1.6. Besuchskommissionen

Ein Schwerpunkt der Ausschussarbeit ist es auch stets, die ihm zuarbeitenden Besuchskommissionen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen. Dazu zählt, dass die Vorsitzenden und Vertreter der Besuchskommissionen im Ausschuss entsprechend Gehör finden und die Problematiken der Vorortrecherchen im Ausschuss erörtert werden. Es ist vorgesehen, die konstruktiven und orientierenden Gespräche zwischen den Vorsitzenden der Besuchskommissionen und den Vorsitzenden des Ausschusses wie bspw. am 28.06.2006 weiter fortzusetzen. Um einen möglichst intensiven Austausch zu ermöglichen, wurde in Absprache darauf verzichtet, eine gemeinsame Sitzung mit allen Besuchskommissionsmitgliedern durchzuführen. Es wurde vielmehr vereinbart, dass die Vorsitzenden oder Vertreter der Besuchskommissionen als Bindeglied zwischen Besuchskommissionen und dem Ausschuss fungieren und für einen effektiven Informationsaustausch sorgen.

Die Aufgaben des Ausschusses und der Besuchskommissionen bewegen sich im Spannungsfeld verschiedenster Interessen. Insbesondere die vor Ort tätigen Besuchskommissionen sind immer wieder mit ganz unterschiedlicher Kritik belegt worden.

So wurde z. B. von Heimaufsichten montiert, dass sie von den Besuchskommissionen nicht unmittelbar nach einem Besuch über die festgestellten Mängel informiert werden. Eine Heimaufsicht beklagte, erst nach einem Jahr durch den Ausschussbericht erfahren zu haben, dass die Bewohner eines Heimes im Zuständigkeitsbereich durch einen „verdeckt funktionierenden“ Türmechanismus praktisch geschlossen untergebracht waren. Durch eine zeitnahe Information hätte die Heimaufsicht unmittelbar einschreiten können.

Demgegenüber beklagte der Bundesverband der Arbeitsgemeinschaft privater Heime (APH) mit Schreiben vom 06.11.2006 die „ultimative Einschaltung von Aufsichtsbehörden“ durch die Besuchskommissionen. Statt die festgestellten Mängel zunächst mit der überprüften

Einrichtung und dem Träger zu erörtern, um so die Behandlung und die Betreuung des betroffenen Personenkreises unmittelbar zu verbessern, würden gleich die Heimaufsichten eingeschaltet. Der Bundesverband der Arbeitsgemeinschaft privater Heime (APH) wurde daraufhin vom Ausschussvorsitzenden über das gestufte Vorgehen der Besuchskommissionen informiert.

Während viele Einrichtungen auf die z. T. oft kritisch vorgetragenen Feststellungen der Besuchskommissionen durchaus positiv reagieren, beklagen die Besuchskommissionen die Beratungsresistenz einzelner Einrichtungsvertreter, bei denen über Jahre hin keinerlei Bemühungen festzustellen sind, die mit gravierenden Mängeln behaftete Versorgung für die Betreuten zu verbessern. In Zukunft wird auch der Leistungsträger in solchen Fällen verstärkt darauf zu achten haben, ob die erbrachte Leistung tatsächlich der vereinbarten entspricht und welche finanziellen Sanktionsmöglichkeiten angewandt werden können. Die Leistungsverträge wären zukünftig entsprechend zu gestalten.

Ein Beschwerdeschreiben an die Sozialministerin, die Staatssekretärin und den Landesfachbeirat vom 06.02.2006, das dem Ausschuss zuständigkeitshalber zugeleitet wurde, weist auf angebliche „beklagenswerte Missstände im Auftreten und Verhalten der Kommission und einzelner Mitglieder“ hin. So sei die Besuchskommission unangemeldet erschienen, wobei die vertretenden 6 Mitglieder die Wartezeit, bis der Heimleiter und die leitende Ärztin eintrafen, dazu genutzt haben sollen, intensiven Kontakt zu den Bewohnern aufzunehmen. Das sei ohne vorherige Ankündigung und ohne Begleitung einer Vertrauensperson der Einrichtung geschehen. Durch den Besuch überfordert, habe das Pflegepersonal einen „völlig dekompenzierten“ Bewohner stabilisieren müssen. Die „realitätsfernen Wünsche“ eines Bewohners habe die Besuchskommission zum Anlass genommen, der Einrichtung fehlende Kompetenz in der Betreuung vorzuhalten. Die angeblich unprofessionellen Äußerungen der Besuchskommissionsmitglieder würdigten nicht den chronischen Verlauf seelischer Behinderungen mit krankheitsimmanenter Verschlechterung. Diese Beschwerde ist ein Beispiel für die Unkenntnis der mit dem NPsychKG verbundenen Bestimmungen und der Zusammensetzung der Besuchskommissionen. Es wird unterstellt, dass eine solche Beschwerde der Abwehr eines möglichen Perspektivwechsels diene.

Beschwerden über Vorgehen und Verhalten von Mitgliedern der Besuchskommissionen werden an den Vorsitzenden des Ausschusses vor allem von solchen einzelnen Einrichtungen herangetragen, bei denen es Anlass zu Beanstandungen gab. Einrichtungen mit unbeanstandeten oder gelobten Angeboten beklagen sich nicht über das Auftreten der Besuchskommissionen. Ohne Zweifel kann von den Mitgliedern der Besuchskommissionen ein sachlich höflicher Umgangston erwartet werden. Das bedeutet aber nicht der Verzicht auf gezielt kritisches Nachfragen und Überprüfung der Plausibilität von Darstellungen. Einzelne Einrichtungen jedoch interpretieren bereits das gezielte Nachfragen als unzulässigen kontraproduktiven Angriff und meinen z. B., dass die Nachfrage nach den konkreten Inhalten der Tagesstruktur unzulässig und unprofessionell sei.

Bereits in früherer Zeit war von der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen Anstoß an unangemeldeten Besuchen der Besuchskommissionen genommen worden. In einer ausführlichen Stellungnahme vom 17.12.2001 stellte der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst beim Niedersächsischen Landtag bereits fest, dass nach § 30, Abs. 4, Satz 2 NPsychKG, „sowohl angemeldete als auch unangemeldete Besuche vorgesehen sind.“ Obwohl die gesetzliche Regelung für unangemeldete Besuche das Vorliegen eines weiteren Tatbestandsmerkmals („wenn es ihnen angezeigt erscheint“)

fordert, folgt hieraus nicht, dass unangemeldete Besuche im Verhältnis zu angemeldeten Besuchen nur in (begründeten) Einzelfällen erfolgen sollen. Vielmehr können die unangemeldeten Besuche durchaus die Mehrzahl der Besuche ausmachen, wenn es den Besuchskommissionen „angezeigt erscheint“. Eine Entscheidung über die Art des Besuchs (angemeldet oder unangemeldet) trifft die Besuchskommission hierbei vor jeden Besuch nach pflichtgemäßem Ermessen.“

Der Kreisverband des DRK Helmstedt hat mit Schreiben vom 05.07.2006 an die Geschäftsstelle des Ausschusses und der Besuchskommissionen für seine Pflegeheime die Zuständigkeit der Besuchskommission Braunschweig infrage gestellt. Zwar könne bei Altersdemenz der Heimbewohner nicht ausgeschlossen werden, dass auch gerontopsychiatrische Krankheitsbilder berührt sind, der Begriff der „Einrichtungen“ nach NPsychKG könne jedoch nicht pauschal auf die Gesamtheit der Pflegeheime im Zuständigkeitsbereich der Besuchskommissionen gesehen werden. Der Kreisverband Helmstedt des DRK vertrat die Auffassung, dass die Besuchskommission nicht befugt sei, „Prüfungen in einer vollstationären Altenpflegeeinrichtung durchzuführen, die gemäß § 72 SGB XI über einen Versorgungsvertrag verfügt und der Kontrolle der Heimaufsicht des Landeskreises Helmstedts sowie des medizinischen Dienstes der Krankenkassen unterliegt. Eine „Kontrollinstanz“ darüber hinaus werde nicht anerkannt, weil die gesetzlichen Voraussetzungen dafür nicht bestünden, von daher werde ein vorgesehener angemeldeter Besuch der Besuchskommission abgelehnt.

Im Auftrag des DRK-Kreisverbandes Helmstedt, führte das Anwaltsbüro Dornheim, Hamburg, in seinem Schreiben vom 19.10.2006 an die Geschäftsstelle des Ausschusses weiter aus, dass die Bewohner des von ihnen vertretenen DRK-Pflegeheimes keine Hilfen nach dem NPsychKG erhalten. Die Pflegeeinrichtung verfügte auch nicht über eine geschlossene Abteilung für psychisch Kranke oder Behinderte, „in denen diese entsprechend den Regelungen nach dem NPsychKG untergebracht werden könnten.“ Es könnten ferner nur Einrichtungen „einer Kontrolle durch Besuchskommissionen unterliegen“, „in denen Personen leben, die Hilfen nach dem NPsychKG beziehen.“ In seinem Antwortschreiben vom 27.10.2006 an die beauftragte Anwaltskanzlei, führte der Ausschussvorsitzende aus, dass das NPsychKG nicht als ein Leistungsgesetz wie die speziellen Sozialgesetzbücher angesehen werden kann. Bereits in der Kommentierung zur Einbringung des NPsychKG wurde geklärt (Landtagsdrucksache 13/3769, Niedersächsischer Landtag – 13. Wahlperiode, Seite 32): „Dabei ist der Begriff der Einrichtung umfassend gemeint; er erstreckt sich z. B. auch auf Altenheime und den Sozialpsychiatrischen Dienst. Die Besuchskommissionen prüfen die Belange von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen und die Versorgungsangebote.“

Nach telefonischer Auskunft des DRK-Kreisverbandes Helmstedt Anfang des Jahres 2007 habe das Schreiben des Ausschussvorsitzenden weder die beauftragte Anwaltskanzlei noch den DRK-Kreisverband erreicht.

Die grundsätzlichen Aufträge und Aufgabenstellungen der Besuchskommission und des Ausschusses sind im § 30 NPsychKG festgelegt und werden in der Verordnung über Gremien für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung und in den Geschäftsordnungen näher ausgeführt. Diese Grundlagen sind auf der Internetseite des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen (www.Psychiatrie.Niedersachsen.de) einzusehen. Diese Grundlagen sollen auch den Besuchskommissionen ein gestuftes Vorgehen bei Mängelfeststellungen ermöglichen.

Die ehrenamtlich tätigen Mitglieder der Besuchskommissionen zeichnen sich durch eine langjährige berufliche Erfahrung in unterschiedlichen Disziplinen aus und haben sich durch

ihre Kompetenz für die Belange psychisch Kranker und seelischer behinderter Menschen schon vor ihrer Berufung ausgezeichnet. Die meisten Mitglieder der Besuchskommission sind bereits über mehrere Legislaturperioden in den Besuchskommissionen tätig. Jährlich werden von den für verschiedene Gebiete zuständigen Besuchskommissionen ca. 120 Einrichtungen in Niedersachsen besucht. Durch ihre Erfahrungen und die seit 1983 langjährige Tradition der vergleichenden Beobachtung und Bewertung haben die Besuchskommissionen eine Kompetenz zur Beurteilung von Versorgungsqualität entwickeln können. Bei einer Mängelfeststellung kann daher stets auf die Feststellungen in vergleichbaren Einrichtungen eines Hilfeangebotstyps zurückgegriffen werden. Die Überprüfung gewonnener Eindrücke unter Rückgriff auf vergleichende Erfahrungen, die sachliche Erörterung aus unterschiedlichen, auch beruflich unterschiedlichen Perspektiven, trägt zu der vom Gesetzgeber gewollten Beurteilungsgrundlage bei. Wenn bei einer Einrichtung Mängel festgestellt wurden, muss sie davon ausgehen, dass der Besuchskommission vergleichbare Einrichtungen bekannt sind, bei denen diese Mängel nicht aufgetreten sind, sondern vorteilhaftere Lösungen für die Betroffenen gefunden wurden.

Das gestufte Vorgehen der Besuchskommission sieht daher auch vor, dass die Besuchskommission der Einrichtung ihren Eindruck mitteilt und ggf. mit den Vertretern der Einrichtung evtl. festgestellte Mängel erörtert. Die Einrichtung hat nunmehr die Möglichkeit, sich um die Behebung der Mängel zu bemühen. Die Besuchskommissionen unterrichten den Ausschuss und einmal jährlich den Landtag über ihre Feststellungen. Der Ausschuss und die Besuchskommissionen haben nicht die Befugnisse von Aufsichtsbehörden, diese werden aber bei gravierenden Mängeln, die mit Rechtsverstößen einhergehen, eingeschaltet.

Der Ausschuss ist bemüht, Instrumentarien zu entwickeln, die die Beurteilung der Besuchskommissionen und des Ausschusses noch transparenter machen.

Der Ausschuss und die Besuchskommissionen sind sich darin einig, dass es nicht möglich ist, alle Krankenhäuser und Einrichtungen, in denen psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen behandelt und betreut werden, jährlich einmal zu besuchen. Die Erkenntnis, dass zum Personenkreis des NPsychKG sämtliche Diagnosegruppen gehören, die in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einem Fachkrankenhaus für Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden, hat zu einer deutlichen Ausweitung der Sichtweise und des Aufgabenspektrums geführt. Daher setzen sich Besuchskommissionen und der Ausschuss besondere Schwerpunkte, um eine Vorstellung oder einen Eindruck von der Versorgungssituation psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen in Niedersachsen zu entwickeln, ohne dass sich daraus der Anspruch ableiten ließe, sämtliche Krankenhäuser und Einrichtungen einmal jährlich erfassen zu können.

Die Absicherung der Mitglieder der Besuchskommissionen und des Ausschusses bei Ausübung ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit bei Unfallfolgen konnte geklärt und bestätigt werden.

1.7. Geschäftsstelle des Ausschusses und der Besuchskommissionen

Der für die anfallenden Aufgaben der Geschäftsstelle zur Verfügung stehende Stellenanteil mit jetzt insgesamt 1 Stelle wird ausschussesseitig als zu niedrig angesehen. Zwar sieht die Landesregierung durch den Wechsel der Eigentumsverhältnisse bei den Niedersächsischen Landeskrankenhäusern keine Veränderungen für die Durchführung der Kontrollfunktionen

des Ausschusses und seiner Besuchskommissionen (vergleiche Drucksache 15/3015, Niedersächsischen Landtag – 15. Wahlperiode). Gleichwohl besteht bei den Besuchskommissionen und dem Ausschuss weitgehende Übereinstimmung, dass sich das Prüfungserfordernis durch die mit der Veräußerung der psychiatrischen Krankenhäuser einhergehenden Veränderungen der Versorgungsstruktur und der Versorgungskultur erhöht, um die Auswirkungen der Trägerwechsel angemessen beurteilen zu können. Überdies benötigt die bereits erwähnte beabsichtigte Verbesserung der Beobachungskriterien für psychiatrische Einrichtungen eine ausreichende Geschäftsstellenunterstützung. Auch die vergleichende Beurteilung von Einrichtungen unter Berücksichtigung der Erfahrungen von anderen Besuchskommissionen erfordert vermittelnde Begleitungen auch unter Beibringung früherer Protokolle und Feststellungen.

Auch wenn noch nicht im erwünschten Ausmaß, so hat doch der Internetauftritt des Ausschusses zu einem wesentlichen Schritt in die Öffentlichkeit beigetragen und hat die Transparenz der psychiatrischen Versorgungslage in Niedersachsen verbessert. Damit verbunden sind aber auch deutlich mehr Anfragen an die Geschäftsstelle, die entsprechend bearbeitet werden müssen.

In den letzten Jahren hat sich gezeigt, dass ein Bedarf an weiteren Arbeitsgruppen entstand, um auf besonders schwierige Fragestellungen Antwort zu finden, - Antworten, die wiederum als Grundlage für die Beurteilungskriterien von Ausschuss und Besuchskommissionen dienen.

Ein „Etappenziel“ konnte mit der Klärung erreicht werden, dass die Geschäftsführerin mit einer ganzen Vollzeitstelle dem Ausschuss zur Verfügung steht. Zuvor war sie nur zu 50 % für den Ausschuss tätig und mit der anderen Stellenhälfte in einem anderen Aufgabenbereich beschäftigt. Mit der Stellenaufstockung auf nunmehr eine Vollzeitstelle, entfielen allerdings auch die 15 Wochenstunden für Zuarbeitstätigkeit ersatzlos. Der Ausschussvorsitzende hält einen Stellenanteil für die Geschäftsstelle für mindestens 2 Vollzeitstellen für erforderlich, um neben der qualifizierten Aufgabenerfüllung auch eine Vertretung zu gewährleisten. Um nicht unter die Budgetierungsregeln zu fallen, sollten diese Stellen aus dem Stellenplan des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie herausgenommen werden.

1.8. Abschiebungen von psychischen kranken, stationär untergebrachten Migranten

Eine Zeitungsmeldung in der Hannoverschen Allgemeinen Zeitung vom 23./24.12.2006 war Anlass, den Niedersächsischen Innenminister grundsätzlich zur Frage der Abschiebepaxis bei stationär behandlungsbedürftigen Migranten zu befragen.

Laut Zeitungsbericht befand sich eine 40-jährige türkische Patientin nach einem Suizidversuch in der stationären Behandlung des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Hildesheim. Die Mutter von 7 Kindern wurde morgens um 4.00 Uhr von der Polizei im Krankenhaus aufgesucht und vor die Wahl gestellt, entweder mit ihren Kindern und ihrem Ehemann in die Türkei abgeschoben zu werden oder allein im Krankenhaus zurück zu bleiben. Dabei war nach Recherchen des Ausschusses weder auf das Eintreffen der zuständigen Oberärztin gewartet worden, noch wurde auf die psychische Verfassung von Mitpatienten Rücksicht genommen. Vielmehr wurde eine schwer traumatisierte Mitpatientin veranlasst, für die von Abschiebung betroffene Patientin zu dolmetschen, ohne auf ihren Gesundheitszustand zu achten.

Der Ausschuss hält es für erforderlich, dass die Grundsätze des Beschlussprotokolls des 108. Deutschen Ärztetages vom 03.05. bis zum 06.05.2005 beachtet werden. Darin heißt es: „Notwendige stationäre medizinische Behandlungen dürfen ohne richterlichen Beschluss nur im Einvernehmen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten durch ordnungsrechtliche Maßnahmen zwangsweise beendet oder unterbrochen werden. Der Vorstand der Bundesärztekammer wird daher gebeten, die politisch Verantwortlichen aufzufordern, die Sicherheit der sich in stationärer Behandlung befindlichen Kranken zu gewährleisten und die ärztliche Behandlungskompetenz nicht in Frage zu stellen“.

Der Ausschuss fasste folgenden Beschluss:

„Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen stellt grundsätzlich fest, dass psychisch kranke Menschen, die nach fachärztlicher Beurteilung noch eine stationäre Behandlung benötigen, in besonderer Weise vor staatlichen Eingriffen zu schützen sind, die ihre Genesung gefährden können. Die Einschätzung der Gefährdungsmöglichkeit durch einen Eingriff obliegt stets einer aktuellen fachärztlichen Beurteilung. Auch die Gefährdung von Mitpatientinnen und -patienten ist zu berücksichtigen.

Diese Grundsätze haben auch bei Migrantinnen und Migranten zu gelten, die von Abschiebung bedroht sind. Daher sind Polizeieinsätze oder Einsätze von anderen Behörden im Rahmen von Abschiebungen bei stationär behandlungsbedürftigen psychisch kranken Patientinnen und Patienten in einer Klinik grundsätzlich abzulehnen.“

Selbst wenn unterstellt werden könnte, behandelnde Klinikärzte würden dazu neigen, von Abschiebung bedrohte Patienten länger in der Klinik zu halten als es notwendig ist, um die Abschiebung hinauszuzögern oder gar zu verhindern, muss dennoch gefordert werden, dass nur ein Facharzt (und kein „Nichtarzt“) die stationäre Behandlungsnotwendigkeit und die damit verbundene Reiseunfähigkeit feststellt. Die Feststellung der stationären Behandlungsnotwendigkeit ist im Übrigen auch für den Kostenträger der Behandlungsmaßnahme relevant.

Dem Ausschuss ist inzwischen ein Bericht der Ärzte Dr. Ludwig Iskenius und Dr. Gisela Penteker vom 27.03.2007 (IPPNW) zugeleitet worden, die die abgeschobene Familie und die Patientin in der Türkei aufgesucht haben. In dem Bericht wird in erschütternder Weise deutlich, dass die abgeschobene Patientin psychisch schwerst erkrankt ist und keine adäquate Behandlung erhält. Die Abschiebung hat bei bestehender psychischer Störung zu einer außergewöhnlichen Schädigung durch Verstärkung des Krankheitsbildes geführt. Die psychische Erkrankung der abgeschobenen Patientin war eben nicht auf abschiebungsbedingte Faktoren zu reduzieren. Ohne Zweifel ist jede Abschiebung gegen den Willen einer Person eine schwere psychische Belastung und kann zu einer reaktiven Symptomatik führen, die rechtsstaatliche Maßnahmen nicht aufschieben kann. Diese Grundlage ist mit den behandelnden Ärzten zu kommunizieren. Die im Einzelfall schwierige Beurteilung der stationären Behandlungsbedürftigkeit haben die behandelnden Ärzte nach arztrechtlichen Grundsätzen zu treffen. Der vorliegende Fall zeigt ein schweres Krankheitsbild der Patientin, das allen Antrieb und die Fähigkeit zu Eigeninitiative blockiert. Unbehandelt wird die Patientin mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ein qualvolles Leben führen müssen.

Inzwischen wurde dem Ausschuss ein weiterer Abschiebungsfall im Jahr 2006 aus dem Niedersächsischen Landeskrankenhaus Hildesheim bekannt, bei dem ein Patient ebenfalls gegen ausdrücklichen ärztlichen Einspruch von der Polizei im Krankenhaus aufgesucht wurde und einer Abschiebung zugeführt wurde. Der Ausschuss hält auch diesen Eingriff in fachärztliche Entscheidungsbereiche und fachärztliche Kompetenz für nicht hinnehmbar!

1.9. Beschwerdestellen

Der Ausschuss befasste sich auch mit dem Thema „Beschwerdestellen“, die von den Psychiatrie-Erfahrenen als regionale Einrichtungen gefordert werden. Sie stellen ein Instrument des Beistandes außerhalb juristischer Regelungen dar und können die Position der Betroffenen in schwierigen Situationen stärken. Über eine Ombudsstelle in Hannover wurde berichtet, außerdem bestehen in den verschiedenen Regionen entsprechende Planungen und erste Erfahrungen.

2. Sozialpsychiatrische Verbände

Gegenüber den Ausführungen im 21. Tätigkeitsbericht für das Jahr 2005 hat sich an der Situation der Sozialpsychiatrischen Verbände nicht viel verändert. In verschiedenen Regionen haben sich Sozialpsychiatrische Verbände mit eigener lebendiger Dynamik entwickelt, die bei personell entsprechend ausgestatteter Geschäftsstelle, einen regen Austausch für die psychiatrische Versorgung in einer Region pflegen. Die Besuchskommission Lüneburg erwähnt in diesem Zusammenhang besonders positiv den Sozialpsychiatrischen Verbund Cuxhaven.

In anderen Regionen ist die Arbeit Sozialpsychiatrischer Verbände fast zum Erliegen gekommen oder hat sich so krisenhaft zugespitzt, dass die Selbstbeschäftigung und Blockade ihrer Mitglieder keinen Blick mehr frei hat für die Versorgungssituation der Betroffenen.

Bei der Abfassung sozialpsychiatrischer Pläne herrscht Unsicherheit darüber, was Bestand eines solchen Planes sein soll. Neben der Auflistung vorhandener Angebote, die sich in einem ständigen Wandel befinden, stellt sich die Frage nach einer wünschenswerten zukünftigen Entwicklung. Die Abstimmung der Vorstellungen verschiedener Träger, ist ein schwieriges Unterfangen. Nach wie vor fällt es den Trägern leichter, Vorstellungen der regionalen Versorgung unter eigener Trägerschaft im Sinn eines dezentral wirkenden Zentrums zu entwickeln, als den Verbundgedanken mit unterschiedlicher Trägerschaft voranzutreiben.

Der Trägerwechsel der psychiatrischen Krankenhäuser wird aller Voraussicht nach die Kultur Sozialpsychiatrischer Verbände weiter verändern, wenn diese die in § 8 Abs. 1 NPsychKG gesetzlich geforderte Mitarbeit im Sozialpsychiatrischen Verbund verantwortlich einlösen.

3. Ambulante Versorgung

Grundsätzlich hat sich die Situation der ambulanten Versorgung im Jahr 2006 zu der im Vorjahr beschriebenen nicht verbessert.

3.1. Ambulante fachärztliche Versorgung

Die seit Jahren beklagte Problematik einer völlig unzureichenden ambulanten psychiatrischen Versorgung durch Fachärzte, hat sich ebenfalls im Berichtszeitraum nicht verändert. Nach wie vor wurde von den psychiatrisch tätigen niedergelassenen Fachärzten beklagt, dass der Anreiz für diese Tätigkeit völlig unzureichend sei. Ausführlich ließ sich der Ausschuss über die Situation niedergelassener psychiatrisch tätiger Fachärzte informieren.

Das Deutsche Ärzteblatt, Heft 4, 26. Januar 2007 veröffentlichte einen Artikel zur psychiatrischen Versorgung mit der Überschrift: „Wir werden häufiger in die Klinik einweisen müssen.“

In dem Artikel wird berechnet, dass Psychiater und Nervenärzte rund 40 % ihrer Leistungen ohne Honorierung erbringen, wenn man den Vergleich zur Honorierung anderer Arztgruppen verwende. Die für Außenstehende schwer nachzuvollziehende Budgetfestsetzung und Punktwertberechnung führe dazu, dass Patienten, die mehr als vier diagnostische oder therapeutische Arztkontakte pro Quartal aufwiesen, aufgrund eines unterdurchschnittlichen, nicht mehr kostendeckenden Fallwertes zur Weiterbehandlung in die Klinik eingewiesen werden müssten. Damit würde, so der Bundesverband Deutscher Nervenärzte (BVDN), der seit 1975 in Deutschland von der Psychiatriereform erwünschte Bettenabbau konterkariert.

Auch die in einigen Regionen berichteten Wartezeiten von 4 Wochen, z. T. sogar 8 Wochen bei niedergelassenen psychiatrisch tätigen Fachärzten, sprechen nicht für eine angemessene Versorgungssituation. Hier soll es gehäuft zu Klinikeinweisungen kommen, weil hausärztlich tätige Ärzte mit der Versorgung psychisch kranker Menschen in problematischeren Fällen überfordert sind.

Von Seiten der Psychiatrie-Erfahrenen wird die unzureichende Versorgung bestätigt. Sie weisen insbesondere darauf hin, dass eine nicht bedarfsgerechte Versorgung zur Folge haben kann, dass ein Patient, der ursprünglich bei einer beginnenden Episode zu einer freiwilligen Behandlung noch bereit war, nach einer Wartezeit auf einen Behandlungstermin in einem späteren Stadium in die Klinik zwangseingewiesen werden muss, weil nunmehr krankheitsbedingt die erforderliche Einsichtsfähigkeit nicht mehr vorausgesetzt werden kann. Wenn die erforderliche ambulante Versorgung nicht sichergestellt werden kann, hat dies bei dadurch notwendig werdenden Zwangsunterbringungen Einschränkungen von persönlichen Rechten der Betroffenen zur Folge.

Weiterer wirtschaftlicher, wie psychologischer Druck auf die ambulant psychiatrisch tätigen Fachärzte (wie auch auf alle anderen Vertragsärzte) werde von dem Arzneimittelverordnungswirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) ausgehen, so die berichtenden Fachärzte im Ausschuss. Insbesondere die unzureichende Möglichkeit für den einzelnen Arzt die Gesetzesfolgen abzuschätzen, führten dazu, dass möglicherweise nicht das verträglichste, sondern das kostengünstigste Medikament verordnet werde. Es bestand Einigkeit, dass Patienten auf das gleiche Psychopharmakon unterschiedlich reagieren können. Zur Stabilität der Compliance müsse aber das Medikament gewählt werden, das vor allem die erwünschte Wirkungsweise, aber keine oder kaum unerwünschten Wirkungen zeige. Das AVWG setze Ärzte vor allem auch psychologisch unter Druck von diesem inhaltlich vernünftigen Grundsatz abzuweichen. Es wurden Fälle bekannt, bei denen Ärzte aus Regressbefürchtungen Medikamente nicht mehr verordneten, sondern die Patienten an einen anderen Arzt oder eine psychiatrische Institutsambulanz überwiesen.

In seiner Sitzung am 13.12.2006 hatte der Ausschuss Gelegenheit mit kompetenten Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen und der für die Krankenversicherung zuständigen Vertreterin und des Vertreters beim MS über die jahrelange bestehende Problematik der ambulanten psychiatrischen fachärztlichen Versorgung zu sprechen. Die Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen bestätigten die aufgezeigte Problematik. Die Einkommensverluste für niedergelassene Psychiater und Nervenärzte in der Vergangenheit wurden bestätigt. Die KVN erwarte von den beschlossenen Maßnahmen, den Sicherstellungsauftrag für die Versorgung psychisch kranker Menschen in Zukunft zu gewährleisten. Von Seiten der niedergelassenen Psychiater wurde allerdings eingewandt, dass zweifelhaft sei, ob die eingeleiteten Maßnahmen zur Sicherstellung der psychiatrischen Akutversorgung ausreichen.

Im Einzelnen wurde die nervenärztlich/psychiatrische Versorgungsdichte erörtert. Dabei wurde u.a. festgehalten, dass im Einzugsbereich des Sozialpsychiatrischen Dienstes Wilhelmshaven kein niedergelassener Psychiater tätig ist. Es wurde auch die Frage gestellt, ob die für die Planungsbereiche festgelegten Planungszahlen den Bedarf auch heute noch adäquat abbilden.

Verhalten positive Rückmeldungen gab es von solchen niedergelassenen psychiatrisch tätigen Fachärzten, die sich an einer Integrierten Versorgung beteiligten. Die Möglichkeiten, aber auch die Schwierigkeiten der Integrierten Versorgung für psychisch kranke Menschen waren auf einer Tagung des Landesfachbeirates Psychiatrie vom 15.11. bis 17.11.2006 in Loccum erörtert worden.

3.2. Sozialpsychiatrische Dienste

In Sozialpsychiatrischen Diensten tätige Fachärzte mit einer vertragsärztlichen Ermächtigung zur psychiatrischen Behandlung von Patienten berichteten von einem verstärkten Nachfragedruck, insbesondere durch niedergelassene Hausärzte für eine akute bzw. zeitnahe Behandlungsübernahme. In diesem Zusammenhang wurde erneut die Frage der Ermächtigung von Fachärzten in Sozialpsychiatrischen Diensten zur Behandlungssicherstellung gestellt.

Sozialpsychiatrische Dienste kennen die Menschen mit psychischen Störungen und seelischen Behinderungen in ihrer gewohnten Umgebung. Das Verhalten dieser Menschen in gewohnter Umgebung unterscheidet sich oft deutlich von dem Verhalten, das sie in einer Beratungsstelle, einer Praxis oder gar in einer Klinik zeigen. Andererseits bildet gerade das kontextspezifische Verhalten, natürlich unter Berücksichtigung fremdanamnestischer Angaben, die Grundlage für die Therapiestrategie. Nicht nur bei psychischen Störungen sind anderenorts festgelegte Therapiestrategien in gewohnter Umgebung nur bedingt brauchbar. Sozialpsychiatrische Dienste sind daran zu messen, dass sie zeitnah auch aufsuchende Hilfen bereitstellen.

Nach Mitteilung des Sozialministeriums sind bei insgesamt 47 Gebietskörperschaften in Niedersachsen 45 Sozialpsychiatrische Dienste nach NPsychKG eingerichtet. Dabei ist zu beachten, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste in der Region Hannover und von Stadt und Landkreis Osnabrück zusammengelegt wurden. In 3 Kommunen werden die Sozialpsychiatrischen Dienste nicht fachärztlich geleitet (2 Allgemeinmedizin, 1 Neurologie). In 2 Kommunen sind die Leiter der Sozialpsychiatrischen Dienste zugleich die Leiter der Gesundheitsämter. In verschiedenen Kommunen sind die fachärztlichen Leiter der

Sozialpsychiatrischen Dienste zugleich die Stellvertreter der leitenden Ärzte der Gesundheitsämter. Diese Doppelfunktionen und die spezifischen Aufgaben der leitenden Ärzte müssen im Einzelnen geprüft werden. Ein Sozialpsychiatrischer Dienst hat lediglich 1,5 Sozialarbeiterstellen, alle übrigen Sozialpsychiatrischen Dienste sind mit 2 und mehr Stellen für Sozialarbeit ausgestattet. In der Regel sind 1 – 2 Verwaltungsmitarbeiter z. T. auch in Teilzeittätigkeit bei den Sozialpsychiatrischen Diensten beschäftigt. Bei den Sozialpsychiatrischen Diensten Diepholz, Göttingen, Hannover (nur ehemaliges Stadtgebiet), Hildesheim und Verden verfügen die Fachärzte über eine vertragsärztliche Behandlungsermächtigung. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste werden in Hannover, Soltau-Fallingb. und in Wolfsburg vorgehalten. Nicht berichtet, aber bekannt ist, dass fachärztliche Leistungen z.T. nur in Teilzeit oder stundenweise erbracht werden. Wie in solchen Fällen mit Notfällen außerhalb fachärztlicher Präsenz umgegangen wird, ist nicht bekannt. Nahezu unberücksichtigt bleibt bei diesen Erhebungen auch die Einwohnerzahl oder die Fläche der zu versorgenden Kommune. Eine differenziertere Betrachtung wäre hier sicher angebracht. Von den Angehörigen wird deutlich hervorgehoben, dass die Dienste, von denen keine Hilfe erwartet werden kann, auch kaum in Anspruch genommen werden. Dienste mit „Alibifunktion“ seien für die Betroffenen letztlich überflüssig.

Nach wie vor wird nach den vorhandenen Daten in keiner Kommune eine personelle Besetzung der Sozialpsychiatrischen Dienste entsprechend der Empfehlungen der Niedersächsischen Landesregierung bei der Unterrichtung des Landtages vom 23.12. 1981 (Niedersächsischer Landtag – 9 Wahlperiode; Drucksache 9/3069) vorgehalten. Für die Versorgung von 150 000 Einwohnern wurde folgende Besetzung für erforderlich gehalten:

- 1 Arzt
- 1 Psychologe
- 3 Sozialarbeiter
- 0,5 Verwaltungskraft
- 1 Schreibkraft

Dies war auch die Berechnungsgrundlage für den kommunalen Finanzausgleich.

3.3. Institutsambulanzen

Ausführlich erörterte der Ausschuss die Rolle der psychiatrischen Institutsambulanzen für die ambulante Versorgung. Dabei steht die Nachsorge von zuvor stationär behandelten chronisch schwerkranken Menschen im Mittelpunkt. Eine bessere Entlassungsvorbereitung und Verzahnung kann stationäre Aufenthalte verkürzen. Es können aber auch Notfälle aufgefangen werden, um Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Das multiprofessionelle Angebot der Institutsambulanzen schließt soziotherapeutische Elemente mit ein. Ambulante Soziotherapie gem. §37a SGB V kann von daher durch die Ambulanzen nicht gesondert verordnet werden. Das Angebot der Institutsambulanzen ist in der Regel auf den näheren Umkreis beschränkt und kann die Versorgungsdefizite außerhalb dieses Umkreises nicht kompensieren.

Von Seiten der niedergelassenen Fachärzte wurde problematisiert, dass Institutsambulanzen teilweise dazu übergingen, mehr Fälle zu übernehmen, um auf die große Nachfrage zu reagieren.

Auch seitens der psychiatrischen Institutsambulanzen wurde bestätigt, dass die ambulante fachärztliche Versorgung durch die krasse Unterfinanzierung der Praxen zunehmend gefährdet ist.

Vertreter der Institutsambulanzen wiesen diese Vorhalte zurück und betonten, dass ein gesetzlicher Anspruch auf eine wirtschaftliche und leistungsgerechte Vergütung der Leistungen in Institutsambulanzen besteht. Diese seien aber nicht Verursacher der

schwierigen Problematik der niedergelassenen Vertragsfachärzte. Sie konzentrierten sich vielmehr auf ihren Behandlungsauftrag im Sinne der Versorgung der Patienten, die auf dieses Angebot angewiesen sind. Dabei stehe die Vermeidung stationärer Behandlung im Vordergrund. Der Kontext der Verkleinerung der Bettenzahlen und verkürzten Verweildauern sei zu beachten. Es dürfe nicht dazu kommen, dass ein für die besonders schwer psychisch Kranken leistungsfähiges Angebot ausgehöhlt wird, weil in anderen Sektoren bereits ein gravierender Mangel herrscht.

3.4. Soziotherapie und ambulante psychiatrische Pflege

Bis Mitte 2006 waren in Niedersachsen nach Auskunft des Ministeriums nur 3 Fälle von Soziotherapie abgerechnet worden bei über 50 ermächtigten Ärzten und 12 Anbietern von Soziotherapie. Die Problematik der Soziotherapie hat der gemeinsame Bundesausschuss aufgegriffen und zu einer „Evaluation der Gründe für die Schwierigkeiten Soziotherapie in der GKV anzubieten“ mit Schreiben vom 02. Januar 2007 aufgerufen.

Die Hürde für die Etablierung psychiatrischer Pflege ist deutlich zu hoch und kann nur in Ballungszentren gelingen, wo genügend Fachkrankenpflegepersonal vorhanden ist. Hier ist aber die Angebotsdichte meist sowieso größer. Integrierte Versorgung könnte die Schwelle absenken, wenn sie für die Patienten aller Kassen zur Verfügung stünde.

3.5. Psychotherapie

Nach wie vor ist die derzeitige Handhabung der „Antragspsychotherapie“ überdenkenswert. Allein die Tatsache, dass auch in Regionen mit sehr hoher Psychotherapeutendichte keine wesentliche Reduktion der Wartezeiten erreicht werden kann, muss Anlass geben, die strukturellen Vorgaben erneut zu überdenken und zu überprüfen. Bei der hohen Dichte psychotherapeutisch/psychosomatischer Betten in der Bundesrepublik Deutschland ist es nicht selten leichter, zeitnah einen stationären Behandlungsplatz zu bekommen als ambulant. Allerdings staunt man nicht selten über eine schwerer wiegende Diagnose zur Rechtfertigung der stationären Behandlung als sie ambulant zuvor gestellt wurden. Regelmäßig problematisch wird die psychotherapeutische Nachsorge nach stationärer Behandlung. Ohne Zweifel werden der Individualpsychotherapie Antworten zugemutet, die über die eigentliche Behandlung von psychischen Störungen hinausgehen.

3.6. Besuche der Sozialpsychiatrischen Dienste durch die Besuchskommissionen

Die Besuche der Sozialpsychiatrischen Dienste führten bei den Besuchskommissionen überwiegend zu kritischen Stellungnahmen. Während die Besuchskommission Weser/Ems Süd im Berichtszeitraum keinen Sozialpsychiatrischen Dienst besucht hatte, monierte die Besuchskommission Weser/Ems Nord, dass der Sozialpsychiatrische Dienst des Landkreises Ammerland zunehmend mit aufgabenfremden Tätigkeiten, wie der Begutachtung nach SGB II blockiert wurde. Positiv wurde die Zusammenarbeit mit dem Niedersächsischen Landeskrankenhaus Wehnen und der dazugehörigen Tagesklinik in Westerstede hervorgehoben.

Die Stelle der fachärztlichen Leitung im Sozialpsychiatrischen Dienst Nienburg konnte über Jahre nicht besetzt werden. Sie wurde inzwischen mit einer Fachärztin für Allgemeinmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen besetzt. In Planungsfragen der psychiatrischen Versorgung wird der Sozialpsychiatrische Dienst Nienburg sowohl von der eigenen Verwaltung als auch von der Politik kaum einbezogen. Auch wird die Kompetenz und

Zuständigkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes für seelisch Behinderte bei der individuellen Rehabilitationsplanung vom örtlichen Leistungsträger nicht oder nur kaum genutzt.

Der Sozialpsychiatrische Dienst des Landkreises Hildesheim erschien strukturell gut aufgestellt, einschließlich der Regelung für die zuständige Behörde bei öffentlich rechtlichen Unterbringungen nach NPsychKG. Als problematisch angesehen wurde die Unterbesetzung des Dienstes im sozialarbeiterisch/sozialpädagogischen Bereich und die Tatsache, dass ein vom Sozialpsychiatrischen Dienst unabhängiger neuer sozialer Ermittlungsdienst den jeweiligen Hilfebedarf bei seelisch behinderten Menschen selbst recherchiert und entscheidet, auch ohne den Sozialpsychiatrischen Dienst regelhaft zu beteiligen. Erhebliche datenschutzrechtliche Bedenken wurden gegenüber der Planung geäußert, den Sozialdienst in Bezug auf die Ermittlung von Sozialdaten mit der Betreuungsstelle zu koppeln. Daten dürfen grundsätzlich nur für den Zweck verwandt werden, für den sie erhoben wurden.

Nach wie vor konnte die bereits im Jahr 2005 berichtete Problematik des Sozialpsychiatrischen Dienstes Holzminden nicht gelöst werden. Ein Mitarbeiter des Teams wurde in einen anderen Bereich versetzt, ohne jedoch die dadurch entstandene Vakanz zu füllen. Der Umstand, dass der Dienst nicht von einem Facharzt für Psychiatrie geleitet wird, wirkt sich angesichts der Unterversorgung durch niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie besonders eklatant aus. Der Dienst selbst sei kaum in der Lage, Hilfen anzubieten und Versorgungslücken zu kompensieren, wie dies das NPsychKG vorsieht.

Der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Burgdorf war intensiv in die Umsetzung von Hilfeplankonferenzen einbezogen.

Nach wie vor muss die fachärztliche Tätigkeit beim Sozialpsychiatrischen Dienst des Landkreises Helmstedt mit einer monatlichen Stundenzahl von 10 Stunden als deutlich zu niedrig angesehen werden (dieser Dienst wird bei den Sozialpsychiatrischen Diensten mitgezählt, die unter amtsärztlicher Leistung stehen).

Beim Besuch des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadt Salzgitter fiel auf, dass zwei halbe Sozialarbeiterstellen nicht besetzt waren. Die Präsenz eines Psychiaters alle 14 Tage für einige Stunden war deutlich zu niedrig. Gewürdigt wurde aber das Bemühen der Stadt, einen Psychiater in Halbtags­tätigkeit zu beschäftigen, was inzwischen auch Erfolg hatte.

Für den Sozialpsychiatrischen Dienst Osterode konnte inzwischen eine Fachärztin für Neurologie gefunden werden, die dort halbtags beschäftigt ist und sich in Weiterbildung zur Fachärztin für Psychiatrie befindet. Die kooperative Vernetzungstätigkeit des Dienstes hinterließ einen insgesamt positiven Eindruck.

3.7. Insel Langeoog

Der Besuch der Besuchskommission Weser/Ems Nord auf der Insel Langeoog ergab, dass das Hilfeangebot für Menschen mit psychischen Störungen im Wesentlichen durch die niedergelassenen Ärzte, die Angebote der beiden Kirchen und insbesondere durch familiäre Hilfen erbracht wurde. Problematisch waren die Selbsthilfemöglichkeiten durch die geringe Anonymität für die Inselbewohner, insbesondere im Bereich Sucht. Über erweiterte Hilfemöglichkeiten und Beratungsangebote im zuständigen Landkreis war auf der Insel nur wenig bekannt.

3.8. Werkstätten für seelisch Behinderte

Die Werkstätten für seelisch behinderte Menschen wurden von den Besuchskommissionen überwiegend positiv bis sehr gut beurteilt. So wird von einem gut gelungenen Konzept der WFB in Lohne berichtet, die über ein vielfältiges Angebot an Arbeitsmöglichkeiten verfügt.

Problematisiert wurde, dass in Werkstätten für seelisch behinderte Menschen wie in einer Werkstatt in Hannover, Teilzeitbeschäftigungen nicht vorgesehen waren. Die Erwartung, dass chronisch psychisch kranke Menschen im Allgemeinen einen ganzen Arbeitstag mit Anfahrt bewältigen können, ist für schwerer Erkrankte zu hochschwierig.

4. Stationäre Versorgung und allgemeine Psychiatrie

Das Betriebsklima in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern war 2006 durch die Verunsicherung der Mitarbeiter geprägt, die angespannt die beabsichtigte Veräußerung der Landeskrankenhäuser verfolgten und die damit verbundenen Konsequenzen zu antizipieren versuchten.

Im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Hildesheim wurde sowohl von der Leitung des Hauses als auch von den Mitarbeitern eine Personalausdünnung im Pflegebereich beschrieben, die auch der Besuchskommission auffiel. Durch die mangelhafte Besetzung, die sich auf der besuchten Station auch im ärztlichen Bereich bemerkbar machte, konnten bezugstherapeutische Konzepte nur ansatzweise umgesetzt werden. Da auf der besuchten Station auch eine Maßregelvollzugspatientin untergebracht war, konnte die Station seit mehr als einem halben Jahr nicht mehr offen geführt werden. Hintergründe für diese Belegung und die personelle Ausdünnung wurden nicht bekannt. Kritikwürdig war, dass die Patienten ihre Handys abgeben mussten, obwohl ein ungestörtes Telefonieren bei der Platzierung des öffentlichen Telefons auch für freiwillig behandelte Patienten nicht möglich war. Wenn nicht Ausnahmetatbestände dagegen sprechen, muss nach § 25 NPsychKG auch den untergebrachten Patienten die Möglichkeit gegeben werden, Telefonate frei, ohne Einschränkung und Überwachung, zu führen.

Im Klinikum Warendorff wurden von der zuständigen Besuchskommission die gerontopsychiatrischen Stationen und eine geschlossene allgemeinpsychiatrische Station besucht. Kritisiert wurden die ungünstigen räumlichen Voraussetzungen mit wenig freundlichem Charakter. Es war fachlich nicht nachvollziehbar, warum Fixiergeschirre in offenbar demonstrativer Weise präsent waren. Für die Fixierungen von mehrfach bzw. regelmäßig fixierten Patienten fehlten richterliche Genehmigungen. Die Besuchskommission stellte einen unsensiblen und unreflektierten Umgang mit Fixierungen und den damit verbundenen erheblichen Einschränkungen der Freiheit der Bewegung fest.

Ebenfalls bedrückend bezeichnete die Besuchskommission Hannover den baulichen Zustand der Station 53 B der MHH. Neben der Renovierungsbedürftigkeit der wenig wohnlichen Räume, wurde auch die ungünstige Lage des Patiententelephons beklagt. Auch war das Angebot von Ergotherapie und sonstigen therapeutischen Maßnahmen unzureichend.

Bei den besuchten tagesklinischen Stationen stellte die Besuchskommission Hannover erneut den Trend fest, dass dort zunehmend weniger Menschen mit chronisch verlaufenden Psychosen als vielmehr Menschen mit Anpassungsstörungen, Depressionen und Angstkrankheiten behandelt wurden.

Die Tageskliniken des Klinikums Warendorff und des St. Annenstift in Twistringen hinterließen einen insgesamt guten bis vorbildlichen Eindruck. Allerdings schienen chronisch psychisch kranke Menschen mit Psychosen von dieser Behandlungsform weitgehend ausgeschlossen zu sein.

Die von der Besuchskommission Braunschweig besuchten Stationen der Privatnervenklinik Dr. Fontheim befanden sich z. T. in einer Umbauphase. Insgesamt erschien die personelle und räumliche Ausstattung ausreichend.

Von der Besuchskommission Weser/Ems Süd wurde der Suchtbereich des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Osnabrück besucht. Speziell die Station S 5 wurde durch die Renovierung deutlich aufgewertet. Nachteilig und lähmend machten sich aber die hohen Temperaturen, die im Sommer entstanden, bemerkbar (im Dienstzimmer Temperaturen bis zu 45 Grad Celsius). Neben baulichen Problemen, auch bei der Nutzung von Außenbereichen wirkte sich auf die Behandlung besonders problematisch aus, dass einige Kassen bereits 3 Tage nach Aufnahme der Patienten die Kostenzusage infrage stellten.

Die Paracelsus-Berghof-Klinik in Bad Essen und die St. Josef-Stift-Fachklinik in Holte/Lastrup wurden von der zuständigen Besuchskommission sehr positiv beurteilt. Von den Kliniken selbst wurde der ständig steigende Verwaltungsaufwand beklagt. Die besuchte Paracelsus-Wittekind-Klinik in Bad Essen konnte umständehalber noch nicht ausreichend beurteilt werden.

Über die Planung der Zusammenlegung des Grafschafter Klinikum und des Marienkrankenhauses Nordhorn und der damit verbundenen Verlegung der Psychiatrie in die Hannoverstraße in Nordhorn wurde bereits im 21. Ausschussbericht berichtet. Auch unter Berücksichtigung der geltend gemachten Argumente, dass durch eine Verlegung der psychiatrischen Klinik die gewachsenen Strukturen zu den anderen medizinischen Disziplinen zerschlagen würde, und unter Berücksichtigung der Eingaben ehemaliger Patienten, sah sich der Ausschuss nicht in der Lage, eindeutig gegen die beabsichtigte Verlegung zu votieren. Er schloss sich vielmehr der Sicht der Besuchskommission Weser/Ems Süd an, die eine rasche abgestimmte Planung zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Klinik forderte.

Die Besuchskommission Weser/Ems Nord stellte fest, dass die Forderung der Europäischen Besuchskommission zur Überwachung von fixierten Patienten im Reinhard-Nieter-Krankenhaus Wilhelmshaven und im Klinikum Emden nicht so durchgeführt wurden, dass fixierte Patienten durch Sitzwachen hätten entlastet und beruhigt werden können. Vielmehr waren Stationszimmer entweder mit Glasfenstern versehen worden oder die Patienten wurden fixiert auf Klinikflure geschoben, um gleich mehrere fixierte Patienten durch eine Sitzwache überwachen zu lassen.

Die vom Ausschuss bereits mehrfach monierte Praxis der Unterbringung von Jugendlichen in der Erwachsenenpsychiatrie wurde erneut ohne erkennbare Lösung für das Reinhard-

Nieter-Krankenhaus in Wilhelmshaven, für die Ubbo-Emmius-Klinik (Norden) und für das Klinikum Emden berichtet.

5. Stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung

Weil es sich um den Tätigkeitsbericht des Ausschusses handelt, werden nicht insgesamt Entwicklungen und Planungen eines Gebietes beschrieben. Aus den einzelnen Gebieten werden vielmehr diejenigen Angelegenheiten aufgeführt, mit denen sich der Ausschuss befasst hat.

Der Ausschuss hat in seiner Sitzung am 13.12. 2006 – ausgehend von den Problemen bei der Versorgung von Jugendlichen mit Fremdgefährdung durch Auswirkungen schwerwiegender psychischer Störungen – sich Zeit für eine allgemeine Erörterung von Fragen der Kooperation und präventiver Strategien genommen, allerdings ohne konkrete Ergebnisse.

5.1. Ambulante Versorgung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Seit Ende des Berichtsjahres bieten außer den Ersatzkrankenkassen auch die Gesetzlichen Krankenversicherungen in Niedersachsen (so wie schon des längeren in fast allen Bundesländern) den Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Vertragsarztpraxen /Medizinischen Versorgungszentren die Möglichkeit einer Sozialpsychiatrie-Vereinbarung an. Der Ausschuss hatte in den vergangenen Jahren wiederholt die darauf abzielenden Bemühungen der Landesgruppe des *Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* unterstützt. Von den 69 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Vertragsarztpraxen nehmen inzwischen 54 (aus 43 Praxen bzw. MVZ) an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung teil.

Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste gem. § 7 Abs. 2 NPsychKG nehmen in der Region Hannover, in Wolfsburg und im Landkreis Soltau vielseitige Aufgaben der Versorgung sowie der Unterstützung und Beratung in Kooperationszusammenhängen wahr.

Institutsambulanzen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sind an 14 der 15 stationären Einrichtungen (Fachkrankenhäuser bzw. Abteilungen) vorhanden und werden in erheblichem Umfang in Anspruch genommen.

5.2. Stationäre Versorgung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

An den 15 stationären Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Niedersachsen standen Ende des Berichtsjahres 594 Betten und 107 Tagesklinikplätze zur Verfügung. Weniger als 25 Betten haben die 5 Einrichtungen in Göttingen, Holzminden, Oldenburg und Wilhelmshaven, mehr als 50 Betten haben die vier Einrichtungen in Hannover, Hildesheim, Ganderkesee und Neuenkirchen.

An 11 der 15 Einrichtungen sind Tageskliniken mit 5 bis 14 Plätzen vorhanden. Die Anzahl der Tagesklinikplätze (bezogen auf 10.000 Minderjährige) liegt indessen unter dem Durchschnitt der Bundesländer.

An 7 der 15 Einrichtungen bestehen zur Behandlung von Minderjährigen, die infolge ihrer psychischen Störung sich selber oder andere gefährden, Stationen mit besonderen Schutz- und Sicherheitsvorkehrungen, zusammen mit 69 Betten. Darüber hinaus sind 31 weitere Betten auf derartigen Krisenstationen genehmigt bzw. geplant. Im vorangehenden Abschnitt dieses Berichtes ist bereits das Problem angesprochen, dass ältere Jugendliche, bei denen Selbst- oder Fremdgefährdung besonderen Schutz und Freiheitsentziehung erfordern, in Einrichtungen der Allgemeinpsychiatrie aufgenommen werden müssen, wenn die dafür vorgesehenen Betten in den Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie voll ausgelastet sind. Die Anzahl derartiger Ereignisse ist allerdings rückläufig (Erhebung des Niedersächsischen Sozialministeriums). Für Kinder, d.h. junge Menschen, die noch nicht 14 Jahre alt sind, stellen Einigungen der Einrichtungen und entsprechende Vorgaben des Niedersächsischen Sozialministeriums sicher, dass sie auf jeden Fall in einer entsprechend ausgestatteten Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und nicht in einer Einrichtung der Allgemeinpsychiatrie aufgenommen werden.

Der *Niedersächsische Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* hat Anfang 2006 eine Arbeitsgruppe gebildet, deren Auftrag es ist, strukturelle Vorschläge zu entwickeln, um die Aufnahme von Jugendlichen in Einrichtungen der Allgemeinpsychiatrie soweit wie möglich und angebracht zu vermeiden. Ein erster Vorschlag sieht vor, in jeder Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie einige Krisenbetten für kurzfristig notwendigen Schutz einzurichten.

Bei der Unterrichtsversorgung an den stationären Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist es zwar zu verlässlicheren Regelungen gekommen. Es bestehen aber nach wie vor große Unterschiede hinsichtlich der Zahl der Unterrichtsstunden, weil die entsprechenden Stundenvorgaben eine Verbesserung an den benachteiligten Einrichtungen nicht zulassen. Der Ausschuss hat sich bereits 1992 mit dieser Angelegenheit befasst. In den letzten Jahren ist ihm mehrfach dazu berichtet worden. Seine an den Niedersächsischen Kultusminister gerichtete Anfrage vom 05.02.2004 ist ohne Antwort geblieben.

6. Maßregelvollzug

Die Verunsicherung des Personals und der Patienten durch die Absicht der Landesregierung, die Landeskrankenhäuser zu veräußern und die damit verbundenen Verhandlungen überschattete nach Auskunft der zuständigen Besuchskommissionen die tägliche Arbeit im Maßregelvollzug.

Die inzwischen bekannt gewordene Neuregelung des Maßregelvollzugs mit der organisatorischen Zuordnung des Hochsicherheitsbereichs „Festes Haus“ in Göttingen zum Niedersächsischen Landeskrankenhaus Moringen, der Veräußerung der Maßregelvollzugsabteilungen mit den Niedersächsischen Landeskrankenhäusern, mit Ausnahme des Landeskrankenhauses Moringen, Brauel, der forensischen Abteilung Bad Rehburg, wirft neue Fragen auf. Die Absicht zur Erledigung von verfassungsrechtlich relevanten Kernbereichsaufgaben in den veräußerten Maßregelvollzugsabteilungen Fachpersonal von 5 Ärzten, 5 Pflegekräften und 1 Sicherheitsbeauftragten weiterhin als

Landesbedienstete einzusetzen, alle übrigen Aufgaben aber von beliebigen Mitarbeitern ausführen zu lassen, berücksichtigt nicht die damit einhergehenden Spaltungsrisiken. Die unterschiedlichen dienstrechtlichen Abhängigkeiten öffnen die Tür für die Gefahr, die Mitarbeiter gegenseitig auszuspielen und damit zu spalten. Unbewusst und sich damit der Kontrolle entziehende Spaltungstendenzen stellen bei bestimmten Diagnosegruppen eine nicht unwesentliche Gefahr dar, die durch die zukünftigen strukturellen Bedingungen gefördert wird. Kann ein solcher Spaltungsmechanismus nicht rechtzeitig erkannt werden, ergeben sich daraus bedeutsame zusätzliche Risiken für die Sicherheit.

Unzureichend transparent sind die Vorstellungen darüber, wie in Zukunft die Konzepte der Rehabilitation von psychisch kranken Straftätern und die Rückfallprophylaxe aussehen sollen.

Von der Besuchskommission Maßregelvollzug wurde insbesondere immer wieder auf die engen räumlichen Verhältnisse in den Maßregelvollzugsabteilungen hingewiesen. Dass räumliche Enge die Neigung zu aggressiver Entladung fördert, ist nicht nur in Fachkreisen bekannt.

In der Maßregelvollzugsabteilung des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Wunstorf beschreibt die Besuchskommission, wie im Jahr zuvor, eine größere Anzahl von tätlichen Übergriffen, besonders in der gesicherten Eingangsstufe. Der Einzugsbereich der Region Hannover führte zu einem hohen Anteil an Migranten.

Auch im Landeskrankenhaus Hildesheim wurde die räumliche Enge beklagt, das galt vor allem auf der Station, wo Patienten nach § 64 STGB untergebracht sind. Wie für das Landeskrankenhaus Wunstorf werden ungünstige Voraussetzungen für Ergo- und Arbeitstherapie beklagt.

Die Erweiterung der Räumlichkeiten im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Wehnen bieten demgegenüber die Möglichkeiten zu differenzierten Behandlungsangeboten. Im Rahmen einer Projektgruppe konnte ein berufsgruppenübergreifendes, leitbildorientiertes Konzept erarbeitet werden. Für Patienten ohne Lockerungsstatus fehlten allerdings die räumlichen Möglichkeiten für ein Sportangebot.

In der Maßregelabteilung des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Göttingen wurde von einer gleichbleibenden Belastung durch aggressive Attacken berichtet. Im Berichtszeitraum kaum es zu einem massiven Angriff auf einen Krankenpfleger mit entsprechenden Verletzungsfolgen. Die Besuchskommission kritisierte das Fehlen eines Konzeptes zum Schutz des Personals.

Auch für die forensische Abteilung Bad Rehburg wird von aggressiven Spannungen unter den Patienten durch räumliche Enge berichtet.

Personelle Engpässe im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Moringen, aber auch im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Brauel führten zu Problemen bei der Betreuung der forensischen Patienten. Die Besuchskommission strich dennoch das erfolgreiche Konzept des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Moringen heraus, das etwa 5,5mal so viele Ausgänge ohne Begleitung und Urlaube über dem Durchschnitt gestattete, während gleichzeitig die Entweichungsraten und die Raten von Zwischenfällen im Bundesdurchschnitt

den untersten Bereich einnahmen. Für das Landeskrankenhaus Moringen wurde vor allem auch die lokale Akzeptanz in der Bevölkerung herausgestrichen.

Die Einrichtung von speziellen forensischen Institutsambulanzen wurde für die Landeskrankenhäuser Göttingen, Königslutter, Osnabrück und Lüneburg berichtet. Die Aufgaben und Zuständigkeiten der Institutsambulanzen im Land Niedersachsen seien allerdings bisher noch nicht durch einen Erlass geregelt.

7. Heime

Der bereits im 21. Bericht des Ausschusses beobachtete Trend zur Zunahme von Heimplätzen für seelisch behinderte Menschen schien sich auch im Berichtszeitraum weiter fortzusetzen. Von Bedeutung scheint in diesem Zusammenhang auch das Betreuungsrechtsänderungsgesetz, das eine pauschalierte Vergütung für rechtliche Betreuer eingeführt hat. Das so veränderte Anreizsystem führte offenbar dazu, dass rechtliche Betreuer zunehmend Heimplätze suchten, um die Versorgung sicher zu stellen.

Auf Begründungstautologien bei Heimunterbringungen wurde bereits in früheren Berichten aufmerksam gemacht. Der Landtagsbeschluss, eine Reduzierung der Heimplätze um 10 % vorzunehmen, wird weniger denn je erfüllt. Wenn die bereits geäußerten Befürchtungen eintreffen sollten, dass mit der Privatisierung der Landeskrankenhäuser ein Ausbau der flankierenden Einrichtungen einhergehen wird, um die Wertschöpfung zu optimieren, kann auch mit einer weiteren Dynamik im Heimbereich gerechnet werden.

Die von der Besuchskommission Braunschweig besuchten Heimeinrichtungen, wie das Wohnheim Ilsede der FIPS GmbH., das Haus am Pulverturmwall der FIPS GmbH, die Seniorenresidenz Grasleben GmbH, Seniorenzentrum Wendhausen, der psychiatrische Heimbereich der Privatnervenklinik Dr. Fontheim und das Alten- und Pflegeheim Wartburg in Lehre, hinterließen einen insgesamt positiven Eindruck, ohne Beanstandungen. Besonders hervorgehoben wurden das Konzept und die Verbesserung im psychiatrischen Heimbereich der Privatnervenklinik Dr. Fontheim.

Während für das Haus am Stadtpark, Psychiatrisches Wohn- und Pflegeheim in Schöningen, lediglich eine bessere Beleuchtung und hellere Tapeten für sinnvoll erachtet wurden, kritisierte die Besuchskommission bei einem Alten- und Pflegeheim in Königslutter, dass die sanitären Anlagen nicht mehr dem heutigen Standard entsprachen, sondern sogar im Extremfall etwa 30 Meter vom Patientenzimmer entfernt lagen.

Verbesserungen wurden in einem Seniorenzentrum in Sickinge registriert, bemängelt wurde allerdings erneut, dass die geschlossen untergebrachten Bewohner im 2. Stock keinen freien Zugang zum Gartenbereich hatten.

Für ein Seniorenzentrum in Goslar schlug die Besuchskommission Braunschweig vor, die geschlossenen Bereich in die untere Etage zu verlegen und das Trickschloss abzuschaffen, um eine rechtliche eindeutige Situation herzustellen. Außerdem wurde angeregt, die jüngeren Bewohner eher in Einrichtungen der Eingliederungshilfe zu verlegen, wo sie besser gefördert werden könnten.

Beim Besuch eines Pflegeheimes des DRK Helmstedt ergab sich eine grundsätzliche kontroverse Diskussion darüber, ob der Besuch statthaft ist. Die Besuchskommission sah daraufhin die Grundlage für die Fortsetzung des Besuches an diesem Tag nicht gegeben.

Trotz positiver Wahrnehmung des Engagements der Mitarbeiter und des Betriebsklimas wurde die Personalausstattung im Haus Oelber der Diakonische Werke Himmelsthür in Baddeckenstedt für unzureichend angesehen. Die räumliche Situation im Haus Triangel der Diakonischen Werke Himmelsthür in Sassenburg wurde als erheblich verbesserungsbedürftig bewertet.

Für die Evangelische Stiftung Neuerkerode, einer Einrichtung mit 823 geistig und z. T. geistig/seelisch behinderten Bewohnerinnen und Bewohnern, wurde nach eigenen Berechnungen ein Fehlbedarf von etwa 190 Stellen angegeben.

Für die Besuchskommission Hannover hat sich ein Heim für seelisch Behinderte in Bockenem als beratungsresistent erwiesen. Unverändert fand die Besuchskommission die seit Jahren monierten, unhaltbaren Zustände vor. Im Vergleich zu anderen Einrichtungen waren die Bewohner weder baulich angemessen untergebracht, noch war eine ausreichende Tagesstruktur erkennbar. Die massiven Beanstandungen vergangener Jahre hatten trotz Einschaltung der Heimaufsicht zu keinen wesentlichen Konsequenzen geführt. Es war fraglich, ob das Heim die mit dem Kostenträger vereinbarten Eingliederungshilfeleistungen überhaupt erbringt und auf Auflagen reagiert. Inzwischen wurde dem Betreiber der Betrieb des Heimes mit sofortiger Wirkung am 23.04.2007 untersagt.

Auch die geschlossene Frauenstation sowie die geschlossene Außenwohngruppe in Grasdorf, zugehörig zum Heimbereich des Klinikum Wahrenndorff, blieben trotz der seit Jahren geäußerten Beanstandungen beratungsresistent. Demonstrativ sichtbar aufgehängte Fixierungsurte auf der geschlossenen Frauenstation bestätigten den Eindruck der geringen Förderungsbemühungen. Auch die räumliche Ausstattung des Gutshofes gab Anlass zur Wiederholung der Beanstandungen.

Dem gegenüber hob die Besuchskommission positiv das inzwischen voll sanierte Haus 7 des Klinikums Wahrenndorff hervor. Der Besuchskommission fiel auf, dass die positive räumliche Gestaltung eine positive Auswirkung auch auf die Haltung der Mitarbeiter und Bewohner zu haben schien.

Ein Heim in Polle für Menschen, die sowohl an einer Suchtkrankheit als auch an einer Psychose leiden, beurteilte die Besuchskommission nicht positiv. Neben unzureichender Tagesstruktur fehlten entsprechende Förderpläne und Zielvorgaben für die Bewohner.

Während die erfreuliche Entwicklung für das Wohnheim Haus Mohmühle registriert wurde, strich die Besuchskommission einen durchweg positiven Eindruck für die Heimstatt Röderhof in Diekholzen bei Hildesheim heraus, das den Bewohnern optimale Bedingungen bot.

Durch ein direktes Gespräch mit der Geschäftsführung für ein DRK Pflegeheim in Hannover konnte erreicht werden, dass seit Jahren beanstandete Missstände angesprochen werden konnten und erhebliche Verbesserungen einschließlich verbesserter Fortbildungen für die Mitarbeiter durchgeführt werden konnten.

Ein Heim für Demenzkranke in Bad Nenndorf ließ Zweifel an der fachlichen Kompetenz der Betreuung aufkommen. Die Gestaltung der Räume und der Zugang zum Garten waren

überhaupt nicht alters- oder behindertengerecht hergerichtet. Hinweise für eine Tagesstrukturierung fehlten. Trotz gegenteiliger Bekundung lagen keine richterlichen Genehmigungen für die geschlossenen Unterbringungen der Bewohner vor.

Problematisch erschien der Besuchskommission Lüneburg die Zusammensetzung der Bewohner eines Heimes in Kirchlinteln. Die Diagnosen reichten vom Down-Syndrom bis zur endogenen Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis, von der geistigen Behinderung bis zu schweren psychischen Störungen. Fraglich war, ob den sehr unterschiedlichen Anforderungen der Bewohner überhaupt Rechnung getragen werden kann.

Für eine Einrichtung für geistig behinderte Menschen in Lilienthal wurden die Hilfebedarfsgruppen nach dem HMB-Verfahren problematisiert, da mit diesem Verfahren zeitaufwendige Verhaltensstörungen nicht berücksichtigt würden. Im Übrigen wurde vermerkt, dass von der Autorin des Verfahrens eine Pflegesatzzuordnung nicht vorgesehen war.

Die Besuchskommission Weser-Ems/Süd beurteilte die besuchten Wohnheime in Osnabrück, Melle, Steinfeld, Nordhorn und die betreute Wohngruppe in Papenburg weitgehend positiv und registrierte ein aufgeschlossen engagiertes Personal.

Problematisiert wurde das Betreute Wohnen in Meppen, bei dem der Trägerverein sowohl als Anbieter des Betreuten Wohnens als auch als Vermieter der Räumlichkeiten auftrat. Insgesamt blieben bei der neuen Organisationsform viele Fragen offen, die zukünftig zu klären sind.

Während die Besuchskommission Weser-Ems/Nord die Entwicklung des Seniorenwohntentrums in Brake positiv erwähnte, weil die früher festgestellten Mängel zwischenzeitlich behoben werden konnten, wurden bei einem Seniorenpflegeheim in Wiefelstede unklare Unterbringungsverhältnisse der Bewohner angetroffen. So waren die Aufnahmegründe und die Pflegedokumentation für Außenstehende nicht nachvollziehbar, ebenso wenig konnte erkannt werden, ob für regelmäßige Fixierungen eine richterliche Genehmigung vorlag.

Die problematische Unterbringung eines 17-jährigen Jugendlichen in einem Heim in Dornum konnte mit dem zuständigen Sozialdezernenten des Landkreises Aurich besprochen werden. Dabei gab der Landkreis die Zusage bis März 2007 einen geeigneten Hilfeplan für diesen Jugendlichen zu erstellen und umzusetzen.

Besonders positiv hob die Besuchskommission Weser-Ems/Nord die neuen Wohnmodelle der Seniorenwohngemeinschaft Friedrichsfehn und des Seniorenparks in Norden hervor. Auch ein Altenheim auf der Insel Langeoog zeichnete sich durch die individuell an der spezifischen Beeinträchtigung alter Menschen orientierten Betreuungsleistung aus, die ein selbstständiges Wohnen, soweit dies möglich war, sicher stellten.

8. Ausblick

Die Folgen des Verkaufs der Niedersächsischen Landeskrankenhäuser wird man in Zukunft genau beobachten müssen. Das davon ausgehende Signal verstärkt einen Trend, der sich bereits vorher ankündigte. Marktwirtschaftliche und wettbewerbsorientierte Kriterien spielen

eine zunehmend dominante Rolle in der psychiatrischen Versorgungslandschaft. Das kann im positiven Sinne dazu führen, dass bisher fehlende Angebote eingerichtet und bereits bestehende Angebote zu Gunsten der Betroffenen flexibel weiter verbessert und optimiert werden können.

Aber die Entwicklung ist nicht sicher absehbar und noch nicht ausreichend klar darzustellen. Denn die Dominanz marktwirtschaftlicher und wettbewerbsorientierter Ansätze kann auch bedeuten: Expansion durch Kundengewinnung und anschließende Kundenbindung, ohne dass der Integrationsansatz weiter verfolgt wird. Im Allgemeinen werden Kunden durch Komfortversprechen gewonnen und durch entsprechende Konstruktionen und Vertragsgestaltungen gebunden. Dabei besteht die Gefahr, dass der personenzentrierte Ansatz der Sozialpsychiatrie durch einen produktorientierten Ansatz ersetzt wird. Dann wird nicht mehr die Leistung erbracht, die der Patient tatsächlich benötigt, sondern das Leistungsbündel, das die größte Wertschöpfung verspricht. Gemacht wird das, was bezahlt wird! Nach wie vor problematisch sind die Gewöhnung an Unselbstständigkeit und der Verlust an Fähigkeiten durch die Abnahme von Selbstverantwortung und Selbstbestimmung. Komfortable Angebote können durchaus dazu verführen, die Frage nach der Notwendigkeit oder nach Alternativen nicht mehr zu stellen. Im normalen Konsumentenalltag ist diese Frage geradezu überflüssig evident. Häufig kommen die komfortableren Angebote aber nicht den „Kränksten“, die z.B. an einer schweren Psychose erkrankt sind, zu Gute, sondern einer größer werdenden Gruppe eher psychoreaktiver Störungen.

Zu recht werden psychiatrische Versorgungsangebote infrage gestellt, die ihr meist schwerkranken und hilfloses Klientel vernachlässigen oder sogar misshandlungsnah agieren. Insgesamt zeichnet sich ein noch nicht klar zu differenzierender Trend ab. Psychische Störungen nehmen in den Bereichen zu, wo den höher werdenden gesellschaftlichen Normerwartungen an Effektivität und Effizienz des Einzelnen nicht mehr entsprochen werden kann und damit die soziale Anerkennung ausbleibt. Es sind vor allem Anpassungsstörungen, Angststörungen und depressive Störungen. Der nicht selten blande und reversible Beginn entwickelt sich bei der bestehenden Angebotslage und den gesellschaftlichen Bedingungen zu einer schweren Störung, die Erwerbsunfähigkeit und Invalidisierung zur Folge haben kann.

Man ist andererseits immer wieder überrascht, wie sich Krankheitsdefinitionen an ökonomischen Schemata und Kategorien orientieren. Da wird ein vergleichsweise „leichtes“ Störungsbild deutlich pathologischer definiert, um die Finanzierung der an und für sich notwendigen therapeutischen Leistung zu erlangen. So wird aus einer depressiven Reaktion oder einer leichten depressiven Episode, die ambulant keine zeitnahe Hilfe fand, stationär mindestens eine mittelschwere, wenn nicht schwere depressive Episode mit allen Symptomen, die dazu gehören.

Marktwirtschaftliche Konstruktionen verlangen nach einem stimmigen Anschein, zumindest auf dem Papier, ohne dass eine realitätsgerechte Rückkopplung vorausgesetzt werden kann. Ökonomische Konstruktionen funktionieren eine zeitlang durchaus allein als Konstrukt. Die Dominanz marktwirtschaftlicher Vorgaben führt auch im psychiatrischen Bereich dazu, dass gesellschaftliche Wirklichkeit so konstruiert wird, dass sie schließlich in marktwirtschaftliche Schemata passt. Innovationen können sich im Bereich neuer Hilfeangebote, aber auch im Bereich neuer Krankheitskonstruktionen niederschlagen. Dabei drängt sich die Frage auf: Wo bleibt der personenzentrierte Ansatz? Wie zwingend ist die marktwirtschaftliche Dominanz? Kann ein maßvoller Pragmatismus gefunden werden?

Die Dominanz von Wettbewerb und Marktwirtschaft hat bereits in einigen Sozialpsychiatrischen Verbänden die konstruktive, kooperative und inhaltliche Arbeit blockiert. Betreiber ziehen sich aus der Verbundarbeit zurück, weil sie den Nutzen für sich

nicht erkennen können. Diese Tendenzen wird der Ausschuss mit kritischer Aufmerksamkeit beobachten.

Von zentraler Bedeutung bleibt der personenzentrierte Ansatz und die Frage: „Was braucht ein psychisch erkrankter oder seelisch behinderter Mensch, um die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben so weit wie möglich zu erreichen?“ Dies zu erkunden, geht nicht ohne Mühe. In diesem Zusammenhang bezieht der Ausschuss die parteiliche Position, den Einsatz für die Belange von psychisch erkrankten und seelisch behinderten Menschen zu stärken. Diese Stärkung deckt sich mit dem Auftrag staatlicher Daseinsvorsorge. Daher ist von besonderer Bedeutung, wie in den einzelnen Kommunen diese Position vertreten und gestärkt werden kann.

Ohne Zweifel sind viele der im Jahr 2006 erörterten Themen auch im Jahr 2007 weiter aktuell und bedürfen der Vertiefung. Die Fortsetzung der engen Zusammenarbeit mit dem Landesfachbeirat Psychiatrie in Niedersachsen wird die Auseinandersetzung mit den Herausforderungen der psychiatrischen Versorgung auch in Zukunft wegweisend ermöglichen.

(Dr. Höfer)

**Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung
- 15. Wahlperiode -**

Mitglieder	Stellv. Mitglieder
Herr Dr. Eberhard Höfer Hildesheim Vorsitzender	Herr Dr. Joachim Beutler Braunschweig
Herr Wolfram Beins Celle Stellv. Vorsitzender	Herr Rainer Ostermann Emden
Frau Gabriela Kohlenberg (MdL) Springe	Frau Dorothee Prüssner (MdL) Goslar
Frau Gesine Meißner (MdL) Wennigsen	Frau Ursula Peters (MdL) Edewecht
Frau Christa Elsner-Solar (MdL) Hannover	Frau Ulla Groskurt (MdL) Osnabrück
Frau Ursula Helmhold (MdL) Rinteln	Frau Meta Janssen-Kucz (MdL) Leer
Frau Dr. Dagmar Schlapeit-Beck Göttingen	Herr Wolfgang Herzog Helmstedt
Frau Jutta Eichhorst Hannover	Herr Dietmar Altenberg Hannover
Herr Dr. Patrizio-Michael Tonassi Hannover	Herr Dr. Eberhard Grosch Laatzen
Herr Prof. Dr. Gunther Kruse Langenhagen	Herr Dr. Heyo Prahm Oldenburg
Herr Prof. Dr. Andreas Spengler Wunstorf	Herr Prof. Dr. Friedrich Specht Göttingen
Herr Pater Sebastian Hackmann O.P. Vechta	Herr Pastor Rainer Müller-Brandes Burgdorf
Frau Rose-Marie Seelhorst Barsinghausen	Herr Edo Tholen Oldenburg
Herr Jens Deckwirth Celle	Frau Eva Moll-Vogel Hannover

Geschäftsstelle

Frau Brigitta Heine

Telefon:
05121 / 304-385Fax:
05121 / 304-613

E-Mail:

Brigitta.Heine@ls.niedersachsen.de

Herausgeber:
Ausschuss für Angelegenheiten
der psychiatrischen Krankenversorgung
des Landes Niedersachsen
Geschäftsstelle
c/o Niedersächsisches Landesamt
für Soziales, Jugend und Familie
Domhof 1
31134 Hildesheim

Tel.: (05121) 304-385

Fax: (05121) 304-613

E-Mail: Brigitta.Heine@ls.niedersachsen.de

Internet: www.psychiatrie.niedersachsen.de