

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

24. Tätigkeitsbericht 2008



Niedersachsen

24. Tätigkeitsbericht

des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Niedersachsen für das Jahr 2008

Inhaltsverzeichnis:

	Seite
1 Zur Arbeit des Ausschusses	1
2 Zur Arbeit der Besuchskommissionen	3
3 Rahmenbedingungen und übergeordnete Trends	6
4 Neue Trägerschaft der ehemaligen Landeskrankenhäuser	10
5 Neuregelungen: Telekommunikationsüberwachung und Datenspeicherung	13
6 Zusammenführung von sozialen Diensten der Kommunen	14
7 Handhabung von Zwangsmaßnahmen und Betreuungen	15
8 Suchtkrankenversorgung	18
9 Sozialpsychiatrische Verbände	20
10 Ambulante vertragsärztliche Versorgung	21
11 Psychiatrische Institutsambulanzen	22
12 Sozialpsychiatrische Dienste	24
13 Werkstätten für seelisch Behinderte und weitere ambulante Angebote	26
14 Insel Juist	27
15 Stationäre Versorgung und allgemeine Psychiatrie	27
16 Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung	28
17 Maßregelvollzug und forensische Angebote	29
18 Heimeinrichtungen	31
19 Ausblick	34
Anhang – Personelle Zusammensetzung des Ausschusses	37

1 Zur Arbeit des Ausschusses

Mit dem Ende einer Wahlperiode des Niedersächsischen Landtages erneuerte sich auch die Amtsperiode des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen (vgl. § 5 der Verordnung über Gremien für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung). In der vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit einberufenen Sitzung am 03.12.2008 konstituierte sich der Ausschuss für die laufende Wahlperiode in neuer Zusammensetzung.

Zum vorsitzenden Mitglied wurde Prof. Dr. med. Andreas Spengler, Wunstorf, gewählt. Stellvertretendes vorsitzendes Mitglied wurde Dr. med. Eberhard Höfer, Hildesheim, der das Amt des Vorsitzenden über 10 Jahre inne hatte und nach der Verordnung über Gremien für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung nicht wieder gewählt werden konnte.

Bis zur konstituierenden Sitzung am 03.12.2008 war der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung noch in alter Zusammensetzung im Jahr 2008 tätig, obwohl der Landtag inzwischen neu gewählt und besetzt war. Die notwendige Beteiligung von Gremien bei einer Änderung der Verordnung über Gremien für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung hatte die Verordnung zur Änderung der Verordnung über Gremien für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung verzögert und erst zum 14. Oktober 2008 möglich gemacht.

Diese Änderung der Verordnung sieht vor, dass der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung zukünftig auf Vorschlag der Psychotherapeutenkammer ein Mitglied und ein stellvertretendes Mitglied der nichtärztlichen Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten erhält und außerdem durch ein Mitglied und ein stellvertretendes Mitglied der Psychiatrie-Erfahrenen ergänzt wird. Diese zusätzlichen Besetzungen waren ein Wunsch des Ausschusses, der sich dadurch eine bessere Repräsentation der Betroffenen und der an der Versorgung für psychisch kranke Menschen beteiligten Gruppierungen verspricht.

Das Warten auf die Neukonstituierung des Ausschusses führte dazu, dass dieser im Jahr 2008 nur zweimal regulär tagte, nämlich am 13.2.2008 und am 18.6.2008.

Der 23. Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung für das Jahr 2007 war am 29.10.2008 im Ausschuss für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit des Niedersächsischen Landtages erörtert worden. Der 23. Tätigkeitsbericht ging bereits auf Themen ein, die in der ersten Ausschusssitzung 2008 behandelt worden waren. Wir nehmen darauf ausdrücklich Bezug und sehen davon ab, diese Themen erneut umfassend zu behandeln.

Ein Thema, das in den letzten Ausschussberichten benannt wurde, soll hier noch einmal kurz Erwähnung finden: Die notwendige personelle Aufstockung der Geschäftsstelle für den Ausschuss und die Besuchskommissionen. Bei der Erörterung des 23. Tätigkeitsberichts am 29.10.2008 war eine Lösung in Aussicht gestellt worden. Die Umsetzung war bis zur Erstellung dieses Berichtes noch nicht möglich, ist aber nach Mitteilung des Fachministeriums weiter konkret vorgesehen, wobei Synergien mit anderen Aufgaben beabsichtigt sind.

An dieser Stelle sei erneut allen Besuchskommissionen, besonders ihren Vorsitzenden und übrigen Ehrenamtlichen, allen Ausschussmitgliedern und dem Fachministerium sowie allen Kooperationspartnern, besonders dem Niedersächsischen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie unter Herrn Präsidenten Dr. Gelhausen und der Geschäftsführerin Frau Heine herzlich für ihren hervorragenden Einsatz und die gute Zusammenarbeit gedankt!

2 Zur Arbeit der Besuchskommissionen

Die Besuchskommissionen führten im Berichtszeitraum 120 Besuche durch. Die Spanne reicht pro Besuchskommission von 17 bis 32. Besucht wurden 27 Kliniken, davon 3 Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie 10 Maßregelvollzugseinrichtungen, 60 Heime und Alteneinrichtungen, 9 Sozialpsychiatrische Dienste und 12 sonstige Einrichtungen (darunter eine Insel, ein Amtsgericht und eine Landkreisverwaltung). Die Kommissionen selbst sind berufsgruppenübergreifend besetzt. Es waren wenige Nachbesetzungen vorzunehmen, ein Vorgang, der Anfang 2009 abgeschlossen werden konnte. In allen arbeiten auch Ausschussmitglieder, auch Landtagsabgeordnete mit. Angehörige und Betroffene wirken mit.

Erneut ist das ehrenamtliche Engagement aller Beteiligten zu unterstreichen: Mit persönlichem Einsatz und hoher Fachlichkeit kommen die Besuchskommissionen vor Ort unter teils schwierigen Bedingungen zu differenzierten Einschätzungen und erweisen sich als ebenso vermittelt wie handlungs- und kritikfähig.

Jährlich findet ein Treffen des Ausschusses mit den Vorsitzenden der Besuchskommissionen statt, um die Vernetzung und gemeinsame Abstimmung zu fördern. Aus den Ausschusssitzungen sind die inhaltlichen Beiträge der Vorsitzenden der Besuchskommissionen nicht wegzudenken. Schwierige Situationen werden gemeinsam mit Geschäftsstelle und Vorstand abgestimmt und gelöst. Die Regelwerke zur Arbeit haben sich bewährt.

Wenn man die Tätigkeitsberichte des Ausschusses und die Protokolle der Besuchskommissionen der vergangenen Wahlperioden durchliest, dann stellt man fest, dass viele Themen und Probleme aufgegriffen und wiederholt erörtert werden mussten. Man stellt aber auch fest, dass sich diese Wiederholungen und das "Bohren dicker Bretter" lohnt. Auch wenn Besuchskommissionen in Einrichtungen mit ihren Anregungen, Anmerkungen und Kritiken zu Anfang vereinzelt auf Vorbehalte und Ablehnung stoßen, lässt sich in späteren Protokollen erfreulich nachlesen, dass die Einrichtungen in der Regel konstruktiv mit den kritischen Anmerkungen der Besuchskommissionen umgehen konnten und Verbesserungen eingeführt haben. Dies bedeutete für den betroffenen Personenkreis stets eine erwünschte qualitative Verbesserung ihrer Situationen. Eine wichtige indirekte Funktion ist also die ständige Präsenz der Besuchskommissionen, ihr Augenmerk, ihre Wiederkehr bei Kritikpunkten. Dies wird überwiegend von Betroffenen dankbar angenommen, von Mitarbeitern aufgegriffen, von den Leitungen als konstruktive Hilfe für die Weiterentwicklung von Versorgungsqualität bewertet.

Weil der Ausschuss und die Besuchskommissionen immer wieder für einen respektvollen Umgang mit den Betroffenen eintreten, kann dieser Respekt auch von den Mitgliedern des Ausschusses und der Besuchskommissionen gegenüber den besuchten Einrichtungen erwartet werden, ohne dass auf eine sachlich kritische Beobachtung und Beurteilung verzichtet werden muss. Der Ausschuss und die Besuchskommissionen, die unabhängig und nicht weisungsgebunden tätig werden, überprüfen die eigene Haltung immer wieder selbstkritisch, müssen aber auch darauf beharren, dass Kritik vor Ort sachlich angenommen wird. Leider kam es in wenigen Einzelfällen zu unsachlicher Polemik durch Verantwortliche besuchter Einrichtungen, Drohungen mit rechtlichen Schritten, limitierter Auskunftsbereitschaft. Dies konnte in der Regel durch gemeinsame Interventionen der Geschäftsstelle und der Vorsitzenden

des Ausschusses mit den Besuchskommissionen angegangen und meist auch diplomatisch versachlicht werden.

Für sämtliche Mitglieder des Ausschusses und der Besuchskommissionen gilt ein Neutralitätsgrundsatz, der besagt, dass die Mitglieder in eigener Sache mit persönlichen Interessen nicht aktiv tätig werden, aber angehört werden können. Die differenzierte Zusammensetzung des Ausschusses und der ihm zuarbeitenden Besuchskommissionen von qualifizierten Personen aus unterschiedlichen Bereichen und Professionen soll auch zur selbstkritischen Überprüfung und Selbstkontrolle dieser Gremien beitragen. Forderungen, die ein Tätigwerden der Mitglieder im eigenen regionalen Gebiet unterbinden wollen, wurden nicht zuletzt aus sachlichen wie praktischen Gründen verworfen.

Auf ein abgestuftes Vorgehen bei der Feststellung von Mängeln wurde bereits im 23. Tätigkeitsbericht für das Jahr 2007 ausführlich eingegangen. Diese Grundsätze wurden 2008 weiter verfolgt und werden auch 2009 handlungsleitend bleiben.

In den vergangenen Jahren wurde der Wunsch und Bedarf der Besuchskommissionen nach besser standardisierten Beobachungskriterien und Checklisten als Grundlage für alle Besuchskommissionen in Niedersachsen, formuliert. Inzwischen werden für den kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich und für den stationären psychiatrischen Bereich entsprechende Protokollbögen erprobt. Grundsätzlich stellen Checklisten und Protokolle eine gute Arbeitsgrundlage dar, sie sind nicht öffentlich zugänglich. Sie werden 2009 weiter auf ihre Praxistauglichkeit, Aussagekraft und auf die vernünftige Balance von Aufwand und Nutzen hin beurteilt.

Sitzungen des Ausschusses und der Besuchskommissionen sind mit gutem Grund nicht öffentlich. Unter Berücksichtigung schutzwürdiger Interessen können der Ausschuss und die Besuchskommissionen verantwortlich darüber entscheiden, welche Sachverhalte öffentlich gemacht werden sollen, um die Belange der Betroffenen zu fördern. Wenn in den Tätigkeitsberichten des Ausschusses Mängel von Einrichtungen und Versorgungsstrukturen öffentlich gemacht werden, dann soll dies dem Zweck dienen, die Umsetzung der in § 6 NPsychKG beschriebenen Grundsätze und Leitlinien einzufordern. Dabei werden Ermessensspielräume pflichtgemäß und in

einem demokratischen Konsensbildungsprozess ausgefüllt. Gründe einer Veröffentlichung können insbesondere Mängelfeststellungen sein, für die sich vor Ort kein Veränderungspotenzial mehr abzeichnet. Gründe einer Nichtveröffentlichung können noch laufende Klärungsprozesse und Entwicklungen sein. Detailinformationen stehen dem Landtag über diesen Bericht des Ausschusses hinaus in Form der Jahresberichte der Besuchskommissionen zur Verfügung.

Wie bisher wird die homepage des Ausschusses lebhaft frequentiert und findet starke Beachtung ¹.

3 Rahmenbedingungen und übergeordnete Trends

Leider scheint sich zwischen gesundheitspolitische Vorgaben in der Finanzierung der ambulanten und stationären Behandlung psychisch Kranker und den übrigen Sozialgesetzbüchern einerseits, der Umsetzung auf der Landesebene bei Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen, Behörden und der Praxis vor Ort das Problem vieler Betroffener und ihrer Familien zu verlieren. Es wird in einer Zeit der allgemeinen Ökonomisierung immer abstrakter reguliert, administriert und vor Ort nur unter schwierigen Umständen konkret angegangen. Ohne das Engagement der in der Versorgung tätigen Menschen, die an ihren Rahmenbedingungen oft mehr leiden als an ihrer Arbeit mit Patienten, würde die psychiatrischen Versorgungslandschaft verstepen.

Im Rückblick auf das Jahr 2008 kann positiv festgestellt werden, dass dieses Engagement auf breiter Front weiter besteht und durch Professionalität, Freude an der psychiatrischen Arbeit und persönlichen Einsatz gestützt ist, auch durch das Ehrenamt. Wir haben auch den Eindruck, dass psychische Störungen von Presse und Medien häufiger sachlich und differenzierter dargestellt werden. Initiativen wie das im Oktober 2008 gegründete Bündnis gegen Depression in der Region Hannover finden positive Resonanz ².

¹ www.psychiatrie.niedersachsen.de

² www.buendnis-gegen-depression-region-hannover.de

Die stärkere Akzeptanz psychischen Leidens in der Gesellschaft hat insbesondere bei Angststörungen und bei depressiven Störungen auch zu einer stärkeren Nachfrage des psychiatrisch/psychotherapeutischen Hilfesystems geführt. Das Problem der Versorgung Dementer in einer alternden Bevölkerung wird bewusster und sachlicher thematisiert. Noch vor wenigen Jahren waren diese Leidenszustände wegen mangelnder gesellschaftlicher Akzeptanz in früherer Zeit mit anderen Diagnosen etikettiert worden.

So ist es nicht verwunderlich, dass die Statistiken der Krankenkassen deutliche Zuwächse bei diesen Diagnosen verzeichnen. Die Frage der Morbiditätssteigerungen bei psychischen Störungen wird weiterhin nicht eindimensional zu beantworten sein. Die Bedarfe steigen im Sinn einer erhöhten erkannten Lebenszeit- und Punktprävalenz. Tatsache ist, dass psychische Störungen häufiger diagnostiziert werden.

Inzwischen wird erkannt, dass diese Störungsbilder neben individuellem Leid auch volkswirtschaftlich sehr hohe Kosten verursachen. Die Kosten werden vor allem auch durch Chronifizierungen bedingt, welche nicht nur durch die Eigendynamik schwerer Erkrankungen, sondern auch deshalb entstehen, weil das Versorgungssystem für die Akutfälle zu geringe Ressourcen insbesondere zur Behandlung bereithält und weil zu wenig getan wird, um Patienten frühzeitig vor einer unnötigen Chronifizierung und sozialer Ausgrenzung zu bewahren.

Zugleich erweisen sich einzelne Patientengruppen als schwer zugänglich und wegen zusätzlicher sozialer Problemen, Suchtverhalten oder struktureller persönlicher Fehlentwicklungen schwerer behandelbar. Die störungsbedingten Probleme der Krankheitseinsicht erschweren die Verarbeitung ebenso wie der Mangel an psychotherapeutischer Hilfe für Menschen mit schweren Psychosen bei der psychischen Verarbeitung der Krankheitsfolgen und Behandlungsnotwendigkeiten. Die Hilfesysteme bevorzugen nicht die Psychotiker, Suchtkranken oder psychisch Alterskranken, die sich weniger gut artikulieren und nicht aktiv und leicht zugänglich ihren psychotherapeutischen Hilfebedarf einfordern können. Oft erhalten diese Menschen keinerlei Psychotherapie, zumal sie sich nur bedingt in geltende Richtlinien einpassen.

Das von J.T.HART 1971 gesundheitsökonomisch formulierte *Inverse Care Law* ³ besagt vereinfacht, dass umso weniger gute medizinische Hilfe zur Verfügung steht, je höher der tatsächliche Bedarf der darauf angewiesenen Population ist. Diesen Effekt kann man besonders gut bei psychischen Störungen beobachten. Leider verstärkt die ungleiche Vergütung der verschiedenen ambulanten Leistungsanbieter diese Effekte – vgl. den Abschnitt über die Vertragsärzte.

Den tatsächlichen Bedarfen stehen unverkennbar Ökonomisierungstendenzen, Bürokratie und in Teilbereichen objektive Verknappung bis zur Rationierung entgegen. Dies wird an den Rahmenbedingungen der Vertragsfachärzte sichtbar, an den Medikamentenbudgets oder an den Vorgaben für die Personalbesetzungen in stationären Krankenhaus- und Heimeinrichtungen. Auswirkungen des im Jahr 2008 noch in Vorbereitung befindlichen KHRG ⁴ auf die Personalausstattungen in psychiatrischen Kliniken sind noch nicht absehbar. Dieses verspricht immerhin eine bessere Absicherung der durch die Personalverordnung Psychiatrie (PV-Psych) erreichten, aber langfristig durch Budgetierungseffekte abgeschmolzenen Personalausstattungen und eine künftige Entwicklung, die an den Inhalten der PV-Psych orientiert ist ⁵.

Auf die praktischen Versorgungsprobleme haben harte politische Fakten, wie Haushaltsbeschlüsse oder immer neue Gesundheitsreformgesetze direkte Auswirkungen, denn bauliche Gegebenheiten, Personalausstattungen und Regeln, also qualitätslenkende Strukturvorgaben wirken sich auf Versorgungsprozesse und Ergebnisse direkt aus. Dies belegen die Berichte der Besuchskommissionen auf Schritt und Tritt. Vorgaben zur verbesserten Transparenz, zum Qualitätsmanagement oder zur Verteilung von begrenzten Ressourcen stehen auch nach unserem Eindruck oft in der Gefahr, einen Bürokratie- und nicht einen Leistungsschub zu befördern.

³ HART, J.T. (1971): The Inverse Care Law. The Lancet: 27 February: *"The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served. This ... operates more completely where medical care is most exposed to market forces, and less so where such exposure is reduced."*

⁴ Gesetzentwurf zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG – vgl. Publikationen des BMG und der großen Verbände

⁵ FRITZE, J. (2009) Neue Regelungen für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) Nervenarzt 4/2009 · 80: 485–494, vgl.

www.dgppn.de – Stellungnahmen 2009

Alle an der Versorgung Beteiligten, aber auch die Politik müssen sich fragen, ob es genügt, die bestehenden Strukturen nur auf hohem Niveau zu verwalten und hier und da Verbesserungen anzubringen. Es handelt sich um Problemfelder, die nicht nur den individuellen Gesundheitszustand und die Belastbarkeit der Familien betreffen, sondern den sozialen Frieden (Delinquenz, Sucht, Forensifizierung) und die volkswirtschaftlich massive Auswirkungen haben (indirekte Kosten, Herausfall aus dem Erwerbsleben, Kosten von Rehabilitation z.B. bei Heimunterbringungen).

Konkret muss sich auch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen die Frage stellen, ob sie in der Lage ist, die ambulante psychiatrische Versorgung noch flächendeckend und nicht nur in Ballungsräumen bedarfsgerecht aufrechtzuerhalten und ob die nötige Transparenz über die Bedarfsdeckung mit den psychiatrischen, neurologischen, notärztlichen, allgemeinärztlichen und psychotherapeutischen Leistungsanteilen sowie für die Kinder- und Jugendpsychiatrie auch kleinräumig hergestellt wird. Gespräche hatten hierzu bereits 2007 stattgefunden. Die sozialpsychiatrischen Verbände könnten aktiver an diesen Fragen mitwirken. Die großen Krankenkassen haben die Problematik der Zunahme psychischer Störungen längst erkannt und reagieren mit der Förderung integrierter Versorgungsmodelle zur Stärkung der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Mehrere Krankenkassen betonen die gravierenden gesamtwirtschaftlichen Effekte psychischer Störungen.

Auch die Kommunen müssen ein erhöhtes Interesse an einer effektiven psychiatrischen Akutversorgung haben, um Chronifizierungen psychischer Störungen, die zu seelischen Behinderungen werden, zu vermeiden. Noch immer wird die Effektivität Sozialpsychiatrischer Dienste unterschätzt, die im Sinne des NPsychKG zu Hilfeleistungen in der Lage sind, um akute Notlagen zu entaktualisieren. Die gewachsene Kompetenz dieser Dienste kann, wenn sie personell adäquat ausgestattet werden, die Planung von Hilfen für seelisch behinderte Menschen deutlich qualifizieren. Das so genannte "Normalitätsprinzip", die Philosophie des "ambulant vor stationär", die Integration von Menschen mit seelischen Störungen und seelischen Behinderungen gehören zu den Basiskompetenzen Sozialpsychiatrischer Dienste.

Sozialpolitik ist gesamtgesellschaftlich und wirtschaftlich bedeutsam, wenn man sich zusätzlich die indirekten Kosten und Langzeitfolgen ungenügender Versorgungsan-

gebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie vor Augen führt, die im Zusammenwirken mit Jugendhilfe und Schulen mehr leisten könnte. Es ist unverständlich, warum Kinder und Jugendliche auch in Niedersachsen oft erst durch zwangsweise Unterbringung in eine Klinik aufgefangen werden können und nicht frühzeitiger ambulant und durch bestehende Hilfesysteme aufgefangen werden können. Wartelisten in Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen und Kliniken sprechen eine bedrückende Sprache.

Hier wie in den übrigen Bereichen könnte die Fachebene noch deutlicher zu Wort kommen, auch wenn der Kontakt zwischen Fachleuten, Verwaltungen, Fachbehörden und Politik auf weite Strecken sehr gut und offen möglich ist. Positive Beispiele ergaben sich im Dialog der Fachleute mit den zuständigen Ministerien zur Ausgestaltung des Maßregelvollzuges und der forensischen Nachsorge⁶ oder in Anhörungen von Landtag und Fraktionen.

Exemplarisch seien aus der Arbeit einige in der Periode neu diskutierte Schwerpunkte dargestellt:

4 Neue Trägerschaft der ehemaligen Landeskrankenhäuser

Das Transaktionsverfahren nach der Entscheidung der Landesregierung hat die Arbeit des Ausschusses seit 2005 stark mitbestimmt. Der Vorbericht für 2007 geht detailliert auf die Entwicklung ein, die hier nicht nochmals wiedergegeben, sondern nur fortgeschrieben werden soll.

Es war klar, wie wichtig die Überleitungstarifverträge für den Erhalt von Kontinuität und personeller Qualität waren. Bisher entstand der Eindruck, dass kurzfristige Einschnitte nicht eintraten, auch wenn sich Tendenzen abzeichnen, dass neue Organisationsstrukturen und veränderte Tarifvorgaben für neue Kräfte hier und da unter einseitigem Spardiktat erfolgen.

⁶ SPENGLER, A., H. KERSTING, M. v.d.HAAR, A. TÄNZER: Aktuelle Entwicklungen in der Forensik. In: ELGETI, H. (Hrsg.): Psychiatrie in Niedersachsen - Jahrbuch 2009, Bonn; Psychiatrie-Verlag 2008.

Umso wichtiger erscheinen langfristige strategische Änderungen, auch solche, die sich zunächst intern und unscheinbar abspielen.

Das Land bleibt nach unserer Überzeugung gefordert, hier die Einhaltung der Kaufverträge zu überwachen und seine Fachaufsicht offensiv auszuüben, damit es nicht zu Verschlechterungen der Strukturqualität, der Abläufe und Ergebnisse kommt.

Die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichte der Häuser sollten hier verstärkt beachtet werden, zumal die früheren gemeinsamen aussagekräftigen Berichte der Landeskrankenhäuser an etlichen Häusern in dieser extensiven Form nicht mehr herausgegeben wurden. Die erweiterten freiwilligen Qualitätsberichte auch bei den Themen auf den Prüfstand zu stellen, die sich weniger für schöne Werbebroschüren eignen als für Transparenz und Offenheit sorgen, nämlich Zahl und Umfang von Zwangsunterbringungen und Fixierungen, dies könnte nicht nur eine politische und mediale Forderung werden, die von leistungsfähigen versorgungsorientierten Trägern leicht und gern erfüllt wird, sondern auch ein rechtliches Erfordernis im Zusammenhang mit verstärkter Fachaufsicht.

Für eine differenzierte, geschweige denn abschließende Beurteilung der Folgen der Privatisierung der ehemaligen Niedersächsischen Landeskrankenhäuser sah sich der Ausschuss im Berichtsjahr noch nicht in der Lage. Äußerlich blieben Versorgungsstrukturen und –Leistungen erhalten.

Lokale Anpassungsprozesse wie der kartellrechtlich notwendige Verkauf von Betten des Klinikums Region Hannover an die Burghof-Klinik in Rinteln führten von außen betrachtet nicht zu relevanten Verschiebungen.

Die inneren Veränderungen der Häuser durch neue Organisations- und Führungsmodelle, veränderte Tarif- und Personalpolitik bei neuen Mitarbeitern bleiben zu beachten, besonders dort, wo es um sensible schutzwürdige Belange der Betroffenen geht. Auch wird nicht sichtbar, in welchem Umfang die ökonomischen Lasten des Erwerbs von den neuen Trägern die laufenden Budgets der Kliniken belasten und über sinnvolle Rationalisierungsmassnahmen mit Erschließung von Synergie- und Einsparungseffekten hinaus zu Engpässen führen. Unklar ist auch noch, wie conse-

quent die neuen Träger ihren regionalen Pflicht-Versorgungsauftrag erfüllen, allen Patientengruppen zur Verfügung stehen, neue Angebote bedarfsorientiert ausrichten oder aber in einer einseitigen Marktorientierung überregionale Konkurrenz aufbauen.

Vor diesem Hintergrund lag durchgehend besonderes Augenmerk auf der Arbeit vor Ort und den Berichten der Besuchskommissionen über die psychiatrischen Kliniken.

Fragen der Leitungsstrukturen und Personalbesetzung bleiben ein Fokus bei allen psychiatrischen Kliniken, zumal in etlichen Kliniken ein Mangel an qualifizierten Ärzten beklagt wird, der nicht allein auf Standortnachteile, sondern auch auf Tarif- und Arbeitsbedingungen, Qualifizierungsmöglichkeiten und Führungsstil zurückgeführt werden kann und der in anderen Kliniken so nicht auftritt.

Aufmerksamkeit findet auch die Aufrechterhaltung eines leistungsfähigen, sicherheitsorientierten, vor allem aber therapeutisch leistungsfähigen Maßregelvollzuges in den beim Lande verbliebenen Schwerpunkteinrichtungen, aber auch in den neuen forensischen Abteilungen.

Die in Folge des Trägerwechsels aufgekommene Frage der Weiterverwendung von Patientenakten, die bereits im 23. Ausschussbericht eingehend behandelt worden war, wurde in der Sitzung am 13.02.2008 noch einmal mit dem Niedersächsischen Datenschutzbeauftragten ausführlich erörtert. Der Landesdatenschutzbeauftragte informierte den Ausschuss darüber, dass die Grundsätze zur Behandlung von Patientenakten beim Verkauf der Landeskrankenhäuser zuvor mit der Niedersächsischen Datenschutzbehörde abgestimmt worden waren. Der Ausschuss musste erneut Zweifel an der Praktikabilität anmelden, Teile der Patientenakte so zu trennen, dass öffentlich-rechtliche Unterbringungen aus der Patientenakte herausgenommen werden und die Teile der Patientenakte, die zum Bestandteil eines Behandlungsvertrages gehören, z.B. durch eine Versiegelung speziell zu kennzeichnen, um sie der Klinik erst nach Einwilligung zugänglich zu machen. Dem Ausschuss waren andererseits keine Beschwerden von Patienten über eine Nutzung von Patientenakten ohne Einwilligung bekannt. Das Problem scheint sich in der Praxis weitestgehend erübrigt zu haben, weil die Weiterverwendung der Akten fachlich inhaltlich im Interesse der Betroffenen liegt und diese andere Möglichkeiten haben, sich Aufschluss über die

Aufzeichnungen zu verschaffen. Transparenz und Vertrauensbildung scheinen in sehr wenigen schwierigen Fällen gelungen zu sein.

In die Berichtsperiode fällt das Urteil des Niedersächsischen Staatsgerichtshofes vom 05.12.2008 im Verfahren StGH 2/07. Der Ausschuss, der erst zwei Tage zuvor getagt hatte, wurde darüber in seiner Sitzung vom 25.02.2009 durch das Sozialministerium in Kenntnis gesetzt und hatte in der Berichtsperiode im wesentlichen den Urteilstext zur Verfügung. Es bestand Gelegenheit zur Teilnahme an Informationsveranstaltungen des Sozialministeriums für alle Kliniken am 20./21.01.2009. Zu dem Urteil weitere Hinweise im abschließenden Kapitel „Ausblick“.

5 Neuregelungen: Telekommunikationsüberwachung und Datenspeicherung

Der Landesdatenschutzbeauftragte informierte den Ausschuss in der Ausschusssitzung am 13.02.2008 über die Neuregelung der Telekommunikationsüberwachung zum 01.01.2008. Hierzu verkürzt und knapp die wichtigsten Leitsätze:

Während Geistliche, Strafverteidiger und Abgeordnete den absoluten Schutz vor Telekommunikationsüberwachung, d.h. der Erhebung und Verwertung von Daten genießen, es sei denn, die Betroffenen stehen im Verdacht, selbst an einer Straftat beteiligt zu sein, haben Ärzte und Psychotherapeuten nur einen relativen Schutz vor einer Telekommunikationsüberwachung. Im konkreten Fall bedeutet dies, dass eine Abwägung zwischen dem Geheimhaltungsinteresse des Patienten einerseits und dem Strafverfolgungsinteresse andererseits vorzunehmen ist. Grundlage für die Telekommunikationsüberwachung ist der Paragraph 100 a StPO. Voraussetzung für eine Überwachung ist, dass es sich um eine Straftat von erheblicher Bedeutung handelt und um den begründeten Verdacht, dass der Patient beispielsweise dem Arzt/Psychotherapeuten etwas über die Straftat mitteilen will (vgl. § 160a StPO).

Dass Ärzten und Psychotherapeuten als Berufsgeheimnisträger ein Zeugnisverweigerungsrecht gemäß § 53 StPO zusteht, stellt an sich keinen absoluten Schutz vor der Telekommunikationsüberwachung dar. In konkreten gerechtfertigten Fällen dürfen die Sprechzimmer dieser Berufsgruppen mit technischen Mitteln abgehört werden, sofern es sich um eine besonders schwerwiegende Straftat handelt und eine

Aufklärung anders aussichtslos wäre oder wesentlich erschwert würde (vgl. 100 f StPO). Eine Überwachung des Wohnraumes der Berufsgeheimnisträger darf hingegen nicht vorgenommen werden. Ausschussmitglieder merkten kritisch an, dass durch diese Regelung das Vertrauensverhältnis zwischen Therapeut und Patient untergraben werden könnte. Angemerkt wurde aber auch, dass in jedem Fall die Durchführung einer Telekommunikationsüberwachungsmaßnahme nur mit richterlicher Anordnung zulässig ist.

Zur Vorratsdatenspeicherung, die thematisch von der Überwachung zu trennen ist, informierte der Landesdatenschutzbeauftragte, dass davon jeder Anschlussinhaber betroffen ist. Für einen Zeitraum von sechs Monaten wird gespeichert, wer mit wem wie lange über das Festnetz, das Handy oder über das Internet korrespondiert hat. Der Telekommunikationsanbieter ist verpflichtet, diese Daten an die Sicherheitsbehörden herauszugeben, die er im Übrigen in der Vergangenheit bereits zu Abrechnungszwecken gespeichert hatte.

6 Zusammenführung von sozialen Diensten der Kommunen

Der Landesdatenschutzbeauftragte informierte den Ausschuss weiter am 13.02.2008 über Datenschutzproblematiken bei der Zusammenführung von kommunalen sozialen Diensten zum Beispiel in einem „Amt für soziale Dienste“. Das Recht des Einzelnen auf "informationelle Selbstbestimmung" war vom Bundesverfassungsgericht im "Volkszählungsurteil" zum Volkszählungsgesetz am 15.12.1983 formuliert worden. Der Schutz des Einzelnen vor einer unbegrenzten Datenerhebung und deren Verwertung wird durch das allgemeine Persönlichkeitsrecht nach Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG gedeckt. Insoweit hat jeder Bürger das Recht, grundsätzlich selbst über die Preisgabe und Verwendung seiner Daten zu bestimmen. Allerdings kann dieses Selbstbestimmungsrecht dann eingeschränkt werden, wenn das Interesse der Allgemeinheit überwiegt. Dies setzt aber eine verfassungsgemäße gesetzliche Grundlage voraus. Das Bundesverfassungsgericht, so der Landesdatenschutzbeauftragte, hat auch den Grundsatz der „informationellen Gewaltenteilung" entwickelt, der besagt, dass es zwar eine Einheit der Kommunen, nicht aber eine informationelle Einheit gebe. Das bedeutet, dass die Stellen, die zu unterschiedlichen

Zwecken Daten sammeln, sich gegeneinander innerhalb der Kommune abzuschotten haben. Wenn aber Datensammlungen, so der Landesdatenschutzbeauftragte, den gleichen Zweck dienen, ist eine Zusammenfassung der Daten aus datenschutzrechtlichen Gründen zu akzeptieren. Der Ausschuss merkte kritisch an, dass eine solche, aus kommunaler Sicht gut gemeinte, zweckentsprechende Datenzusammenfassung durchaus dem informationellen Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen widersprechen könne.

In seiner Antwort vom 17.12.2007 auf eine Anfrage der Besuchskommissionen Weser-Ems/Nord hatte der Landesdatenschutzbeauftragte schriftlich ausführlich zur Notwendigkeit der Abschottung der Daten des Sozialpsychiatrischen Dienstes Stellung genommen. In jedem Fall sei der Sozialpsychiatrische Dienst so zu organisieren, dass andere Stellen keinen Zugriff auf seine Daten haben. Das gelte auch für den Namen der Personen, die in Kontakt zum Sozialpsychiatrischen Dienst kommen.

7 Handhabung von Zwangsmaßnahmen und Betreuungen

Das Thema wurde in der Praxis immer beachtet, es waren aber auch in früheren Jahren immer wieder Mängel in der rechtlichen Begründung und administrativen Handhabung, aber auch in der fachlichen Ebene laut geworden, nicht selten in Heimen. In einzelnen Heimeinrichtungen genügten die Dokumentationen nicht den Anforderungen. Die Berichte der Besuchskommissionen gingen und gehen hierauf ein.

Ein weiteres, zunehmendes Thema sind verdeckte Regelungen wie Trickschlösser oder elektronisch gesteuerte Öffnungs- und Schließmechanismen in geschlossenen Heimeinrichtungen, die auch 2008 zu einigen Beanstandungen führten. Es entstand mehrfach der Eindruck, dass technische Vorkehrungen nicht mehr Liberalität und Bewegungsfreiraum vor allem dementiv erkrankter Personen bewirken, sondern auch mehr Kontrollmöglichkeiten für das ohnehin überforderte oder zu knapp bemessene Personal.

Insgesamt beinhalten die Berichte der Besuchskommissionen 2008 rund fünf konkrete und dringende Beanstandungen wegen der Personalausstattungen und über 10

Fälle fragwürdiger rechtlicher Handhabung und intransparenter oder nicht plausibler Sicherungsvorkehrungen.

Der 23. Ausschussbericht ging bereits auf die Frage von Fixierungsmaßnahmen bei Personen ein, die zivilrechtlich / betreuungsrechtlich in einem Krankenhaus untergebracht sind. Mit Vertretern der Psychiatrie-Erfahrenen diskutierte der Ausschussvorsitzende am 11.06.2008 das Erleben von Fixierungsmaßnahmen in Akutsituationen. Auch rechtlich einwandfreie und notwendige Fixierungsmaßnahmen (wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind) verhindern bei den Betroffenen nicht, dass Hilflosigkeit- und Ohnmachtsgefühle auftreten, die später zu einem gesonderten Störungsbild im Sinn einer sekundären Traumatisierung führen können. Das Sozialministerium wurde gebeten, in einem zukünftigen Erlass zur Durchführung von Fixierungsmaßnahmen bei psychiatrischen Akutpatienten auch die regelhafte Nachbesprechung mit den betroffenen Patienten zu fordern, um eine adäquate Verarbeitung solcher belastenden Maßnahmen zu erleichtern.

Der Ausschuss ist sich bewusst, dass Zwangsmaßnahmen per se verletzend wirken und dass viele psychisch Kranke belastet und langfristig negativ beeinflusst werden. Er dringt in seiner Praxis gemeinsam mit den Besuchskommissionen gerade hier auf Transparenz, auf Patientenrechte, klare Dokumentation, verstärkte Deeskalationstrainings und auf die nötige Qualifizierung des Personals.

Die Akzeptanz der Erkrankung und ihrer Behandlung fällt vielen Betroffenen sehr schwer. Nicht wenige haben negative Erfahrungen mit psychiatrischer Behandlung auch deshalb, weil sie in einem Anfangsstadium hoch verletzlich mit für sie subjektiv bedrohlichen und teilweise traumatisierenden Ordnungsmaßnahmen und Behandlungseingriffen konfrontiert wurden, auch und gerade im Zusammenhang mit der Anwendung des NPsychKG. Das Thema einer Prävention gegenüber sekundären Traumatisierungen ist so wichtig, weil diese negativen Erfahrungen Langzeitwirkungen haben können und die spätere Akzeptanz von Behandlung erschweren. Diese Thematik der „sekundären Traumatisierung“ Betroffener durch Behandlung und Zwang wird wissenschaftlich leider noch kaum beachtet. Sie ist aber lebendige Erfahrung der Betroffenen, wird in der Praxis häufig sichtbar und wird die Arbeit der Besuchskommissionen und des Ausschusses weiter beschäftigen.

Die Tendenzen einer verstärkten Formalisierung und Verrechtlichung gerade bei Zwangsmaßnahmen sind unverkennbar und tragen bundesweit zu einer Zunahme gerichtlicher Unterbringungsverfahren und Fixierungsgenehmigungen bei ⁷. Diese ereignet sich bei den betreuungsrechtlichen Unterbringungen und nicht zuletzt in Heimeinrichtungen und nach stationärer Behandlung in Kliniken. Die Statistiken reflektieren aber auch ein gestiegenes Bedürfnis nach Rechtssicherheit und nach Verfahrensgarantien für die Betroffenen. Niedersachsen bewegt sich im Bundesvergleich bei der Anwendung des NPsychKG auf einem eher hohen, aber nicht ansteigenden Niveau, das eine eher patientenrechtliche Tradition reflektiert: Angewandter Zwang wird traditionell eher dokumentiert und rechtlich abgesichert als „informell“ oder verdeckt eingesetzt.

Im Ausschuss wurden Fälle beschrieben, bei denen rechtliche Betreuer den Anspruch auf Selbstbestimmung der Betreuten völlig ignoriert und ihre Position bevormundend ausgenutzt haben sollen. Obwohl entsprechende Fähigkeiten bei den Betreuten noch vorhanden schienen, wurden ihnen z.B. die Kontoauszüge vorenthalten. Die Betreuten selbst hatten dadurch keinen Überblick mehr über ihre Finanzen und waren unfähig zu planen. Entsprechend gingen ihre diesbezüglich noch vorhandenen Kompetenzen verloren. Andere Betreute berichteten von grenzüberschreitendem, taktlosen Verhalten der Betreuer, die, z.B. ohne zu fragen, Schränke öffneten, ohne zu klingeln oder anzuklopfen, sich Zugang zur Wohnung verschafften, oder ohne Rückfrage private Post öffneten. Die Betroffenen erhielten ihre Post z.T. mit monatelanger Verzögerung oder gar nicht. Zum Teil korrespondierten Betreuer in der gleichen überfordernden Behördensprache mit ihren Betreuten, zu deren Übersetzung sie eigentlich eingesetzt worden waren. Der fehlerhafte Umgang mit diesem Abhängigkeitsverhältnis führte in mehr als Einzelfällen zu einer Verfestigung der Unselbstständigkeit der Betroffenen. Standardisierte Qualitäts- und Kompetenzvorgaben wären hier hilfreich, so entwickelt Fachdiskussion und Rechtsprechung auch schon sind.

⁷ SPENGLER, A.(2007): Zwangseinweisungen in Deutschland – Basisdaten und Trends. Psychiat.Prax. 34, S02, 191-195

Der Ausschuss wird sich in Zukunft mit der Frage beschäftigen müssen, wie die Unterstützung seelisch behinderter Menschen durch ihre rechtlichen Betreuer beurteilt und verbessert werden kann. Er wird aber auch der Frage nachgehen müssen, inwieweit die unzureichende Beratung der Leistungsträger und Sozialbehörden das Scheitern eines bestimmten Klientels fördert und damit zu einer Ausweitung rechtlicher Betreuungen führt.

Ein aktueller Beitrag geht auf Anforderungen an Betreuungsgutachten ein ⁸. Der Ausschuss wird sich mit diesem Versorgungsbereich verstärkt befassen, weil auch hier strukturelle Probleme in Versorgungs- und Rechtspraxis problematisch ineinander greifen und die Betroffenen, besonders die Demenzkranken in Heimen, aber auch chronisch psychisch Kranke es schwer haben, effektiv auf eine Minimierung von Zwang und Maximierung persönlicher Freiheit zu dringen.

Dass sich rechtlich und fachlich qualifizierte, demokratisch legitimierte Gremien mit dem Thema befassen, auch im Dialog mit Betroffenen und Angehörigen, erscheint auch deshalb notwendig, weil sich auch fanatische und unseriöse Gruppen des Themas bemächtigen und Einzelfälle zu skandalisieren trachten.

8 Suchtkrankenversorgung

Ausführlich wurde der Ausschuss in seiner Sitzung am 18.06.2008 von der Niedersächsischen Landesdrogenbeauftragten über die Suchtkrankenversorgung insbesondere die Versorgung der alkoholkranken Menschen in Niedersachsen unterrichtet. Danach gibt es in Niedersachsen 75 Fachstellen für Sucht und Suchtprävention, die fast sämtlich den örtlichen Sozialpsychiatrischen Verbänden angehören. Im Durchschnitt ist jede Fachstelle mit fast sieben Vollzeitstellen besetzt. Die Berufsgruppe der Sozialpädagogen/Sozialarbeiter mit suchtmmedizinischer Zusatzausbildung ist dabei am stärksten vertreten, gefolgt von Pädagogen, Psychologen und Ärzten. An der Finanzierung (21.000.000 € im Jahr 2006) waren die Kommunen zu ca. 40 %, das Land Niedersachsen zu ca. 25 %, die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger zu ca. 18 % beteiligt. Mehr als die Hälfte der Fachstellen hatten Verträge beziehungsweise Vereinbarungen mit Rehabilitationsträgern. In den Fachstellen wer-

den jährlich circa 40.000 Suchtkranke behandelt. Die Dauer der Behandlungen reicht von vier Wochen bis hin zu 24 Monaten. Nach den statistischen Erhebungen der Fachstellen kann die Missbrauchs- und Abhängigkeitssymptomatik in etwa 25 % erheblich gebessert werden, während bei 25 % der Fälle keine Besserung eintrat. Statistisch gesehen bleibt der Alkoholkonsum bei Erwachsenen auf hohem Niveau. Das exzessive Alkoholtrinken bei Jugendlichen nimmt dagegen deutlich zu. Die Zunahme des riskanten Alkoholkonsums bei Jugendlichen ist Besorgnis erregend. Neue Drogen nehmen zu, das Komatrinken von Jugendlichen ist ein ungelöstes Problem.

Die schwierige Problematik des Umganges mit alkoholintoxikierten Menschen wurde auch mit der Landesdrogenbeauftragten diskutiert. Diese bestätigte die Bedeutung dieser Problematik und die Häufigkeit der Fälle. Während psychiatrische Krankenhäuser sehr gut in der Lage sind, bei Abhängigen einen qualifizierten Entzug vorzunehmen, sind sie dagegen oft nicht imstande, „lediglich“ alkoholintoxikierten Menschen adäquat zu überwachen. Allgemeinkrankenhäuser können und dürfen in der Regel keinen qualifizierten Entzug vornehmen, sind aber mit den Intoxikationen konfrontiert. Die Frage, was mit alkoholisierten oder sonst intoxizierten Personen in polizeilichem Gewahrsam geschieht, wurde abschließend nicht befriedigend beantwortet. Das Beispiel der Zentralambulanz für Betrunkene in Hamburg scheint in einem Flächenland wie Niedersachsen nicht anwendbar, die dortigen Erfahrungen könnten aber hilfreich sein ⁹.

Es wurde deutlich, dass dieses Thema weiterer Diskussion bedarf. Empfohlen wurde, dieses Thema sowohl an den Landesausschuss Rettungsdienst heranzutragen als auch in den regionalen Sozialpsychiatrischen Verbänden zu erörtern. (Siehe auch 23. Ausschussbericht Seite 16). Es dürfte sich auch um ein Thema für die somatischen Krankenhäuser und ihr Qualitätsmanagement handeln.

⁸ MELCHINGER, H. (2009): Zivilrechtliche Unterbringungen. BtPrax 18 (2), 19.April 2009, Seite 59-63

⁹ KAPPUS, S. (2005) Die Zentralambulanz für Betrunkene. Notfall-u. Rettungsmedizin 8 (1), 36-43

9 Sozialpsychiatrische Verbände

Die Feststellungen der letzten Jahre über die Sozialpsychiatrischen Verbände haben sich nicht wesentlich geändert.

Etliche Leistungsvereinbarungen und Vereinbarungen zur Integrierten Versorgung beinhalten auch die Mitgliedschaft und aktive Teilhabe an den Sozialpsychiatrischen Verbänden. Während die Mitgliedschaften als Voraussetzung für die Leistungsgewährung zunehmen, lässt die aktive Teilnahme an der Arbeit der Sozialpsychiatrischen Verbände eher nach. Hier wird besonders die mangelnde Teilnahme niedergelassener Ärzte bedauert, die ihrerseits die fehlende Honorierung für eine solche Tätigkeit beklagen. Zur Gestaltung moderner ambulanter psychiatrischer/psychotherapeutischer Versorgungsformen sind die sozialpsychiatrischen/multiprofessionellen im Verbund arbeitenden Ansätze verstärkt zu berücksichtigen. Dies wird auch von den Vertretern der psychotherapeutischen Verbände zunehmend thematisiert und anerkannt.

Die 2. Hildesheimer Psychiatrietage vom 17. Mai bis zum 20. Juni 2008 unter dem Motto "Integration statt Ausgrenzung" und der "Tag der seelischen Gesundheit " in Zusammenarbeit mit dem Landesfachbeirat Psychiatrie am 10.10.2008 in Delmenhorst waren erfolgreiche und wichtige Veranstaltungen der jeweiligen Sozialpsychiatrischen Verbände, die die Belange von Menschen mit psychischen Störungen und seelischen Behinderungen der Allgemeinheit verdeutlichten und damit zur Entstigmatisierung und besseren Akzeptanz beitrugen.

Einzelne Berichte der Besuchskommissionen erwähnten das Thema auch 2008. In einem Bericht wurde deutlich kritisiert, dass die Praxis der Hilfekonferenzen heterogen und fachlich suboptimal ist, weil Verteilungs- und ökonomische Interessen der Sozialämter die Fachlichkeit der Sozialpsychiatrischen Dienste teilweise dominierten.

10 Ambulante vertragsärztliche Versorgung

Die im 23. Ausschussbericht dargestellte Beschreibung der Mängel im ambulanten psychiatrischen Versorgungsbereich hat an ihrer Aktualität leider kaum verloren. Die Rahmenbedingungen für die ambulante vertragsärztliche Versorgung psychisch Kranker durch niedergelassene Nervenärzte und Psychiater stellen sich auch 2008, ungeachtet neuer Ansätze bei der Integrierten Versorgung, vielfach defizitär und besorgniserregend dar.

Nach wie vor besteht der Eindruck, dass Überalterung von Vertragsfachärzten, „Ausflaggen“ in die Psychotherapieleistungen, Punktwertabsenkungen und ungenügende Fallerträge aufgrund von Honorarverteilungsmechanismen in der Ärztlichen Selbstverwaltung bei steigenden Fallzahlen den strukturellen Hintergrund für eine qualitative und quantitative Unterversorgung abgeben, die in den bisherigen Statistiken der Kassenärztlichen Vereinigung nicht ausreichend sichtbar wird und etliche Praxen existentiell gefährdet. Tatsächlich sind einzelne Landkreise ohne jeden Facharzt. (Anfang 2009 kommt es zu Verbesserungen durch die Übernahme von Gesprächsleistungen in die extrabudgetären Bereiche. Die Auswirkungen sind abzuwarten.)

Neue integrative Versorgungsmodelle wie das in Hemmoor haben bei noch unsicherer Vertragssituation – Finanzierung nur durch einzelne Krankenkassen – bisher keine flächendeckende Kompensation ermöglicht, auch wenn einzelne Anbieter sich im sozialpsychiatrischen Sinn versorgungsorientiert engagieren. Langfristig und strukturell müssen derartige Ansätze ausgebaut werden, ohne dass Leistungsanbieter unter Kostendruck gegeneinander ausgespielt werden. Auch sollte eine gesamtwirtschaftlich und bedarfsbezogen unsinnige Konkurrenz der Krankenkassen untereinander hinterfragt werden.

Ökonomisch motivierte, von der Gesundheitspolitik geförderte Einkaufsmodelle drohen leistungsfähige Angebote zu untergraben und durch Gleichmacherei dort zu schwächen, wo psychisch Kranke noch oder wieder gut versorgt werden können. Der Dialog zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern funktioniert auf der Fallebene vor Ort meist kollegial und gut. Er wird auch auf der Verbandsebene wieder gut sein, wenn die Gefahr einer Spaltung und flächendeckenden Rationierung durch einseitige

Ökonomisierung gemeinsam gesehen wird. In diesem Sinne pflegt der Ausschuss auch Kontakte mit allen beteiligten Gruppen und Institutionen. Zur Erinnerung: Die Psychiatriereformbewegung in der Bundesrepublik Deutschland hatte zum Ziel, die ambulante Versorgung zu stärken und die stationäre Versorgung zu humanisieren. Die Leitlinie "ambulant vor stationär" bzw. "so viel ambulant wie möglich, so viel stationär wie nötig" ging auch in die Psychisch-Kranken-Gesetze der Länder ein.

Ohne dass der Ausschuss sich hiermit 2008 näher befassen konnte, ist unverändert eine Unterversorgung mit niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern zu konstatieren.

In diesem Zusammenhang sei auch auf das „Gemeinsame Positionspapier von DGPPN, BVDN, BVDP, BDK und ACKPA zur ambulanten psychiatrischen-psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland“ (Stellungnahme der Fachgesellschaften zur Versorgungssituation durch niedergelassene Fachärzte) verwiesen, in dem auf die gestiegene Morbidität einerseits und die dramatische Verschlechterung der Rahmenbedingungen für niedergelassene Psychiater aufmerksam andererseits gemacht wurde.¹⁰ Es geht auch auf die Institutsambulanzen ein. Auf Fragen der ambulanten vertragspsychotherapeutischen Versorgung konnte der Ausschuss im Berichtsjahr 2008 leider nicht näher eingehen. Die Sorge, dass sich viele ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten in der intensiven und langdauernden Behandlung weniger Patienten engagieren und ihr Angebot für Notfälle untergewichten, scheint nicht ausgeräumt. Nach wie vor werden aus der Praxis Berichte laut, wie schwer es Patienten haben, zeitnah ein Erstgespräch, eine kurzfristige Beratung und gegebenen Falles einen Therapieplatz zu erhalten. Zu diesen Fragen soll das Gespräch mit Kammern und Verbänden 2009 wieder aufgegriffen werden.

11 Psychiatrische Institutsambulanzen

43 Einrichtungen haben für ihre Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V eine Ermächtigung (Kinder- und Jugendpsychiatrie gesondert gezählt), eingeschlossen zwei

¹⁰ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Berufsverband Deutscher Nervenärzte, Berufsverband Deutscher Psychiater, Bundesdirektorenkonferenz (Verband Leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e.V.), Arbeitskreis der

Hochschulabteilungen. Die Institutsambulanzen verzeichnen ähnlich wie Kliniken und niedergelassene Fachärzte Fallzahlsteigerungen, müssen sich aber zunehmend mit leistungsrechtlichen Fragestellungen im Einzelfall auseinandersetzen. 2007 wurden bei 14 Fachkrankenhäusern, 19 von 21 Abteilungen und 9 von 11 PIA in der KJPP rund 91.000 Quartalsfälle versorgt, grob hochgerechnet kommt man auf 99.000 Fälle, davon 49 Prozent an Fachkrankenhäusern, 30 Prozent an Abteilungen und 21 Prozent in der KJPP. Die Zuwächse entstanden zu einem geringeren Teil durch Verlagerungen von Patienten, welche keine ausreichenden Behandlungsmöglichkeiten mehr bei niedergelassenen Ärzten finden. Sie sind auch durch verkürzte Verweildauern im Krankenhaus bedingt und resultieren daraus, dass einige psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ihr Angebot noch nicht abschließend aufgebaut haben. Die Gesamtkosten gehen nicht zu Lasten der vertragsärztlichen Budgets, sondern letztlich des stationären Versorgungssektors. Auch gibt es noch echte Nachholbedarfe bei Kindern und Jugendlichen und psychisch Alterskranken.

Auch 2008 waren die Grundlagenverträge zwischen der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen noch nicht abschließend neu verhandelt worden, unter anderem weil Unstimmigkeiten beim Leistungsumfang und bei dem Ausbau von Sprechstunden an ausgelagerten Tageskliniken bestanden¹¹. Auch hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Mitte 2008 die für psychiatrische Abteilungen maßgeblichen Verträge auf Bundesebene zu § 118 Abs. 2 SGB V gekündigt. Diese sind 2009 mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband der Krankenkassen neu zu verhandeln. Die Vergütungsverträge in Niedersachsen wurden 2008 befristet fortgeschrieben und werden neu ausgehandelt.

Die Institutsambulanzen arbeiten unverändert mit einer leistungsadäquaten strukturellen Ausstattung bedarfsorientiert, aufgaben- und vertragskonform und sind aus der Versorgungslandschaft bei schwer psychisch Kranken, insbesondere auch bei Kindern und Jugendlichen nicht wegzudenken. Sie haben nach Erweiterung auf die fo-

Chefärztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland: Vgl. www.dgppn.de – Stellungnahmen - 2008

¹¹ Hierzu erging ein klärendes Urteil des Bundessozialgerichtes vom 28.1.2009, dessen Begründung bei Redaktionsschluss noch aussteht

rensische Nachsorge an allen Einrichtungen auch die Enthospitalisierung des Maßregelvollzuges effektiv unterstützt.

Eine Übersichtsdarstellung findet sich im Sozialpsychiatrischen Jahrbuch 2009 ¹². Die Institutsambulanzen stellen sicher, dass viele schwer psychisch Kranke nicht in das Abseits von Versorgungssystemen geraten, in denen für diejenigen am wenigsten Hilfe zur Verfügung steht, die den größten Hilfebedarf haben. Diese Versorgungsqualität ist zu erhalten. Ohne leistungsfähige PIA käme es zu flächendeckenden Engpässen in der fachärztlichen psychiatrischen Versorgung zu Lasten derer, die am schwersten krank und am wenigsten imstande sind, sich durchzusetzen. Es geht darum, dass es nicht zu Rückschritten gegenüber den Erfolgen der Psychiatriereform kommt.

12 Sozialpsychiatrische Dienste

Man wird die Entwicklung Sozialpsychiatrischer Dienste stärker beachten müssen, weil zu befürchten ist, dass der psychiatrische Facharztmangel auch die Dienste bald treffen wird (z.B. die kommunalen Tarifverträge für Fachärzte sind ungünstiger als die der Klinik).

Es soll an dieser Stelle hervorgehoben werden, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste vor Ort oft als einzige eine psychiatrische Notfallversorgung mit aufsuchender Tätigkeit in einer Region für ein besonders schwieriges Klientel tagsüber anbieten. Diese bedeutungsvolle Aufgabe fand in der öffentlich geführten Fachdiskussion bisher kaum Beachtung, obwohl ihre Inanspruchnahme in der Praxis nicht mehr fort zu denken ist und in schwierigen Fällen stets auf die Zuständigkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes verwiesen wird. Entsprechend ausgestattete Sozialpsychiatrische Dienste können pragmatisch, anlassbezogen und bedarfsorientiert ihren Fokus auf stabilisierende Netzwerkstrukturen eines Patienten lenken, deren herausragende Bedeutung für eine Gesundung zunehmend erkannt wird. Neben der Anwendung von supportiven und psychotherapeutisch orientierten Verfahren kann es ebenso

¹² SPENGLER, A. (2008): Wofür Psychiatrische Institutsambulanzen stehen. In: ELGETI, H. (Hrsg.): Psychiatrie in Niedersachsen - Jahrbuch 2009, Bonn; Psychiatrie-Verlag 2008.

sinnvoll sein, administrative Belastungen von Patienten durch fachkompetente Atteste oder Bescheinigungen zu reduzieren, wie die Angehörigen durch überzeugende Situationsdeutungen zu stützen und Nachbarn für Hilfeleistungen zu instruieren. Die Flexibilität sozialpsychiatrischer Ansätze kann vor allem dann mit Effektivität überzeugen, wenn sie von dem notwendigen mitmenschlichen Respekt getragen wird. Diese Kompetenz kann durchaus für eine bedarfsorientierte, personenbezogene Hilfeplanung genutzt werden.

Die Besuchskommission Weser-Ems /Nord stellte beim Besuch des Sozialpsychiatrischen Dienstes Wilhelmshaven fest, dass der dort tätige Facharzt durch gutachterliche Tätigkeiten so eingebunden war, dass notwendige zeitliche Ressourcen für die Aufgaben nach NPsychKG nicht mehr ausreichend zur Verfügung standen.

Das NPsychKG legt aber die Aufgabenschwerpunkte für die Sozialpsychiatrischen Dienste eindeutig fest: Der Dienst hat Hilfen für Menschen mit psychischen Störungen oder seelischen Behinderungen anzubieten oder zu vermitteln (vgl. § 5 NPsychKG). Eine Behandlungsermächtigung durch die kassenärztliche Vereinigung wurde nicht bekannt.

Problematisch war die psychiatrisch/fachärztliche Versorgung im Landkreis Wittmund. In diesem Landkreis gab es keinen niedergelassenen Psychiater. Der Sozialpsychiatrische Dienst hatte keinen leitenden Facharzt.

Für die besuchten Sozialpsychiatrischen Dienste klärte die Besuchskommission Weser-Ems /Nord mit dem Landesbeauftragten für den Datenschutz in Niedersachsen die Notwendigkeit der deutlichen Abgrenzung der Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste von den Aufgaben der Gesundheitsämter. Diese Abgrenzung schließt auch, wie in einem früheren ministeriellen Erlass festgelegt, die getrennte Aktenführung mit ein. "Der Sozialpsychiatrische Dienst ist so zu organisieren, dass andere Stellen keinen Zugriff auf seine Daten haben. Dies gilt auch für den Namen der Personen, die in Kontakt zum Sozialpsychiatrischen Dienst kommen... Diese Anforderungen gelten auch für den Posteingang. Für den Sozialpsychiatrischen Dienst bestimmte Post sollte unmittelbar an ihn gelangen oder zumindest nur im Sozialpsychiatrischen Dienst geöffnet werden..."

Beim Besuch des Sozialpsychiatrischen Dienstes für den Landkreis Vechta stellte die Besuchskommission Weser-Ems /Süd fest, dass der Landkreis eine halbe Psychiater-Stelle ausgeschrieben hatte, die unbesetzt war. Die Zusammenarbeit mit der über 100 km entfernten psychiatrischen Klinik (Karl-Jaspers-Klinik) war nach Auffassung des Sozialpsychiatrischen Dienstes verbesserungsbedürftig.

Der Sozialpsychiatrische Dienst für den Landkreis Rotenburg/Wümme berichtete beim Besuch der Besuchskommission Lüneburg über einen deutlichen Anstieg neuer Patienten. Dieser Anstieg betraf vor allem Menschen mit komplexeren Mehrfacherkrankungen und schwierigen sozialen Lagen. Der Sozialpsychiatrische Dienst hält für die Versorgung und Hilfeleistung dieses schwierigen Klientels eine Behandlungsermächtigung durch die kassenärztliche Vereinigung für dringend erforderlich.

Die Besuchskommission Hannover kritisierte die unzureichenden räumlichen Voraussetzungen für die Sozialpsychiatrischen Dienste der Region Hannover in Ronnenberg und in Laatzen. So waren die Dienste schlecht zu erreichen und schwer auffindbar. Auch die Schallisolierung der Räume ließ zu wünschen übrig. Insgesamt erschienen die Räume nicht geeignet für die erforderlichen Hilfeleistungen nach NPsychKG.

Der zuständige Zulassungsausschuss der kassenärztliche Vereinigung erschwerte es den Sozialpsychiatrischen Diensten der Region Hannover ihren Hilfeaufträgen nach NPsychKG nachzukommen, indem sie Behandlungsermächtigungen versagte bzw. erheblich eingeschränkte. Sie begründete dies mit dem formalen, fachlich schwer nachzuvollziehenden Argument, dass die Versorgung sichergestellt sei (vgl. hierzu 23. Ausschussbericht).

13 Werkstätten für seelisch Behinderte und weitere ambulante Angebote

Die Besuchskommission Weser-Ems /Nord strich den positiven Eindruck über die Tagesstätte Nordenham in der Wesermarsch heraus. Das Rehabilitationszentrum Oldenburg konnte nicht abschließend beurteilt werden, weil die Arbeit dort durch einen Vandalismusschaden mit einem Brandsatz erheblich beeinträchtigt war.

Der Besuch der Besuchskommission Weser-Ems /Süd in den Bersenbrückener Gemeinnützigen Werkstätten GmbH, Fürstenau, zeigte deutliche Verbesserungen der Arbeitsbedingungen durch Einsatz von Lärmschutzmaßnahmen. Das sinnvolle Angebot der Werkstatt wurde auch vom Vertreter des Werkstatrates sehr zufriedenstellend beurteilt.

Die Tagesstätte des St.-Josef-Stifts, Cloppenburg, zeigte eine ausreichende personelle Ausstattung mit engagiertem Personal. Eine angegliederte Kontaktstelle soll nach einer Vorlaufzeit von drei Jahren vor allem ehrenamtlich weitergeführt werden.

14 Insel Juist

Bei dem angemeldeten Gespräch der Besuchskommission Weser-Ems /Nord mit den verantwortlichen Vertretern der Inselgemeinde wurde ähnlich wie bei früheren Besuchen auf anderen Nordseeinseln deutlich, dass Kenntnisse über den Umgang mit psychisch kranken Menschen und die Kenntnisse von Abläufen in rechtlichen Unterbringungsverfahren nicht vorausgesetzt werden konnten. Die Besuchskommission klärte über die entsprechenden Verfahrensweisen auf, da minimale Verfahrensstandards nicht erfüllt wurden. Aktivere Unterstützung der im Landkreis zuständigen Stellen wäre erneut zu wünschen.

15 Stationäre Versorgung und allgemeine Psychiatrie

Die Besuchskommissionen beschrieben 17 Besuche in psychiatrischen Kliniken, darunter 3 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, nicht gerechnet die Maßregelvollzugseinrichtungen.

In einem Fall konnten aktuelle bauliche Mängel angesprochen und zeitnah behoben werden.

In zwei Kliniken führten räumliche Verbesserungen aus Sicht der zuständigen Besuchskommission zu deutlich verbesserten Therapiebedingungen.

Aufnahmestationen einzelner Kliniken zeigten eine von den Besuchskommissionen nicht für optimal gehaltene räumliche Enge bei Zimmern, Aufenthaltsräumen, teilweise Überbelegung.

Die zuständige Besuchskommission betrieb einen aktiven Klärungsprozess mit mehreren Besuchen im Aneos-Klinikum in Hildesheim, nachdem Personalprobleme auch in die Presse gedrungen waren. Die Fragen konnten formal aufgearbeitet werden. Unverändert wurde Personalmangel insbesondere bei Ärzten festgestellt. Bedenken bezüglich der Behandlungsqualität sind bisher nicht ausgeräumt.

In einer von der Deutschen Rentenversicherung belegten Suchteinrichtung wurde problematisiert, dass die Patienten in einem sehr offenen Konzept nicht wesentlich davon abgebracht wurden, sich mit Drogen zu versorgen.

In einer allgemeinspsychiatrischen Klinik war die zuständige Besuchskommission auf Betreiben des Betreuers bemüht, mit den Ärzten zu vermitteln, um einen Patienten darin zu unterstützen, auf seine Wunsch-Station verlegt zu werden. Eine Einigung mit der Klinikleitung über ein kooperativeres Vorgehen konnte nicht erreicht werden.

Die strukturelle Gesamtsituation vieler Kliniken ist von den Problemfeldern der Budgetierung, des Aufnahmedrucks, des Personalmangels bei Leistungsverdichtung, der baulichen Unterhaltung und Erneuerung geprägt, also von ökonomischen Zwängen.

16 Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung

Exemplarisch sei auf einen Besuch in Königslutter verwiesen: Obwohl die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie einen positiven Eindruck hinterließ durch kooperative Atmosphäre und gute Patientenorientierung, gab es dort deutliche Engpässe durch hohen Aufnahmedruck mit Warteliste für Aufnahmen, sowie Besetzungsprobleme beim ärztlichen Dienst.

Ähnliche Schwierigkeiten sind dem Ausschuss auch aus anderen Kliniken bekannt, wo der hohe Aufnahmedruck auch mit schwer Kranken, Unterbringungsbeschlüssen,

akuten Gefährdungsmomenten und massiven Verhaltensproblemen von Jugendlichen zu Wartelisten und teilweise schwer zumutbaren Verzögerungen führt.

Dies schlägt selbst bei ausreichender personeller Besetzung auch auf die Arbeit der strukturell gut ausgestatteten, aber unter starkem Druck arbeitenden Sprechstunden von Institutsambulanzen durch.

In der Karl-Jaspers-Klinik in Wehnen sammelt man derzeit Erfahrungen mit weiblichen Adoleszenten auf einer Frauenstation, die noch nicht abschließend bewertet werden können, denn in Oldenburg steht 2009 die Eröffnung einer eigenen geschlossenen Station an. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Reinhardt-Nieter-Krankenhaus in Wilhelmshaven war besonders positiv hervorzuheben.

Die Koordinationsfunktionen des Arbeitskreises Kinder- und Jugendpsychiatrie mit seinen Empfehlungen und Vorgaben, Regelungen zur Aufnahme geschlossen behandlungsbedürftiger Jugendlicher und zur Versorgungsqualität sind nochmals besonders hervorzuheben. Im Wesentlichen ist auf den Bericht des Vorjahres zu verweisen. Die geringe Sitzungsfrequenz des Ausschusses erlaubte 2008 keine darüber hinausreichende explizite Vertiefung der Themen. Das Gebiet wird im Ausschuss selbst weiter kompetent vertreten und regelmäßig thematisiert werden.

17 Maßregelvollzug und forensische Angebote

Die Besuchskommission erfasste erneut 10 Einrichtungen, mitgezählt die Außenstelle in Misburg. Auch aus ihrer Sicht ist es für eine abschließende Bewertung der Veränderungen zu früh, die durch den Trägerübergang der Abteilungen an den veräußerten ehemaligen Landeskrankenhäusern eingeleitet wurden.

Die bisherige Einbindung von je 14 Landesbediensteten in die Leitung und Führung der forensischen Abteilungen an den veräußerten ehemaligen Landeskrankenhäusern scheint nach den Praxisberichten meist funktional und reibungsarm gelungen zu sein. Budgetprobleme und Personalausstattungen befinden sich noch im weiteren Klärungsprozess, wobei sich die neuen Träger noch mit gemeinsamer Sachposition

mit dem Fachministerium auseinandersetzen und auch Anfang 2009 noch kein abschließendes Ergebnis erkennbar ist.

Unterthemen wie die erfolgreiche Einführung der Forensischen Institutsambulanzen und die Arbeit der Prognosekommission wurden in die Arbeit des Ausschusses am Rande eingebracht. Eine Übersicht über die neuen Angebotsstrukturen und Arbeitsformen findet sich in dem oben erwähnten Beitrag im Sozialpsychiatrischen Jahrbuch 2009. Wichtige Schritte zur Abflachung der Belegungsentwicklung waren der offensive Ausbau entlassungsvorbereitender Maßnahmen im Probewohnen und die flächendeckende Einrichtung der Forensischen Institutsambulanzen.

Die Prognosekommission für den Maßregelvollzug in Niedersachsen hat sich mit ihren vor Ort zu Fragen der Lockerungsprognose eingesetzten Prognoseteams erfolgreich etabliert und trägt zu einer fachlich begründeten qualitativen Verbesserung von Therapie und Sicherheit bei.

Die Strafrechtsreformen¹³ insbesondere zur Verbesserung der Führungsaufsicht haben auch Ansätze der ambulanten Nachsorge unter Weisungen und Auflagen und der Krisenintervention unterstützt und fordern zu einem Ausbau und zu enger Zusammenarbeit mit Gerichten und Führungsaufsicht auf.

Der Ausschuss wird die Entwicklung besonders im Auge behalten, aber auch immer wieder auf den Zusammenhang mit der Leistungsfähigkeit der klinischen und rehabilitativen, ambulanten wie stationären Allgemeinpsychiatrie hinweisen: Nur ein leistungsfähiges Versorgungssystem vermeidet unnötige Forensifizierungen, geht kompetent mit dem Gewaltpotential weniger schwieriger Patientengruppen um und ermöglicht eine Nachsorge, die dem Maßregelvollzug die Chance gibt, Patienten, bei welchen dies sicherheitsbezogen vertretbar erscheint, auch wieder zu entlassen.

¹³ Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht und zur Änderung der Vorschriften über die nachträgliche Sicherungsverwahrung vom 13.4.2007, § 68a StGB

18 Heimeinrichtungen

Ein Arbeitsschwerpunkt der Besuchskommissionen war mit rund 60 besuchten Einrichtungen auch 2008 die Versorgungssituation psychisch Behinderter und demenzkranker Personen in Heimen der Eingliederungshilfe und Pflege. Einzelheiten ergeben sich aus den Berichten der Besuchskommissionen.

An etlichen Standorten zeigte sich, wie sich bauliche Verbesserungen nachhaltig positiv auswirkten bzw. waren konkrete Baupläne erkennbar. An zahlreichen Standorten wurde eine fachlich gute, rechtlich einwandfreie und patientenorientierte Arbeit von Heimen beschrieben.

Im Querschnitt zeigten sich besonders folgende Problemfelder, von denen viele schon lange bestehen:

Mehrere Heime zeigten keine ausreichende räumliche Ausstattung, etliche stellten nicht ausreichend qualifiziertes Personal, etliche waren unsicher in der Handhabung rechtlicher Vorgaben z.B. bei Fixierungen, einzelne verstießen gegen rechtliche Standards bei Genehmigung und Dokumentation von geschlossener Unterbringung oder Fixierung, einzelne hielten nicht genügend Tagesstruktur vor. Meist waren die Heimleitungen der Kritik zugänglich.

Probleme wurden bei mehreren Einrichtungen mit der Handhabung elektronischer Vorkehrungen beobachtet, die verdeckt das Durchschreiten von Türen regeln. In 2008 war an einem Ort eine problematische Anwendung von Videoüberwachung angemerkt worden.

Vereinzelt zeigten sich auch Probleme der Personalführung, die zu Beschwerden der Mitarbeiter führten und die Versorgung beeinträchtigten, ohne dass die Heimleitung gegenüber Interventionen der Besuchskommission kritikfähig war. Hier und da bestanden deutliche Unterbesetzungen von Personal, wurden Probleme der Personalgewinnung reklamiert oder Unterbelegungen mit Bewohnern beobachtet.

Fallweise wurde bekannt, dass Allgemeinärzte aus Budgetgründen die komplexen Medikamentenverordnungen bei Patienten, die gerade aus der Klinik entlassen waren, in fachlich fragwürdiger Weise umgestellt hatten.

Folgende Einzelbeobachtungen sind mitzuteilen, da Sorge besteht, ob es ohne Anstoß von außen zu durchgreifenden Verbesserungen kommen wird:

Ein Seniorenpflegeheim in Wiefelstede, das seit den 80-er Jahren immer wieder festgestellte Mängel nicht hinreichend abstellte, befindet sich in neuer Trägerschaft. Neben bedrückenden Einzelfällen, die vor Ort angemahnt wurden, wurde bemerkt, dass richterliche Genehmigungen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen fehlten.

Ein Pflegeheim Eben-Eser im Landkreis Leer regelte Fixierungsmaßnahmen nicht qualifiziert und formal korrekt, zeigte sich der Kritik zugänglich, hatte aber nichts unternommen, obwohl die Probleme zuvor bereits von der Heimaufsicht angesprochen worden waren. Im verschlossenen Zimmer eines Bewohners mit Down-Syndrom fand sich ein Bettkäfig, der von der Heimleitung als nicht genehmigungspflichtige Kuschelecke ausgegeben wurde. Es fehlte ein Konzept zur Betreuung Demenzkranker und Weglaufgefährdeter. Die Leitung vertrat, diese Personen gehörten in andere Einrichtungen.

Gegenüber der Heimaufsicht der Stadt Wilhelmshaven musste angemahnt werden, dass die von dort beaufsichtigte Betreuungseinrichtung Morgante nach wie vor im Versorgungskonzept zahlreiche Schlüsselmerkmale eines Heimes aufweist, unter anderem die Stellung von Betreuungsleistungen und Beköstigung, die Unterbringung in Zweibettzimmern mit sanitären Gemeinschaftseinrichtungen, den nächtlichen Abschluss der Haustür und die Behinderung von Besuchen. Eine Antwort steht bis zum Redaktionsschluss dieses Berichtes noch aus.

Nach wie vor erfüllte die Heimeinrichtung „Individuelle Hilfen“ in Bockenem nicht die Minimalstandards bei Ausstattung und Betreuungsangebot. Ähnlich eine Einrichtungen in Sudwalde.

Der 23. Tätigkeitsbericht des Ausschusses ging in Kapitel 1.11. ausdrücklich auf die Angebotsstrukturen und Probleme des „Heimsektors“ ein.

Der Ausschuss hat im Berichtsjahr 2008 nicht feststellen können, dass seine Anregungen aufgegriffen worden wären. Der Vorschlag einer Fachkommission Eingliederungshilfe blieb ohne erkennbare Resonanz. Leider liegen dem Ausschuss auch keine neuen statistischen Erhebungsdaten vor, die eine bessere Einschätzung im Bundesvergleich ermöglichen könnten.

Der Verweis auf das EU-Grünbuch "Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern - Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union", das Fragen der Teilhabe in den Mittelpunkt stellt, mag dies unterstreichen.

Dennoch sollte versucht werden, die Versorgung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und in Pflegeheimen mit einer landesweiten Erhebung basal aufzuarbeiten, so dass klarer wäre, von wie vielen Betroffenen in wie vielen Einrichtungen die Rede ist, wie ihr gesundheitlicher und rechtlicher Status ist und auf welchen Angebotsstrukturen und Leistungen ihre Eingliederung oder Pflege basiert – ehe man überhaupt zu Bewertungen und politischen Konsequenzen schreitet.

Dies scheint auch wegen der immensen Bedeutung für die öffentlichen Haushalte, vor allem aber im Interesse der Betroffenen und ihrer Versorgungsqualität vernünftig und machbar. Sachliche Bewertungen werden sicherlich erleichtert, wenn zunächst Fakten auf dem Tisch liegen.

Von einer Enquête, wie sie beispielhaft schon 2003 der Bezirk Schwaben veröffentlicht hat, ist das Land noch weit entfernt ¹⁴.

Der Ausschuss kann diese empirische Evaluation nicht mit eigenen Mitteln leisten, wird sich aber gern, auch im Zusammengehen mit dem Landesfachbeirat, beratend beteiligen.

14 Egetmeyer, A., T. Feller, S. Schäfer-Walkmann (2003): Die „Schwäbische Heimenquête“ des Bezirkes Schwaben, Bezirk Schwaben, Augsburg, Selbstverlag

19 Ausblick

Das Urteil des Niedersächsischen Staatsgerichtshofes in Bückeburg (StGH 2/07) darf hier als bekannt vorausgesetzt werden ¹⁵. Hierzu nur verkürzt wenige Stichworte:

Klar scheint, dass das Urteil weit über eine Korrektur der Änderungen des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes hinausreicht, indem es wegen des Demokratieprinzipes höhere Anforderungen an die personale und sachlich-inhaltliche Legitimation auch der Bediensteten aller beliebigen Krankenhausträger stellt, die im Bereich des NPsychKG grundrechtseinschränkende Maßnahmen ergreifen und durchführen. Es werden höhere Anforderungen an die persönliche Bestellung dieser Bediensteten und an die unmittelbare weisungsbefugte Fachaufsicht gestellt. Das Gericht hob auf die natürlichen Personen ab, die die grundrechtsrelevanten Eingriffe tatsächlich ausüben, also – auch im Notfall – anordnen und durchführen. Gefordert sind staatlicher Einfluss auf die Auswahl, Sachkunde und Zuverlässigkeit sowie Anleitung der Bediensteten und die eigenständige Berichtspflicht und Weisungsbindung der ärztlichen Leitungsebene.

Dies gilt für alle Kliniken, denen nach § 15 NPsychKG der Vollzug von Unterbringungen übertragen ist, also auch alle „alten“ Einrichtungen und nicht nur für die vom Land veräußerten ehemaligen Landeskrankenhäuser.

Der Ausschuss, dessen Kernkompetenzen hier angesprochen sind, hat sich darüber erst Anfang 2009 vorläufig informieren können und schon Ende 2008 ausdrücklich seine fachliche Mitwirkung bei der künftigen Ausgestaltung schon in einem früheren Stadium der Überlegungen angeboten. Gegebenenfalls kann eine Arbeitsgruppe gebildet werden.

Weiterer Ausblick:

Im Mittelpunkt der Arbeit des Ausschusses und seiner Besuchskommissionen steht die Arbeit vor Ort mit den Einrichtungen und bei den Betroffenen. Gleichwohl sind die rechtlichen, administrativen, ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen zu

beachten und gegebenenfalls kritisch zu kommentieren. Besondere Aufmerksamkeit verlangen hier

- die Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung bei psychiatrischen Kliniken,
- die Rahmenbedingungen für niedergelassene Psychiater und Nervenärzte,
- die Sicherstellung der Rahmenbedingungen für die Sozialpsychiatrischen Dienste und die Funktion der Sozialpsychiatrischen Verbände,
- die Entwicklung der Eingliederungshilfe und Pflege,
- die Umsetzung übergeordneter politischer Vorgaben wie der Behindertenkonvention der Vereinten Nationen ¹⁶ oder die Entschließung des Europäischen Parlaments vom 19. Februar 2009 zu der psychischen Gesundheit ¹⁷ in eine humane, rechtlich einwandfreie, aber auch alltagstaugliche Praxis,
- die Auswirkungen von Ökonomisierung, Marktorientierung, Bürokratisierung und Verrechtlichung,
- die Entwicklung der forensischen Psychiatrie und des Maßregelvollzuges,
- Problemlagen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, bei psychisch Alterskranken und Suchtkranken und Migranten,

um nur die wichtigsten Themen zu nennen.

Es bleibt bei der formalen Kontrollfunktion, die Besuchskommissionen und Ausschuss im Sinne ihres „Wächter-Amtes“ ausüben, indem sie auf Mängel hinweisen und auf deren Behebung dringen, indem sie für Betroffene direkt ansprechbar sind, unabhängig und neutral Sachverhalte vor Ort feststellen und fachlich sowie rechtlich bewerten. Die hier benannten Problemzonen sind vergleichsweise gering, und die Berichte zeigen, dass langfristige externe Kontrolle an vielen Orten nachhaltig Wirkung zeigt.

Zugleich haben die Besuchskommissionen eine beratende, begleitende, manchmal Mediationsfunktion und erreichen vieles auf „diplomatischem“ Wege. Sie werden

¹⁵ <http://www.staatsgerichtshof.niedersachsen.de/> - Aktuelles

¹⁶ Egetmeyer, A., T. Feller, S. Schäfer-Walkmann (2003): Die „Schwäbische Heimenquète“ des Bezirkes Schwaben, Bezirk Schwaben, Augsburg, Selbstverlag

¹⁷ Egetmeyer, A., T. Feller, S. Schäfer-Walkmann (2003): Die „Schwäbische Heimenquète“ des Bezirkes Schwaben, Bezirk Schwaben, Augsburg, Selbstverlag

teilweise als Frühwarnsystem tätig, wirken präventiv. Dies gelingt insgesamt sehr gut, auch im Zusammenwirken mit anderen Behörden, insbesondere der Heimaufsicht, dem Sozialministerium und in der fachlichen Vernetzung, die durch die beteiligten Ehrenamtlichen hergestellt wird. Dabei haben Erfahrung und Kontinuität einen hohen Stellenwert.

Politik und Öffentlichkeit stellen sich den Berichten des Ausschusses sachlich und konstruktiv, weil dieser unabhängig und in der Verpflichtung gegenüber den Betroffenen berichtet. Wir hoffen, dass auch dieser Bericht diesem selbst gesteckten Ziel und seinem gesetzlichen Auftrag genügt und trotz schwieriger Rahmenbedingungen eine positive Entwicklung der in Niedersachsen insgesamt sehr gut aufgestellten Versorgungslandschaft fördert.

Prof. Dr. Andreas Spengler
Vorsitzendes Mitglied

Dr. Eberhard Höfer
Stellvertretendes vorsitzendes Mitglied

Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes
Niedersachsen

Dieser Bericht wurde im Ausschuss verabschiedet am 06.05.2009.

Anhang: Personelle Zusammensetzung des Ausschusses

Mitglieder	Stellv. Mitglieder
Herr Prof. Dr. Andreas Spengler Vorsitzender Wunstorf	Herr Dr. Joachim Niemeyer Königsutter
Herr Dr. Eberhard Höfer Stellv. Vorsitzender Hildesheim	Herr Dr. Thorsten Sueße Hannover
Herr Dietmar Altenberg Hannover	Herr Bernd Döring Nienburg
Herr Wolfram Beins Celle	Herr Claus Winterhoff Lüneburg
Herr Dr. Bernd Borchard Göttingen	Frau Annika Gnoth Bovenden
Herr Marco Brunotte (MdL) Hannover	Herr Ulrich Watermann (MdL) Bad Pyrmont
Herr Christian Harig Hannover	Frau Doris Steenken Osnabrück
Frau Marianne König (MdL) Osnabrück	Frau Christa Reichwaldt (MdL) Hannover
Herr Matthias Koller Göttingen	Frau Eva Moll-Vogel Hannover
Frau Gesine Meißner (MdL) Wennigsen	Herr Hans Werner Schwarz (MdL) Hannover
Herr Pastor Rainer Müller-Brandes Burgdorf	Herr Josef Wolking Vechta
Frau Dorothee Prüssner (MdL) Goslar	Herr Wittich Schobert (MdL) Helmstedt
Frau Dr. Dagmar Schlapeit-Beck Göttingen	Herr Wolfgang Herzog Helmstedt
Frau Rose-Marie Seelhorst Barsinghausen	Herr Edo Tholen Oldenburg
Frau Miriam Staudte (MdL) Scharnebeck	Frau Ursula Helmhold (MdL) Rinteln
Herr Dr. Patrizio-Michael Tonassi Hannover	Herr Dr. Eberhard Grosch Latzten
Herr Dr. Felix Wedegärtner Hannover	Herr Dr. Joachim Beutler Braunschweig

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