

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

**23. Tätigkeitsbericht 2007**



**Niedersachsen**

## **23. Tätigkeitsbericht**

### **des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Niedersachsen für das Jahr 2007**

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>Seite</b>
1. Allgemeines	2
1.1. Morbiditätssteigerungen bei psychischen Störungen	3
1.2. Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung	5
1.3. Beteiligung der Betroffenen im Ausschuss	5
1.4. Die Tätigkeit der Besuchskommissionen	6
1.5. Geschäftsstelle des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung und der Besuchskommissionen	8
1.6. Übergang der psychiatrischen Kliniken Niedersachsens von der Landesträgerschaft in private Trägerschaft	8
1.7. Behandlung von Patientenakten beim Übergang der Trägerschaft	10
1.8. Vormundschaftsgerichtliche Fixierungsgenehmigungen bei betreuungsrechtlich Untergebrachten	11
1.9. Richterliche Genehmigungen bei zivilrechtlichen Unterbringungen von Kindern und Jugendlichen nach § 1631 b BGB	12
1.10. Qualifizierung der Hilfeplanung für Menschen mit seelischen Behinderungen durch Beteiligung der Sozialpsychiatrischen Dienste	13
1.11. Stellungnahme des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen zu den Anträgen der Fraktionen	14
1.12. Behandlung von psychisch kranken Menschen in Allgemeinkrankenhäusern	16
1.13. Situation von Kindern psychisch kranker Eltern	16
2. Sozialpsychiatrische Verbände	17
3. Ambulante Versorgung	18
3.1. Morbiditätssteigerung und nicht ausreichende fachärztliche Versorgung	18
3.2. Sozialpsychiatrische Dienste	19
3.3. Werkstätten für seelisch Behinderte	21
3.4. Weitere ambulante Angebote	21
3.5. Insel Baltrum	22
4. Stationäre Versorgung und allgemeine Psychiatrie	22
5. Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung	23
5.1. Ambulante Versorgung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie	24
5.2. Stationäre und teilstationäre Versorgung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie	24
5.3. Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Berichten der Besuchskommissionen	25
5.4. Schulunterrichtsversorgung in den stationären (teilstationären) Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	25
6. Maßregelvollzug und sonstige forensische Unterbringungen	26
7. Heime	27
8. Ausblick	30
Anhang – Personelle Zusammensetzung des Ausschusses	33

## 1. Allgemeines

Das Jahr 2007 war für die niedersächsische Psychiatrie in mehrfacher Hinsicht ein Besonderes. So konnte auf 10 Jahre Novellierung des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG vom 16. Juni 1997) zurückgeblückt werden. Das Gesetz hat durch seine Akzentsetzungen eine deutliche Wirkung und Dynamik entfaltet, die sich auch in den Auseinandersetzungen und Diskussionen zur Kooperation in den Sozialpsychiatrischen Verbänden niederschlug. In diesem Zusammenhang konnten einige Sozialpsychiatrische Verbände, so auch der Sozialpsychiatrische Verbund der Region Hannover, im Jahr 2007 ihr 10-jähriges Jubiläum feiern.

Weichenstellend war das Jahr 2007 auch deshalb für die Psychiatriegeschichte Niedersachsens, weil die psychiatrischen Kliniken nach 180 Jahren Landsträgerschaft (Eröffnung der ersten Heilanstalt für geistes- und gemütskranke Personen in Hildesheim am 30.05.1827 im damaligen Königreich Hannover) in private Trägerschaften übergingen.

Diese und andere Höhepunkte des Jahres 2007 werden auch im Jahrbuch des Landesfachbeirates Psychiatrie behandelt und erörtert (Elgeti, Hermann (Hg.). Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2008. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2007).

Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen tagte im Jahr 2007 viermal regulär: am 21.02.2007, am 20.06.2007, am 19.09.2007 und am 07.11.2007. Eine zusätzliche Sitzung fand mit den Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des Ausschusses und der Besuchskommissionen sowie interessierten Mitgliedern am 06.06.2007 statt.

Dem Interesse des Landesbeauftragten für Psychiatrie in Berlin an der Konstruktion und Organisation des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen und der Besuchskommissionen kam der Ausschussvorsitzende nach. Er erörterte am 27.08.2007 mit dem Landesbeauftragten für Psychiatrie der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin, die niedersächsischen Grundlagen und die Praxis dieser unabhängigen Fachgremien.

Der Ausschuss für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit des Nds. Landtages wurde vom Ausschussvorsitzenden und dessen Stellvertreter am 28.11.2007 über den 22. Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung unterrichtet.

Im Berichtszeitraum führten die 6 Besuchskommissionen für die verschiedenen Gebiete in Niedersachsen und den Maßregelvollzug 128 Besuche durch.

Die Internetseite des Ausschusses wurde im Zeitraum vom 01.01. bis zum 31.12.2007 18.682 mal von 14.400 verschiedenen Interessenten besucht. 51 Besuche erfolgten

durchschnittlich pro Tag. Die durchschnittliche Verweildauer war mit 4 Minuten 1 Sekunde vergleichsweise lang.

Das Ende der Legislaturperiode des Niedersächsischen Landtages und der damit verbundenen zukünftigen Neukonstituierung des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung und der Besuchskommissionen soll zum Anlass genommen werden, den unterstützenden Kooperationspartnern des Ausschusses Dank zu sagen. Der Dank gilt insbesondere den ehrenamtlich tätigen Mitgliedern der Besuchskommissionen und seiner Vorsitzenden, die durch ihre regelmäßige kritische Besuchstätigkeit einen wichtigen Beitrag für den Erhalt und die Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgungsqualität in Niedersachsen geleistet haben und damit auch die Interessen der Betroffenen vertreten haben. Der Dank gilt auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, die durch ihre Beiträge und Informationen die Ausschusstätigkeit aufmerksam begleitet und unterstützt haben. Der Ausschuss dankt ebenfalls dem Präsidenten des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie für seine anregende und wohlwollende Begleitung und den im Landesamt angesiedelten Heimaufsichten für die Kooperation. Ein besonderer Dank richtet sich an die Geschäftsführerin, die den Ausschuss und die Besuchskommissionen mit großem Engagement betreut und koordiniert hat. Schließlich dankt der Ausschuss allen Personen, Gremien, Behörden und Einrichtungen, die seine Arbeit unterstützt haben und konstruktiv wirkende, kritische Rückmeldungen gegeben haben.

### **1.1. Morbiditätssteigerungen bei psychischen Störungen**

In Deutschland erkranken 40 % der Bevölkerung mindestens einmal im Leben an einer psychischen Erkrankung, innerhalb eines Jahres jeder Dritte. Der Bundesgesundheitsurvey belegt hohe Prävalenzraten für psychische Störungen (vgl. Bühring, Petra. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde: Die Schwelle ist niedriger geworden. Deutsches Ärzteblatt, Dezember 2007: 552).

Diese vielerorts beschriebene Morbiditätssteigerung psychischer Störungen ist eine Herausforderung für grundsätzliche Überlegungen zu strukturellen Veränderungen der Basisversorgung psychischer Störungen. Epidemiologische Studien sowie Daten der Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger zeigen, dass psychische Erkrankungen in den letzten beiden Jahrzehnten deutlich zugenommen haben, dies betrifft insbesondere die depressiven Störungen und die Angststörungen. „Psychische Erkrankungen zählen weltweit zu den Hauptgründen für eine langfristige Behinderung. Nach dem Bericht der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahr 2005 tragen neuropsychiatrische Erkrankungen zu 31,7 % aller Lebensjahre bei, die mit einer Behinderung verbracht werden. Die 5 vorrangigen Ursachen waren davon die unipolare Depression, Alkoholmissbrauch- und Abhängigkeit, Schizophrenie, bipolare Depression und Demenz. Vergleiche zwischen Ländern mit hohem, mittlerem und niedrigerem durchschnittlichen Einkommen zeigen eindrucksvoll, dass die Bedeutung neuropsychiatrischer Erkrankungen in den modernen Industriegesellschaften mit einem hohen/mittleren Einkommen deutlich höher ist, als in Ländern mit einem mittleren/niedrigem Einkommen, bei denen Infektionskrankheiten und Fehlernährung bedingte Störung weiterhin eine große Rolle spielen. (vgl. Bühren, Astrid et al. Psychische Erkrankungen: Alle Fachgebiete sind gefordert. Deutsches Ärzteblatt 2008:105). Dabei stiegen die psychiatrischen Diagnosen bei stationären Behandlungsfällen von 1994 bis 2005 um 36%, während die Steigerung für alle Diagnosen im gleichen Zeitraum

bei nur 11% lag und ab 2001 stagnierte (vgl. Melchinger, Heiner. Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Manuskript, Februar 2008: 12).

Zwar wird darüber diskutiert, ob es sich bei den Steigerungszahlen um eine tatsächliche Steigerung psychischer Störungen handele oder aber um das Resultat einer höheren Sensibilität und verbesserten Diagnostik. Gleich welcher Auffassung man ist, die sozioökonomischen Folgen psychischer Störungen sind nicht wegzudiskutieren. Eine Etikettierung psychischer Störungen in neopsychiatrische Störungsbilder und eigentliche psychiatrische Krankheitsbilder im engeren Sinne ändern nichts an der Tatsache, dass die Zunahme von Krankmeldungen in der Krankmeldungsstatistik der Krankenkassen durch psychische Störungen begründet wurde, während der Krankenstand allgemein deutlich niedriger war als in früheren Jahren. Auf den Internetseiten der Krankenkassen werden starke Zunahmen der Frühberentung infolge psychischer Erkrankungen beschrieben. Je nach Statistik wird nahezu jede dritte Frühverrentung auf eine psychische Störung bzw. seelische Behinderung zurückgeführt.

Krankheitsfolgenkonzepte zeigen, dass psychische Störungen besonders zu Dysfunktionen bei der Ausübung sozialer Rollen und der Kommunikation führen. Erwartungen, die an einen Rollenträger gestellt werden, können krankheitsbedingt nicht erfüllt werden.

Das Grünbuch der Kommission der Europäischen Gemeinschaften aus dem Jahr 2005 streicht die besondere Bedeutung der seelischen Gesundheit für eine soziale Gemeinschaft heraus. Eine soziale Gemeinschaft ist darauf angewiesen, dass der überwiegende Teil ihrer Mitglieder in der Lage ist, soziale Rollenfunktionen zu übernehmen, um so zum Erhalt und Wohlergehen der Gesamtgemeinschaft beizutragen. Bühren et al. kommen in dem oben zitierten Beitrag (Deutsches Ärzteblatt 2008; 17: 105) zu dem Schluss: „Schließlich ist von der Politik und den Krankenkassen zu fordern, die finanziellen Verpflichtungen für den - wesentlich auch demographisch und gesellschaftlich bedingten - Morbiditätsanstieg psychischer Erkrankungen zu übernehmen.“

Neurobiologische und neuropsychologische Forschung und Erkenntnisse stützen das bio-psycho-soziale Konzept. Neuere Ansätze sprechen sogar von gemeinsamen Risikofaktoren für körperliche und psychische Erkrankungen. So haben Patienten mit depressiven Störungen und einer koronaren Herzkrankheit ein etwa doppelt so hohes Risiko nach einem Herzinfarkt oder einer Bypassoperation in einem Zeitraum von 2 Jahren zu versterben als unbelastete Patienten. Zusammenhänge zwischen Depressionen und Diabetes wurden ebenfalls bekannt (vgl. Barth et al. Behandlung von Patienten mit koronarer Herzkrankheit und komorbider Depression in der Rehabilitation. Psychother Psych Med 2005; 55: 416 – 424).

Neurobiologische oder neuropsychologische Studien, die die Effekte von gezielten sozialen – verbalen oder psychotherapeutischen Maßnahmen erklären können, sind leider noch ein Mangel. Dabei wäre es für eine über die pharmakologische Therapie hinausgehende Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen von höchstem Interesse, interaktionelle therapeutische Effekte überprüfen zu können und den Einfluss solcher Maßnahmen auf zerebrale Vernetzungsmuster darzulegen (vgl. auch Lech, Jörg. Die Sprache des Gehirns. Der Spiegel. 31.03.2008; 14: 132 – 146). Hintergrund der Fragestellung wäre, wie durch interaktionelle Maßnahmen nachhaltig verfügbare Umstrukturierungen zugunsten psychischer Gesundheit vorgenommen werden können. Dies würde eine psychotherapeutische Grundhaltung der psychiatrischen Behandlung fördern.

Der Ausschuss hat sich in den früheren Berichten der vergangenen zwei Legislaturperioden immer wieder mit grundsätzlichen Fragen psychischer Störungen beschäftigt, um davon abgeleitet Überlegungen für die Beurteilung einer angemessenen Versorgung Betroffener zu treffen. Nach wie vor wird für die Fragestellungen des Ausschusses eine verstärkte sozialpsychiatrische Grundlagen- und Versorgungsforschung zu fordern sein.

## **1.2. Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung**

Grundsätzlich zu überdenken sind auch in Zukunft die historisch gewachsenen Differenzierungen und Grenzen zwischen den einzelnen „Psycho-Fächern“ (Psychiatrie/Psychotherapie), die selbst von Fachleuten, geschweige denn von Laien, kaum mehr zu durchschauen sind. Bei großen Psychotherapieveranstaltungen für die Berufsgruppen aller „Psycho-Fächer“ wird erkennbar, dass die historisch gewachsenen Grenzen zwischen Psychiatrie einerseits und Psychotherapie-Psychosomatik andererseits fragwürdig geworden sind. Schließlich wird bei allen psychischen Erkrankungen eine individuell angepasste Kombination aus somatotherapeutischen-, soziotherapeutischen- und psychotherapeutischen Verfahren in allen „Psycho-Fächern“ anerkannt. (Vgl. Beine, Karl H. *Erinnern – Durcharbeiten – Zusammenführen. Zum Verhältnis von Psychosomatik und Psychiatrie. Psychiat Prax* 2007;34:159-161). Ansatzweise haben die fachärztlichen Weiterbildungsordnungen die Untrennbarkeit von Psychiatrie und Psychotherapie erkannt, ohne jedoch die nächsten notwendigen Schritte zu tun.

## **1.3. Beteiligung der Betroffenen im Ausschuss**

Nicht zuletzt bei den Diskussionen des Ausschusses mit den Psychiatrie-Erfahrenen zur Frage „Behandlung mit Zwang“ zeigte sich erneut, welche zentrale Bedeutung die Psychiatrie-Erfahrenen als Betroffene des psychiatrischen Versorgungssystems für den Ausschuss haben. Die Öffnung der Psychiatrie vom Behandeln der Betroffenen zum Verhandeln mit den Betroffenen war und ist noch immer ein langer Weg, der keineswegs als abgeschlossen angesehen werden kann. Während die Angehörigen psychisch Kranker bereits von Anfang an im Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung mit einem Sitz vertreten waren, hatten die psychisch Erkrankten selbst im Ausschuss keine/keinen gesonderte/n Vertreterin/Vertreter. Sie hätten sich eine Stimme mit den Angehörigen teilen müssen. Seit Ende 2006 nimmt ein Vertreter bzw. eine Vertreterin der Psychiatrieerfahrenen regelmäßig als Gast an den Ausschusssitzungen teil. Vor der Neukonstituierung des Ausschusses wird eine Änderung der Verordnung über Gremien für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung dafür sorgen, dass eine Vertreterin oder ein Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen als Mitglied beteiligt wird.

Wie bereits in früheren Tätigkeitsberichten herausgestellt, sieht sich der Ausschuss in zuständiger Verantwortung für Menschen, die im Sinne des § 1, Abs. 1 NPsychKG infolge einer psychischen Störung krank oder behindert oder gewesen sind oder bei denen Anzeichen für eine solche Krankheit oder Behinderung bestehen. Damit sind sämtliche Diagnosen erfasst, die in einer psychiatrischen-psychotherapeutischen Klinik aufgenommen und behandelt werden. Neben den „klassischen psychischen Störungen“ wie den Schizophrenien oder den bipolaren affektiven Störungen zählen dazu die Suchterkrankungen, die Persönlichkeitsstörungen, die demenziellen Syndrome, die Belastungsstörungen, die somatoformen Störungen, die Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und die psychischen Störungen in Kindheit und Jugend einschließlich der Entwicklungsstörungen.

Für eine ausgewogene Beurteilung im Ausschuss ist es wichtig, dass die an der Versorgung des beschriebenen Klientels beteiligten Gruppierungen im Ausschuss vertreten sind. Seit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes im Jahr 1999, ist die Zahl der niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten und kinder- und jugendlichen Psychotherapeuten zunehmend gestiegen. Sie sind zu einer wesentlichen Säule der psychotherapeutischen Versorgung geworden. Daher wird ab der kommenden Legislaturperiode des Ausschusses eine Vertreterin oder ein Vertreter der Psychotherapeutenkammer die Ausschussbesetzung weiter vervollständigen. Dafür ist eine Änderung der Verordnung über Gremien für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung erforderlich.

#### **1.4. Die Tätigkeit der Besuchskommissionen**

Jährlich wiederkehrend wird eine Subjektivität der Beurteilungen, die die Besuchskommissionen bei kritikwürdigen Angeboten äußern, infrage gestellt. Jährlich wiederkehrend hebt der Ausschuss auch in seinem Tätigkeitsbericht hervor, dass gerade in der auf Erfahrung gestützten Wiedergabe vergleichender Eindrücke über Versorgungsangebote – also in der Anwendung relativ „weicher“ Kriterien – die besondere Stärke der Besuchskommissionen zur Förderung der Qualität von Angeboten liegt. Die regelmäßigen Berichte der Besuchskommissionen über ihre Besuche im Ausschuss unterstreichen die Bedeutung dieser Tätigkeit für die Qualitätssicherung der psychiatrischen Versorgung. Allein die Möglichkeit eines unangemeldeten Besuchs einer Einrichtung durch eine Besuchskommission wird die Achtsamkeit und die Reflektion von Einrichtungen für das ihr anvertraute Klientel auch dann steigern, wenn ein Besuch gar nicht stattfindet. Es kann durchaus vorausgesetzt werden, dass eine angemessene Einrichtung ein großes Interesse daran hat, ein qualitativ gutes Angebot vorzuhalten, das als solches auch entsprechend gewürdigt wird. Gerade die vergleichende Beobachtung von Angeboten durch die Besuchskommissionen, kann sich bei den Erörterungen mit den einzelnen Anbietern qualitätsfördernd auswirken, ohne dass bereits justiziable Kriterien für Sanktionsmaßnahmen wirksam werden. Der Ausschuss und die ihm zuarbeitenden Besuchskommissionen prüfen, was von den Angeboten bei den betroffenen Menschen ankommt und welchen Nutzen sie davon haben.

In der gemeinsamen Sitzung der Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden des Ausschusses und der Besuchskommissionen am 06.06.2007 wurde eine strukturierte und standardisierte Protokollierung für einzelne Einrichtungstypen in Aussicht gestellt, um relevante Kriterien zu erfassen. Für verschiedene Einrichtungstypen werden von den Besuchskommissionen Formulare erstellt, die erprobt werden. Betont wurde noch einmal, dass es den Besuchskommissionen um die Erfassung des Alltagslebens psychisch kranker Menschen, insbesondere auch in stationären Einrichtungen gehe und dass die Angebote auf ihre fachliche Angemessenheit überprüft werden. Der respektvolle Umgang mit den anvertrauten Menschen und das Umgangsklima liegen ebenfalls im Fokus der Aufmerksamkeit.

Bei der Feststellung von Mängeln wurde das bisherige abgestufte Vorgehen bestätigt:

1. Feststellungen, Bekanntgabe von Eindrücken und Bewertungen
2. Erörterung positiver Eindrücke und möglicher Mängel mit der besuchten Einrichtung
3. gegebenen Falles Überprüfung, ob Mängel abgestellt wurden.

Ohne Zweifel liegt der Schwerpunkt der Besuchskommissionen in der Beratung der Einrichtung und der Erörterung ihrer Feststellungen.

Neben einer offenen, bereitwilligen und kooperativen Aufnahme treffen die Besuchskommissionen auch auf Einrichtungen, die ablehnend und unkooperativ reagieren. Einzelne Einrichtungen erwiesen sich als beratungsresistent. Es gibt Einrichtungen, die sich ausgesprochen oder unausgesprochen jede Einmischung von außen verbitten, die die Besuchskommissionen als erheblichen Störfaktor ihrer Arbeit ansehen und die eine Erörterung von Mängeln sowie eine Beratungs- und Korrekturbereitschaft ablehnen bzw. die Kompetenz der Besuchskommissionen anzweifeln. Sinngemäß signalisieren sie den Besuchskommissionen: was immer gesagt wird, wir machen weiter wie bisher, eine Alternative gibt es für uns nicht.

In seiner Sitzung vom 07.11.2007 vereinbarte der Ausschuss mit den Besuchskommissionen für solche Fälle das folgende abgestufte Vorgehen:

1. Anschreiben der Einrichtung mit Aufzeigen der Mängel und Aufforderung der Mängelbehebung (ggf. wird das Anschreiben auch vom Ausschussvorsitzenden mit unterzeichnet)
2. Information der zuständigen Aufsichtsbehörde ( z. B. Heimaufsicht)
3. Erneuter unangemeldeter Besuch
4. Angemeldeter oder unangemeldeter Besuch zusammen mit der zuständigen Aufsichtsbehörde
5. Das zusätzliche Einschalten von Staatsanwaltschaft, Presse und Öffentlichkeit soll nur nach vorheriger Abstimmung mit dem Ausschussvorsitzenden oder dessen Stellvertreter erfolgen.

Wie bereits hervorgehoben, ist das wesentliche Beurteilungskriterium für den Ausschuss und die Besuchskommissionen das, was von dem Angebot beim Nutzer ankommt und seine Person und seine Rechte wahrt.. Qualitätsprüfungen, die lediglich Konzepte und Betriebsabläufe zertifizieren oder Anhaltzahlen prüfen, sind nicht ausreichend in der Lage, den Nutzen für die Betroffenen wiederzugeben. Qualitätsmanagementkonzepte, die mit hohem bürokratischen Aufwand Konzepte und Betriebsabläufe lediglich formal überprüfen und dokumentieren, tragen nicht zwangsläufig zur Qualitätsverbesserung des Angebots bei, wenn dieses Angebot nicht durch Wertschätzung, Respekt und Fachlichkeit getragen wird (vgl. Dörfler, Anneli. „Es ist Zeit, die heilige Kuh Qualitätsmanagement zu schlachten“. SOZIAL wirtschaft 2007; 5: 25/28.)

Erfreut kann der Ausschuss feststellen, dass gerade in den vergangenen Jahren eine zunehmende Versorgungsqualität in den besuchten Einrichtungen vorgehalten wird, wenn man die dargelegten Kriterien anwendet. Auch wenn sich weiter einzelne Anbieter als beratungsresistent erweisen, so kann doch insgesamt eine deutliche Verbesserung der Angebotsqualität festgestellt werden.

Zur Sicherstellung der ehrenamtlichen Tätigkeit der Mitglieder des Ausschusses und der Besuchskommissionen, stellte das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit im Schreiben vom 11.09.2007 fest, dass die Tätigkeit der Mitglieder tatsächlich einer Ehrenamtlichkeit zugeordnet werden kann. Damit sind die Mitglieder bei Ausübung dieser Tätigkeit bei der Landesunfallkasse Niedersachsen unfallversichert.



### **1.5. Geschäftsstelle des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung und der Besuchskommissionen**

Wie in den Jahren zuvor, wurde ein erneuter Vorstoß unternommen, um die personelle Situation der Geschäftsstelle zu verbessern. Zwar konnte eine grundsätzliche Klärung dadurch herbeigeführt werden, dass die Geschäftsführerin nunmehr mit einer ganzen Stelle dem Ausschuss und den Besuchskommissionen zur Verfügung steht. Gleichzeitig war jedoch eine Stelle mit 15 Wochenstunden für Zuarbeit ersatzlos gestrichen worden.

Nach wie vor wird die Geschäftsstellentätigkeit für die bisher 28 Ausschuss- und 76 Besuchskommissionsmitglieder, die ehrenamtlich tätig sind, für so umfangreich gehalten, dass sie mit einer vollen Stelle nicht ausreichend zu bewältigen ist. Wenn Ausschuss und Besuchskommissionen als ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung für die Versorgung psychisch kranker Menschen angesehen wird, dann wird es zunehmend erforderlich, die vergleichende Tätigkeit der Besuchskommissionen zu koordinieren und die Beobachtungskriterien verstärkt abzustimmen. Die Erarbeitung von einrichtungstypbezogenen Protokollbögen ist hier ein erster Schritt.

Die Neukonstituierung des Ausschusses mit zusätzlichen Mitgliedern und der Besuchskommissionen macht es verstärkt erforderlich, die einzelnen Mitglieder zu unterstützen, um die Kontinuität der Arbeit mit Einbezug früherer Erfahrungen zu wahren. Dabei geht es auch um die Vermittlung und Weitergabe von signifikanten Beobachtungskriterien.

Wie bereits oben beschrieben, hat sich im Laufe der Jahre der erfasste Personenkreis deutlich ausgeweitet, weil sämtliche Diagnosen, die in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus behandelt werden, auch berücksichtigt werden sollten. Hinzu kommt, dass sich gerade in den letzten Jahren eine unüberschaubare Anzahl von Angeboten für den Personenkreis nach § 1 Abs. 1 NPsychKG entwickelt hat. Der freigegebene Wettbewerb dieser Angebote lässt eine weitere Angebotssteigerung und Differenzierung erwarten. Bereits heute ist die modulare Komplexität verschiedener Angebote nur schwer durchschaubar. Selbst die Kostenträger vor Ort sind dazu oft nicht in der Lage. Allein bei dieser Betrachtung liegt ein erhöhter Koordinationsbedarf - auch ohne Berücksichtigung von Öffentlichkeitsarbeit und Begleitung von Projektgruppen - auf der Hand.

Dennoch teilte das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit dem Ausschussvorsitzenden mit Schreiben vom 11.09.2007 mit, dass die Besetzung der Geschäftsstelle mit einer Vollzeitstelle nach eingehender Prüfung für ausreichend erachtet wird. Eine erneute Prüfung einer personellen Verstärkung der Geschäftsstelle wurde für das erste Halbjahr 2008 in Aussicht gestellt.

### **1.6. Übergang der psychiatrischen Klinik Niedersachsens von der Landsträgerschaft in private Trägerschaft**

Im Berichtszeitraum befasste sich der Ausschuss regelmäßig mit dem Übergang der ehemaligen Landeskrankenhäuser in private Trägerschaft. So war die Situation in den psychiatrischen Kliniken stark von diesem Wechsel geprägt.

Das Thema der Veräußerung der Niedersächsischen Landeskrankenhäuser ist bereits im 22. Tätigkeitsbericht des Ausschusses ausführlich behandelt worden.

Zusammenfassend soll hier noch einmal ausgeführt werden, dass ein europaweites Bieterverfahren ab Mai 2006 4 strategische Phasen vorsah:

- Interessenbekundung
- Erhalt von Informationsmemoranden und Abgabe vorläufiger Angebote
- Einblick in die „Datenräume“ der einzelnen Kliniken und Abgabe konkretisierter Angebote
- Einzelverhandlungen mit Bietern und anschließende Vergabeentscheidung über die jeweiligen Landeskrankenhäuser.

Von entscheidender Bedeutung war, dass in diesem Bieterverfahren bereits Qualitätskriterien, die von der Arbeitsgruppe „Versorgungsqualität“ erarbeitet worden waren, eine wichtige Rolle spielten. Ein „begleitender Ausschuss“ aus Vertretern der NLKH wurde in das Verfahren zur Beurteilung der medizinischen Konzepte einbezogen. (vgl. hierzu: Mauthe, Jürgen-H.: Eine kurze Chronologie zur Privatisierung der Landeskrankenhäuser aus Sicht des Landesfachbeirats. In: Elgeti, Hermann (Hg.). Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2008. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2007. Folgende Auswahlkriterien waren maßgeblich:

- Medizinisches Konzept (45 %)
- Kaufpreis (35 %)
- Personalkonzept (10 %)
- Absicherung des Landes wegen finanzieller Risiken (10 %).

Über die Ablaufschritte wurde der Ausschuss regelmäßig von den zuständigen Mitarbeitern des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit informiert.

Am 07. März 2007 hat der Niedersächsische Landtag die Übertragung für 6 der 8 zum Verkauf anstehenden Landeskrankenhäuser beschlossen. Die Übergänge auf die neuen Träger erfolgten im Einzelnen:

01.07.2007 Karl-Jaspers-Klinik, Wehnen: Psychiatrieverbund Oldenburger Land gGmbH

16.08.2007 Psychiatrische Klinik Lüneburg: Stadt Lüneburg

01.09.2007 Psychiatrische Klinik Königslutter: AWO Niedersachsen gGmbH

21.09.2007 Psychiatrische Klinik Hildesheim: AMEOS Krankenhausgesellschaft Niedersachsen mbH

01.10.2007 Psychiatrische Klinik in Göttingen und Tiefenbrunn: Asklepios Kliniken Verwaltungsgesellschaft mbH

Nach gerichtlicher Prüfung des Vergabeverfahrens durch das Oberlandesgericht Celle wurde die Veräußerung des Landeskrankenhauses Osnabrück an den Bieter AMEOS Krankenhaus Gesellschaft Niedersachsen mbH am 11.07.2007 vom Niedersächsischen Landtag beschlossen.

Am 18.10.2007 beschloss der Nds. Landtag die Veräußerung des Psychiatrischen Krankenhauses Wunstorf an die Klinikum Region Hannover gGmbH, nachdem zuvor

kartellrechtliche Bedenken durch die Verlagerung von stationären und teilstationären Plätzen an die Burghofklinik Rinteln ausgeräumt worden waren. (Vgl. hierzu: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit. Privatisierung der niedersächsischen Landeskrankenhäuser. In: Elgeti, Hermann (Hg.). Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2008. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2007)

Die Kliniken des Maßregelvollzuges mit den Stadtorten Moringen, das „Feste Haus“ in Göttingen, Bad Rehburg und Brauel blieben in Landesträgerschaft. Dabei wurde das „Feste Haus“ in Göttingen organisatorisch dem Niedersächsischen Landeskrankenhaus Moringen zugeordnet, die Fachabteilung Bad Rehburg dem Niedersächsischen Landeskrankenhaus Brauel. Auf Intervention des Justizministeriums wurde für die Fachabteilung Bad Rehburg eine Außenstelle der Strafvollstreckungskammer des Landgerichts Stade in Nienburg eingerichtet. Für die notwendigen Investitionen im Maßregelvollzug wurden nach Information des Sozialministeriums 18 Millionen Euro sofort bereitgestellt.

Auf Nachfrage des Ausschusses erteilte das Ministerium die Auskunft, dass Unterbringungen gem. § 81 StPO nicht Vertragsbestandteil mit den neuen privaten Trägern sei, da das Gesetz für diese Fälle die öffentliche Trägerschaft voraussetze. In Niedersachsen gebe es im Jahr etwa 10 Beschlüsse nach § 81 StPO.

Bestandteil der bilateralen Vertragsvereinbarungen sind auch die sozialpsychiatrischen Konzepte der neuen Träger, die nur den Vertragspartnern bekannt sind. Der Ausschuss beschäftigte sich mit der Frage der Offenlegung dieser sozialpsychiatrischen Konzepte in den Sozialpsychiatrischen Verbänden. Zukünftig wird die Beteiligung der neuen Träger an den Sozialpsychiatrischen Verbänden zu beachten sein.

### **1.7. Behandlung von Patientenakten beim Übergang der Trägerschaft**

Bereits im Vorfeld der Veräußerung Niedersächsischer Landeskrankenhäuser hatte der Ausschuss auf die Problematik der Patientenakten im Zusammenhang mit dem informationellen Selbstbestimmungsrecht der Patienten hingewiesen. Im Interesse der betroffenen Patienten griff die Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener Niedersachsen diese Frage der Behandlung von Patientenakten beim Verkauf der Landeskrankenhäuser erneut auf.

Im Erlass des Nds. Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit vom 21.06.2007 wird bei der Behandlung von Patientenakten zwischen unterschiedlichen Unterbringungs- bzw. Behandlungsformen unterschieden:

- Behandlungsvertrag „Die einschlägige Vorschrift des § 28 Abs. 7 Satz 2 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bestimmt, dass sich die Zulässigkeit der Übermittlung von Patientendaten, um die es sich bei der Übergabe von Patientenakten handelt, zu Zwecken der Gesundheitsversorgung oder Behandlung nach den für Ärzte geltenden Geheimhaltungspflichten richtet.“ Das bedeutet, dass die Übergabe der Patientenakten auf den neuen Träger grundsätzlich nur nach Einwilligung der Patienten möglich ist. Ohne eine solche Einwilligung ist eine Einsichtnahme in die Patientenakte nicht zulässig. Daher sollen die Patientenakten z. B. durch eine Versiegelung entsprechend gekennzeichnet werden, bis die Einwilligung erteilt wurde. Im Falle einer laufenden Behandlung während des Überganges ist zur Nutzung der Patientenakte die Einwilligung des Patienten

unmittelbar einzuholen. Wird die Einwilligung verweigert, kann eine Akteneinsicht nicht erfolgen.

- Bei zivilrechtlich untergebrachten Personen ist mit den Patientenakten genauso zu verfahren, wie bei Vorliegen eines Behandlungsvertrages.
- Bei einer Unterbringung nach den Vorschriften des NPsychKG gilt die Zweckbindung der erhobenen Daten. Vereinfacht gesagt ändert sich bei Unterbringungen nach NPsychKG der Zweck der dokumentierten Daten durch einen Trägerwechsel nicht. In diesem Fall ist die Übergabe aufgrund der Vorschriften des Niedersächsischen Datenschutzgesetzes zulässig.
- Auch beim Maßregelvollzug handeln private Träger als Erwerber eines Landeskrankenhauses als Beliehene, so dass die Übergabe der benötigten Dokumentationen zulässig ist. Gleiches gilt nach dem Erlass des Ministeriums auch für Untergebrachte nach § 126 a StPO.

Ausführlich erörterte der Ausschuss die konkreten Konsequenzen des Erlasses. Die praktische Umsetzung z. B. einer Versiegelung der Altakten und die Trennung von Akten bei Patienten, die sowohl auf der Grundlage eines Behandlungsvertrages als auch nach NPsychKG untergebracht waren, konnte nicht ausreichend geklärt werden.

Auf Anfrage der Patientenvertretungen wurde festgestellt, dass eine Inbesitznahme der Patientenakten durch den Patienten ausgeschlossen ist. Demgegenüber ist eine Einsichtnahme in die eigenen Patientenakte im Rahmen der geltenden Bestimmungen und unter Berücksichtigung der Interessen Dritter durchaus möglich.

### **1.8. Vormundschaftsgerichtliche Fixierungsgenehmigungen bei betreuungsrechtlich Untergebrachten**

Um zu einer einheitlichen Regelung zu gelangen, griff der Ausschuss eine Problematik von betreuungsrechtlich untergebrachten Patienten des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Wunstorf auf, bei denen zusätzlich eine Fixierung erforderlich wurde. Regelmäßig hatte die zuständige Besuchskommission eine richterliche Genehmigung dieser Fixierungen angemahnt, während das zuständige Gericht dieses Erfordernis nicht bestätigte.

Ohne auf die unabhängigen Einzelentscheidungen eingehen zu können, vertrat das zuständige Amtsgericht unter Bezug auf den Wortlaut des § 1906 Abs. 4 BGB die Auffassung, eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung von Fixierungsmaßnahmen bei betreuungsrechtlich Untergebrachten sei nicht erforderlich.

§ 1906 Abs. 4 BGB lautet: „Die Absätze 1 – 3 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, ohne untergebracht zu sein, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.“

Die juristisch fachliche Beratung im Ausschuss ergab, dass nach der ganz überwiegenden Auffassung in Rechtsprechung und Literatur aus der Formulierung § 1906 Abs. 4 „ohne untergebracht zu sein“ bei verfassungskonformer Auslegung nicht herbeigeleitet werden kann, dass bei betreuungsrechtlicher Unterbringung eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung von Fixierungsmaßnahmen nicht mehr erforderlich sei. Vielmehr ist trotz

gerichtlich genehmigter Unterbringung eine weitere gerichtliche Genehmigung immer dann erforderlich, wenn über die bloße Unterbringung hinaus durch Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB (z. B. eine zusätzliche Fixierung) die Freiheit beschränkt bzw. entzogen werden soll. Diese Auffassung wurde durch entsprechende Literaturangaben gestützt. Jede Entscheidung, durch die eine Unterbringungsmaßnahme genehmigt wird, muss die nähere Bezeichnung der Unterbringungsmaßnahme enthalten (§ 70 f Abs. 1 Nr. 2 FGG). Die Genehmigung der Unterbringung deckt nur die mit einer solchen Unterbringung typischerweise verbundenen Einschränkungen der Bewegungsfreiheit ab (BayObLG FamRZ 1994, 721, 722). Soweit die Betroffenen zusätzlichen Einschränkungen ausgesetzt werden (Entziehung der Restfreiheit) so muss die Genehmigung diese genau benennen. Regelmäßige oder länger dauernde Entziehung der Restfreiheit erfordert daher die zusätzliche Genehmigung bzw. deren Aufnahme in den ursprünglichen Unterbringungsbeschluss. Auch hierzu wurde dem Ausschuss die entsprechende Literatur bekannt gegeben.

### **1.9. Richterliche Genehmigungen bei zivilrechtlichen Unterbringungen von Kindern und Jugendlichen nach § 1631 b BGB**

Die Besuchskommission Hannover unterrichtete den Ausschuss über das Ergebnis eines Klärungsgespräches zwischen den für Unterbringungen von Kindern und Jugendlichen zuständigen Richtern beim Amtsgericht Hildesheim, einer Verfahrenspflegerin und der Leitung und den Mitarbeitern der Niedersächsischen Fachklinik für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Hildesheim. Zum zukünftigen Vorgehen einigte man sich auf 6 Eckpunkte, die hier aus allgemeinem Interesse zusammenfassend dargelegt werden sollen:

1. Auch einfache körperliche Gewalt, Täuschung oder Drohung sind grundsätzlich keine zulässigen pädagogischen Maßnahmen, um Kinder und Jugendliche am Verlassen der Station bzw. des Klinikgeländes zu hindern. Soweit in besonderen Situationen nicht pädagogische Mittel für die Verhinderung des Verlassens einer – offenen oder geschlossenen – Station sowie des Klinikgeländes eingesetzt werden können, ist das Gericht unverzüglich zu informieren. Bei Kindern bis etwa 8 Jahren führt erst ein wiederholtes Festhalten zur Informationspflicht gegenüber dem Gericht.
2. Sofern sich Kinder und Jugendliche auf einer offenen Station befinden und an deren Verlassen nur mit pädagogisch zulässigen Mitteln gehindert werden, sind keine richterlichen Beschlüsse erforderlich.
3. Sofern die Station geschlossen ist, ist für alle Kinder und Jugendliche, die während der üblichen Ausgangszeiten zumindest begleiteten Ausgang haben und denen ansonsten auf Zuruf die Tür geöffnet wird, kein richterlicher Beschluss nach § 1631 b BGB erforderlich. Wenn Kinder und Jugendliche außerhalb der üblichen Ausgangszeiten oder beim begleiteten Ausgang wegdrängen und nur mit nicht pädagogischen Mitteln daran gehindert werden können, ist entweder unverzüglich ein entsprechender Gerichtsbeschluss herbeizuführen oder aber unter Beteiligung der Erziehungsberechtigten eine Entlassung vorzunehmen.
4. Wenn eine Station geschlossen ist oder ein Kind oder ein Jugendlicher der allgemeinüblichen Ausgangszeiten aus pädagogischen Gründen keinen Ausgang erhält, ist unverzüglich das Gericht zu informieren, damit geprüft werden kann, ob sich die Situation für die Betroffenen insgesamt als Freiheitsentziehung darstellt. Wird

für ein Kind oder einen Jugendlichen ein Punkteplan aufgestellt, dessen Belohnung in einem Ausgang von der Station besteht, so ist das Gericht unverzüglich zu informieren.

5. Auch wenn ein Kind oder ein Jugendlicher sich freiwillig auf der geschlossenen Station aufhält, reicht seine Freiwilligkeit als juristische Rechtfertigung für die damit verbundene Freiheitsentziehung in aller Regel nicht aus. Nur in Fällen, in denen der Jugendliche in seiner intellektuellen und sittlichen Reife, die mit Freiheitsentziehung verbundenen Fragen vollständig erfassen kann und auf dieser Grundlage dann mit der konkreten Freiheitsentziehung einverstanden ist, kann überhaupt von einer Freiwilligkeit ausgegangen werden. Regelmäßig wird dies kaum vor Vollendung des 15. Lebensjahres angenommen werden können.
6. Die notwendige unverzügliche Information an das Gericht wird per Fax mit der Angabe der persönlichen Daten des betroffenen Kindes und Jugendlichen, den Namen, der Adresse und die Telefonnummer des/der Erziehungsberechtigten, den Namen des/der Zuständigen in der Klinik sowie einer kurzen Schilderung des Sachverhaltes versandt.

#### **1.10. Qualifizierung der Hilfeplanung für Menschen mit seelischen Behinderungen durch Beteiligung der Sozialpsychiatrischen Dienste.**

Zuletzt hat der Ausschuss in seinem 22. Tätigkeitsbericht über die Bedeutung und Notwendigkeit der Qualifizierung von Hilfeplanungen bei Eingliederungshilfemaßnahmen für seelisch behinderte Menschen durch Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Dienste berichtet.

Bei einem Gespräch mit der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände am 03.11.2006 wurde die besondere Qualifikation Sozialpsychiatrischer Dienste für seelisch behinderte Menschen angesprochen, die bei der Erstellung des Gesamtplanes nach den §§ 58 und 59 SGB XII genutzt werden sollte. Zur Fortsetzung der inhaltlichen Auseinandersetzung ist es im Berichtszeitraum 2007 leider noch nicht gekommen. Der Niedersächsische Landkreistag hat aber mit Rundschreiben 649/2007 den Kommunen empfohlen, bei der Hilfeplanung auf den Sachverstand der Sozialpsychiatrischen Dienste zurückzugreifen. Im Leitfaden zur Hilfeplanung wurde die Beteiligung der Sozialpsychiatrischen Dienste leider nicht erwähnt.

Die Arbeitsgruppe 2 a zum Quotalen System beim Niedersächsischen Landesamt für Soziales und Familie teilte dem Ausschuss mit Schreiben vom 04.06.2007 mit, dass die Arbeitsgruppe einhellig der Auffassung sei, dass Sozialpsychiatrische Dienste in der Regel aufgrund ihrer multiprofessionellen Zusammensetzung, Qualifikation, Erfahrung und Position im Sozialpsychiatrischen Hilfesystem für die Ermittlung des Hilfebedarfs seelisch behinderter Menschen außerordentlich geeignet sind. Von 29 antwortenden Kommunen hätten 23 angegeben, Hilfeplanungen vorzunehmen. Diese 23 nennen fast immer auch die Beteiligung des Sozialpsychiatrischen Dienstes bei der Hilfeplanung. Tatsächlich seien die Hilfeplanverfahren der einzelnen Träger der Sozialhilfe sehr unterschiedlich und nicht einheitlich. Sie richteten sich insbesondere nach den örtlichen Gegebenheiten in Abhängigkeit von personellen Kapazitäten und der Kooperation mit den Gesundheitsämtern und Sozialpsychiatrischen Diensten. Ein Leitfaden für die Hilfeplanung kann aber lediglich nur als Orientierungshilfe für die Kommunen erarbeitet werden, ohne dass dadurch in die Organisationshoheit bei der Hilfebedarfsermittlung eingegriffen wird. Schließlich darf durch

die Beteiligung an der Hilfeplanung der Arbeitsauftrag der Sozialpsychiatrischen Dienste nach dem NPsychKG nicht in Frage gestellt werden.

In diesem Zusammenhang hob der Ausschuss noch einmal die Notwendigkeit einer ausreichenden personellen Besetzung Sozialpsychiatrischer Dienste hervor, um das qualifizierte Fachwissen auch bei der Hilfeplanung nutzen zu können.

**1.11. Stellungnahme des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen zu den Anträgen der Fraktionen der CDU und der FDP – Drucksache 15/2837: „Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“ und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen – Drucksache 15/3191: „Alternativen zum Heim schaffen – ambulante Wohnformen weiter ausbauen“**

Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen begrüßt die Initiativen der drei Landtagsfraktionen, die eine Optimierung und Verbesserung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in Niedersachsen zum Ziel haben.

Insbesondere wird begrüßt, dass dem Gedanken der Teilhabe von behinderten Menschen am gesellschaftlichen Leben eine besondere Bedeutung beigemessen wird. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ stellt eine Herausforderung für die Unterstützung und Betreuung gerade solcher Menschen dar, die einen besonders hohen Hilfebedarf, sei es durch die Art der Behinderung, sei es durch besondere Einschränkungen im Alter, haben.

Beide Anträge weisen darauf hin, dass sich mit dem zunehmenden Anstieg der Kosten für Eingliederungshilfe die Frage stellt, wie die notwendige Betreuung und Unterstützung für die betroffenen Menschen realisierbar sein wird. Es wird festgestellt, dass die bisherige Handhabung der Eingliederungshilfe in seiner Erstarrung nicht in der Lage ist, diesen Herausforderungen angemessen zu begegnen. Es bedarf geeigneter Steuerungsinstrumente, um die notwendigen Hilfen in der Eingliederungshilfe bedarfs- und sachgerecht einzusetzen.

Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen hat in seinen Tätigkeitsberichten schon seit Jahren auf die Problematik nicht notwendiger Betreuungsformen aufmerksam gemacht.

In Niedersachsen finden wir einen im Vergleich zu anderen Bundesländern eklatant hohen Anteil an stationären Maßnahmen. Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen hat in seinem 18. Bericht dargelegt, „bundesweit nimmt Niedersachsen einen Spitzenplatz bei den Heimunterbringungen von psychisch kranken Menschen (ohne Gerontopsychiatrie) ein. Gegenüber dem Bundesdurchschnitt von 4,4 Heimunterbringungen auf 10.000 Einwohner soll die Zahl in Niedersachsen bei 14,4 Heimunterbringungen liegen.“

In Fachkreisen ist unbestritten, dass stationäre, aber auch ambulante Hilfen hilfsbedürftige Menschen in Abhängigkeit bringen können, die die Entwicklung von Kompetenzen verhindern, weil eine „Überbetreuung“ bzw. nicht notwendige Betreuung jede eigene Aktivität bereits im Vorfeld erstickt.



Die Eingliederungshilfe ist aus Sicht des Ausschusses grundsätzlich neu zu überdenken und weiterzuentwickeln!

Die Komplexität mit der Thematik und ihre bisherige Regelungen machen aus Sicht des Ausschusses eine grundsätzliche Erörterung und Erfassung der Eingliederungshilfeziele, der Maßnahmen und des Reglements erforderlich. Dies ist nicht mit vorschnellen Absichtserklärungen erreichbar, sondern bedarf einer grundsätzlichen Erhebung und Reflexion des Sachstandes und daran anschließend eines zielbestimmten und realisierbaren Vorgehens. Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung Niedersachsen schlägt daher die Einrichtung einer **Fachkommission Eingliederungshilfe** vor, die auf der Basis einer Bestandserhebung zielgerichtete Vorschläge für ein Gesamtkonzept der Unterstützung und Versorgung von Behinderten und Bedürftigen, auch alten Menschen, erarbeitet.

In dieser Fachkommission sollten Vertreter der Sozialleistungsträger, der Leistungsanbieter, der Verbände der betroffenen Nutzer und ihrer Angehörigen sowie Vertreter der Wirtschaft, unabhängiger Fachgremien sowie unabhängige Experten mitarbeiten.

Die Fachkommission sollte aufgefordert werden, gesetzliche Empfehlungen und Handlungsanweisungen für die Praxis zu erarbeiten, die folgende Ziele zum Inhalt haben:

- Die selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen und älteren Menschen
- im Wohnen
- am Leben in der Gesellschaft
- am Arbeitsleben
- die Aufhebung der Trennung zwischen ambulanten und stationären Leistungen, zwischen Einrichtungen, Diensten und Anbietern und die Aufhebung der Differenzierung nach Leistungssorten
- die verbindlich abgestimmte Kooperation der Hilfen in den verschiedenen Sozialleistungssystemen
- die konsequente Umsetzung eines trägerübergreifenden Budgets einschließlich Regelung über Zielvereinbarungen und Nachweise
- die Durchführung von Hilfeplanverfahren mit aktiver Beteiligung der betroffenen Personen, aber auch mit Beteiligung von Anbieter unabhängigen Experten aus dem Bereich der ambulanten Versorgung
- die Eingliederung von behinderten Menschen in Regelarbeitsplätze
- die Berücksichtigung bestehender Netzwerke
- die Berücksichtigung unterschiedlicher infrastruktureller Bedingungen im Flächenland Niedersachsen zur Vermeidung von regional unterschiedlichen Teilhabevoraussetzungen.

Mit der Arbeit und Zielsetzung dieser Fachkommission Eingliederungshilfe würde sich Niedersachsen an die Spitze einer gesellschaftlichen Reformbewegung setzen und gleichermaßen ein Zeichen aussenden für eine aktive und moderne Gestaltung in der Betreuung und Versorgung seiner behinderten, älteren und pflegebedürftigen Bürgerinnen und Bürger.

In diesem Zusammenhang wird darauf verwiesen, dass durch die zurückliegende Arbeit der Fachkommission Psychiatrie in Niedersachsen zukunftsweisende Strukturen für eine gemeindepsychiatrische Versorgung geschaffen worden sind. Diese guten Erfahrungen



sollten genutzt werden, nun auch den Bereich der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen weiterzuentwickeln. Zusammenfassend sind Wege zu erarbeiten, die zwischen Planungsvorgaben einerseits und selbstregulierendem Wettbewerb andererseits flexible Strukturen ermöglichen, die die Teilhabe von behinderten Menschen am Leben der Gesellschaft fördern.

### **1.12. Behandlung von psychisch kranken Menschen in Allgemeinkrankenhäusern**

Noch nicht abschließend behandelte der Ausschuss das Thema von akut psychisch kranken Menschen, die nicht in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus, sondern vor allem in Abteilungen der Inneren Medizin in Allgemeinkrankenhäusern behandelt werden. Psychische- und Verhaltensstörungen durch Alkohol waren nach Angaben des statistischen Bundesamtes im Jahr 2006 mit 223.000 Fällen der häufigste Grund für einen vollstationären Aufenthalt - insbesondere von Männern - in einem deutschen Krankenhaus. Herzerkrankungen einschließlich Angina pectoris waren mit 187.000 Fällen die zweithäufigste Ursache für einen vollstationären Krankenhausaufenthalt bei Männern (vgl. Deutsches Ärzteblatt 06. März 2008).

Patienten nach Suizidversuch bedürfen in der Regel intensivmedizinischer Versorgung, ebenso wie Patienten mit Intoxikationen durch zentral wirksame Substanzen. Wegen möglicher Komplikationen sollten alkoholintoxikierte Patienten, aber auch Patienten mit Intoxikationsverdacht bei anderen Stoffen grundsätzlich in einem Allgemeinkrankenhaus entsprechend überwacht werden. Vorübergehende Unterbringungen Alkoholintoxizierter in so genannten Ausnüchterungszellen bzw. im Polizeigewahrsam werden als inadäquat angesehen, weil die notwendige medizinische Überwachung nicht gewährleistet ist und in der Vergangenheit immer wieder möglicherweise vermeidbare Todesfälle zu beklagen waren. Grundsätzlich ist das nächstgelegene Allgemeinkrankenhaus aufnahmeverpflichtet. Der Ausschuss regt Absprachen mit den Rettungsdiensten, der Polizei, den beteiligten Ärzten und Kliniken an, um bei dieser weit reichenden Problematik zu einer größeren Verfahrenssicherheit zu gelangen. Darüber hinaus wird die Auswertung und Interpretation von Landesdaten Bedeutung für ein genaueres Bild der Versorgungslage haben. Mit diesen Thematiken wird sich der Ausschuss erneut beschäftigen.

Auch andere Diagnosengruppen wie Angst- und Panikstörungen, somatoforme Störungen und verschiedenste Depressionsformen, organischbedingte psychische Störungen finden sich nicht selten in Allgemeinkrankenhäusern. Bei der Erörterung dieser Thematik wurde deutlich, dass fachpsychiatrischer Sachverstand häufig nicht hinzugezogen wird, weil eine psychiatrische konsiliarärztliche Versorgung nicht geregelt oder vorhanden ist. Der Ausschuss sieht einen deutlichen Bedarf an fachpsychiatrischer Qualifizierung bei der Behandlung psychisch kranker Menschen in Allgemeinkrankenhäusern. Die Frage der psychiatrischen Fachaufsicht in somatischen Fachabteilungen wird grundsätzlich zu erörtern sein

Dass bei psychischen Erkrankungen alle Fachgebiete gefordert sind, stellte auch der oben zitierte Aufsatz von Astrid Bühren et al. im Deutschen Ärzteblatt 2008 heraus.

### **1.13. Situation von Kindern psychisch kranker Eltern**

Intensiv beschäftigte sich der Ausschuss auch mit der Problematik der Kinder psychisch kranker Eltern. Dieses Thema muss sicher in der Gesamtdiskussion über Versorgungsfragen

stärker beleuchtet werden. Auch die Kinder psychisch kranker Eltern sind Angehörige, die einen besonderen Unterstützungs- und Aufmerksamkeitsbedarf haben!

Kinder psychisch kranker Eltern sind einem deutlich erhöhten Risiko von etwa 30-40 % ausgesetzt, selbst psychisch zu erkranken. Neben Veranlagung, Persönlichkeit und Resilienzfaktoren des Kindes spielen auch das Vorhandensein eines kompensierenden Elternteils, stabile Familienstrukturen, Umfeld und vorhandene Bewältigungsstrategien eine wesentliche Rolle bei der Bewältigung ungünstiger Voraussetzungen. Die Frage angemessener Unterstützung durch Professionelle ist weiter zu klären. Dabei ist die Kooperationskultur zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie weiterhin nicht ausreichend entwickelt. Für Niedersachsen wurde bekannt, dass im Landkreis Cuxhaven seit 2003 ein Patenschaftskonzept zur Unterstützung von Kindern psychisch kranker Eltern entwickelt wurde. Patenschaften konnten als Hilfen zur Erziehung gem. § 27 ff. SGB VIII nach entsprechender Hilfeplanung eingerichtet werden. Der Ausschuss wurde von den wesentlichen Elementen des Patenschaftskonzepts unterrichtet:

- Aufklärung und Beratung der betroffenen Kinder,
- Beratung und Supervision der Paten
- Entwicklung unterstützender sozialer Netzwerke

Es fanden inzwischen Fachtagungen, außer in Cuxhaven, in Delmenhorst, in Osnabrück und Lüneburg statt. In Wolfenbüttel konnte inzwischen ein weiteres Patenschaftsmodell eingerichtet werden. In Oldenburg wurde ein Beratungsforum gegründet.

Bei den Angehörigen psychisch Kranker melden sich gehäuft die Großeltern der Kinder psychisch Kranker, weil die minderjährigen Kinder von den professionellen Helfern nicht gesehen oder übergangen werden. Der Ausschuss regte an, diese Thematik in den Sozialpsychiatrischen Verbänden in Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe verstärkt zu diskutieren.

## **2. Sozialpsychiatrische Verbände**

Auch weiterhin stellen die Sozialpsychiatrischen Verbände eine besondere Herausforderung an die Kooperation und Abstimmung der Hilfen für die professionellen Anbieter und die Betroffenen dar. Diese Herausforderung ist trotz der immer wieder berichteten heftigen kontroversen Auseinandersetzungen eine wichtige Chance für eine lebendige, flexible Zusammenarbeit zugunsten der Betroffenen vor Ort.

Wesentliche Voraussetzung für das Gelingen der Sozialpsychiatrischen Verbände ist außerdem eine ausreichende Bereitstellung personeller Ressourcen für das Führen der laufenden Geschäfte. Sozialpsychiatrische Verbände sind ein nicht zu unterschätzendes wichtiges Informations- und Kooperationsforum, das durch eine angemessene Geschäftsführung gepflegt werden muss. Nicht selten ist ein Scheitern der Verbände auf nicht bereitgestellte personelle Ressourcen für die Geschäftsführung zurückzuführen.

Von den neuen Betreibern der psychiatrischen Kliniken wird eine ihrer Bedeutung entsprechenden Beteiligung und Mitarbeit in den Sozialpsychiatrischen Verbänden erwartet.

### 3. Ambulante Versorgung

#### 3.1. Morbiditätssteigerungen und nicht ausreichende fachärztliche Versorgung

Nach wie vor muss die ambulante psychiatrische Akutversorgung als defizitär angesehen werden. Wenn Patienten in akuten psychischen Krisen z. T. 4 Wochen und länger auf einen Termin beim niedergelassenen Facharzt warten müssen und dieser dann auch nur bei einem eingeschränkten Budget pro Patient je Quartal nur ein so begrenztes Zeitkontingent zur Verfügung stellen kann, dass die Problematik kaum darzustellen, geschweige denn Hintergründe aufzudecken sind, dann ist dies völlig unzureichend und zu kritisieren.

Die stark gestiegene Morbidität macht ein Überdenken der ambulanten Versorgung grundsätzlich erforderlich. In der *Neuro/Psychiatrischen/Zeitung* vom März 2008 wird ausgeführt, dass bei den Nervenärzten eine Fallzahlsteigerung von 42 % innerhalb der letzten 10 Jahre zu verzeichnen war. Das bedeutet gleichzeitig, dass die Zeitressourcen für den einzelnen Fall, bei Annahme der entsprechenden Fallzahlsteigerung, innerhalb der letzten 10 Jahre geringer wurden. Wenn einem niedergelassenen Nervenarzt für die Behandlung eines Patienten pro Quartal ungefähr eine halbe Stunde Behandlungszeit zur Verfügung steht (vgl. Melchinger 2008; 39, s. o.), dann kann bei einer entsprechenden Fallzahlverdichtung unabhängig von der unzureichenden Honorierung ganz offenkundig nicht mehr von einer ausreichenden psychiatrischen Behandlung ausgegangen werden. Eine angemessene Honorierung nervenärztlicher bzw. psychiatrischer Behandlung könnte im Einzelfall das Problem unzureichender Behandlung lösen, weil ein größeres Zeitkontingent für den Einzelfall zur Verfügung gestellt werden kann. Das Dilemma der Morbiditätssteigerung ist damit aber noch nicht gelöst! Wenn sich der Facharzt für den Einzelfall mehr Zeit nehmen könnte, was zu einer angemessenen Behandlung führte, muss er gleichzeitig seine Fallzahl reduzieren. Die bereits früher beschriebene Abwanderungstendenz psychiatrisch tätiger Fachärzte zur Psychotherapie, ist nicht nur mit einer unzureichenden Honorierung zu erklären, sondern z. T. auch mit der Unzufriedenheit für den Einzelfall nicht die erforderliche Zeit zu haben.

Die durchaus positiven Ansätze der integrierten Versorgung, wie sie in Niedersachsen vielerorts bereits angeboten wird, scheitern immer wieder am bürokratischen Aufwand für die unterschiedlichen Verträge der verschiedenen Krankenkassen. Die im Alltagsgeschäft nur schwer zu vergegenwärtigende Vertragsvarianten können die für die Behandlung des Patienten notwendige Aufmerksamkeit deutlich stören. Neben der Vereinheitlichung solcher Verträge wäre eine Neudefinition der Rollen und Aufgaben der unterschiedlichen Berufsgruppen, die im sozialpsychiatrischen, psychotherapeutischen und pflegerischen Bereich tätig sind, wünschenswert.

Der Ausschuss fordert ausdrücklich von den verantwortlich politisch Tätigen die gestiegene Morbidität bei psychischen Störungen zu berücksichtigen. Die für die Versorgungsplanung notwendigen Eckdaten lösen sich zunehmend von der Versorgungsrealität, wenn die Morbidität nicht angemessen berücksichtigt wird!

Neben dem Sicherstellungsauftrag der kassenärztlichen Vereinigung tragen auch die Krankenkassen Verantwortung für ihre psychisch kranken Mitglieder. Darüber hinaus nimmt das NPsychKG die Kommunen im Rahmen des übertragenen Wirkungskreises in die Pflicht, für eine adäquate Versorgung ihrer psychisch kranken Bürger zu sorgen. Wenn die Kommune keine entsprechenden Hilfen im Sinne des § 6 NPsychKG vermitteln kann, so hat sie diese selbst durch den Sozialpsychiatrischen Dienst anzubieten (vgl. § 5 NPsychKG).

Die dargelegte hohe Morbidität im Bereich psychischer Störungen und die damit verbundenen nicht unerheblichen sozioökonomischen Folgen (z. B. steigende Arbeitsunfähigkeitstage, steigende Frühverrentungen, steigende Behinderungen) stellt an alle Beteiligten und Verantwortlichen eine hohe Herausforderung, die mit Vermeidungs-, Verleugnungs- und Problemverschiebungsstrategien nicht zu bewältigen sein wird.

In diesem Zusammenhang verweist der Ausschuss auf Ausführungen in früheren Tätigkeitsberichten und das Gutachten von Heiner Melchinger: Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung, unter besonderer Berücksichtigung von psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Hannover, Februar 2008.

Die Psychiatrischen Institutsambulanzen an den Fachkrankenhäusern und Abteilungen verzeichneten ebenfalls deutliche Fallzahlsteigerungen. Sie haben ihr Angebot fachlich erweitert, um ihren Auftrag auch für Alterskranke und Suchtkranke zu erfüllen. Ohne ihren Beitrag würden sehr viele schwer psychisch Kranke in Niedersachsen überhaupt nicht mehr versorgt sein. Gesetzlicher Auftrag gem. § 118 Abs. 1 SGB V ist auch die Substitution fehlender vertragsärztlicher Versorgung. Die PIA müssen von daher auf ihrem derzeitigen Leistungsniveau weiterarbeiten.

### **3.2. Sozialpsychiatrische Dienste**

Zur Situation der Sozialpsychiatrischen Dienste hat das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen und Familie in seiner Antwort vom 31.05.2007 auf die kleine Anfrage der Abgeordneten Ursula Helmhold (Bündnis 90/Grüne) ausführlich Stellung genommen (Niedersächsischer Landtag, Drucksache 15/3854).

In ihrem Beitrag für das Jahrbuch 2008 des Landesfachbeirates Psychiatrie fasst B. Krebs eine Umfrage bei den Sozialpsychiatrischen Diensten in Niedersachsen zusammen und stellt deren Besetzungen und Beteiligungen an Hilfeplanungen dar (Krebs, Bettina. Umfrage in den Sozialpsychiatrischen Diensten Niedersachsens im April 2007:158-160. In Elgeti, Hermann (Hg.). Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2008. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2007). Dieser Beitrag und Erhebungen des Landesfachbeirates (Elgeti, Hermann. Landespsychiatrieberichterstattung Niedersachsen im Aufbau – 1. Ergebnisse für das Berichtsjahr 2006. In Elgeti, Hermann (Hg.). Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2008. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2007), sind ein wichtiger Anfang zur Erfassung der Versorgungsstruktur. Der Ausschuss begrüßt ausdrücklich die Verbesserung der Datenlage, weil sie ihm ermöglicht, die sozialpsychiatrische Versorgungslandschaft konkreter zu erörtern.

Nachfolgend sollen die Feststellungen der Besuchskommissionen über Besuche bei den Sozialpsychiatrischen Diensten zusammengefasst wiedergegeben werden.

Die von der Besuchskommission Weser/Ems Nord besuchten Sozialpsychiatrischen Dienste kamen sämtlich ihren Aufgabenstellungen nach NPsychKG nach. Aufmerksam machte die Besuchskommission auf die z.T. ungeklärte datenschutzrechtliche Einbindung des Sozialpsychiatrischen Dienstes in kommunale Aufgabenstellungen.

Der Sozialpsychiatrische Dienst für den Landkreis Leer zeichnete sich durch eine umfassende Betätigung für die ambulante sozialpsychiatrische Versorgung aus, die auch ein Kontaktstellenangebot mit einschloss.

Der Sozialpsychiatrische Dienst in Oldenburg engagierte sich auch im Bereich der Kinder psychisch kranker Eltern, auf seine Initiative wurde ein sogenanntes Beratungsforum gegründet. Die Geschäftsstellenfunktion für den Sozialpsychiatrischen Verbund, der verschiedene Arbeitskreise umfasst, wurde durch den Dienst wahrgenommen. Die fachärztliche Besetzung ist sicher gestellt.

Der Sozialpsychiatrische Dienst des Landkreises Oldenburg konnte sich inzwischen verstärkt auf die im NPsychKG vorgesehenen Aufgaben konzentrieren. Fremdaufgaben, wie amtsärztliche und andere gutachterliche Aufgabenstellungen, konnten weitgehend abgegeben werden.

Der Sozialpsychiatrische Dienst der Stadt Emden zeichnete sich durch eine enge Kooperation mit der zuständigen Klinik aus, was nicht zuletzt darauf zurückzuführen war, dass die fachärztliche Leitung auch in der Klinik tätig war.

Die gute Arbeit im Sozialpsychiatrischen Verbund mit gut organisierten Hilfestellungen wurden erneut für den Sozialpsychiatrischen Dienst Delmenhorst beschrieben und hervorgehoben.

Der Sozialpsychiatrische Dienst in Brake konnte fachärztlich neu besetzt werden und erfüllte die erforderlichen Aufgabestellungen im Landkreis.

Die Besuchskommission Weser/Ems Süd berichtete ebenfalls Erfreuliches über den Sozialpsychiatrischen Dienst des Landkreises Emsland, der durch Neueinstellungen im ärztlich/therapeutischen Bereich aufgewertet wurde.

Die Besuchskommission Lüneburg berichtete über die Problematik der Methadonsubstitution in Soltau, die dadurch entstanden war, dass mit dem Ausscheiden des ärztlichen Leiters des Sozialpsychiatrischen Dienstes – AWO Trialog gGmbH Soltau, die Substitution nicht mehr durchgeführt werden konnte und die Betroffenen an die Nachbarkreise verwiesen wurden.

Die Berufskommission Hannover berichtete über den Sozialpsychiatrischen Dienst des Landkreises Hildesheim, der sich personell im Bereich der sozialpädagogischen Mitarbeiter in einer nach wie vor schwierigen Situation befand. Die Aufstockung um eine halbe Stelle werde vermutlich gerade die gestiegenen Fallzahlen kompensieren können. Eine nachhaltige und kontinuierliche sozialpädagogische Arbeit wurde aber weiterhin in Frage gestellt. Der vormals wegweisende Sozialpsychiatrische Dienst gehöre inzwischen zu den Diensten mit der schlechtesten Ausstattung an Fachpersonal in Niedersachsen. Positiv herausgestellt wurde die Einbeziehung der Soziotherapieverordnungen durch den Dienst.

Der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover zeigte sich sowohl personell als auch strukturell gut aufgestellt, so dass er in der Lage war, die Anforderungen der ambulanten Versorgung und die Aufgaben bei der Umsetzung von Hilfeforenzen personell zu bewältigen. Gerade die Hilfeplanung wird von der ärztlichen Leitung als ein Kerngeschäft des Sozialpsychiatrischen Dienstes angesehen, der in besonderer Verantwortung für ein schwer erkranktes Klientel in der Pflicht steht. Problematisch war weiterhin die ungeklärte Frage der kassenärztlichen Ermächtigung der Fachärzte. Während diese den städtischen Bereichen mit Einschränkungen voraussichtlich erhalten bleiben wird, war sie für den ländlichen Bereich, der eine geringe Facharztdichte aufwies, aus nicht nachvollziehbaren Gründen versagt worden.

Kritisch sah die Besuchskommission die Beratungsstelle Freytagstraße des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover. Es bestanden Zweifel, dass der Dienst aufgrund der geringen Stellenzahl überhaupt in der Lage war, das zugeordnete Gebiet sozialpsychiatrisch zu versorgen.

Die Besuchskommission Braunschweig stieß beim Besuch des Sozialpsychiatrischen Dienstes Göttingen auf eine gute Vernetzung der Anbieter im Sozialpsychiatrischen Verbund.

Der Sozialpsychiatrische Dienst der Stadt Wolfsburg zeichnete sich durch seine gute Besetzung und herausragende Vernetzungsarbeit im Sozialpsychiatrischen Verbund aus. Dazu gehörten auch die unterschiedlichen Arbeitskreise einschließlich des eingerichteten Krisendienstes und des „Age“-Projektes für psychisch alterskranke Menschen der Stadt.

### **3.3. Werkstätten für seelisch Behinderte**

Die von den Besuchskommissionen besuchten Werkstätten für seelisch Behinderte zeichneten sich sämtlich durch ein fachlich gut organisiertes Betreuungsangebot aus. Dieses zeigte sich auch in der Beurteilung der dort Beschäftigten, die insgesamt ihre Zufriedenheit den Angeboten gegenüber zum Ausdruck brachten.

Besucht worden war die Nordseewerkstatt in Norden, die Werkstatt des CVJM in Nordenhamm, die Werkstatt in Bramsche, die Werkstatt Herrenkamp in Lingen und die Werkstatt für seelisch behinderte Menschen in Nienburg.

Einen sehr positiven Eindruck hatte die Besuchskommission Braunschweig von der Reha-Werkstatt „Industrieservice“ der Lebenshilfe Braunschweig GmbH von dem breit gefächerten Angebot. Auffällig war die Beschäftigung immer jüngerer Menschen.

### **3.4. Weitere ambulante Angebote**

Die Besuchskommission Weser-Ems-Süd begrüßte das Angebot ambulanter psychiatrischer Pflege des ambulanten Gesundheitszentrums Artland in Quakenbrück, das allerdings immer noch mit finanziellen Hemmnissen zu kämpfen hat.

Problematisch war die Situation für die Fachambulanz für Suchtprävention und Rehabilitation in Osnabrück, weil die hohen Auflagen der Leistungsträger ein niederschwelliges Angebot erschwerte sowie den Dokumentationsaufwand erhöhte. Eine zusätzliche Kürzung der Mittel um 17 % hatte eine Stellenkürzung zur Folge.

Die Tagesstätte Tandem in Leer und die Tagesstätte Delta in Delmenhorst leisteten ein gutes niederschwelliges Angebot.

Insgesamt konnten die ambulanten Angebote deutlich ausgebaut werden und zeigen eine fortschreitende Entwicklung. Wenn in der vergangenen Legislaturperiode von einer deutlichen Verbesserung der Versorgungssituation gesprochen werden kann, dann liegt dies vor allem auch am Ausbau der ambulanten Eingliederungshilfe zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

### 3.5. Insel Baltrum

Die Insel Baltrum als kleinste ostfriesische Insel gehört zum Verwaltungsbereich des Landkreises Aurich. Beim Gespräch der Besuchskommission Weser-Ems Nord mit den zuständigen Behörden und Angebotsvertretern wurde deutlich, dass man bei der Versorgung der psychisch kranken und schutzbedürftigen Bewohner im Wesentlichen auf eigene Ressourcen der Insel angewiesen war. Beratungsangebote auf dem Festland konnten nur unter den erschwerten Bedingungen einer Übernachtungsnotwendigkeit aufgesucht werden. Anhörungen in Betreuungsverfahren, die aus gesundheitlichen Gründen im Amtsgericht Norden nicht durchgeführt werden können, fanden nicht statt (so die Auskunft beim Gespräch mit den Verantwortlichen der Insel). Das zuständige Amtsgericht hingegen gab die Auskunft, dass derartige Fälle noch nicht vorgekommen seien. Eine Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst des Landkreises Aurich fand nicht statt. Insgesamt waren die Verantwortlichen der Insel über Hilfsangebote des Landkreises und die gesetzlichen Grundlagen nicht informiert.

## 4. Stationäre Versorgung und allgemeine Psychiatrie

Die psychiatrischen Kliniken in früherer Landesträgerschaft waren im Berichtszeitraum wesentlich durch die Umbruchsituation gekennzeichnet.

Die Besuchskommission Weser-Ems-Nord berichtete über den neuen Träger der Karl-Jaspers-Klinik in Wehnen, den Psychiatrieverbund Oldenburg Land. Dieser war sehr um Transparenz bemüht und stellte der Besuchskommission das vollständige Konzept der Klinik zur Verfügung. Der positive Eindruck wurde unterstützt durch die Absicht des Trägers, sich in der regionalen psychiatrischen Versorgung stärker zu engagieren. Bemängelt wurde allerdings die Fixierungspraxis auf einer gerontopsychiatrischen Station, bei der mehrere fixierte Patienten in einem Raum zusammengefasst von nur einer Sitzwache beaufsichtigt wurden.

Beim Besuch des Reinhard-Nieter-Krankenhauses in Wilhelmshaven fiel eine dichte Videokameraüberwachung auf und die Tendenz zur Überbelegung von Stationen (Vgl. auch 22. Tätigkeitsbericht des Ausschusses Seite 24).

Die Privatklinik Dr. Ingwersen in Bad Zwischenahn/Rostrup bot ein intensives Behandlungsprogramm in vorbildlichen Räumen mit hoher Patientenzufriedenheit an. Allerdings stehen die 23 Plätze nur der privaten Versorgung psychisch Kranker zur Verfügung.

Die Fachklinik für Drogenabhängige „Moorkieker“ in Bardenfleth bot ein gutes Angebot für die vorgesehene Klientel. Eine Zusammenlegung mit der Klinik Kayhauserfeld war vorgesehen, um eine von Kostenträgerseite geforderte Größe zu erlangen.

Die Fachklinik Nettetal in Wallenhorst wurde von der Besuchskommission Weser-Ems-Süd aufgesucht und bot ein ausgewogenes Angebot zur medizinischen Rehabilitation suchtabhängiger Männer.

Wie für alle Landeskrankenhäuser im Übergang beschrieben herrschte auch im Landeskrankenhaus Lüneburg beim Besuch der Besuchskommission im Februar 2007 allgemeine Unsicherheit.



In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Langenhagen, ging die Besuchskommission Hannover zwei Beschwerden über Fehlbehandlungen von Patienten nach, die deren rechtliche Betreuer an die Besuchskommission weitergeleitet hatten. Die Beschwerden bezogen sich in beiden Fällen auf den Vorwurf einer zu hoch dosierten Medikation, sie kritisierten den Umgang mit Fixierungen und bemängelten Kommunikationsdefizite zwischen gesetzlichen Betreuern mit entsprechendem Aufgabenkreis und dem Klinikpersonal. In einem Fall musste der Patient in einem komatösen Zustand auf eine Intensivstation verlegt werden. In einem anderen Fall wurde nach Verlegung in eine andere Klinik ein Medikamentenspiegel weit über dem therapeutisch sinnvollen Bereich gefunden. Da die Besuchskommission die Behandlungsmaßnahmen mit der Klinik nicht zufriedenstellend erörtern konnte, wandte sie sich an die zuständige Staatsanwaltschaft zur Überprüfung der Behandlungsmaßnahmen. Die Klinik monierte in diesem Zusammenhang ein unzureichendes Verständnis der Besuchskommission für die Behandlungssituation.

Auf einer gerontopsychiatrischen Station des früheren Landeskrankenhauses Wunstorf beanstandete die Besuchskommission Hannover erneut die Praxis, Patienten, bei denen eine Fixierungsnotwendigkeit bestand, an exponierter Stelle, nämlich der Mittelsäule im Aufenthaltsraum, zu fixieren. Gerechtfertigt wurde das Vorgehen von der Station damit, dass die Patienten dadurch auch während der Fixierungsphasen am Gemeinschaftsleben der Station teilnehmen konnten. Die Besuchskommission schlug demgegenüber diskretere Fixierungsformen vor. Die früher kritisierten räumlichen Verhältnisse der Station hatten sich deutlich gebessert. Nach nochmaliger gemeinsamer Beratung mit der Besuchskommission wurde deren Kritik als hilfreich und notwendig bestätigt und inzwischen eine besser akzeptable Lösung gefunden.

Beim Besuch des früheren Landeskrankenhauses Hildesheim am 26.06.2007 stellte die Besuchskommission Hannover eine zugespitzte Personalsituation sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich fest. Auf einer geschlossenen Station wurde in Erfahrung gebracht, dass man bemüht war, den Mindeststandard von zwei Pflegemitarbeitern pro Schicht aufrecht zu erhalten. Begleitete Ausgänge mussten überwiegend eingestellt werden. Die Klinik habe sich in einer „Starre“ befunden. Bei einem Folgebesuch am 13.11.2007 nach dem Trägerwechsel berichtete die neue Krankenhausleitung, dass neue Pflegekräfte eingestellt werden konnten und man darüber hinaus bemüht sei, die noch nicht besetzten Arztstellen neu zu besetzen. Problematisch war der Mangel an Bewerbern.

Die neu eingerichtete Burghof-Klinik Rinteln, Standort Hannover, hinterließ einen insgesamt positiven Eindruck bei der zuständigen Besuchskommission.

Die Arbeitsweise der Tagesklinik der Medizinischen Hochschule Hannover überzeugte die Besuchskommission Hannover durch ein hohes Maß an Kompetenz. Allerdings schienen die wenig geeigneten Räumlichkeiten, die Möglichkeiten deutlich einzuschränken.

## **5. Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung**

Tätigkeiten und Empfehlungen des *Niedersächsischen Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* werden hier nur insoweit erwähnt, wie sie im Ausschuss dargestellt oder erörtert wurden. Der 1970 durch das Nieders. Sozialministerium eingesetzte Arbeitskreis berät das Ministerium in Angelegenheiten der Versorgung von Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen und koordiniert einvernehmlich die



Planungen und Arbeitsweise der öffentlichen Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Dem Ausschuss hat der Arbeitskreis zur Sitzung am 20.06.2007 fünf Tabellenvorlagen für einen Überblick über die ambulante und stationäre Versorgung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zur Verfügung gestellt. Sie wurden erläutert und eingehend erörtert. Eine Zusammenfassung ist bereits in den 22. Tätigkeitsbericht des Ausschusses eingegangen. Da seit dem keine wesentlichen Änderungen eingetreten sind, werden hier noch einmal die Daten wiedergegeben.

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

Von den 69 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Vertragsarztpraxen nahmen 54 (aus 43 Praxen bzw. MVZ) an der Sozialpsychiatrievereinbarung teil.

Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste gem. § 7 Abs. 2 NPsychKG nehmen in der Region Hannover, in Wolfsburg und im Landkreis Soltau sozialpsychiatrische Aufgaben wahr.

Institutsambulanzen bestehen an 14 der 15 stationären Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

### **5.2. Stationäre und teilstationäre Versorgung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

An den 15 stationären Einrichtungen stehen 594 Betten zur Verfügung.

Weniger als 25 Betten haben die 5 Einrichtungen in Göttingen, Holzminden, Oldenburg und Wilhelmshaven, mehr als 50 Betten haben die 4 Einrichtungen in Hannover, Hildesheim, Ganderkesee und Neuenkirchen.

Tageskliniken gehören zu 11 der stationären Einrichtungen.

Die Anzahl von zusammen 107 Plätzen liegt (bezogen auf 10.000 Minderjährige) weiterhin unter dem Durchschnitt der Bundesländer.

Stationen mit besonderen Schutz- und Sicherheitsvorkehrungen für Minderjährige, die infolge ihrer psychischen Störung sich selbst oder andere gefährden, bestehen an 7 der 15 stationären Einrichtungen. Mit zusammen 69 Betten haben sie einen Anteil von 11,9 % an den stationären Plätzen. An 3 weiteren stationären Einrichtungen ist die Einrichtung entsprechender Stationen mit zusammen 31 Betten geplant bzw. beabsichtigt.

Die stationären Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Niedersachsen haben sich 1991 verpflichtet, für jeweils ein bestimmtes Gebiet (Landkreise oder Städte) die Aufgabe einer Klärungsstelle für dringliche stationäre Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen zu übernehmen. Bei sehr unterschiedlicher Größe der Einrichtungen (s.o.) und bei der unterschiedlichen Ausstattung mit besonderen Schutz- und Sicherheitsvorkehrungen soll auf diese Weise gewährleistet werden, dass notwendige stationäre Aufnahmen auf jeden Fall in die Wege geleitet werden. Während für Kinder (Minderjährige unter 14 Jahren) geregelt ist, dass sie bei Bestätigung der Notwendigkeit in einer Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen werden, konnte bislang nicht vermieden werden, dass Jugendliche bei besonderer Schutzbedürftigkeit auch in Einrichtungen der Allgemeinpsychiatrie aufgenommen werden. Im Ausschuss ist mehrfach bei gegebenem Anlass Kritik an dieser Verfahrensweise vorgebracht worden. Hingewiesen

wurde insbesondere auch darauf, dass in Niedersachsen Einrichtungen für Jugendliche fehlen würden, deren Behandlungsbedürftigkeit in Zusammenhang mit Beeinträchtigungen ihrer geistigen Entwicklung steht. Es wurde auch darauf hingewiesen, dass es in Niedersachsen keine Einrichtungen von Trägern der Jugendhilfe gibt, die bei Gefährdung durch abweichendes Sozialverhalten freiheitsentziehenden Schutz gewährleisten können.

Der Niedersächsische Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie ist besonders seit Anfang 2006 mit dem Problem der Unterbringung von Jugendlichen in Einrichtungen der Allgemeinpsychiatrie befasst. Er bemüht sich dabei um Klärungen, was Anlässe und Dimensionen angeht, sowie um Lösungen, soweit diese mit seinen Möglichkeiten der Koordination und Beratung zu erreichen sind.

### **5.3. Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Berichten der Besuchskommissionen**

Bereits in den zurückliegenden Berichtsjahren war geklärt worden, dass eine Zuständigkeit des Ausschusses und der Besuchskommissionen gem. § 1 des NPsychKG auch für Heime von Trägern der Jugendhilfe gegeben ist, in denen Minderjährige aufgrund der Leistungsvoraussetzungen des § 35 a SGB VIII (Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche) aufgenommen werden. Die Geschäftsstelle des Ausschusses hat für diese Besuche entsprechend modifizierte Protokollvordrucke erstellt. Allerdings sind im Berichtsjahr keine Heime der Jugendhilfe besucht worden.

Besucht wurden von der Besuchskommission Weser-Ems/Süd am 12.06.2007 die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Marienkrankenhaus in Papenburg-Aschendorf, von der Besuchskommission Weser-Ems/Nord am 19.04.2007 die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Elisabeth-Krankenhaus Oldenburg sowie von der Besuchskommission Hannover die Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Hildesheim. Ein Protokoll hat für den Tätigkeitsbericht lediglich von der Besuchskommission Weser-Ems/Süd zur Verfügung gestanden.

Die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Marienkrankenhaus in Aschendorf befand sich zur Zeit des Besuches gerade im Zustand umfassender Um- und Ausbaumaßnahmen, die inzwischen im Wesentlichen abgeschlossen sind. Allerdings wurde die geplante Erweiterung des Bereichs für besonders schutzbedürftige Patienten um 5 Betten noch nicht verwirklicht.

Ausdrücklich hat die Besuchskommission festgehalten, dass die Unterrichtsversorgung der Patienten in keiner Weise ausreichend ist.

### **5.4. Schulunterrichtsversorgung in den stationären (teilstationären) Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie**

In ihrem Bericht über die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Marienkrankenhaus in Aschendorf hat die Besuchskommission ein Problem unmittelbar deutlich werden lassen, mit dem sich die kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in Niedersachsen bereits seit mehr als 20 Jahren und der Ausschuss erstmalig 1993 befasst hat. Es geht dabei darum, dass die in Zuständigkeit der Schulverwaltung fallende Unterrichtsversorgung von Kindern und Jugendlichen in stationärer und teilstationärer Behandlung innerhalb von Niedersachsen - wie mehrfach konkret dargestellt - extreme regionale Unterschiede aufweist. Im Vergleich der Bundesländer ergibt sich dabei ein sehr

ungünstiger Durchschnitt. Eine Erklärung für die regionalen Unterschiede lässt sich von unterschiedlichen Einstellungen herleiten, mit denen die vorhandenen Bestimmungen von den regionalen Schulaufsichtsbehörden angewandt worden sind. Dort, wo hinsichtlich der Bedeutung und Notwendigkeit von besonderem Schulunterricht bei einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung Einvernehmen bestand, ist es zu dem erforderlichen Stellenumfang sowie zu kontinuierlicher Kooperation und zu nachweisbar günstigen Auswirkungen auf den Behandlungsverlauf wie auf die Lernentwicklung gekommen. Ohne derartige Voraussetzung dagegen sind die Kinder und Jugendlichen, bei denen eine stationäre Behandlung notwendig wurde, drastisch benachteiligt worden. Der Niedersächsische Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie hat bereits 1988/1993 eine ausführliche, detaillierte "Stellungnahme zur Organisationsform des Unterrichts in Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie" verbreitet und veröffentlicht (Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 42, 86, 1993). Er hat die Angelegenheit am 03.12.2003 dem Ausschuss vorgetragen und am 04.02.2004 unter Mitwirkung der beteiligten Lehrkräfte eine eigene Kommission: *Unterrichtsversorgung an den stationären und teilstationären Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie* gebildet. Diese hat sich seit dem kontinuierlich darum bemüht, mit der Landeschulverwaltung eine wesentliche Verbesserung in den benachteiligten Regionen Niedersachsens zu bewirken. Trotz der über 6 Jahre währenden Aktivitäten der Kommission konnte bisher in dieser Hinsicht keine entscheidende Änderung erreicht werden.

## **6. Maßregelvollzug und sonstige forensische Unterbringungen**

Nach Auskunft der Landesregierung war in den Jahren von 1998 – 2005 ein jährlicher Zugang von mindestens 68 Patienten im Maßregelvollzug zu verzeichnen. Im Jahr 2006 betrug diese Zunahme 44 Patienten. Insgesamt standen im Jahr 2007 für durchschnittlich 1224 Patientinnen und Patienten des Maßregelvollzuges und sonstige forensische Unterbringungen 1054 Planbetten zur Verfügung. Auf das Landeskrankenhaus Moringen fokussiert waren dort im Jahr 2007 344 Planbetten mit 396 Patientinnen und Patienten belegt. Nach Auskunft der Landesregierung bedeutete dies aber keine Überbelegung, da von den 396 Patientinnen und Patienten 80 Personen im außerstationären Probewohnen lebten. Dennoch musste eine entsprechende Bettenkapazität vorgehalten werden, damit die Patientinnen und Patienten beim Misslingen des Probewohnens in der Abteilung zurückverlegt werden konnten.

Die Besuchskommission Maßregelvollzug beklagte demgegenüber eine nach wie vor bestehende Überbelegung der Häuser für den Maßregelvollzug. Allgemein sei auch das Personal zu knapp bemessen, um die Qualität der Behandlung und Betreuung zu sichern und zu verbessern. Insbesondere erschien es der Besuchskommission Maßregelvollzug notwendig, Anreize für Arztstellen zu schaffen, um diese ausreichend besetzen zu können.

Im Hinblick auf die Neuregelung und Umstrukturierung im Maßregelvollzug wird auch auf die Ausführungen im 22. Tätigkeitsbericht des Ausschusses verwiesen.

Die Besuchskommission Maßregelvollzug stellte bei ihrem Besuch im damaligen Landeskrankenhaus Lüneburg Engpässe im Bereich der Ergotherapie und eine unzureichende Entlassungsregelung fest. Notwendige Bau- und Bauunterhaltungsmaßnahmen waren zwar erörtert worden, aber noch nicht begonnen worden.

Im Landeskrankenhaus Brauel fand die Besuchskommission Maßregelvollzug eine Höchstbelegung mit Patienten vor, ohne dass die offenen Stellen im ärztlichen Bereich und im Pflegebereich besetzt werden konnten.

Das „Feste Haus“ in Göttingen war inzwischen dem Landeskrankenhaus Moringen angegliedert worden. Das führte dazu, dass die forensischen Stationen der psychiatrischen Klinik Göttingen ohne ausreichend gesicherte Aufnahmeabteilung dastanden. Die Besuchskommission hielt daher für die forensischen Stationen der psychiatrischen Klinik in Göttingen die Einrichtung einer eigenen Aufnahmeabteilung, die höheren Anforderungen entspricht, für dringend erforderlich.

Beim Besuch des Landeskrankenhauses Moringen wurde festgestellt, dass die Zahl der schwierigen Patienten und Patientinnen ständig zugenommen hat. Ebenfalls stieg die Zahl der Patienten, die nach § 126 a StPO und nach § 81 StPO untergebracht waren. Als besonders schwierig wurde die Rekrutierung von Pflegepersonal angesehen.

Auch im früheren Landeskrankenhaus Königslutter hat die Besuchskommission personelle Engpässe bei einem deutlichen Anstieg der nach § 64 StGB untergebrachten Patienten festgestellt.

Die Fachabteilung Bad Rehburg war nach Auskunft der Besuchskommission Maßregelvollzug überbelegt, es fehlten Plätze für Unterbringungen nach § 64 StGB. Auch hier wurde über eine unzureichende Personalsituation geklagt und die Schwierigkeit, Personal für den Maßregelvollzug zu gewinnen.

Im früheren Landeskrankenhaus Osnabrück wurden auch Bundesland übergreifend Patienten untergebracht. Erfreulich war, dass die forensische Institutsambulanz ihre Arbeit aufgenommen hatte.

Der in den früheren Landeskrankenhäusern Wehnen, Hildesheim und Wunstorf ebenfalls beklagte Personalmangel führte durch unzureichende Entlassungsvorbereitungsmöglichkeiten zu verlängerten Aufenthaltsdauern von Patienten, so die Besuchskommission.

Nach Auffassung des Ausschusses ist zu erwarten, dass die Besetzung von freiwerdenden Stellen mit geeignetem Personal in Zukunft schwerer werden wird. Insbesondere im ärztlichen Bereich ist damit zu rechnen, dass sich der prognostizierte Ärztemangel im Maßregelvollzug besonders eklatant bemerkbar macht.

## **7. Heime**

Die von der europäischen Union vorgegebenen Wettbewerbsbedingungen schränken die Möglichkeiten von Planungen im Heimbereich ein bzw. geben diese vollständig auf. Hier wird der Wettbewerb die Heimangebote unterstützen, die sich bei einem möglichen Überangebot im Wettbewerb wirtschaftlich halten können. Dem ungeachtet wird es bei den bedürftigen Personen in jedem Einzelfall erforderlich sein, die Frage nach dem Hilfebedarf unter der Maßgabe „ambulant vor stationär“ immer wieder neu zu stellen. Erfreulicherweise haben sich die Besuchskommissionen in zunehmendem Maße auch Heimen der Altenhilfe zugewandt, in denen speziell Demenzkranke untergebracht waren.

Positiv hob die Besuchskommission Weser-Ems-Nord die Entwicklung eines Altenheimes in Holtland hervor, das sich nach Wechsel von der kommunalen Trägerschaft in eine private Trägerschaft zu einem großzügigen und bewohnergerechten Angebot entwickelte.

Dem gegenüber war die räumliche Ausstattung unter Mitbenutzung der Kellerräume und die nicht nachvollziehbare Dokumentation bei Fixierungsmaßnahmen Anlass zu Beanstandungen in einem Heim in Wiefelstede. Der Eigner zeigte sich allerdings wenig einsichtig und kooperativ, so dass Nachbesserungen schriftlich angemahnt werden mussten.

Eine durchaus positive Entwicklung verzeichnete die Besuchskommission Weser-Ems Nord in dem früher kritisierten Seniorenzentrum in Brake. Das Heim konnte insgesamt sachgerecht zum Wohl der Bewohner umstrukturiert werden.

Weil die zugesagte Abhilfe bis März 2007 für die Unterbringung eines 17-jährigen jungen Mannes in einem Altenheim in Dornum nicht eingehalten wurde, musste die zuständige Heimaufsicht eingeschaltet werden.

Deutliche Verbesserungen fand die Besuchskommission im Wohnheim in Pewsum und in dem Wohnheim für seelisch und mehrfach Behinderte des Diakonischen Werkes Himmelsthür.

Das Wohnheim Dat Hus in Nordhorn erwies sich als ansprechende und gut geführte Einrichtung.

An den bereits im Jahr 2000 und 2003 bemängelten Räumlichkeiten des Wohnheimes Haus Dalskamp in Nordhorn hatte sich beim Besuch der Besuchskommission Weser-Ems-Süd auch weiterhin nichts verändert. Dies wurde ausdrücklich kritisiert!

Nach Intervention der Besuchskommission konnte bei einem weiteren Besuch in einem AWO-Wohnheim in Osnabrück eine positive Entwicklung im Hinblick auf das vorher ungepflegte Erscheinungsbild der Einrichtung festgestellt werden.

Konstruktiv erwiesen sich die Besuche im Haus Landrien, in Meppen-Appeldorn und in der Johannesburg in Surwold. Beide Einrichtungen boten ein adäquates Angebot, wobei mit den Einrichtungen durchaus auch Entlassungsvorbereitungen erörtert werden konnten.

Keine klärende Konzeption fand die Besuchskommission Lüneburg im Haus Hoheneck – Dannenberg Riekau, die zwischen Bewohnern der Eingliederungshilfe und Bewohnern, die Hilfe zur Pflege erhielten, unterschied.

Der Therapeutischen Wohngemeinschaft Putensen war es gelungen, wie die Besuchskommission Lüneburg lobend hervorhob, auch langjährige Bewohner in Wohnformen, die eine größere Eigeninitiative zuließen, zu verlegen.

In der Einrichtung Lobetalarbeit e.V.- Zweigeinrichtung Stübeckshorn wurde die Notwendigkeit erörtert, rezeptpflichtige Medikamente nur durch entsprechend qualifiziertes Personal an die Bewohner vergeben zu lassen.

Nach wie vor große Sorgen machten der Besuchskommission Hannover die schlecht geführten Heimeinrichtungen für seelisch behinderte Menschen im Landkreis Hildesheim: Das Heim für Individuelle Hilfen in Bockenem und eine Einrichtung in Harbarnsen. Erst nach erheblichem Druck, auch von Seiten des Landessozialamtes, fand in Bockenem innerhalb

der Betreiberfamilie ein Trägerwechsel statt, der die Tendenz zu einer positiveren Entwicklung erahnen ließ. Die Intervention der Heimaufsicht in Harbarnsen führte dazu, dass bei einem Folgebesuch der Besuchskommission die zuvor festgestellten Mängel abgestellt waren.

Die Kooperation zwischen Mitgliedern der Besuchskommission Hannover und Mitarbeiterinnen des Heimbereichs des Klinikums Warendorff war durch eine Anweisung erheblich gestört, wonach so lange keine Gespräche mit der Besuchskommission geführt werden dürfen, bis die Leitungskräfte der Einrichtung anwesend sind. Das hat zu Wartezeiten von über 1 Stunde geführt, die die Arbeit der Besuchskommission erheblich beeinträchtigte. Inzwischen konnte aber Einvernehmen dahingehend erzielt werden, dass auch bei unangemeldeten Besuchen keine längeren Wartezeiten von mehr als 15 Minuten auftreten werden.

Massive Beanstandungen hatte die Besuchskommission auf dem Gutshof im Heimbereich des Klinikums Warendorff, weil dort weder die räumlichen Bedingungen, noch das Betreuungsangebot den Bedürfnissen der dort lebenden Bewohner annähernd gerecht wurde.

Beim Besuch des Wohnheimes Dr. med. E. A. Wilkening GmbH in der Mellendorfer Straße wurde der Besuchskommission entgegen den Vorschriften in § 30 Abs. 5 NPsychKG jegliche Auskunft verweigert. Der Ausschuss wird ein entsprechendes Vorgehen bei Verweigerung der gebotenen Pflichterfüllung erörtern.

Aufgrund von gravierenden Mängeln im Betreuungszentrum Prosenia in Rinteln Steinbergen, wurde die regionale Heimaufsicht und der medizinische Dienst eingeschaltet. Dem Heim wurden Auflagen und Fristen gesetzt, deren Umsetzung durch den medizinischen Dienst und die Heimaufsichtsbehörde überwacht wurde.

Die Angebote des Wohnheimes Hof Windheim in Stadthagen, der Einrichtung Wittelhof in Rehburg/Loccum, Heinemannhof in Hannover und des Pflegeheims Herrenhaus in Winzenburg haben die Besuchskommission Hannover überzeugt, weil sie den Bedürfnissen der Bewohner entsprachen und die angepassten Betreuungskonzepte kompetent waren.

Die Besuchskommission Braunschweig besuchte im Berichtszeitraum insbesondere Wohnheime für ältere Bewohner mit psychischen Störungen und seelischen Behinderungen.

Als beispielhaft und positiv hob die Besuchskommission das Alten- und Pflegeheim „St. Jacobi“ in Osterode, das Siebenbürger-Altenheim in Osterode, das Alten- und Pflegeheim „Waldfrieden“ in Wieda und eine Einrichtung der Suchtkrankenversorgung „Neues Land Amelith“ in Bodenfelde hervor.

Kritisch äußerte sich die Besuchskommission Braunschweig über die räumliche und personelle Ausstattung einer Seniorenresidenz in Vechelde und über ein Wohn- und Pflegeheim der AWO in Helmstedt.

Positive Entwicklungen konnte die Besuchskommission für das Alten- und Pflegeheim „Ruhesitz Romantika“ in Bokel und das Wohnheim „Forum“ in Salzgitter beschreiben.

Einen positiven Eindruck hinterließ auch das „Haus am Peterskamp“ der AWO in Braunschweig. Grundsätzlich stellte die Besuchskommission die Frage, was aus den älter

gewordenen psychisch kranken Bewohnern einmal wird, da die Einrichtung nur Personen bis zum 50. Lebensjahr aufnimmt.

Problematisch war die Situation weiter in der „Pro Seniore-Residenz“ in Göttingen, im Pflegezentrum „Vahldiek“ in Schöningen, im „Haus Liebenhall“ in Salzgitter-Bad und in der Sozialstation „Verdi“ in Braunschweig.

Das Senioren- und Pflegeheim „Neuer Hof“ in Bad Lauterberg und das Seniorenzentrum „Weende“ in Göttingen hinterließen einen positiven Eindruck. Klärungsbedarf zeigte sich aber im Hinblick auf Fragen der geschlossenen Unterbringung von Bewohnern und dem Gebrauch von sog. Trickschlössern.

Keine wesentlichen Mängel konnten im Seniorenheim „Am Pfaffenberg“ in Bad Sachsa festgestellt werden. Die Evangelische Einrichtung Neuerkerode wurde mit einer besonderen Fragestellung aufgesucht; im Hinblick darauf wurden keine Hinweise dafür gefunden, dass die Bewohner/innen fehlplaziert waren.

## **8. Ausblick**

Wenn sich im Jahr 2008 der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung neu konstituiert und neue Besuchskommissionen berufen werden, wird neben der Besetzung mit Mitgliedern aus signifikant beteiligten Gruppen auch zu berücksichtigen sein, dass frühere Erfahrungen und Kompetenzen für die zukünftige Ausschussarbeit und die Tätigkeit in den Besuchskommissionen nutzbar bleiben.

Rückblickend kann über die Arbeit der Besuchskommission und des Ausschusses in der vergangenen Legislaturperiode gesagt werden, dass sich die sozialpsychiatrische Versorgungslandschaft vor allem in den Bereichen Rehabilitation, Eingliederungshilfemaßnahmen sowie bei den nichtärztlichen Angeboten dynamisch weiterentwickelt hat und z. T. zu einer kaum mehr überschaubaren Vielfalt und Komplexität mit modularem Aufbau geführt hat. Dadurch konnten Versorgungslücken geschlossen werden.

Die Problematik des „Loslassens“ hat aber auch immer wieder in Einzelfällen zur Überversorgung und zur Verhinderung einer selbstbestimmten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft geführt. Integration geschieht durch Bürger der Gesellschaft, so Klaus Dörner, Professionelle können die Integration allenfalls vorbereiten. Gerade das SGB IX steckt hier hohe Ziele, deren Realisierung in den Köpfen der Beteiligten wahrscheinlich noch Jahre dauern wird.

Zu den erfreulichsten Erfahrungen des Ausschusses und der Besuchskommissionen gehört, dass sich das „Bohren dicker Bretter“ und eine notwendige Hartnäckigkeit und Beharrlichkeit lohnt, um Verbesserungen sachangemessen bei kritikwürdigen und mangelhaften Hilfeangeboten zu erreichen. Ermutigend war, dass sich immer wieder auch solche Einrichtungen auf Interventionen der Besuchskommission bewegten, die zunächst einen beratungsresistenten Eindruck hinterließen. Dadurch wurde deutlich, wie wichtig die beharrlich ausgeführte Wächterfunktion des Ausschusses und der Besuchskommissionen für den Erhalt und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgungsqualität war.

Während die zuständigen Aufsichtsbehörden in der Regel formal festgelegte und fortgeschriebene Anhaltzahlen prüften, prüfte der Ausschuss und die Besuchskommission



die Frage, „was“ von den Angeboten „wie“ bei den Nutzern und Betroffenen ankommt. Diese unterschiedliche Vorgehensweise hat in der Vergangenheit auch zu Missverständnissen und zu wechselseitigem Unverständnis geführt. Das augenfälligste Beispiel in diesem Zusammenhang ist die Frage der ausreichenden ambulanten psychiatrischen Versorgung durch Fachärzte. Während die kassenärztliche Vereinigung und die zuständige Aufsichtsbehörde von einem mehr als 100 prozentigen Versorgungsgrad ausgeht, argumentiert der Landesverband Niedersachsen des Bundesverband Deutscher Nervenärzte, dass von den in der Statistik der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen ausgewiesenen 158 Psychiatern real nur 58 in relevantem Umfang für die ambulante psychiatrische Basisversorgung zur Verfügung stehen. Wenn dann von Patienten berichtet wird, dass sie nach einer schweren seelischen Krise 4 – 8 Wochen auf einen Facharzttermin hätten warten müssen, und dass der Facharzt kaum mehr als 30 – 40 Minuten im Quartal für die Untersuchung und Behandlung zur Verfügung stellen konnte, wird deutlich, dass zumindest in diesen Fällen ein adäquater personenbezogener Ansatz nicht möglich war. Auch eine anlassbezogene am Bedarf orientierte psychotherapeutisch/psychiatrische Behandlung ist so kaum möglich.

Psychiatrisch/ psychotherapeutische Kompetenz wird vielerorts angemahnt, so etwa als konsiliarärztliche Tätigkeit in Allgemeinkrankenhäusern oder aber auch in Heimen für Demenzkranke, sie steht aber kaum bis gar nicht zur Verfügung.

Nach wie vor ist der Ausschuss der Überzeugung, dass psychische Krisen, psychische Störungen und seelische Behinderungen vorrangig durch fachlich qualifizierte und zeitangemessene menschliche Zuwendung zu behandeln sind. Daran wird auch in naher Zukunft ein durchaus begrüßenswerter Fortschritt im pharmakotherapeutischen Bereich und im Bereich anderer vielversprechender Therapieformen (z. B. transkranielle Magnetstimulationen) nichts ändern.

Die Fortschritte der neurobiologischen Wissenschaften werden in zunehmendem Maße die psychiatrische Diagnostik beeinflussen und damit die Weichenstellung für noch differenziertere Therapieverfahren öffnen. Es ist zu erwarten, dass diese neuen Technologien, die eine wachsende Bedeutung im diagnostischen Bereich haben werden, damit auch Aussagen treffen können für ein gezielteres therapeutisches Vorgehen. Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich muss dieses Vorgehen immer signifikant interaktionsbezogen bleiben!

Wenn ein verstärkter Wettbewerb die sozialpsychiatrische Versorgungslandschaft durchaus im positiven Sinne dynamisieren kann, wird in besonderer Weise aufmerksam zu beobachten sein, was nach wie vor schützenswert ist, obwohl es freigegebenen Wettbewerbsbedingungen nicht Stand hält. Zu fördern sind insbesondere auch die freiwilligen Angebote bürgerschaftlichen Engagements, die als Ergänzung der professionellen Integrationsbemühungen für eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zunehmend notwendiger werden.

Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen und die Besuchskommissionen werden ihr Wächteramt auch in Zukunft nur angemessen wahrnehmen können, wenn sie konsequent weiter den personenzentrierten Ansatz verfolgen und den Nutzen von Angeboten für die Betroffenen unter Berücksichtigung von Selbstbestimmung und Respekt der Individualität des Menschen prüfen.

Neben der vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Gutachten 2007) geforderten Neudefinitionen der Rollen und Aufgaben



verschiedener Berufsgruppen im Gesundheitswesen wird es für eine angemessene sozialpsychiatrische Versorgung der Bevölkerung auch darum gehen, die Morbidität und ihre Auswirkungen auf den Einzelnen und die Gesellschaft stärker zu berücksichtigen. Dabei sollte auch die Tatsache eine Rolle spielen, dass psychische Störungen, wie Depressionen, Alkoholerkrankungen, Schizophrenien und bipolare affektive Störungen mehr Lebensjahre mit Behinderung verursachen, als andere Krankheitsbilder. Besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen sollte unter präventiven Gesichtspunkten verstärkte Aufmerksamkeit geschenkt werden. In diesem Zusammenhang ist auch die Versorgung von Migranten zu überdenken.

(Dr. Höfer)

**Personelle Zusammensetzung  
des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung  
- 15. Wahlperiode -**

<b>Mitglieder</b>	<b>Stellv. Mitglieder</b>
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 Schlappeit-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 / 304-385

Fax:  
05121 / 304-613

E-Mail:  
[Brigitta.Heine@ls.niedersachsen.de](mailto: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](mailto:Brigitta.Heine@ls.niedersachsen.de)

Internet: [www.psychiatrie.niedersachsen.de](http://www.psychiatrie.niedersachsen.de)