

Unterrichtung

Der Präsident
des Niedersächsischen Landtages
- Landtagsverwaltung -

Hannover, den 27.08.2013

Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung gemäß § 30 Abs. 7 des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke

Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Niedersachsen hat den 28. Bericht über seine Tätigkeit vorgelegt.

Der Vorsitzende des Ausschusses hat mir den Bericht, der das Jahr 2012 betrifft, gemäß § 30 Abs. 7 des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke übersandt. Der Bericht wird nachstehend veröffentlicht.

Die dem Bericht beigefügten Feststellungen und Anregungen der Besuchskommissionen, die nicht zur Veröffentlichung vorgesehen sind, werden zusammen mit dem Schreiben des Vorsitzenden vom 20.08.2013 gesondert an die Mitglieder des Ausschusses für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration verteilt.

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

28. Tätigkeitsbericht (2012)



Niedersachsen

Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Niedersachsen

28. Tätigkeitsbericht (2012)

Der Bericht des Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Niedersachsen (PA) ergeht gem. § 30 Abs. 7 NPsychKG an den Niedersächsischen Landtag und das zuständige Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, im folgenden kurz "MS".

Der Bericht ¹ wurde am 07.08.2013 beraten und beschlossen und wird dem Herrn Landtagspräsidenten und dem MS zugeleitet. Er wird erst nach Freigabe durch den Herrn Landtagspräsidenten veröffentlicht. Dem Landtag werden darüber hinaus nicht öffentliche Jahresberichte der Besuchskommissionen (BK) für das Jahr 2012 vorgelegt, welche der PA zuvor zustimmend zur Kenntnis genommen hat am 07.08.2013.

1. Auftrag und Grundlagen

Die Arbeit des PA und der BK ist durch §§ 30, 31 NPsychKG und die zugehörige Verordnung vorgegeben. ² Die Vorberichte haben dazu näheres ausgeführt.

2. Interne Arbeit des PA

Die turnusmäßigen **Sitzungen** des PA fanden statt an den Tagen

- 29.02.2012
- 27.06.2012
- 05.09.2012

Prof. Dr. Spengler als Vorsitzender und Prof. Dr. Höfer als stellvertretender Vorsitzender der 7. Amtsperiode des PA nahmen unterstützt durch die Geschäftsstelle zu Anfragen aus dem Landtag, den Fraktionen, dem MS, Behörden und Einrichtungen Stellung, berieten sich mit den zuständigen Stellen und stimmten sich anlassbezogen und in grundsätzlichen Angelegenheiten mit den Vorsitzenden der Besuchskommissionen ab.

Regelmäßig wird der Kontakt zum Psychiatriereferat des MS gepflegt. Das Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, im folgenden kurz „LS“ führt die Geschäfte des PA. Personelle Veränderungen bei BK wurden im Rahmen der zu beschreitenden Verfahren vom LS umgesetzt im Einvernehmen mit dem PA. Die Berufung von Ausschussmitgliedern liegt in der Zuständigkeit des MS.

¹ Der Tätigkeitsbericht wurde redaktionell von Prof. Dr. Spengler als Vorsitzenden der 7. Amtsperiode des PA bearbeitet. ENTWURF 19.7.2013

² vgl. www.psychiatrie.niedersachsen.de und Nds. Vorschrifteninformationssystem VORIS. Anfragen sind an die Geschäftsstelle des Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung, Domhof 1 in 31134 Hildesheim zu richten.

Am 27.06.2012 beriet der PA in seiner jährlichen Konferenz mit den Vorsitzenden der BK Rechts- und Verfahrensfragen bei Besuchen von Einrichtungen, beim Umgang mit Beschwerden und Problemfällen. Ein weiteres Treffen fand am 17.10.2012 statt. Behandelt wurden insbesondere die unten beschriebenen verwaltungsgerichtlichen Klageverfahren und Probleme bei der Durchsetzung des Besuchsrechts in einzelnen Heimeinrichtungen. Am 04.12.2012 fand eine Besprechung des LS mit dem PA zum Projekt „Datensicheres Intranet Ausschuss und Besuchskommissionen“ im MS statt.

Die Anforderungen an die Arbeit sind kontinuierlich gestiegen. Mehr einrichtungsbezogene Probleme als in früheren Jahren waren zu bearbeiten und stellten sich fachlich und rechtlich aufwändiger dar. Rechtsfragen treten immer mehr in den Vordergrund. Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten von MS, LS, Geschäftsstelle, PA und BK wurden seit 2008 genauer als in der Vergangenheit herausgearbeitet. Die Sitzungstätigkeit der Gremien stößt bei Problemfällen oder komplexen Themen an Grenzen.

Beispielhaft sei die Besuchskommission Lüneburg zitiert: *"Die Besuchskommission ist ehrenamtlich, im besten Sinn multiprofessionell und bemerkenswert qualifiziert besetzt. Ihre Einschätzungen basieren auf einer pluralen und umfassenden Wahrnehmung von Betroffenen und Angehörigen, im Unterbringungsrecht erfahrene Richter, in der Sozialverwaltung leitend Tätige bis zu psychiatrischen Profis aus allen Berufssparten. Mit den vorhandenen Kapazitäten kann sie ihren gesetzlichen Auftrag nur zu einem Bruchteil erfüllen. Entscheidend für die Nutzung ihrer Arbeit im Sinne des Gesetzes ist der lebendige Austausch ihrer Einschätzungen und Hinweise mit den Instanzen, die in der Lage sind, als schwerwiegend eingeschätzte Mängel ggf. kontrollierend zu beeinflussen bzw. die vorgegebenen Maßstäbe mit den psychiatrisch inhaltlichen kontinuierlich abzustimmen."*(Siehe lfd. Nr. 5.1 auf S. 13)

Vorsichtig geschätzt entspricht der zeitliche Einsatz durch diese ehrenamtliche Gremientätigkeit insgesamt einer Arbeitsleistung von rund 3,5 hochqualifizierten Vollkräften jährlich. Im Gesamttablauf stellte sich die Arbeit so zeitaufwändig und intensiv dar, dass die Grenzen dessen überschritten wurden, was ehrenamtlich leistbar ist. Eine qualitative und quantitative personelle Verstärkung der Geschäftsführung erscheint unbeschadet der engen und sehr konstruktiven Zusammenarbeit mit dem LS und Geschäftsstelle zwingend. Sie wurde gegenüber dem Land seit Jahren eingefordert, ohne sichtbares Ergebnis.

Die Rechtsstellung der ehrenamtlichen Gremienmitglieder ist 2011 formal geklärt worden. Leider entstanden in der Umsetzung bei einzelnen Freiberuflern z.B. niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, sowie bei Angestellten nichtöffentlicher Arbeitgeber Probleme wegen Umsatz- oder Gehaltseinbußen, die durch die bestehenden Regelungen zur Entschädigung bei Verdienstaussfall nur in Einzelfällen und lt. JVEG ökonomisch nur unzureichend ausgeglichen werden. Die eher symbolischen Entschädigungen für Zeitversäumnis werden nur in Einzelfällen beansprucht. Die Praxis sollte künftig einheitlich sein und klaren Kriterien folgen.

Vereinzelt standen einzelne öffentliche Arbeitgeber der Wahrnehmung des Ehrenamtes in der Besuchskommission oder im PA durch ihre Bediensteten während

der Dienstzeit indirekt oder direkt im Wege. Das Sozialministerium wurde gebeten, hierzu wegen des dringenden öffentlichen Interesses an der Ausübung der ehrenamtlichen Nebentätigkeit eine Information bzw. einen Appell an die Dienststellen des Landes zu richten.

Wie im Vorjahr darf allen BK, besonders ihren Vorsitzenden und Mitgliedern, allen PA-Mitgliedern sowie allen Kooperationspartnern, besonders dem MS und dem LS, vor allem aber der Geschäftsführerin Frau Heine herzlich für ihren hervorragenden Einsatz und die gute Zusammenarbeit gedankt werden.

3. Stellungnahmen

Der 27. Tätigkeitsbericht des PA wurde nach Umlaufbeschluss am 20.07.2012 dem Landtagspräsidenten zugeleitet und am 03.08.2012 von dort veröffentlicht und anschließend durch den PA auf der Seite www.psychiatrie.niedersachsen.de wiedergegeben.

Er wurde im zuständigen Landtagsausschuss am 13.09.2012 erläutert.

Öffentliche Stellungnahmen und Informationen ergingen durch Publikation von Übersichtsbeiträgen / Vorträgen.^{3 4}

Der Vorsitzende bereitete 2012 gemeinsam mit Herrn RiLG Koller und der Vorsitzenden der Besuchskommission für den Maßregelvollzug Frau Amtsgerichtsdirektorin a.D. Wycisk, nachdem vom MS dazu Gelegenheit gegeben wurde, eine Stellungnahme zur Novellierung des Nds. MVollzG vor, die am 28.02.2013 vorgelegt und u.W. in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht wurde.

4. Schwerpunktthemen

Exemplarisch werden übergreifende Themen benannt, an denen der PA gearbeitet hat. Damit genügt der PA seinem Auftrag, für die Belange des Personenkreises nach § 1 Nr. 1 NPsychKG einzutreten und in der Bevölkerung Verständnis für dessen Lage zu wecken.

1. Das Thema **Zwangsbehandlung** im Maßregelvollzug und in der Regelpsychiatrie⁵ beschäftigen den PA durchgehend. Von unterschiedlichen Seiten wurden Stellungnahmen publiziert. Der Vorbericht ging bereits darauf ein.

Eine vertiefte Bearbeitung war in der Berichtsperiode nicht mehr möglich, da erst Anfang 2013 ein interner Arbeitsentwurf des MS zum NPsychKG vorgelegt wurde.

³ Spengler, A., E. Höfer (2012): Zwischen Herausforderung und Routine – Aus der Arbeit des Psychiatrie-Ausschusses. In: Elgeti, H., M. Ziegenbein (Hg.) Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2012. Psychiatrie Verlag, Bonn – S. 126-131.

⁴ Spengler A, Höfer E: Rechtssicherheit und Qualität - externe Kontrolle in psychiatrischen Versorgungseinrichtungen. Vortrag, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), 23.11.2012, Berlin

⁵ Vgl. die Entscheidungen BVerfG. 23. März 2011–2 BvR 882/09; 2 BVerfG. 11. Oktober 2011–2 BvR 633/11 und BGH. 20. Juni 2012–XII ZB 99/12 und XII ZB 130/12

Die BK berichteten über erste Eindrücke zur Umsetzung. Der Tenor war, dass die Kliniken sehr bemüht scheinen, mit den Patienten unter Verzicht auf Zwangsmedikation andere Lösungen zu erarbeiten, dass es aber in Einzelfällen zu teils gravierenden gesundheitlichen Verschlechterungen, Dauerfixierung bzw. Isolierung kam. Im Maßregelvollzug wurden bei einzelnen katastrophalen Verläufen auch Sicherheitsprobleme und Polizeieinsatz nach Angriffen auf Bedienstete beschrieben.

Wie schon seit dem Mai 2011 hatte der PA gegenüber dem MS immer wieder die Dringlichkeit einer Novellierung der einschlägigen Bestimmungen des Nds. MVollzG und des NPsychKG betont, weil diese nicht mehr verfassungskonform sind.

Sie sind unabdingbar im Interesse der Rechtssicherheit für Betroffene und Rechtsanwender und mit dem Ziel einer Beschränkung von (medikamentösen) Zwangsbehandlungen, aber auch von vermeidbaren anderen Zwangsmaßnahmen auf das Mindestmaß.

2. Das **Besuchs- und Betretensrecht in Heimeinrichtungen**, insbesondere in Alten- und Pflegeheimen war erneut Thema von Beratungen mit den BK, aber auch dem MS.

Der PA ist seit 2012 mit **verwaltungsgerichtlichen Klageverfahren** konfrontiert:⁶ 2012 wurde von einem Heimbetreiber vor dem Verwaltungsgericht Oldenburg das Besuchsrecht in seinem Pflegeheim durch die zuständige BK bestritten. Dem waren bereits 2011 sinngemäß Forderungen eines Verbandes von Heimbetreibern gegenüber dem MS vorangegangen, dieses solle die Besuche unterbinden.

Weiterhin wurde die Forderung gegen den PA erhoben, bei seinen öffentlichen Berichten im Internet jegliche namentliche Nennung der Klägerin zu unterlassen. Auf einer (de facto nachträglichen) öffentlichen namentlichen Nennung einzelner Einrichtungen hatte der PA wegen der vorherrschende Rechtsprechung in seinem 27. Tätigkeitsbericht bereits verzichtet und dies im Verfahren auch bekundet.

Die (Haupt-)Klage vor dem VG Oldenburg wurde bezüglich des Betretens- und Besuchsrechts der Einrichtung der Klägerin am 18.12.2012 erstinstanzlich abgewiesen. Die Berufung wurde nicht zugelassen. Gegen die Nichtzulassung der Berufung hat die Klägerin 2013 einen Antrag auf Zulassung der Berufung beim VG Oldenburg gestellt. Das zuständige OVG Lüneburg hat noch nicht entschieden.

Auch in einem anderen Fall hatte eine Mitgliedseinrichtung des o.g. Verbandes den Rechtsweg bestritten, um einen Besuch zu verhindern. In diesem Fall folgte das zuständige Verwaltungsgericht Hannover in einem einstweiligen Verfahren am 16.07.2012 der Rechtsauffassung des PA. Die Einrichtung wurde anschließend besucht.

⁶ Die BK sind aus rechtlichen Gründen nicht "beklagtenfähig", so dass der PA eine Rechtsposition einheitlich zu vertreten hat. Die Zuständigkeit für die Vertretung des PA bei derartigen Verfahren war vom MS dem LS zugewiesen worden. Der PA wird in der Sache von einer verwaltungsrechtlich spezialisierten Hannoveraner Kanzlei vertreten.

Grob vereinfacht formuliert, kann diese auch vom MS bestätigte und aus der Gesetzhistorie des NPsychKG hergeleitete Rechtsauffassung wie folgt zusammengefasst werden: Das NPsychKG erteilt mit §§ 30, 31 den Auftrag an den PA, die Betreuung und Behandlung des in § 1 Nr. 1 genannten Personenkreises zu prüfen. Auch dementiell erkrankte Personen gehören zu dem von § 1 Nr. 1 NPsychKG definierten Personenkreis. Weiteres ergibt sich aus § 6 der Verordnung über Gremien für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung (PsychKVGremV ND). Es geht darum, für diesen Personenkreis durch die Besuche der BK in den Einrichtungen, wo sie betreut werden, sicherzustellen, dass sie an den Hilfen partizipieren und dass ihre Rechtsstellung nicht beeinträchtigt wird. Dies gilt auch bezüglich der Teilhabe an anderen Sozialleistungen (Sozialgesetzbücher V, IX, XI u.a.) und bezüglich ihrer Rechtsstellung nach anderen Gesetzen, die ihre Rechte einschränken, beispielsweise des Betreuungsrechts. Die Besuche dienen somit der Versorgungsqualität und der Rechtssicherheit. Beispielhaft geht es darum, dass unnötige Zwangseinweisungen oder andere Zwangsmaßnahmen durch gute Versorgung rechtzeitig vermieden werden. Diese vom Gesetzgeber vorgegebene Aufgabe ist nicht identisch mit den Aufgaben der Medizinischen Dienste der Pflegekassen oder der Heimaufsicht und wird durch deren Zuständigkeiten nicht ersetzt. Sie wird vom PA mit seinen BK spezifisch durch eine nicht schematisierte, fallbezogene multiprofessionelle Prüf- und Beratungstätigkeit erfüllt. Zudem haben Betroffene das Recht, sich unmittelbar an den PA zu wenden.

Die BK hielten an der Praxis fest, Heimeinrichtungen zu besuchen. In einem Einzelfall sah die BK davon ab, weil eine Einrichtung, Mitglied des o.g. Verbandes, das Betreten des Grundstückes unter Hinweis auf das Oldenburger Verfahren bzw. die noch laufende Beschwerde untersagte. In einem anderen Fall behauptete eine Einrichtung auf das Betreten ihrer geschlossenen Pflegestation durch die Besuchskommission "nicht vorbereitet" zu sein und sperrte diese aus. In weiteren Fällen wurden Einrichtungen auf die Rechtslage hingewiesen und anschließend besucht.

Der PA fordert seit langem eine weitere Konkretisierung der Vorgaben des NPsychKG, um das Betretens- und Besuchsrecht der BK noch eindeutiger zu formulieren.

3. Das über Jahre immer wieder angesprochene Grundsatzthema **sonstiger Zwangsmaßnahmen**, nicht zuletzt der Fixierungen in Heimen war im 25. Tätigkeitsbericht eingehend angesprochen worden.

Abermals zeigten die Berichte der BK, dass es neben positiven Ansätzen, bei denen beispielsweise der Werdenfelser Weg⁷ beschritten wird, immer wieder rechtliche Unklarheiten in Heimeinrichtungen gibt, wo Fixierungen unzureichend dokumentiert und ohne ausreichende Überwachung oder Zuwendung erfolgen. Die Verfahrensstandards in vielen Heimen liegen trotz begrüßenswerter Initiativen⁸ bezüglich der Überwachung noch unterhalb dessen, was in den Kliniken zu realisieren

⁷ http://de.wikipedia.org/wiki/Werdenfelser_Weg

⁸ <http://www.redufix.de/cms/website.php>; Köpke S, Gerlach A, Möhler R, Haut A, Meyer G: Leitlinie FEM – Evidenzbasierte Praxisleitlinie. Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Universität Hamburg & Universität Witten/Herdecke, 2009. <http://www.leitlinie-fem.de/download/LeitlinieFEM.pdf>

ist und umgesetzt wird.⁹ Regelhaft erstreckt sich die einmal erteilte richterliche Genehmigung unterbringungsähnlicher Maßnahmen (§ 1906 Abs. 4 BGB) in Pflegeheimen auf längere oder nicht limitierte Zeiträume und entzieht sich in der Praxis meist der Überwachung durch Betreuer / Bevollmächtigte. Die Durchführung steht in einem strukturellen Zusammenhang mit den Versorgungsbedingungen, insbesondere dem Personaleinsatz und dem Konzept der Einrichtungen, der oft keinen Spielraum für Defixierungen und Mobilisierung lässt. Die Prävention gegenüber vermeidbaren Zwangseinweisungen ist auch Prävention gegenüber unnötiger Zwangsbehandlung:

4. Die Problematik einer bundes- und landesweit sehr unterschiedlichen Verfahrenspraxis bei **Zwangseinweisungen** (Unterbringung nach dem NPsychKG und bei betreuungsrechtlichen Unterbringungen) konnte 2012 noch nicht vertieft bearbeitet oder hinreichend aufgeklärt werden.¹⁰ Von einer einheitlichen Handhabung und Transparenz über die Abläufe ist die Praxis auch in Niedersachsen noch weit entfernt.¹¹ Für die Zukunft sollten endlich auch hier Versorgungstraditionen und Verwaltungsverfahren vor Ort geprüft, aufgeklärt und mit dem Ziel einer einheitlichen Behandlung und Wahrung der Rechte Betroffener bewertet werden.^{12 13}

⁹ Die im Rahmen der Fachaufsicht vom MS am 14.1.2011 aktualisierten Erlasse zur Anordnung, Durchführung und Überwachung von Zwangsfixierungen in den Kliniken lassen in der Frage der Überwachung wie schon nach der Erlasslage 1997 gewisse Auslegungsspielräume: Die Patienten sind "in besonderer Weise zu betreuen und zu beobachten ... dies sollte vorrangig durch eine engmaschige Einzelbetreuung durch ausgebildetes Fachpersonal oder geschultes Hilfspersonal erfolgen ... Wird eine kontinuierliche Einzelbetreuung ... nicht für erforderlich gehalten, ist dieses ... entsprechend zu dokumentieren." Für regelmäßige oder über einen längeren Zeitraum für erforderlich gehaltene Fixierungen (oder äquivalente unterbringungsähnliche Eingriffe) nach § 17 Abs. 3 NPsychKG ist eine richterliche Genehmigung erforderlich und es gelten Dokumentations- und Meldepflichten. Der Begriff der Sitzwachen fällt nicht direkt (kontinuierliche Einzelbetreuung).

¹⁰ Trotz gesetzlich klarer Regelungen bleibt es in Niedersachsen noch heute von regionalen Gepflogenheiten abhängig, ob und wann Patienten vor einer Einlieferung einen formal psychiatrisch qualifizierten Arzt zu Gesicht bekommen, wie dieser tatsächlich psychiatrisch erfahren ist und nach wievielen Tagen der zuständige Richter anschließend an eine Zwangseinweisung persönlich eine Anhörung durchführt. Wie im übrigen Bundesgebiet wird auch in Niedersachsen nur selten der gesetzlich normierte Weg beschritten, demzufolge die richterliche Anhörung vor Ort noch vor einer Zwangseinweisung nach dem NPsychKG stattfindet. In der Praxis handelt es sich ganz überwiegend um notfallmäßige sofort wirksame Einweisungen nach § 18 Abs. 1 NPsychKG. Unbekannt und nach Erkenntnissen aus der Praxis uneinheitlich sind insbesondere die Wartezeiten bis zur Durchführung einer persönlichen richterlichen Anhörung nach der Einweisung.

¹¹ Auch die Antwort der Landesregierung auf eine detaillierte kleine Anfrage zu den Verfahrensrechten der Betroffenen bei Einweisungen nach PsychKG klärte letztlich über praktisch relevante, für die Betroffenen Abläufe nicht auf. vgl. Nds. Lt. 15/5068.

¹² In einzelnen Regionen überführt die Polizei Notfallpatienten in benachbarte somatische Krankenhäuser, um ein Attest für die Einweisungen nach § 18 Abs. 1 NPsychKG zu erhalten und dann eine Zuführung in eine psychiatrische Klinik zu veranlassen.

¹³ Die Besuchskommission Weser-Ems Nord führte hierzu in einem Problembereich Gespräche mit zuständigen Gerichten und Behörden, ohne abschließend feststellen zu können, dass alle Fälle einheitlich rechtskonform behandelt wurden. Es gibt Abstimmungsprobleme der einzelnen Amtsgerichte, die letztlich auf Personalmangel bei Bereitschaftsdiensten zurückzugehen scheinen. Schon dadurch bleibt es dabei, daß richterliche Anhörungen vor einer Zuführung in die Klinik häufig unterbleiben und die Einweisung nach § 18 Abs. 1 NPsychKG erfolgt.

Auch sind die Kriterien zur Definition eines "psychiatrisch erfahrenen Arztes", die das MS zuletzt in Runderlassen 2004 vorgegeben hat, sehr weit gefasst und reichen mit erfahrenen Hausärzten und Notärzten weit über die Gruppe der Fachärzte hinaus, die spezifische psychiatrische Weiterbildung genossen haben, geschweige denn regelmäßig fortgebildet werden.

Bei diesem Themenkreis sind weitere Anstrengungen, aber auch wissenschaftliche Ressourcen nötig, die der PA selbst nicht vorhalten kann, um die rechtlich-administrative Praxis auf die Ansprüche des Gesetzes und die sich verändernde höchstrichterliche Rechtsprechung einzustellen auf einem Gebiet, das für die Betroffenen von einschneidender praktischer und subjektiver Bedeutung ist und ohne das eine wirksame Prävention von Zwangsbehandlung nicht denkbar ist.

Die Versorgungssituation im ambulanten vertragsärztlichen, -psychotherapeutischen Bereich, in integrierten Versorgungsmodellen und in den Institutsambulanzen wurde 2012 nicht näher behandelt.

5. Arbeit der Besuchskommissionen (BK) im Jahr 2012

Insgesamt bewältigten die rund 80 beteiligten Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder auch im Berichtsjahr eine mit 113 Besuchen wieder sehr umfangreiche Prüf- und Beratungstätigkeit, nicht gezählt die oft umfangreichen internen Beratungen, Protokollierung und Schriftverkehr.

Absolviert wurden

19 Besuche der BK Braunschweig

19 Besuche der BK Hannover

22 Besuche der BK Lüneburg

22 Besuche der BK Weser-Ems-Nord (zwei Inselbesuche eingeschlossen)

19 Besuche der BK Weser-Ems-Süd.

Hinzu kamen 12 Besuche der BK für den Maßregelvollzug

Die BK setzen trotz ihrer Gemeinsamkeiten in den Vorgaben und in der Praxis fachliche Schwerpunkte. Ihre Berichte fokussieren teilweise auf Probleme im Heimbereich (Eingliederung und Pflege), auf Abgrenzungen bei Sozialleistungen und Teilhabe, teilweise auf die Situation in den Akutkliniken. Alle beachten besonders die Situation in geschlossenen Heimen, Krankenhausstationen und in den Sozialpsychiatrischen Diensten. Alle sehen nach ausreichenden baulichen, konzeptionellen und vor allem personellen Voraussetzungen in den Einrichtungen und beachten auch das Stationsklima bzw. Einrichtungsmilieu und den Umgang mit Betroffenen. Alle legen größten Wert darauf, die Handhabung von Zwangsmaßnahmen aller Art zu kontrollieren. In allen BK wird der Grundsatz verfolgt, eher präventiv und beratend zu arbeiten, auf Verbesserungen hinzuwirken, bei Problemen und nach Mängelrügen nach einem bestimmten Zeitabstand erneute Besuche anzuberaumen.

Unverändert wenden sich mehr Betroffene, Angehörige oder auch Mitarbeiter von Einrichtungen an die BK. Dies wird insbesondere aus der BK Hannover so beschrieben.

Anlassbezogene und Wiederholungsbesuche machen gerade dort einen nicht unerheblichen Anteil der Tätigkeit aus. Bis auf die BK Hannover praktizieren alle BK angemeldete Besuche und erscheinen nur ausnahmsweise oder im begründeten etwa anlassbezogenen Einzelfall unangemeldet. Alle BK suchen neu etablierte oder erheblich veränderte Einrichtungen bei Gelegenheit kennenzulernen. Die Repräsentativität der Berichte ist insbesondere für Kliniken und Sozialpsychiatrische Dienste als hoch gewertet und kann auch für die Heimeinrichtungen als befriedigend gelten.

Rund die Hälfte der Besuche (nicht gezählt Maßregelvollzugseinrichtungen) entfiel auf Heimeinrichtungen, eingeschlossen Alten- und Pflegeheime, stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe und einzelne heimartige Kleinrichtungen.

Die Versorgung in einem Fünftel der Heimeinrichtungen war als ausgesprochen kritisch zu bewerten. Konzeptionelle Mängel und unzureichende Handhabung rechtlicher Bestimmungen, räumlich-bauliche und personelle Probleme waren zu bemängeln, teilweise gleichzeitig. Eine Einrichtung, in der die Probleme offenbar überhand genommen hatten, war geschlossen worden. Den problematischen Fällen standen in knapp der Hälfte positive Beispiele gegenüber. Gegenüber dem Vorjahr stellt sich das Gesamtbild eher problematischer dar.

Über ein Fünftel der Besuche galt psychiatrischen Krankenhäusern (meist einzelnen Stationen), darunter 2 Fachkliniken und 4 Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJPP). In einer KJPP-Klinik bestanden weiterhin Probleme der unzureichenden Beschulung, in monatelangen Wartezeiten vor einer stationären Aufnahme.¹⁴

Die Situation in einem Drittel der besuchten Krankenhäuser musste als ausgesprochen kritisch beurteilt werden, dem standen nur noch vier Positivbeispiele entgegen. Probleme der rechtlichen Handhabung bei Fixierungen waren in vier Fällen, massiver Personalmangel (teils durch aktive Personaleinsparungen der Betreiber) und räumliche Probleme (teils unzulässige Nutzung von Flurbetten bei Fixierungen, einmal grobe hygienische Mängel) in zusammen drei Fällen und massive Überbelegung in drei Fällen zu bemängeln. Nach Berichten eines Heimes wehrte eine Klinik aktiv Einweisungen ab.

Gegenüber dem Vorjahr stellt sich das Gesamtbild eher problematischer dar. Der Gesamteindruck der letzten Jahre verstärkt sich, dass die Kliniken mit einem hohen Belegungsdruck zurechtkommen müssen, unter einem massiven ökonomischen Druck stehen und dass einzelne Mühe haben, ihren bewährten fachlichen Standard in der Praxis zu halten und sich auf die neuen Rahmenbedingungen und Anforderungen einzustellen. Die Arbeitsplätze sind gerade für junge Ärztinnen und Ärzte zunehmend unattraktiv, so dass der Ärztemangel sich verstärkt. Eine Forderung der BK ist, die Personalsituation vor Ort, also "am Krankenbett" anhand objektiver Kriterien zu beurteilen, also abzugleichen, in welchem Umfang die von den Krankenkassen bewilligten Budgets entsprechend der noch geltenden Personalverordnung

¹⁴ Die Angabe kann nicht repräsentativ sein. Nach Berichten der im PA vertretenen Fachleute bestehen monatelange Wartezeiten in KJPP-Kliniken auch an etlichen anderen Standorten.

Psychiatrie¹⁵ real umgesetzt werden. Dies erfolgt in der Praxis überwiegend in der direkten Abklärung vor Ort. Die Kliniken wurden aufgefordert, hierzu mehrjährige Vergleichsstatistiken zur Verfügung zu stellen.¹⁶

Ein Zehntel der Besuche galt Sozialpsychiatrischen Diensten. In 4 Diensten war kein Psychiater eingesetzt, d.h. die Kommunen kamen ihrer gesetzlichen Verpflichtung nicht nach oder vermochten Stellen nicht zu besetzen. Die rechtlich-organisatorischen Abläufe mussten in einem Fall als kritisch beurteilt werden. Unverändert besteht in den meisten Regionen keine belastbare Versorgungsstruktur für akute psychische Krisen außerhalb regelmäßiger Dienstzeiten. In zwei Fällen konnte festgestellt werden, dass die Beratungstätigkeit der Besuchskommission im Vorjahr erfolgreich war, denn Mängel wurden nach Interventionen bei Landräten sichtbar behoben. Ein Dienst arbeitete auf gutem Niveau. Der Gesamteindruck verdichtet sich, dass die Dienste noch weniger als in vergangenen Jahren befähigt sind, ihren Auftrag zu erfüllen.

11 sonstige Einrichtungen zeigten gute Versorgungsleistungen, drei sonstige Einrichtungen wiesen sehr individuelle Probleme auf.

Die 2012 von der BK Weser-Ems Nord besuchten Nordseeinseln Langeoog und Borkum stellten eine gute Versorgungssituation dar.

11 Besuche in Maßregelvollzugseinrichtungen zeigten gemeinsame erhebliche Strukturprobleme. Die zuständige BK führt insbesondere zur rechtlichen Situation aus:

Die durch die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts zur sog. Zwangsbehandlung notwendig gewordene Novellierung des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes unterblieb im Berichtsjahr. Bisher liegt lediglich ein Referentenentwurf des Fachministeriums vor. Wegen der fehlenden Rechtssicherheit verzichteten die Kliniken des Maßregelvollzuges weitgehend auf die Durchführung von Zwangsbehandlungen. Dies führte zu einer Zunahme von Fixierungen und Absonderungen, insbesondere da auch verstärkt Patienten in Kenntnis der Rechtslage die medikamentöse (Weiter-) Behandlung verweigerten. Zusätzlich erschwert wurde die Situation durch den Umstand, dass es vor Ort an für solche Maßnahmen geeigneten Räumlichkeiten, insbesondere für einen längerfristigen Aufenthalt, fehlt. Hier sind Baumaßnahmen unumgänglich, um eine menschenwürdige Unterbringung der Patienten, aber auch die Sicherheit von Mitpatienten und Mitarbeitern zu gewährleisten. Es versteht sich von selbst, dass Zwangsmaßnahmen in welcher Form auch immer mit einem erhöhten Personaleinsatz einhergehen und damit zusätzliches Personal erfordern. Des ungeachtet lag die Personalausstattung in den Maßregelvollzugseinrichtungen wie im Vorjahr in der Regel bei unter 95 % der

¹⁵ Mit den von Fachleuten als einschneidend kritisierten künftigen Auswirkungen des vom Bundesgesetzgeber vorgegebenen neuen pauschalierenden Entgeltsystems hat sich der PA 2012 noch nicht befasst. Vgl. Gemeinsame Resolution der DKG, des VKD und der psychiatrischen und psychosomatischen Verbände zum Entwurf des „Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen“ – Psych-EntgG - 7.3.2012.

¹⁶ Nach einer Antwort der Nds. Krankenhausgesellschaft vom Anfang 2013 wurden hiergegen rechtliche Bedenken angeführt. Im Ergebnis fand sich fast keine der Kliniken bereit, über mehrere Jahre rückwirkend und aktuell die sogenannten IST-Besetzungen der Personalgruppen Ärzte, Pflegekräfte usw. für den ganzen Stationsbetrieb mitzuteilen.

Anhaltzahlen für die Personalbemessung, teilweise sogar unter 90 %. Dies führte zu erheblichen Einbußen in der Behandlungsqualität. Patienten berichteten in großer Zahl von Einschränkungen bei begleiteten Lockerungen und im Stationsalltag und damit einhergehenden Spannungen auf der Station. Behandlungswillige Patienten sehen sich als die Verlierer der derzeitigen Situation und fürchten zu Recht verlängerte Behandlungszeiten. Die Kommission weist mit Nachdruck daraufhin, dass diese Situation für die Mitarbeiter vor Ort ein erhöhtes Sicherheitsrisiko bedeutet. Schon aus diesem Grunde ist es unumgänglich, die Personalstärke in den Kliniken den tatsächlichen Gegebenheiten anzupassen und bei der Personalbemessung mindestens zu 100% der Anhaltzahlen zurückzukehren. Insbesondere die privaten Träger sind hier stärker zu fordern. Die Rückforderung nicht ausgenutzter Budgetanteile bei Unterschreitung von 90 % der Anhaltzahlen allein reicht offensichtlich nicht aus, um bei den privaten Trägern eine vertragsgemäße Personalausstattung durchzusetzen. Neben dem Fehlen von geeigneten Räumlichkeiten zur Durchführung von Zwangsmaßnahmen sind vielerorts erhebliche Mängel in der Bauunterhaltung und Instandsetzung festzustellen. Insbesondere die privaten Träger kommen teilweise ihren vertraglichen Verpflichtungen nur unzulänglich oder gar nicht nach. Die räumliche Situation ist in nicht wenigen Häusern desolat und für Mitarbeiter und Patienten unzumutbar.

Schon 2011 hatte die BK auf die diesbezügliche Rechtsprechung des BVerfG hingewiesen.¹⁷

In den Einzelberichten konkretisiert die BK MRV diese Eindrücke und zeigt auf, wie strukturelle Probleme bei Kapazitäten, räumlichem Ausbau, Bauunterhaltung, weiterhin Personalmangel und erhöhte Belastungen durch die zu behandelnden und zu sichernden Patienten an den meisten Standorten die Arbeit einschränken.

5.1. Zu den einzelnen Besuchskommissionen

Im Folgenden wird die Arbeit der einzelnen Besuchskommissionen kurz dargestellt und in anonymisierter Form auf Einrichtungen hingewiesen, die von den jeweiligen Kommissionen als erwähnenswert empfunden worden waren.

Gebiet Weser-Ems/Nord

Im Jahr 2012 wurden durch die dortige Besuchskommission insgesamt 20 Einrichtungen/Dienste und zwei Inseln aufgesucht. Des Weiteren erfolgte eine Besprechung mit Vertretern der Landkreise Leer, Wittmund, Aurich sowie der Stadt Emden (Vertreter der Verwaltung und der Sozialpsychiatrischen Dienste) bei der Beschwerdekammer des Landgerichts Aurich.

Bei den besuchten Einrichtungen handelte es sich insgesamt um zwei psychiatrische Kliniken, zwei Altenheime, sechs Heime der Behindertenhilfe sowie eine Einrichtung mit Heimcharakter, ferner eine Tagesstätte, drei ambulante Dienste, einen Sozialpsychiatrischen Dienst sowie eine Jugendwohngruppe und eine Werkstatt für

¹⁷ 18.01.2012 – 2 BvR 133/10

Menschen mit Behinderungen.

Besonders erwähnenswert empfand man:

In einer Klinik in Bad Zwischenahn war vorrangig die Suchtstation besucht worden und die neu eingerichtete Institutsambulanz in Augenschein genommen worden.

Es zeigte sich, dass hier freundlich erscheinende Räumlichkeiten erschlossen worden waren. Die zunächst installierte Videoüberwachung des Eingangsbereiches, die vorrangig dem Sicherheitsbedürfnis der Mitarbeiter dienen sollte, wurde nach einer Intervention der Besuchskommission aber dann wieder abgeschafft.

Problematisch sah man die Situation in einer Einrichtung in Wilhelmshaven.

Ausgangspunkt dort ist weiterhin eine angewandte vertragliche Regelung gemäß § 93 Bundessozialhilfegesetz mit dem örtlichen Träger der Sozialhilfe für Personen, die durch eine Begutachtung des örtlichen Gesundheitsamtes im Rahmen der Feststellung der Behinderteneigenschaft zur Aufnahme kommen.

In der Einrichtung findet eine ganzheitliche Betreuung und Beköstigung statt, der Wohnraum bleibt spärlich, Toiletten- und Duschanzahl zu gering und nur in gemeinschaftlicher Form vorhanden. Ca. 20 Bewohner standen unter vormundschaftlicher Betreuung und verfügten dementsprechend, auch eigenen Angaben zufolge, nicht über ihren Barbetrag. Eine Tagesstruktur gab es nicht. Die Bewohner erhielten keine Mittel für heimexterne Beköstigung. Der Besuchskommission erschloss sich nicht, warum staatliche Heimaufsichten in diesem Fall die Heimeigenschaft bis heute verneinten.

Ebenfalls problematisch sah man die Situation in einer Jugendwohngruppe in Stadland. Die Einrichtung befindet sich weitab von Ansiedlungen in einem Gebäude, welches in der Vergangenheit u. a. dem Rotlichtmilieu diente. Die Bausubstanz erschien insgesamt dürftig, der Innenbereich imponierte mit dunklen Vertäfelungen, es bestanden erhebliche Zweifel am Brandschutzkonzept, Fluchtwege waren nicht erkennbar, keine Sicherheit bei einem fehlenden Balkon. Die Räumlichkeiten sind völlig unzureichend. Die Tagesstruktur gliederte sich in Schul- bzw. Ausbildungsbesuch morgens und in den Besuch einer in der nächsten Stadt befindlichen Jugendfreizeitstätte am Nachmittag, mit Hol- und Bringedienst durch die Heimeinrichtung. Eigene spezielle Angebote waren nicht erkennbar. Die personelle Ausstattung der Heimeinrichtung erschien dürftig und aus den Angaben des Betreibers vertraglich nicht ableitbar. Der Auftrag der Jugendhilfe ließ sich nur schwerlich nachvollziehen.

Gebiet Weser – Ems / Süd

Die Kommission hat im Berichtsjahr 19 Einrichtungen besucht, davon drei Alten –und Pflegeheime, drei Werkstätten, eine Jugendhilfeeinrichtung, fünf stationäre Einrichtungen, vier Wohnheime, eine ambulante psychiatrische Hilfe / Ambulante Assistenz, und zwei Sozialpsychiatrische Dienste.

Negativ zu bewerten war ein Alten – und Pflegeheime in Osnabrück in dem sich seit einem Besuch im März 2010 an der nicht ausreichenden Ausstattung nichts geändert

hatte. Die hohe Anzahl von Doppelzimmern führte weiterhin zu erheblichen Spannungen und Konflikten.

Immerhin sollte laut Einrichtungsleiter im Verlauf des Jahres 2013 die Anzahl der Doppelzimmer abgebaut werden, was für dringend notwendig erachtet wurde.

Erwähnenswert ist auch die unbefriedigende Situation des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Landkreis Vechta.

Die Facharzt / Leitungsstelle ist weiterhin unbesetzt. Die beiden Amtsärzte hatten zusätzlich diese Aufgaben zu übernehmen. Nach Aussage des SpDi fehle im Landkreis auch ein tagesklinisches Angebot.

Gebiet Lüneburg

Im Berichtszeitraum besuchte die Kommission im Gebiet Lüneburg bei insgesamt 22 Terminen 21 Einrichtungen.

Die Besuche verteilten sich auf 11 Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII, 2 Pflegeeinrichtungen nach SGB XI. Des Weiteren besuchte die Kommission 4 Sozialpsychiatrische Dienste und 4 Psychiatrische Kliniken.

Negativ aufgefallen war der Kommission eine Einrichtung bei Uelzen, die bereits ein Jahr zuvor besucht worden war. Die Unterbringung schwer gestörter psychisch Kranker in der teils geschlossen geführten Pflegeeinrichtung war bereits zuvor durch diese Kommission kritisiert und Veränderungen angemahnt worden.

Zum diesmaligen Besuch waren Vertreter des Landkreises, des Betreuervereins und des Sozialpsychiatrischen Dienstes eingeladen worden. Nochmals war von der Besuchskommission dargelegt worden, dass schwer kranke und erwachsene psychisch Behinderte in einer geschlossenen Einrichtung nach SGB XI fachlich fehl platziert und rechtlich unzulässig untergebracht seien. Überwiegend waren diese Informationen auf Zurückhaltung und Skepsis gestoßen. Die Landkreisvertreter wiesen darauf hin, dass in einem laufenden Prozess umfassender Umorganisation in allen Behörden auch der Behindertenbereich einbezogen werde. Die Einrichtung selbst dagegen betonte, dass die geplante Einrichtung eines Wiedereingliederungsbereiches am Widerstand des Landes gescheitert sei.

Die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Landkreis Uelzen sind einem gemeinnützigen Verein übertragen worden. Eine Arztstelle, ein Sozialarbeiter, eine Pflegekraft, eine Psychologen- und eine Vollstelle für das Sekretariat stehen zur Verfügung.

In der Drogensubstitution übernimmt der SpDi zudem die Sozialbetreuung, im übrigen Suchtbereich obliegt ihm die ambulante Rehabilitation und Nachsorge.

Es war festzustellen, dass vor dem Hintergrund einer sehr knapp bemessenen Personalausstattung der SpDi des Landkreises weder Überblick noch Zuständigkeit für zentrale koordinierende und strategische sozialpsychiatrische Aufgaben haben konnte.

Der geplante Besuch eines Altenpflegeheimes im Landkreis Osterholz/Scharmbeck hatte ausfallen müssen, da sich die Betreiberin geweigert hatte, bei laufendem Verwaltungsgerichtsverfahren der Besuchskommission Zutritt zu gewähren. Die Kommission hatte sich für einen Erstbesuch entschieden, da in der Internetdarstellung

mit besonderer Kompetenz in die Pflege schwer dementer Personen geworben und von den Sozialbehörden des Landkreises auch die besondere Position bzw. Aufgabe der Einrichtung in diesem Betreuungsfeld bestätigt wurde. In einem Prüfbericht des MdK war jedoch von erheblichen Mängeln berichtet worden.

Kritisch wird von der Kommission Lüneburg angemerkt, dass die Ergebnisse ihrer Arbeit dem Psychiatriausschuss zwar mitgeteilt werde, von dort Rückmeldungen oder Diskussionen von und mit den dort vertretenen Interessengruppen oder öffentlich-rechtlichen Instanzen, den Heimaufsichten als Organen der Mittelbehörde oder dem Ministerium aber die Ausnahme blieben. (Siehe lfd. Nr. 2 Seite 2 Abs. 3) Diese Situation offenbare systemimmanente Schwächen der Einbindung und Gewichtung der Kommissionsarbeit in die Hierarchie und Rückmeldeschleifen administrativer und politischer Gremien zu Lasten der Zielklientel.

Gebiet Braunschweig

Im Berichtsjahr 2012 sind hier 19 Einrichtungen aufgesucht worden.

Es handelte sich zum einen um überwiegend Alten- und Pflegeheime, in denen psychisch kranke und behinderte Menschen, meist auch in besonders eingerichteten Stationen und Bereichen, betreut werden und zum anderen um Sozialpsychiatrische Dienste der Region, sowie andere Einrichtungen.

Negativ aufgefallen war der Besuchskommission ein Alten und Pflegeheim im Raum Goslar. Zum Besuchszeitpunkt waren dort nur 37 von 84 Betreuungsplätzen belegt. Der geschlossene (geschützte) Bereich war im vorangegangenen Jahr aufgelöst und Bewohnerinnen und Bewohner in andere Einrichtungen verlegt worden. Allerdings blieben noch mehrere BewohnerInnen auf den verbliebenen Stationen von denen für einige unterbringungsähnliche Maßnahmen bestanden. Eine dieser Unterbringungen erfolgte nach der Dokumentation dauerhaft und nicht anlassbezogen.

Die Einrichtung wird weiter im Blick der Besuchskommission bleiben.

Der Sozialpsychiatrische Dienst im Landkreis Wolfenbüttel war erneut von der Besuchskommission aufgesucht worden. Problematisch erschien hier die datenrechtliche Problematik, die sich an der Postverteilung deutlich machte. Auch die räumlichen Bedingungen hinterließen keinen positiven Eindruck.

Dem zuständigen Landrat wurde von der Besuchskommission unmittelbar mitgeteilt, dass eine Mängelanzeige erfolgen müsse. Es wurde insbesondere auf die datenrechtliche Problematik sowie auf die schwierigen räumlichen Bedingungen hingewiesen. Auch wurde die zeitliche Belastung von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen ebenso für bedenklich erachtet, wie die Arbeitsbelastung der fachärztlichen Leiterin durch Begutachtungen u.a. in Betreuungsverfahren und die Zusammenfassung mit der Schwangerschaftskonfliktberatung und der Aidsberatung.

Gebiet Hannover

Im Berichtszeitraum wurden insgesamt 19 Besuche durchgeführt. Darüber hinaus traf sich die Kommission im Berichtszeitraum zu vier Sitzungen.

Bei der Auswahl der besuchten Einrichtungen war wie in der Vergangenheit insbesondere auf Anregung von Betroffenen, Beteiligten und Mitarbeitern von Einrichtungen geachtet worden. Die Anzahl der so zugegangenen Hinweise auf Missstände hatte erneut zugenommen.

Insbesondere in der zweiten Jahreshälfte hatte der Schwerpunkt der (insoweit 10) Besuche bei den Krankenhäusern der psychiatrischen Akutversorgung gelegen. Im Nachgang der Entscheidungen des Bundesgerichtshofs vom 20. Juni 2012 (BGH Az. XII ZB 99/12 + 130/12) stand für die Kommission die Handhabung der Kliniken bei Fragen der Zwangsbehandlung im Focus. In diesem Zusammenhang hatte die Besuchskommission erfreut feststellen können, dass die fehlende Rechtsgrundlage nicht zu den erwarteten erheblichen Problemen geführt hatte. Vielmehr waren sich alle Kliniken des Bezirks darin einig, dass gravierende Schwierigkeiten nur in wirklich wenigen Ausnahmefällen aufgetreten waren.

Als problematisch und besonders erwähnenswert wird von der Besuchskommission weiterhin angesehen, dass in den geschlossenen Heimbereichen eines privaten Klinikbetreibers in der Region eine zunehmende Anzahl von Bewohnern aufgenommen wird, die nicht aus der Umgebung stammen, sondern aus weit entfernten Regionen. Die damit verbundene Entwurzelung der Betroffenen wird von der Besuchskommission seit Jahren beanstandet. Durch den Verlust der vertrauten oft wenigen Kontakte in der gewohnten Umgebung sinken die Chancen der Betroffenen auf ein späteres selbstbestimmtes Leben außerhalb jeder Einrichtung deutlich.

Einen unerfreulichen Eindruck hinterließ auch erneut eine psychiatrischen Klinik in Hildesheim. Eine dort besuchte Station machte den gleichen verwahrlosten und deprimierenden Eindruck wie beim Besuch im Oktober 2011.

Auf die Nachfrage, warum trotz des Versprechens im Oktober 2011 keinerlei Renovierungsmaßnahmen zu erkennen seien, erklärte das Direktorium, dass jetzt erst die Planungen abgeschlossen seien, ein Bauantrag aber noch nicht gestellt sei.

Es wurde der BK zugesagt, dass die Renovierung der Station kurzfristig erfolgen würde.

Besuchskommission für den Maßregelvollzug

Im allgemeinen Teil des Tätigkeitsberichtes war bereits auf die besondere Situation im Maßregelvollzug hingewiesen worden.

Die Personalausstattung in den Maßregelvollzugseinrichtungen lag wie im Vorjahr in der Regel bei unter 95 % der Anhaltzahlen für die Personalbemessung, teilweise sogar unter 90 %. Dies führte zu erheblichen Einbußen in der Behandlungsqualität. Die Kommission wies mit Nachdruck daraufhin, dass diese Situation für die Mitarbeiter vor Ort ein erhöhtes Sicherheitsrisiko bedeutete. Schon aus diesem Grunde ist es unumgänglich, die Personalstärke in den Kliniken den tatsächlichen Gegebenheiten anzupassen und bei der Personalbemessung mindestens zu 100% der Anhaltzahlen zurückzukehren.

Vielerorts waren erhebliche Mängel in der Bauunterhaltung und Instandsetzung festzustellen. Insbesondere die privaten Träger kommen teilweise ihren vertraglichen Verpflichtungen nur unzureichend oder gar nicht nach. Die räumliche Situation ist in nicht wenigen Häusern desolat und für Mitarbeiter und Patienten unzumutbar.

Nachstehend einige Beispiele

In der Klinik in Hildesheim konnte die Ergotherapie in eine große, für Patienten der Forensik geeignete Werkhalle umziehen. Mit dem Umbau einer weiteren Station wurde begonnen. Nach Abschluss der Umbauarbeiten wird diese Station ausschließlich über Einzelzimmer mit Nasszellen verfügen. Auf weiteren Stationen besteht nach wie vor ein erheblicher Renovierungsbedarf. Die Personalausstattung lag am Besuchstag, bei den Ärzten und Psychologen und insbesondere im Pflegedienst unter 90 % der Anhaltzahlen.

In Bad Zwischenahn wird nun der Bau einer eigenen Abteilung mit 24 Plätzen für die Behandlung und Sicherung von jugendlichen und heranwachsenden Untergebrachten realisiert. Es wurde im Berichtsjahr ein Architektenwettbewerb durchgeführt und der Auftrag für die bauliche Entwurfsplanung wurde erteilt.

In der Klinik in Bad Rehburg konnte der Umbau zweier Stationen zu Wohngruppen noch nicht in Angriff genommen werden, da die Finanzierung bisher nicht sichergestellt ist. Die Patienten sind teilweise in Dreibettzimmern oder in Nasszelle untergebracht. Es herrscht in diesen Zimmern dringende Enge. Hier muss dringend Abhilfe geschaffen werden. In einem ersten Schritt sollten diese Zimmer in der Regel nur noch mit zwei Patienten belegt werden. Die bisher außerhalb des Klinikgeländes unzulänglich untergebrachte Arbeitstherapie konnte in den Kernbereich der Klinik verlegt werden.

6. Ausblick und Schlussbemerkung

Der PA und die BK blicken auch für das Jahr 2012 auf eine intensive, mit hohem Einsatz erbrachte und in der Mehrzahl der Fälle nachhaltige, erfolgreiche Arbeit zurück.

Erfolge liegen keineswegs nur in der Erfassung besonderer Problemfälle oder in Mängelanzeigen, sondern vor allem in der nachhaltigen beratenden Tätigkeit vor Ort. Die in diesem Berichtsjahr eher zunehmende Zahl konkreter, selten gravierender Mängel ist zu bemerken. Immer wieder können aber auch Verbesserungen festgestellt werden, an deren Zustandekommen die Besuchskommissionen Anteil haben.

Die besonderen, vom Gesetzgeber gewollten Stärken des PA und der BK liegen in ihrer Fähigkeit und Bereitschaft, die Versorgung und die rechtliche Situation der Betroffenen in ihrer Komplexität zwischen Medizin, Recht, Ökonomie und Verwaltungshandeln einschließlich der subjektiven Dimension und Betroffenheit durch interdisziplinäres Handeln und engagierte Fachlichkeit zu erfassen und nicht auf einzelne Verwaltungsvollzüge oder die rechtliche Ebene zu reduzieren.

Erfolgreiche und nachhaltige Einflussnahme erfolgt durch beharrlichen Druck auf die zuständigen Behörden und auf die Einrichtungen und durch Hinweise auf die Strukturprobleme, nicht aber durch Skandalisierung in Einzelfällen. Die Beratung der

Politik ist nötig, um Versorgungsqualität und Patientenrechte auch bei der Gesetzgebung zu vertreten. Ermessensspielräume für fachliche und rechtliche Wertungen gehören dazu, auch wenn die ehrenamtliche Tätigkeit eine besondere Form staatlichen Handelns darstellt, welche der Überprüfung durch die Gerichte zugänglich bleibt. Der PA wird mit allem Nachdruck rechtlich vertreten, seine Aufgaben zum Wohl aller Betroffenen uneingeschränkt zu erfüllen. Das hier eingebrachte fallbezogene individuelle Engagement ist für die Tätigkeit essentiell.

Hildesheim, im August 2013

Dr. med. N. Mayer-Amberg
Vorsitzender
8. Amtsperiode des PA

Prof. Dr. med. Andreas Spengler
ehemaliger Vorsitzender
7. Amtsperiode

Anhang: Personelle Zusammensetzung des Ausschusses

Mitglieder	Stellv. Mitglieder
Herr Prof. Dr. Andreas Spengler Vorsitzender Wunstorf	Herr Dr. Joachim Niemeyer Königsutter
Herr Prof. Dr. Eberhard Höfer Stv. Vorsitzender Hildesheim	Herr Dr. Thorsten Sueße Hannover
Herr Dietmar Altenberg Hannover	Herr Bernd Döring Nienburg
Herr Wolfram Beins Celle	Herr Claus Winterhoff Lüneburg
Herr Marco Brunotte (MdL) Hannover	Herr Ulrich Watermann (MdL) Bad Pyrmont
Herr Christian Harig Hannover	Frau Doris Steenken Osnabrück
Frau Marianne König (MdL) Osnabrück	Frau Christa Reichwaldt (MdL) Hannover
Herr Matthias Koller Göttingen	Frau Eva Moll-Vogel Hannover
Herr Pastor Rainer Müller-Brandes Burgdorf	Herr Josef Wolking Vechta
Frau Dorothee Prüssner (MdL) Goslar	Herr Wittich Schobert (MdL) Helmstedt
Herr Roland Riese (MdL) Hannover	Frau Almuth von Below-Neufeldt (MdL) Braunschweig
Frau Dr. Dagmar Schlapeit-Beck Göttingen	Herr Wolfgang Herzog Helmstedt
Frau Rose-Marie Seelhorst Barsinghausen	Herr Edo Tholen Oldenburg
Frau Miriam Staudte (MdL) Scharnebeck	Frau Ursula Helmhold (MdL) Rinteln
Herr Dr. Patrizio-Michael Tonassi Hannover	Herr Dr. Eberhard Grosch Giesen
Herr Dr. Dr. Felix Wedegärtner Hannover	Herr Dr. Joachim Beutler Braunschweig
Herr Dr. Lothar Wittmann Otterndorf	Frau Gertrud Corman-Bergau Langenhagen

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) 304-412

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

Internet: www.psychiatrie.niedersachsen.de