

Unterrichtung

Der Präsident
des Niedersächsischen Landtages
- Landtagsverwaltung -

Hannover, den 29.06.2015

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 30. Bericht über seine Tätigkeit vorgelegt.

Der Vorsitzende des Ausschusses hat dem Präsidenten des Niedersächsischen Landtages den Bericht, der das Jahr 2014 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 22.06.2015 gesondert an die Mitglieder des Ausschusses für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Migration verteilt.

**Ausschuss für Angelegenheiten
der psychiatrischen Krankenversorgung
des Landes Niedersachsen**

30. Tätigkeitsbericht (2014)



Niedersachsen

Herausgeber:
Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung
des Landes Niedersachsen
Geschäftsstelle
c/o Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie
Domhof 1
31134 Hildesheim
T: 05121 – 304 385
F: 05121 – 304 412
E-Mail: Brigitta.Heine@ls.niedersachsen.de
Internet: www.psychiatrie.niedersachsen.de

Eine elektronische Version dieses Tätigkeitsberichts kann auf der Internetseite www.psychiatrie.niedersachsen.de unter der Rubrik „Themen – Tätigkeitsberichte“ abgerufen werden.

Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Niedersachsen

30. Tätigkeitsbericht 2014

Der Bericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Niedersachsen (PA) ergeht gemäß § 30 Abs. 7 NPsychKG an den Niedersächsischen Landtag und das zuständige Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, im folgenden kurz „MS“.

Der Bericht wurde am 27.05.2015 beraten und beschlossen und wird dem Herrn Landtagspräsidenten und dem MS zugeleitet. Er wird erst nach Freigabe durch den Landtagspräsidenten veröffentlicht. Dem Landtag werden darüber hinaus nichtöffentliche Jahresberichte der Besuchskommissionen (BK) für das Jahr 2014 vorgelegt, welche der PA zuvor zustimmend zur Kenntnis genommen hat.

1. Grundlagen

Psychische Gesundheit ist ein unveräußerliches Gut, auf das jeder Mensch ein Anrecht hat. Sie ist Grundlage für Wohlstand, Gerechtigkeit, Solidarität und Zufriedenheit in unserer Gesellschaft.

Psychiatrie und Psychotherapie stehen immer in einem wechselseitigen Verhältnis zum jeweiligen gesellschaftlichen und historischen Kontext. Als Bestandteile der Heilkunde integrieren sie biomedizinische, naturwissenschaftliche, sozialwissenschaftliche und philosophische Erkenntnisse.

Gesellschaftliche und wirtschaftliche Bedingungen, die Gestaltung von Beziehungen, haben einen Einfluss auf die psychische Gesundheit. Ebenso sind die Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten von Menschen mit psychischen Erkrankungen abhängig von ihrer öffentlichen Wahrnehmung, Akzeptanz, von ökonomischen und rechtlichen Rahmenbedingungen.

Psychiatrisch-psychotherapeutisches Handeln hat sich in einer stetig verändernden Welt einer Fülle von Herausforderungen zu stellen, wofür eine Orientierung an ethischen Grundsätzen, Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention und wissenschaftlich begründeten Behandlungsleitlinien gegeben sein muss.

Besondere Problemstellungen sind die Behandlung nicht krankheitseinsichtiger Menschen, die Findung des Patientenwillens bei Beeinträchtigung der Selbstbestimmbarkeit, der Umgang mit Suizidalität und Autoaggression, der krankheitsbedingte Freiheitsverlust und die damit verbundene

Verantwortungsübernahme von Therapeuten und Therapeutinnen für ihre Patienten und Patientinnen, die Abwägung zwischen einer selbstbestimmten Lebensgestaltung psychisch kranker Menschen und dem Schutzbedürfnis der Gesellschaft, Zwangsbehandlungen und Zwangsunterbringungen, Aufnahmen in forensische Kliniken zum Maßregelvollzug, Benachteiligung und Stigmatisierung psychisch Erkrankter, die Vereinbarkeit von Menschenwürde und Wirtschaftlichkeit, Entscheidungen zum Kindeswohl, Verteilungs- und Versorgungsgerechtigkeit, der Umgang mit psychisch kranken Menschen in der Forschung, das komplexe Thema der Psychopharmakologie, das Missbrauchspotential in der Psychiatrie, die Patientenautonomie in der Psychotherapie.

Therapie bedeutet in der Psychiatrie und Psychotherapie Hilfe bei der Bewältigung von Krisen, Aktivierung von Selbstheilungskräften, Selbstbestärkung, das Lindern von Symptomen, auch der Einsatz von Medikamenten, Erklärungen suchen, Verstehen helfen. Manchmal steht im Vordergrund therapeutischen Handelns aber auch die Gewährung von Schutz vor sich selber, vor destruktiven Gedanken, Gefühlen und Impulsen.

Psychiatrie und Psychotherapie lassen sich nicht auf die dyadische Begegnung von Therapeut/Therapeutin und Patient/Patientin in einem Behandlungsprozess reduzieren. Voraussetzung einer gelingenden Therapie ist der Einbezug von Familie und Angehörigen, die Berücksichtigung des sozialen Umfeldes, des kulturellen Milieus, ethnischer und religiöser Besonderheiten.

Therapeuten und Therapeutinnen sind sowohl Behandelnde als auch oft langjährige Begleiter von Menschen, die von psychischen Erkrankungen oder Behinderungen betroffen sind.

Menschen, die als Therapeuten in Psychiatrie und Psychotherapie tätig sind, ob als Arzt oder Ärztin, Psychologe oder Psychologin, Sozialarbeiter oder Sozialarbeiterin, Krankenpfleger oder Krankenpflegerin, sind in ihrem beruflichen Alltag besonderen Belastungen ausgesetzt. Zur Bewältigung ihrer Aufgaben und zum Nutzen ihrer Patienten und Patientinnen benötigen sie die Fähigkeit zur Empathie, Geduld, eine respektvolle Haltung, ein gutes Gefühl für die Balance von Nähe und Distanz, Verlässlichkeit, Wissen, welches über das unmittelbar fachliche hinausgeht, die Fähigkeit, Leid zu ertragen, um Menschen auch in Ausnahmesituationen zur Seite stehen zu können.

2. Psychiatrieausschuss und Besuchscommissionen

Für die Aufrechterhaltung der Qualität in der psychiatrischen Versorgung, wie auch für die Garantie der rechtlichen Sicherheit für die Betroffenen, ist die Arbeit der BK und des PA ein unverzichtbares Element, welches sich nicht durch die Tätigkeit anderer Aufsichtsgremien oder Behörden ersetzen ließe.

Zur Arbeit gehören Konfliktbereitschaft und der Mut, auf Missstände aufmerksam zu machen. Hierdurch machen sich die Mitglieder der BK auch einmal unbeliebt und angreifbar.

Gelegentlich sind auch unangemeldete Besuche abzustatten und Auseinandersetzungen einzugehen.

Zum Gelingen dieser Arbeit sind diplomatisches Geschick, Beharrlichkeit, Überzeugungskraft und oft auch eine Portion Geduld unabdingbar.

Die Tätigkeit der BK umfasst Gespräche mit Betroffenen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der aufgesuchten Einrichtungen, die Beratung und kritische Rückmeldungen an die Verantwortlichen, die Erörterung von Problembereichen, das Aufzeigen von Veränderungsmöglichkeiten aber auch die Würdigung und Bestärkung positiver Ansätze in Betreuung und Versorgung der Betroffenen .

Die Arbeit der BK hat sich über viele Jahre etabliert und wird von vielen Seiten, von Behörden, Einrichtungsträgern, Mitarbeitern und Betroffenen vor Ort, wie auch von der Politik anerkannt und wertgeschätzt.

3. Grundlagen der Arbeit

Grundlage für die ehrenamtliche Arbeit des PA und der BK sind vor allem § 30 NPsychKG und die Gremienverordnung.

Zur Erfüllung seiner Aufgaben stehen dem PA sechs BK – fünf regionale und eine landesweite besondere für den Maßregelvollzug - zur Seite.

Geplant ist die Schaffung einer weiteren „Besonderen Besuchskommission für Angelegenheiten der kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenversorgung“. Am 05.06.2013 war durch den PA ein entsprechender Beschluss gefasst worden.

Um die neue BK auf eine sichere Rechtsgrundlage zu stellen, war eine Änderung der derzeit geltenden Gremien-Verordnung notwendig geworden.

Die zukünftige Gremien-Verordnung sollte im Hinblick auf die Schaffung von BK nach Sachgebieten so geändert werden, dass künftigen gesellschaftlichen Entwicklungen Rechnung getragen werden kann. Ende 2014 befand sich der Entwurf zur Änderung der Gremienverordnung in der hausinternen Abstimmung des MS. Es ist davon auszugehen, dass noch 2015 mit der Benennung von Mitgliedern begonnen und 2016 die Arbeit aufgenommen werden kann.

Die Amtsperiode des PA und der BK beginnt und endet mit der Wahlperiode des Niedersächsischen Landtages. Alle Mitglieder des PA üben ihre Tätigkeit solange aus, bis ein neuer Ausschuss berufen worden ist. Das Gleiche gilt für die Mitglieder der BK.

Einmal jährlich sind Krankenhäuser und Einrichtungen, wie bspw. Heime, Altenheime, Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) aber auch Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, die den von § 1 Nr. 1 NPsychKG erfassten Personenkreis betreuen, von den BK zu besuchen.

Im Falle eines festgestellten Mangels bei einem Einrichtungsbesuch hat die BK darauf hinzuwirken, dass dieser unverzüglich abgestellt wird. Hierzu kann sie das Fachministerium und die Behörde, deren Aufsicht die besuchte Einrichtung untersteht, unterrichten und um Mitwirkung ersuchen sowie

den PA in einem Bericht über festgestellte Mängel sowie über Möglichkeiten, die Behandlung und Betreuung des betroffenen Personenkreises zu verbessern, informieren, und zur Mitwirkung auffordern.

Aufgabe des PA ist es dann, die zuständigen Behörden über festgestellte Mängel in Kenntnis zu setzen und darauf hinzuwirken, dass diese beseitigt werden (§ 6 Abs. 1 Ziff. 3 GremienVO).

4. Interna - Arbeit des Psychiatrieausschusses

Wie auch in den Vorjahren kamen der PA und seine BK seinem Auftrag, sich für die Qualität und die Rechtssicherheit in der niedersächsischen psychiatrischen Versorgung einzusetzen, nach.

Die turnusmäßigen Sitzungen des Psychiatrieausschusses fanden am 19.02.2014, 21.05.2014, 17.09.2014 und am 03.12.2014 statt.

Die ehrenamtlichen Mitglieder bewiesen auch 2014 durchgehend ein großes Engagement und Einsatzbereitschaft.

Die Besuchskommissionen sahen sich auch 2014 mit wenigen recht kritischen Fällen konfrontiert, bei denen die Einschaltung der Behörden und eine direkte Mängelrüge gegen die Träger notwendig erschienen waren.

Seitens der betroffenen Einrichtungen zeigte man sich in der Regel bemüht, Missstände zu beseitigen, oft erfolgte aber auch der Aufschub von Veränderungen mit dem Hinweis auf schwierige bauliche Situationen, begrenzte finanzielle Ressourcen und Problemen bei der Rekrutierung von Personal. Einzelfälle blieben Situationen, in denen Rechtsverletzungen oder Qualitätsmängel personengebunden zu beanstanden waren.

5. Zwangsbehandlung

In den Sitzungen des PA 2014 wurde, wie auch schon in den Vorjahren, regelmäßig die dringende Notwendigkeit angemahnt, das Niedersächsische Maßregelvollzugsgesetz (Nds.MVollzG) und das Niedersächsische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) zu novellieren, da die darin enthaltenen Bestimmungen zur Zwangsbehandlung nicht mehr verfassungskonform sind.

Hintergrund hierfür war eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom März 2011 zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug. Das BVerfG hatte darin die Anwendung von Zwangsmaßnahmen an strenge Voraussetzungen geknüpft. Im Juli 2012 hatte dann auch der Bundesgerichtshof die Vorgaben des §1906 BGB, gemessen an der Entscheidung des BVerfG, für nicht verfassungskonform erklärt.

So zu begrüßen diese Entscheidungen auch waren, wurden die Rechte auf Selbstbestimmung der Betroffenen ja gestärkt, bestanden nun als Folge Rechtsunsicherheit in den Krankenhäusern und Einrichtungen des Maßregelvollzuges und zum Teil erhebliche Probleme durch Patienten, die sich einer wirkungsvollen Therapie entziehen, lediglich verwahrt werden konnten, unbehandelt ihr Dasein fristen mussten oder ohne entsprechende Behandlung nicht aus dem Maßregelvollzug entlassen werden konnten.

In der Allgemeinpsychiatrie kam es häufiger zu Übergriffen auf das Personal und Mitpatienten durch nicht ausreichend zu behandelnde Patienten, die eine medikamentöse Behandlung ablehnten.

Positiv zu sehen ist, dass in vielen Einrichtungen eine Auseinandersetzung mit den bisherigen Praktiken geführt wurde und vielerorts eine Suche nach Strategien, Zwang zu vermeiden, begonnen wurde.

Eine Novelle des NPsychKG ist inzwischen in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht worden, Ende des Jahres 2014 befand sie sich im Stadium der Ressortabstimmung.

Fortschritte gab es bei der Novellierung des Nds.MVollzG nach erfolgter Anhörung im Sozialausschuss des Nds. Landtages am 08.10.2014 und der Befassung des Gesetzgebungs- und Beratungsdienst der Landesverwaltung. Am 12.05.2015 ist der Entwurf der Landesregierung zur Neuregelung des Nds.MVollzG verabschiedet worden.

6. Kooperation mit dem Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen

2014 wurden zu den Sitzungen des Psychiatrieausschusses der Vorsitzende und der Geschäftsführer des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen (LFBPN) eingeladen mit dem Ziel einer engeren Kooperation und gegenseitiger Information.

Die Berufungsperiode des LFBPN hatte am 31.01.2014 geendet. Als Interimslösung wurde seine Tätigkeit 2014 bis auf weiteres jedoch fortgesetzt.

Der seit 20 Jahren existierende LFBPN ist bisher vorrangig konzeptionell tätig gewesen und hatte die Entwicklung der Versorgungslandschaft in Niedersachsen begleitet. Eine Kontrollfunktion, wie sie der PA hat, kommt dem LFBPN nicht zu.

6.1 Was ist und nach welchen Regeln arbeitet der LFBPN?

Der LFBPN wurde 1993 gegründet, um das MS in allen das NPsychKG betreffenden Fragen fachlich unabhängig zu beraten, die Umsetzung der Empfehlungen aus dem Bericht der Fachkommission Psychiatrie von 1992 zu begleiten und eigene Impulse für die Psychiatriereform in Niedersachsen zu setzen. Zu seinen Aufgaben gehört es auch, fachlich kompetenter Ansprechpartner zu sein für Betroffene und Angehörige, Leistungserbringer und Kostenträger, Politik und Öffentlichkeit. Eine

besondere Bedeutung hat die Begleitung und Unterstützung der Arbeit in den Sozialpsychiatrischen Verbänden der Landkreise und kreisfreien Städte Niedersachsens.

Die stimmberechtigten Mitglieder des LFBPN sind ehrenamtlich tätig, werden von der Ministerin als unabhängige Expertinnen und Experten persönlich berufen und spiegeln die Vielfalt der psychiatrischen Teilgebiete und der dort beschäftigten Berufsgruppen. Von Anfang an sind auch die Selbsthilfe-Initiativen der Betroffenen und ihrer Angehörigen dabei, sowohl im zweimal jährlich tagenden Plenum als auch im ständigen Ausschuss, der fünf Mitglieder umfasst und viermal jährlich zusammentritt. Als beratende Mitglieder wirken im Plenum mit: Je eine Vertreterin bzw. ein Vertreter der Landtagsfraktionen, der Vorsitzende des Psychiatriausschusses gemäß § 30 NPsychKG, der Behindertenbeauftragte und der Leiter des Psychiatriereferats im MS. Die Sprecherinnen und Sprecher der fünf Fachgruppen und der Psychiatriereferent sind zu den Sitzungen des ständigen Ausschusses als Gäste eingeladen.

Der LFBPN kooperiert bei der Organisation der Niedersächsischen Aktionstage für seelische Gesundheit (seit 2007) und im Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste (seit 2009) eng und erfolgreich mit der Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen, auf den Themenfeldern Gerontopsychiatrie und ambulante psychiatrische Pflege (APP) mit dem Caritas Forum Demenz (CFD).

6.2 Ergebnisse: Was hat der LFBPN in den letzten fünf Jahren geleistet?

6.2.1 Bündelung und Bekanntmachung von Expertenwissen in eigener Initiative:

- fortlaufend im Rahmen der Gremiensitzungen, bei Kontaktgesprächen und Vorträgen, in Arbeits- und Projektgruppen, mit Erarbeitung von Konzepten (z.B. zur gerontopsychiatrischen Versorgung, ambulanten psychiatrischen Pflege und „Teleprävention“) und Stellungnahmen, so zur Verbesserung der Eingliederungshilfe (2008, 2011), zu IV-Selektivverträgen, zum ThUG (2011).
- Bilanzierung von 20 Jahren Psychiatriereform in Niedersachsen im Anschluss an den Bericht der Expertenkommission von 1992, Erarbeitung und Veröffentlichung von Zielperspektiven und Vorschlägen für neue Impulse im Reformprozess während einer Zukunftswerkstatt in Hildesheim im Juli 2012

6.2.2 Begleitung und Unterstützung der Arbeit Sozialpsychiatrischer Verbände:

- kontinuierliche Teilnahme des Geschäftsführers an den halbjährlichen Dienstbesprechungen des Psychiatriereferats des MS mit den Leitungen der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) / Psychiatriekoordinatoren der Kommunen in jedem der vier ehemaligen Regierungsbezirke und Moderation der jährlichen landesweiten Dienstbesprechung in Hannover
- Beratung der Leitungen zahlreicher SpDi in verschiedenen Fragen, Vorträge auf Vollversammlungen der Sozialpsychiatrischen Verbände (SpV)
- Motivierung und Unterstützung bei der Planung lokaler Aktivitäten interessierter SpV im Rahmen der Niedersächsischen Aktionstage für seelische Gesundheit in Delmenhorst (2008), Winsen / Luhe (2009), Wolfsburg (2010), Cloppenburg (2011), Hameln (2012) und Stade (2013)

6.2.3 Aufbau einer Landespsychiatrieberichterstattung Niedersachsen:

- bundesweit wohl einmalige regelmäßige Sammlung, Zusammenstellung und Auswertung relevanter, nach Kommunen gegliederter Daten zur Verfügbarkeit psychiatrischer Hilfen: Wohn-, Werk-, Tagesstätten, SpDi, ambulant betreutes Wohnen, (Tages-)Kliniken, niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten; Veröffentlichung der Ergebnistabellen und eines jährlichen Auswertungsberichtes im Jahrbuch „Psychiatrie in Niedersachsen“

6.2.4 Förderung des landesweiten Aufbaus ambulanter psychiatrischer Pflege:

- kontinuierliche Zusammenarbeit mit Anbietern von APP, Kranken- und Pflegekassen, mit dem Ergebnis eines für Niedersachsen flächendeckenden Angebotes ambulanter psychiatrischer Pflege. 2013 wurden unter Mitwirkung des LFBPN von den Verbänden der GKV in Niedersachsen „Gemeinsame Empfehlungen zur Umsetzung des Vertrages nach § 132a zur häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege in Niedersachsen“ vorgelegt.

6.2.5 Bearbeitung von Anfragen und Projektaufträgen des Sozialministeriums:

- Stellungnahmen zum Entwurf von Gesetzesnovellen des NPsychKG (2009), des Nds. MVollzG (2013), zur psychiatr. Versorgung im Strafvollzug (2011)
- Erstellung einer Übersicht der in Niedersachsen bereits bestehenden Angebote zur Prävention psychischer Erkrankungen (2010-2011)
- Entwicklung und Erprobung eines EDV-Programms zur Landespsychiatrieberichterstattung (2010-2013) sowie Schulungen für SpDi

6.2.6 Gestaltung von Tagungen, Workshops (WS) und Zukunftswerkstätten (ZW):

- 2009: 4 Tagungen (Rehburg-Loccum, Göttingen, Winsen/Luhe, Hannover)
- 2010: 2 Tagungen (Hannover, Wolfsburg), 2 ZW (Hannover)
- 2011: 4 Tagungen (Rehburg-Loccum, Cloppenburg, Hannover), 2 WS (Hannover, Lüneburg), 1 ZW (Hannover)
- 2012: 2 Tagungen (Hannover, Hameln), 1 WS (Hamburg), 1 ZW (Hannover)
- 2013: 2 Tagungen (Stade, Hannover), 2 WS (Bremerhaven Lübeck)

7. Landespsychiatrieplanung

Die Landesregierung hatte sich im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien der 17. Wahlperiode des Nds.Landtags zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung verpflichtet, einen Landespsychiatrieplan (LPP) unter Mitwirkung des LFBPN und des PA vorzulegen.

Für die Erstellung dieses Plans berief das MS zum einen eine Fachkommission (FK), die aus Experten der verschiedenen Bereiche der Psychiatrie besteht. Zum anderen wurde in einem nationalen Ausschreibungsverfahren ein externer Berater ausgewählt. Den Zuschlag erhielt die Beratungsfirma Ceus Consulting-FOGS.

Die Fertigstellung des LPP ist für diese Legislaturperiode vorgesehen. Der erstellte LPP soll die Grundlage werden für das, was prospektiv umgesetzt werden soll. Der externe Berater (Ceus Consulting-FOGS) übernimmt die Aufgabe der Koordinierung und erstellt den LPP.

Die Aufgabenstellung umfasst eine Bestandsanalyse des gegenwärtigen Hilfesystems mit seinen Stärken und seinen Schwächen, die Beschreibung von Kernaufgaben und Funktionen der Psychiatrie und ihrer Teilgebiete in einem sinnvoll abgestuften Hilfesystem, die Herausarbeitung ethisch-fachlicher Grundwerte für die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen, die Darstellung der Rahmenbedingungen und Herausforderungen für das psychiatrische Arbeiten in den nächsten Jahren, Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Hilfesystems und die Skizzierung von Entwicklungsprojekten, die möglichst ab 2016 auch schon umgesetzt werden könnten.

Mitarbeiter von Ceus Consulting-FOGS nahmen 2014 auch schon an der Sitzung des PA am 17.09. und am 03.12. teil.

Die gebildete Fachkommission fand 2014 insgesamt 5-malig in Räumen des MS zusammen.

8. Rechtliche Auseinandersetzungen - der Streit um Besuchs- und Betretungsrechte in Heimeinrichtungen

Vereinzelte hatten Heimeinrichtungen auch 2014, mit dem Verweis auf ein laufendes Verfahren beim OVG Lüneburg, den BK das Betretungsrecht verweigert.

Es kam jedoch 2014 nicht zu neuen Klageverfahren gegen die Arbeit der BK.

Grundsätzlich ist es möglich, Klageverfahren gegen den PA und die BK anzustrengen. So haben das OVG Magdeburg mit Beschluss vom 17.04.2009 - 3 M 433/08 - und das VG Oldenburg mit Urteil vom 18.12.2012 – 7 A 2778/12 entschieden.

Bereits 2011 hatten einzelne, in der Regel private Heimbetreiber, gegen die Besuchstätigkeit der Kommissionen in Pflegeheimen Beschwerden eingelegt. 2012 hatte ein Verband privater Heimbetreiber gefordert, dass die BK in ihren Einrichtungen nicht mehr tätig sein sollten.

2012 und 2013 sahen sich der PA und BK mit zwei Klagen von Einrichtungsbetreibern am Verwaltungsgericht Hannover und am Verwaltungsgericht Oldenburg konfrontiert, wobei im letzteren Fall es zu einem Berufungszulassungsverfahren vor dem OVG Lüneburg gekommen war.

Ein Heimbetreiber betrieb vor dem Verwaltungsgericht Oldenburg eine Klage, um das Betreten seiner Räume untersagen zu lassen. Das Verfahren war in die Berufung vor dem OVG Lüneburg gegangen.

Am 09.04.2014 war auch der Antrag auf Zulassung der Berufung gegen das Urteil des VG Oldenburg vom 18.12.2012 durch das OVG Lüneburg abgelehnt worden.

Die Einrichtung hatte für sich eine Art vorbeugenden Rechtsschutz gegen jederzeit mögliche Besuche der BK zu erwirken versucht. Das erforderliche Rechtsschutzbedürfnis war durch das OVG jedoch nicht gesehen worden.

So erfreulich dieses Urteil auch ist, es enthebt Einrichtungen jedoch nicht grundsätzlich von der Möglichkeit, sich gegen Besuche rechtlich zur Wehr zu setzen.

Angesichts der Schwierigkeiten für die BK, bestimmte Einrichtungen zu besuchen, sollte daher in die Novellierung des NPsychKG ein ausdrücklich gesetzlich geregeltes Betretens- und Besuchsrecht aufgenommen werden. Darüber hinaus soll der Kreis der zu besuchenden Einrichtungen noch einmal genauer konkretisiert werden.

Entsprechende Vorschläge waren ausgearbeitet worden.

9. Kameraüberwachung

Bei Besuchen war immer wieder aufgefallen, dass Einrichtungen Überwachungskameras installiert hatten.

Der Ausschuss hatte sich bereits 2008 mit der Videoüberwachung von gemäß NPsychKG untergebrachten Patienten befasst und diese generell als ungeeignet und rechtlich unzulässig eingestuft.

Das MS hat bereits 2011 für den Geltungsbereich des NPsychKG darauf hingewiesen, dass bei einer Videoüberwachung ohne Zustimmung des Patienten ein Grundrechtseingriff vorliegt.

10. Ergotherapie

2013 und 2014 sah sich ein nicht unerheblicher Teil der niedergelassenen Psychiater mit Regressandrohungen für die Verordnung von Ergotherapie für die Jahre 2011, 2012 und 2013 konfrontiert. Die Regressverfahren wurden von den Krankenkassen angestrengt mit dem Ziel, Verordnungen im Heilmittelbereich zu reduzieren, nachdem für diese Jahre ursprünglich mit der Kassenärztlichen Vereinigung vereinbarte Zielgrößen überschritten worden waren.

Bei einem Regress können einem Kassenarzt eine Zahlung auferlegt werden, die durch eine von den Krankenkassen finanzierte, in ihrem Status formal unabhängige Prüfungskommission, berechnet wird, sofern er im Vergleich zum Durchschnitt seiner Fachgruppe die Richtgrößen für das Arznei-, Hilfs- oder Heilmittelbudget überschritten hat. Den Regressbetrag hat der Arzt zu tragen, obwohl er diesen zuvor nicht als Honorar für erbrachte Leistungen erhalten hat. Krankenkassen betrachten dieses als wichtiges Instrument, um Kosten zu dämpfen.

Das hat u.a. zur Folge, dass auch schwersterkrankten Patienten die dringend benötigte ergotherapeutische Behandlung nicht mehr verordnet werden kann, sobald das für Psychiater sehr knapp angesetzte Budget überschritten worden ist. Der PA plädiert gegenüber den Entscheidungsträgern in den Krankenkassen, der ärztlichen Selbstverwaltung, der Politik, die ergotherapeutische Versorgung sicherzustellen, zumal in anderen Bundesländern in diesem Bereich eine deutlich bessere Versorgungslage gegeben ist.

11. Rahmenbedingungen der Arbeit

Über die Jahre sind die Anforderungen an die Arbeit der ehrenamtlichen Mitglieder gestiegen. Rechtliche Fragen traten immer häufiger in den Vordergrund, der zeitliche Aufwand nahm zu. Für Freiberufler, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und Angestellte nichtöffentlicher Arbeitgeber ergeben sich Verdienstauffälle, die durch die bestehenden Entschädigungsregelungen nur unzureichend kompensiert werden.

Vereinzelt standen auch 2014 öffentliche Arbeitgeber der Ausübung der ehrenamtlichen Tätigkeit während der Dienstzeit entgegen.

Abhilfe böte hier, die Verpflichtung zur Freistellung durch den Arbeitgeber gesetzlich zu verankern.

12. Die Arbeit der Besuchskommissionen

Im Folgenden wird die Arbeit der einzelnen BK dargestellt. Im Kontext der Arbeit aufgefallene Problemsituationen werden diskutiert. In anonymisierter Form wird auf Einrichtungen hingewiesen, die von den jeweiligen Kommissionen als besonders erwähnenswert betrachtet worden waren.

Insgesamt wurden 125 Einrichtungen – Kliniken, Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) und Heimeinrichtungen - aufgesucht.

Der Trend der Vorjahre, dass vermehrt Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Einrichtungen, Betroffene und Angehörige sich an die BK wenden, setzte sich fort.

Während vielerorts in den besuchten Kliniken durchaus Fortschritte bei der Verbesserung der baulichen Situation zu erkennen waren, zeigten sich Tendenzen zur Verschlechterung der personellen Ausstattung.

Der privatwirtschaftliche Betreiber einer psychiatrischen Klinik im Bereich Hildesheim stellt laut Aussagen von Mitarbeitern neue Pflegekräfte über eine Beschäftigungsgesellschaft zu deutlich ungünstigeren Gehältern ein. Dies führt unter den Bediensteten zu einer unterschiedlichen Entlohnung bei gleicher Arbeit, damit verbunden zu Konflikten, einer erhöhten Fluktuation und Unzufriedenheit. Gerade in einem so sensiblen Arbeitsgebiet wie einer psychiatrischen Klinik ist es für Betroffene wie Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen entscheidend wichtig, mit vertrauten konstanten Pflgeteams zu arbeiten. Hier wird, um Lohnkosten einzusparen, ein Arbeitsklima erzeugt, welches den eigentlichen Erfordernissen therapeutischer und pflegerischer Arbeit entgegensteht.

Neben dem Personalmangel kommt es in einigen Kliniken immer wieder zu Problemen mit einer Überbelegung. Dabei wird auch mit diesem Problem sehr unterschiedlich umgegangen.

Die Kombination aus Personalmangel und einer Überbelegung verbunden mit einem unzureichenden therapeutischem Angebot, mangelnde Verfügbarkeit von Sozialarbeitern und Ergotherapeuten und

fehlenden Konzepten zu einer Überleitung in die Entlassung ins häusliche Umfeld und ambulante Behandlung, steht einem gelingenden Heilungs- und Reintegrationsprozess entgegen.

Andererseits werben Kliniken trotz des angeblichen Mangels an qualifiziertem Personal auch immer wieder mit einer Angebotserweiterung, versuchen sich das Feld der Psychosomatik zu erschließen und damit Menschen mit leichteren Erkrankungen stationär oder teilstationär zu behandeln, ein Vorgehen, was in vielen Fällen sicherlich sehr fraglich ist.

Die Versorgungssituation in etwa einem Viertel der besuchten Heimeinrichtungen war kritisch zu bewerten. Neben baulichen Mängeln waren auch hier vor allem eine unzureichende Personalausstattung und ein inadäquater Umgang bei der Durchführung von Fixierungsmaßnahmen zu beanstanden.

Dennoch ist erfreulicherweise auch festzuhalten, dass die überwiegende Anzahl der besuchten Einrichtungen einen positiven Eindruck hinterlassen hatte.

SpDi fällt es vor allem in den ländlichen Regionen weiterhin schwer, fachärztliche Stellen wieder zu besetzen.

Die Besuchskommissionen im Einzelnen:

12.1 Besuchskommission für das Gebiet Weser-Ems/Nord

Im Jahr 2014 wurden insgesamt 22 Einrichtungen/Dienste und eine Nordseeinsel aufgesucht.

Bei den besuchten Einrichtungen handelt es sich insgesamt um 7 Wohnheime für psychisch Kranke, 3 Wohnheime für alte Menschen, 2 Tagesstätten, 6 Kliniken, 1 Jugendwohneinrichtung, 1 Dienst des betreuten Wohnens, 1 SpDi sowie die Insel Spiekeroog.

Ferner wurde die Arbeit der BK Weser-Ems/Nord anlässlich der Arbeitstagung der örtlichen Sozialhilfeträger im ehemaligen Regierungsbezirk Weser-Ems am 24.04.2014 im Landkreis Leer vorgestellt.

Insgesamt ergaben sich überwiegend positive Eindrücke. In den meisten Einrichtungen wurden kritische Anmerkungen registriert und Abhilfe zugesagt.

Ein Pflege- und Betreuungszentrum im Bereich Dornum war in der Vergangenheit wiederholt Gegenstand eines besonderen Augenmerks der BK gewesen. Die Einrichtung ist im Laufe der Zeit zunehmend zu einer Behinderteneinrichtung mutiert und wird derzeit ca. jeweils zur Hälfte als Altenwohnanlage und als Behinderteneinrichtung betrieben.

Die Vergangenheit zeigte eine deutliche Unzulänglichkeit in der Sicherstellung geeigneter Räumlichkeiten, wie auch von Entwicklungsmöglichkeiten seelisch behinderter Bewohner, teilweise mit ergotherapeutischen Räumlichkeiten im Keller, ohne Fluchtweg. In der Zwischenzeit hat sich die Situation geändert. Der Träger hat hier in unmittelbarer Nachbarschaft geeignete Räumlichkeiten erschlossen. Die Entwicklung ist derzeit als positiv zu bewerten.

Problematisch sah man dagegen weiterhin die Situation in einer Einrichtung in Wilhelmshaven über

die bereits 2012 und 2013 berichtet worden war. Diese wurde 2014 in Begleitung der örtlichen und überörtlichen Heimaufsicht besucht, zwecks Klärung der Heimeigenschaft. Die Heimeinrichtung war in der Vergangenheit mehrfach durch heimrechtliche und vertragliche Regelungen mit der Stadt Wilhelmshaven aufgefallen und Beherbergung von psychisch Kranken, nach Prüfung der Behinderteneigenschaft im Rahmen der § 53 und §54 SGB XII.

Beide Heimaufsichten hatten dargelegt, dass es sich bei der genannten Einrichtung nicht um eine Einrichtung der Behindertenhilfe handelt, somit sich auch eine Zuständigkeit der Heimaufsichten nicht ergäbe. Der Träger habe glaubhaft gemacht, dass die dortigen Bewohner aus freien Zügen, sich zum Teil auf Montage befänden, und aus freien Stücken dort wohnen würden.

Für die BK ergab sich hier jedoch ein anderes Bild, insbesondere nicht zuletzt durch die Häufung der Unterbringung seelisch behinderter Menschen nach Prüfung des Gesundheitsamtes. Die BK hat den dortigen Missstand unzureichender Räumlichkeiten sowie unzureichender Versorgungsmöglichkeiten mehrmals im PA vorgetragen. Die BK Weser-Ems /Nord wird aus diesem Grunde dazu übergehen, die Hilfeplanung der Stadt Wilhelmshaven kritisch zu begleiten.

Die BK beschäftigte sich auch intensiv mit der Klärung der Rolle der SpDi in Bezug auf die gutachterlichen Stellungnahmen und der hiermit verbundenen Hilfeplanung im Rahmen des Verwaltungsaktes bei der Klärung von Hilfeansprüchen behinderter Menschen in der Wiedereingliederungshilfe gemäß SGB XII. Es geht hier v.a. um die Klärung des Ermessens der Datenerhebung im Feststellungsverfahren durch die Sozialbehörde, vor dem Hintergrund der Pflicht zur Datensparsamkeit. Antragstellende psychisch Kranke müssen umfassende Einblicke in ihre Krankheitsanamnese und Vorgeschichte geben. Hierbei wird auch über die Entbindung von der Schweigepflicht die Einsichtnahme in ärztliche Behandlungsunterlagen und Stellungnahmen gefordert. Für die BK ergeben sich Zweifel, dass der Grundsatz der Datensparsamkeit gewahrt wird. Diesbezüglich hatte die BK auch schon ein Gespräch mit dem niedersächsischen Datenschutzbeauftragten geführt.

12.2 Besuchskommission für das Gebiet Weser-Ems / Süd

Die Besuchskommission hat im Berichtsjahr 2014 insgesamt 20 Einrichtungen besucht.

Überwiegend zeigte sich bei den Besuchen ein positives Bild, Zufriedenheit bei Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, Bewohner und Bewohnerinnen in den besuchten Einrichtungen. Vereinzelt waren bauliche Mängel festzustellen.

Probleme bereitet vielerorts die Rekrutierung qualifizierten Fachpersonals.

Für 2015 bleibt im Focus die Entwicklung bei den geschlossenen Einrichtungen und die Entwicklung in einigen großen Wohnheimen, die im Wohn- und Baubereich nicht mehr den Anforderungen entsprechen, zu behalten. Hier geht es um ausstehende Sanierungsmaßnahmen, Schaffung von einem Mehr an Einzelzimmern.

12.3 Besuchskommission das Gebiet Lüneburg

Im Berichtszeitraum besuchte die Kommission an 11 Tagen 22 Einrichtungen.

Am 10.12.2014 trafen sich die Mitglieder zu einer Arbeitssitzung in den Räumen des SpDi in Lüneburg.

Die Besuche verteilten sich auf 4 klinische Einrichtungen nach SGB V, 2 Einrichtungen der Jugendhilfe nach SGB VIII, 3 Pflegeheime nach SGB XI, 10 Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII und 3 Sozialpsychiatrische Dienste.

Alle Besuche erfolgten nach vorheriger Anmeldung.

Besondere Erwähnung sollen folgende Einrichtungen finden:

Bereits in den Jahren zuvor fand eine Pflegeeinrichtung im Bereich Ebstorf die besondere Aufmerksamkeit der BK, weil in einem geschlossenen Bereich jüngere chronisch psychisch Kranke untergebracht waren. Seit Herbst 2012 ist deren Zahl durch Verlegungen in andere Einrichtungen auf 5 Personen reduziert worden, drei weitere Verlegungen sollten zeitnahe folgen. Eingliederungshilfeplätze werden nicht mehr angestrebt. Der beim Besuch anwesende SpDi wollte die Belegungssituation der Einrichtung weiter begleiten.

Bei diesem Anlass wurde an die Regel im Landkreis Verden erinnert, dass Aufnahmen von Personen unter 60 Jahren in Pflegeheimen der regionalen Heimaufsicht zu melden sind.

Auch nach gut einem Jahr hat sich die Versorgungssituation in einer Einrichtung im Bereich Faßberg über die bereits im Vorjahr berichtet worden war, nicht geändert: Die Erstbelegung fand bereits im Frühjahr 2011 statt, geplant war die Einrichtung für insgesamt 70 Personen. Zum Zeitpunkt des Besuches lebten 13 Klienten in der Einrichtung. 4 gehörten zum Kreis der chronisch psychisch Kranken, 9 zur Gruppe der chronisch und mehrfach behinderten Abhängigkeitskranken (CMA). Weiterhin wurden diese täglich zu den tagesstrukturierenden Angeboten in eine vom selben Betreiber geführte nahegelegene CMA-Einrichtung gefahren. Erneut konnte der BK weder ein differenziertes Behandlungskonzept noch eine Mitarbeiterzuordnung für die beiden Bewohnergruppen dargestellt werden. Ein an die überregionale Heimaufsicht gerichtetes Schreiben der BK mit konkreten Fragen wurde sehr ausweichend beantwortet. Die BK wird diese Angelegenheit weiter im PA thematisieren.

Positiv zu vermerken ist die Entwicklung einer Behinderteneinrichtung im Bereich Himmelpforten. Diese ist von "Bethel im Norden" übernommen worden. Dieser große norddeutsche Zweig der von Bodenschwingschen Anstalten verfügt über bundesweite Erfahrungen in der Behindertenhilfe. Für die Region wird die Entwicklung eines zeitgemäßen Versorgungssystems unter integrativer Nutzung der Leistungen von SGB II, V, IX, XI und XII angestrebt. Fehlende Bausteine sind zu entwickeln. Der stationäre Anteil soll nicht vergrößert, die "Ambulantisierung" bis in den tagesstrukturierenden und Arbeitsbereich erweitert werden. Nach den guten Erfahrungen der Modellkommunen sollten z.B. ambulante und stationäre Leistungen möglichst aus einer Hand erbracht werden. In Abstimmung mit Stadt und Landkreis würde an umfangreichen Planungen gearbeitet. Es wird über einen die Verselbstständigung der Klienten häufig verzögernden Mangel an bezahlbarem Wohnraum geklagt.

Dass Haus selbst soll zu einer Wohnimmobilie umgewandelt, auf einem Nachbargrundstück 2 x 12 Apartments mit einem Haus für die tagesstrukturierenden Angebote neu erbaut werden. Auch hier stellen die "jungen Wilden", die früher als bisher in den SGB XII-Bereich wechseln, eine erhebliche Belastung dar. Entlassungen aus der Klinik müssten früher und gemeinsam vorbereitet werden

Neben der Besuchsaktivität führte die BK intensive Diskussionen, deren Schwerpunkte im Folgenden dargestellt werden:

Für die BK standen vor allem Defizite bei der Betreuung spezifischer Zielgruppen und den Schnittstellen zwischen den Modulen der eigentlich gut differenzierten sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft im Fokus.

Wegen des seit Jahren beklagten Mangels an effektiven Betreuungsstrukturen für junge Erwachsene mit besonderem psychosozialen Unterstützungsbedarf ist zu befürchten, dass ein Teil dieser Klientel über kurz oder lang dauerhaft vom Sozialhilfesystem getragen werden muss. Der zukünftigen „Besonderen Besuchscommission für die Angelegenheiten der kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenversorgung“ wird es hoffentlich besser als den regionalen BK gelingen, das drängende und diffizile Problem des abgestimmten und am Lebensmodus des Erwachsenen ausgerichteten Übergangs vom SGB VIII- in den SGB XII-Bereich zu moderieren.

In nächster Zukunft werden Asylbewerber mit Sprachproblemen und schweren psychischen Traumatisierungen einen erheblichen Betreuungsaufwand benötigen. Die bestehenden Versorgungsstrukturen sind auf diese Herausforderung nicht vorbereitet.

In beinahe allen Modulen des Versorgungssystems werden erhebliche Anstrengungen unternommen, Betreuungsangebote weiterzuentwickeln oder neue zu schaffen. Trotz zunehmend verdichteter Arbeitsabläufe gilt dies insbesondere für die psychiatrischen Kliniken. Über die Nachfragegenerierung gerät die Pflege der wichtigsten therapeutischen Kraft, die den Klienten fördernde Beziehungs- und Behandlungskontinuität, oft in den Hintergrund. Beispielhaft ist auf die Forderung der SpDi zu verweisen, frühzeitig in die Entlassungsvorbereitungen der Kliniken einbezogen zu werden.

Mitinitiiert durch Umstrukturierungen in der Trägerlandschaft sind Regionen wie der südliche Landkreis Cuxhaven oder der Landkreis Stade dabei, Versorgungsstrukturen neu zu gestalten. In diesen Projekten liegt die Chance, Leistungen aus den verschiedenen Bereichen des Sozialgesetzbuches besser als bisher zu integrieren. Dazu bedarf es möglicherweise überregionalen Sachverständs und einer regionalen Diskussion im Rahmen des Sozialpsychiatrischen Verbundes.

Der Versuch der BK, eine offensichtliche jahrelange Fehlentwicklung in einem Heim im Landkreis Celler mit Hilfe der Heimaufsicht zu beeinflussen, hat bisher kaum konkreten Erfolg gezeitigt. Trotz komplizierter Ausgangssituation sollte es zukünftig möglich sein, dass sich Aufsichtsinstanz und BK mit ihren Erfahrungen und Einschätzungen inhaltlich effektiver austauschen.

Aus beinahe allen Regionen wird von einem zunehmenden Mangel an Billigwohnraum geklagt. Offensichtlich spitzt sich diese Entwicklung zu. Die dadurch verlängerten Aufenthalte in Einrichtungen verursachen personellen wie finanziellen Mehraufwand.

Gerade der Verlauf schwerer chronischer Erkrankungen kann häufig durch eine individuell angemessene und sinngebende Tagesstruktur günstig beeinflusst und stabilisiert werden. In der überwiegenden Zahl der Regionen mangelt es an solchen niedrigschwelligen Beschäftigungsmaßnahmen.

Über all diesen Themen schwebt der allgegenwärtige, in ländlichen Regionen dramatische Mangel an Fachärzten. Eine qualifizierte und kontinuierliche Betreuung vieler Patienten ist nicht oder nur nach unerträglichen Wartezeiten möglich. Der Zugang zu Psychiatern und Psychotherapeuten - Psychotherapie gehört inzwischen auch zur Richtlinienbehandlung psychotischer Erkrankungen - muss den psychisch schwer und chronisch Erkrankten leichter und zeitnäher möglich werden. Zusätzlich ist die Politik gefordert, kompetente Berufsgruppen wie Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Psychologen, Sozialwirte usw. in die Lage zu versetzen, die notwendigen, jedoch nicht verfügbaren Leistungen im Versorgungssystem zu erbringen.

12.4 Besuchskommission für das Gebiet Hannover

Im Jahr 2014 wurden von den Mitgliedern der BK Hannover insgesamt 17 Klinikbesuche, 8 Besuche in Heimeinrichtungen und 1 Besuch in einem Sozialpsychiatrischen Dienst durchgeführt. Darüber hinaus erörterten die Mitglieder der Kommission die Ergebnisse ihrer Besuche und der sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen in vier internen Sitzungen und führten zudem wie schon im vergangenen Jahr je ein Gespräch mit der Gesamtgeschäftsleitung des KRH und mit der Geschäftsführung des DRK Altersheimbereich.

Die BK Hannover ist mit der psychiatrischen Szene und den entsprechenden Einrichtungen ihres Gebiets gut bekannt und vernetzt. Vor diesem Hintergrund werden in stets wachsendem Umfang Informationen und Beschwerden an sie herangetragen. Bei der Auswahl der besuchten Einrichtungen geht die BK wie in der Vergangenheit vor allem diesen Informationen sowie den Anregungen von Betroffenen, Beteiligten und Mitarbeitern der Einrichtungen nach. In der ganz überwiegenden Mehrzahl erfolgen die Besuche der BK Hannover unangemeldet, da es zumeist nur auf diese Weise möglich ist, die „ungeschminkte“ Realität in den Einrichtungen zu sehen.

Die dauerhafte Überbelegung der psychiatrischen Stationen in den Kliniken war wie schon in den vergangenen Jahren weiterhin zentrales Thema bei den Klinikbesuchen. Die hohen Belegungszahlen in den Kliniken führen zeitweilig zu deutlichen Einschränkungen in der Versorgungsqualität der Patienten. Nicht nur in Einzelfällen mussten diese längere Teile ihres Krankenhausaufenthalts mit ihrem Bett auf dem Flur verbringen. Der Umgang mit den hohen Belegungszahlen ist in den Kliniken sehr unterschiedlich. Erfreulicher Weise gibt es Kliniken, die durch professionell betriebenes Belegungsmanagement in der Lage sind, Flurbetten und Überbelegungen nahezu vollständig zu vermeiden. Hier sind das Klinikum Wahrenndorff sowie das KRH Psychiatrie Wunstorff positiv herauszuheben.

Die nach wie vor ausstehende Novellierung des NPsychKG macht sich in zweierlei Hinsicht sehr negativ bemerkbar. Zum einen ist die seit 2011^[1] fehlende verfassungskonforme Regelung zur Zwangsbehandlung in der täglichen Arbeit in den Kliniken mehr als problematisch. Zum anderen führen die nicht hinreichend präzise formulierten Regelungen über die Befugnisse der Besuchskommissionen zu maßgeblichen Problemen in deren Arbeit. Z.B. gibt es Einrichtungen im Zuständigkeitsbereich der BK Hannover, die dieser den Zutritt verweigern. Für die Mitglieder der BK Hannover ist es nicht nachvollziehbar, dass es trotz der bereits erfolgten Zuarbeiten seitens des Psychiatrieausschusses nicht möglich sei, die notwendigen Gesetzesänderungen in angemessener Frist auf den Weg zu bringen. Dieses erzeugt bei der BK Hannover den Eindruck, dass das Gesetzgebungsvorhaben offenbar nicht den notwendig hohen Stellenwert für das Ministerium hat.

12.5 Besuchskommission für das Gebiet Braunschweig

Es sind im Berichtsjahr 2014 insgesamt 24 Einrichtungen aufgesucht worden. Es handelte sich zum einen vor allem um Alten- und Pflegeheime, in denen psychisch kranke und behinderte Menschen, meist auch in besonders eingerichteten Stationen und Bereichen, betreut werden und zum anderen um SpDi der Region, sowie andere Einrichtungen. Es wurden auch drei Fachkliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin besucht.

Im Folgenden sollen drei Einrichtungen erwähnt werden, in denen sich nach Bewertung der BK Braunschweig zum Teil gravierende Mängel aufzeigten:

In einer Heimeinrichtung im Bereich Wildemann war die Praxis der Videoüberwachung eines zeitweise fixierten und isolierten Bewohners zu kritisieren. Die Einrichtung erhielt von der BK einige rechtliche und administrative und fachliche Beurteilungen in schriftlicher Form mit der Zielsetzung, ihre praktizierte Handlungsweise zu überprüfen und Alternativen zu erdenken.

Insgesamt zeigte sich bei dem Besuch aber ein engagiertes und mit der Einrichtung verbundenes Betreuungsteam.

Grundsätzlich stuft die BK Braunschweig durchgeführte Kameraüberwachungen bei einem Bewohner, der zeitweilig fixiert und isoliert wird, für ungeeignet und rechtlich unzulässig ein.

Damit teilt die BK Braunschweig die seit 2008 bestehende Meinung des PA.

Auch das MS hat 2011 darauf hingewiesen, dass im Geltungsbereich des NPsychKG bei einer Videoüberwachung ohne Zustimmung des Betroffenen in nicht öffentlich zugänglichen Patientenzimmern ein Grundrechtseingriff vorliegt, der auch nicht durch Erlass geregelt werden könne. Eine (genehmigende) Regelung liegt weder im NPsychKG noch im NDSG (Niedersächsisches Datenschutzgesetz) vor. Nur in medizinisch indizierten Einzelfällen, in denen eine Sitzwache/Einzelbetreuung nicht in Frage komme, könne nach ärztlicher Anordnung eine Videoüberwachung zusätzlich zu engmaschigen persönlichen Kontrollen durch Fachpersonal durchgeführt werden.

^[1] Mit seinen Entscheidungen vom 23. März und 16. November 2011 hat das BVerfG (2 BvR 882/09 und 2 BvR 882/09) die bestehenden Regelungen zur Zwangsbehandlung für verfassungswidrig erklärt.

Fachlich ist anzumerken, dass aus medizinischen Gründen Betroffene private Sphären zwingend benötigen. Eingriffe wie Fixierungen oder Zwangsbehandlungen erhöhen bei den Betroffenen die Vulnerabilität.

Bei den Mitarbeitern kann durch eine Kameraüberwachung ein falsches Sicherheitsgefühl auf der einen Seite oder ein erhöhtes Kontrollbedürfnis auf der anderen Seite ausgelöst werden.

Kritisch musste auch die Situation in einem Pflegeheim in Göttingen gesehen werden.

Positiv auffallend war dabei das engagierte Betreuungs- und Pflorgeteam. Auch das die Bewohner annehmende Milieu auf den Wohnebenen/Wohnetagen des Hauses hat die BK positiv wahrgenommen. Gelungen wirken auf die BK die stadtnahe Lage des Hauses und die Integration des Hauses in die Gesellschaft mit einem öffentlich genutzten Café und einem Friseursalon. Auch der für die Bewohner von dem Demenzbereich frei zugängliche Gartenbereich wird als baulich sehr gelungen angesehen.

Kritisch wurde jedoch gesehen, dass der Demenzbereich mit einem sogenannten Trickschloss (kognitiver Türöffner) ausgestattet war. Dieses Schloss war installiert worden, um die dort lebenden Menschen in diesem Bereich auch gegen ihren Willen halten zu können. Die BK betrachtete daher diesen Bereich als geschlossenen Bereich und als freiheitseinschränkende Maßnahme (FEM). Legitimierende Beschlüsse eines Amtsgerichtes für die Unterbringung in diesem geschlossenen Wohnbereich lagen nicht vor.

In dem geschlossenen Wohnbereich mit schwer verwirrten und zum Teil stark pflege- und betreuungsabhängigen Menschen war kein eigener Nachtdienst eingesetzt. Die nächtliche pflegerische Versorgung beschränkte sich bei diesen geschlossen untergebrachten Bewohnern auf geplante Kontrollgänge und, bei Personalrufen durch die Bewohner, auf eine „Mitversorgung“ durch den Nachtdienst eines anderen Wohnbereiches. Die BK sah hier erhebliche Defizite in der ständigen und kontinuierlichen Versorgung und Beaufsichtigung der geschlossen untergebrachten Bewohner während des Nachtdienstes.

Es wurde im Rahmen des Besuches auch von einer Vielzahl und weit über dem üblicherweise in Häusern mit ähnlichen Bewohnerzahlen liegenden Maß angewendeten Bettgittern berichtet. Bettgitter stellen häufig auch freiheitseinschränkende Maßnahmen (FEM) dar. Von vereinzelten Beschlüssen zur Legitimierung der Bettgitter wurde zwar im Nachgang des Besuches im Rahmen eines Telefonates der Geschäftsführung mit dem Vorsitzenden der BK berichtet, jedoch reduziert diese Information nicht den Eindruck der BK, dass beim Umgang mit FEM in der Einrichtung Änderungsbedarf bestand.

Am Rande war der BK aufgefallen, dass keine reguläre fachärztlich-psychiatrische Heimbetreuung auch im Sinne einer fachärztlich-psychiatrischen Supervision und Begleitung von Mitarbeitern und Bewohnern installiert war. Diese wird bei einer Einrichtung mit einem solch hohen Anteil an demenzerkrankten Menschen von der BK für sehr sinnvoll und in Göttingen auch für möglich erachtet.

Die Kritik der BK nahm die Einrichtung zum Anlass, einen zusätzlichen Nachtdienst im Demenzbereich dauerhaft und kurzfristig zu installieren. Zu der Fragestellung, ob der Demenzbereich als geschlossener Bereich betrachtet werden muss und die dort lebenden Menschen einen richterlichen

Beschluss benötigen, versprach die Einrichtung mit dem örtlich zuständigen Amtsgericht Kontakt aufzunehmen. Die Einrichtung sagte zu, dass sie sich intensiv mit dem „Werdenfelser Weg“ beschäftigen werde. Trotz dieser aus Sicht der BK Braunschweig erfreulichen Rückmeldung zu den Kritikpunkten wird auch hier die tatsächliche weitere Entwicklung im Blick der BK bleiben.

Problematisch musste die Situation des SpDi der Stadt Salzgitter und des Landkreises Goslar gesehen werden.

Bei dem Besuch wurden aus Sicht der BK Braunschweig nachfolgend aufgeführte kritische Punkte festzustellen:

Es fehlte die klare fachärztliche Leitung des SpDi (vgl. NPsychKG). Die BK bekam im Rahmen des Besuches den Eindruck, dass die angestellte Fachärztin für Psychiatrie nicht eigenständig genug Entscheidungen und Regelungen für den SpDi treffen kann.

Die BK sah die personelle Ausstattung des SpDi mit seinen Nebenstellen für nicht ausreichend an. Wesentliche Aufgaben konnten nicht erfüllt werden. Dieses wurde beispielsweise an der komplett fehlenden personellen Präsenz von Fachkräften im SpDi an einzelnen Tagen in der Woche deutlich. Hier können Hilfesuchende lediglich ein Sekretariat (nicht Fachkraft) oder einen Anrufbeantworter erreichen.

Es fehlte das Angebot einer externen Supervision. Dieses Instrument hat sich beim Erhalt und der Verbesserung von nutzerorientierten Hilfen sehr bewährt. Sie dient auch dem Gesundheitsschutz der in der Einrichtung tätigen Mitarbeiter.

Der Umgang mit Dienstpost und vertraulichen Arztbriefen an den SpDi war angemessen geregelt und es war sichergestellt, dass diese vertraulichen Unterlagen ungeöffnet den SpDi erreichten. Jedoch fehlte es an einer SpDi eigenen E-Mail Adresse. Hier hat die BK Zweifel daran, dass der erforderliche Datenschutz und die erforderliche Vertraulichkeit eingehalten werden (E-Mails an den SpDi gehen an das Gesundheitsamt und nicht direkt an eine Fachkraft des SpDi).

Die vom SpDi genutzten Räumlichkeiten des ehemaligen Krankenhauses am Berg wirkten von der Atmosphäre her nicht sehr einladend. Weit gewichtiger war jedoch, dass keine klare bzw. größtmögliche Trennung der Räumlichkeiten des SpDi mit anderen Bereichen umgesetzt worden war. So saßen psychisch Erkrankte und beim SpDi Hilfe suchende Menschen in Wartebereichen, die durch Publikumsverkehr und Mitarbeiter, die nicht zum SpDi gehörten, genutzt werden. Damit ist die vorauszusetzende und in den meisten SpDi umgesetzte Vertraulichkeit gefährdet.

Es wurde eine Mängelanzeige an den PA und die zuständige Fach- und Rechtsaufsicht (MS) geschrieben.

Im Laufe des Jahres bekam die BK davon Kenntnis, dass die im SpDi Salzgitter tätige Fachärztin auf eigenen Wunsch das Arbeitsverhältnis beendet hat. Die Stadt Salzgitter bestätigte mit Schreiben vom 22.01.2015 die Kündigung der Fachärztin und berichtete von einer erfolglosen Ausschreibung. Die zweite Ausschreibung würde noch in das Jahr 2015 hinein laufen.

Die BK hat sich im Berichtszeitraum erneut überwiegend mit Wohn- und Pflegeeinrichtungen, auch für geistig behinderte Menschen, beschäftigt und mehrere SpDi und andere Einrichtungen besucht. Problematisch erschienen insbesondere der Umgang mit freiheitsentziehenden und -

beschränkenden Maßnahmen, die Einhaltung datenschutzrechtlicher Belange, aber auch die räumliche Ausstattung mancher Einrichtungen und Dienste sowie der Schutz der Menschenwürde der Bewohner und Patienten (Monitorüberwachung von fixierten Bewohnern anstelle einer Einzelbetreuung).

Nach wie vor reicht die Einschätzung der BK Braunschweig vor Ort bei den Heimeinrichtungen von sehr positiven Eindrücken im Rahmen einer fortschrittlichen Konzeption bis hin zu kaum noch hinnehmbaren Entwicklungen oder in Einzelfällen auch nicht mehr akzeptablen Situationen, bei denen auf unmittelbare Abhilfe bestanden werden musste. Im Bereich SpDi fielen ähnliche Unterschiede auf, die sich beispielsweise an der fehlenden fachärztlichen Leitung eines SpDi deutlich gemacht hat.

Auch die Reaktionen der Einrichtungen reichten von positiver Akzeptanz bis - überwiegend - hin zu Rechtfertigungen, die nur teilweise nachvollziehbar blieben.

Auffallend sind die zunehmenden Schwierigkeiten der Einrichtungen, ausreichendes Fachpersonal (fachärztliches und fachpflegerisches Personal) zu gewinnen. In einigen Regionen (Harz) fehlt es beispielsweise schon gänzlich an einer fachärztlichen Versorgung (Psychiatrie/Neurologie /Nervenheilkunde) einzelner Heime und Einrichtungen.

Die BK sieht sich beständig im Widerstreit zwischen den Interessen des freien und unternehmerischen Gesundheits- und Pflegemarktes einerseits und den freiheitlichen Grundrechten der Betroffenen andererseits, hat ihrem Auftrag entsprechend eindeutig auf Seiten der Patienten, Bewohner und Klienten zu stehen.

12.6 Besuchskommission für den Maßregelvollzug

11 Einrichtungen wurden 2014 von der Kommission besucht.

Zu der durch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 23.03.2011 - 2 BvR 882/09 – notwendig gewordenen Novellierung des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes (Nds.MVollzG) kam es auch im Berichtsjahr nicht. Inzwischen ist dies jedoch geschehen.

Der Ausschuss für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Migration des Niedersächsischen Landtags hat am 8. Oktober 2014 eine mündliche Sachverständigenanhörung zu dem Entwurf durchgeführt, an der auch ein Mitglied der BK teilgenommen hat. Auf der Grundlage einer die Ergebnisse der Sachverständigenanhörung berücksichtigenden und auch schon mit dem Fachministerium abgestimmten Stellungnahme mit Anmerkungen und Formulierungsvorschlägen des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes des Niedersächsischen Landtages vom 2. Februar 2015 hat der Sozialausschuss am 5. und 12. März 2015 weiter beraten.

Auf Grund der fehlenden gesetzlichen Grundlage verzichteten die Kliniken des Maßregelvollzuges auch 2014 auf die Durchführung von Zwangsbehandlungen. Dadurch bedingt kam es wiederum

vermehrt zu Absonderungen und Fixierungen, insbesondere bei Patienten, die an einer Psychose erkrankt sind.

Die Aneos Klinik Osnabrück wurde für die Dauer von sieben Wochen und die Aneos Klinik Hildesheim für die Dauer von drei Wochen bestreikt. Am 17.11.2014 wurde der Streik ausgesetzt. Die Versorgung der Patienten - auch der forensischen - erfolgte während des Streikes im Rahmen einer Notdienstvereinbarung. In Eingaben an die Kommission beschwerten sich Patienten über ein eingeschränktes Therapieangebot in Folge des Streiks. Die Kommission hat darauf hingewiesen, dass bei einer Fortsetzung des Streiks die betroffenen Patienten notfalls in andere forensische Kliniken zu verlegen seien, da die Patienten einen Anspruch auf Therapie hätten.

Im Berichtsjahr gab es einige Entweichungen aus dem Maßregelvollzug mit z.T. großem medialem Echo. Ohne hier noch einmal auf die Einzelheiten dieser Vorfälle eingehen zu wollen, weist die Kommission mit Nachdruck auf folgendes hin:

Besonders unter den gem. § 64 StGB Untergebrachten finden sich vermehrt jüngere Patienten, die sich auf Grund erheblicher Sozialisationsdefizite und nicht selten dissozialer Persönlichkeitsstörungen sehr schwer tun, sich auf das therapeutische Angebot einzulassen und insbesondere eine ausreichend stabile und tragfähige Beziehung herzustellen. Hieraus resultiert auch die hohe Zahl von Erledigungen der Maßregel gem. § 64 StGB wegen Aussichtslosigkeit von über 50 % der Entlassungen. Um insbesondere diesen Personenkreis zur Mitarbeit zu bewegen und davon abzuhalten zu entweichen, bedarf es in erster Linie nicht immer höherer Mauern und Zäune, sondern einer intensiven Beziehungsarbeit. Diese kann wiederum nur durch eine ausreichende Zahl von qualifizierten Mitarbeitern geleistet werden. Tatsächlich aber war die Personalausstattung in den Maßregelvollzugseinrichtungen im Berichtsjahr wie in den Vorjahren unzureichend. Insbesondere in den privatisierten Häusern lag diese in manchen Monaten bei unter 90 % der Anhaltszahlen für die Personalbemessung.

Es ist daher außerordentlich zu begrüßen, dass mit der Verabschiedung des Haushalts 2015 durch den Landtag eine Personalverstärkung von 47 Vollzeiteinheiten (VZE) für den Maßregelvollzug erfolgte. Von diesen Stellen werden 26 VZE zur Verstärkung der Landesbediensteten in den Maßregelvollzugseinrichtungen der beliebigen Krankenträger verwendet und 21 VZE dienen der Verbesserung der Personalausstattung in den Behandlungsbereichen nach § 64 StGB des MRVZN Moringen, Brauel und Bad Rehburg. Die entsprechende Mittelzuweisung erfolgte bereits im Januar 2015 und mit der Personalgewinnung wurde begonnen.

In diesem Zusammenhang weist die Kommission darauf hin, dass Grundlage jeder Behandlung neben ausreichendem Personal ein Behandlungskonzept sein muss. Hier hat die Kommission in den besuchten Kliniken große Unterschiede insbesondere bezüglich der nach § 64 StGB untergebrachten d. h. suchtkranken Patienten feststellen müssen, z.B. bei der Art und Weise wie auf Rückfälle der Patienten reagiert wird. Diese Unterschiede können die Mitglieder der Kommission und hier besonders die Mitglieder, die selbst therapeutisch arbeiten, oftmals nicht nachvollziehen.

Hier sieht die Kommission die dringende Notwendigkeit für ein einheitliches Behandlungskonzept. Das MS – das Fachreferat - hat insoweit mitgeteilt, dass beabsichtigt ist, zunächst einen Austausch zwischen den drei Einrichtungen des Vollzugs der Maßregel nach § 64 StGB für Drogenabhängige

(Moringen, Brauel und Lüneburg) zu initiieren, um so die Voraussetzungen und Inhalte für einheitliche Behandlungsleitlinien zu sondieren. Die Kommission wird diesen Prozess aufmerksam verfolgen.

Trotz zahlreicher Baumaßnahmen in den einzelnen Kliniken waren auch im Berichtsjahr vielerorts noch erhebliche Mängel in der Bauunterhaltung und Instandsetzung festzustellen. Insbesondere die privaten Träger kommen ihren vertraglichen Verpflichtungen teilweise nur sehr zögerlich nach. Insgesamt sieht die Kommission aber das Land hier auf einem guten Weg.

Die Kommission erinnert bezüglich der Personalbemessung und der baulichen Mängel mit Nachdruck an die bereits in den Jahresberichten der vergangenen Jahre zitierte Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 18.01.2012 – 2 BvR 133/10 - . Danach ist durch die öffentliche Hand sicherzustellen, dass in den Maßregelvollzugseinrichtungen jederzeit die zur ordnungsgemäßen Durchführung des Maßregelvollzugs erforderlichen personellen, sachlichen, baulichen und organisatorischen Voraussetzungen gegeben sind. Eine Auslieferung der Vollzugsaufgaben an Kräfte und Interessen des privatwirtschaftlichen Wettbewerbs, die, beispielsweise in Bezug auf Verweildauer des Untergebrachten und Senkung von Behandlungs- und Betreuungskosten, den gesetzlichen Vollzugszielen und der Wahrung der Rechte des Untergebrachten systemisch zuwiderlaufen können, darf nicht stattfinden.

Beispielhaft sollen hier die Kliniken für forensische Psychiatrie im Bereich Hildesheim und im Bereich Bad Zwischenahn genannt werden.

Kritisch zu begleiten ist weiterhin die Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie im Bereich Hildesheim.

Bei 72 Planbetten war die Klinik am 01.11.2014 mit 81 Patienten einschließlich 17 externer Probewohner belegt. Die Personalausstattung hatte sich einhergehend mit einer Reduzierung der Belegung verbessert und lag im Oktober bei 100,70% der Anhaltszahlen zuzüglich 3 Landesbediensteter im Krankenpflagedienst. Der Träger sieht allerdings weiterhin die Mindestausstattung von 90 % der Anhaltszahlen als vertragsgemäß und ausreichend an.

Der Umbau der Station 60 in die Stationen 60 (neu) und 63 mit je elf Einzelzimmern – jeweils mit einer Nasszelle ausgestattet – ist abgeschlossen. Die Mitarbeiter berichteten von einem deutlich verbesserten Stationsklima. Es ist auf den Stationen ruhiger geworden und es kommt weniger zu Konflikten mit und unter den Patienten. Die Station 64 mit 18 Planbetten befindet sich weiterhin in dem bekannten desolaten und für die längerfristig dort untergebrachten Patienten nicht mehr zumutbaren baulichen Zustand. Auch die Ausstattung der Station ist dürftig und die Einrichtungsgegenstände sind abgenutzt. Insbesondere auf Grund der erheblichen baulichen Mängel soll die Station nach einer Vereinbarung zwischen dem MS und dem Träger im April 2015 geschlossen werden, um eine Generalsanierung und sicherheitstechnische Nachrüstung vorzunehmen. Der Forensik wird als Ausweichquartier bis auf weiteres die Station 84 der Klinik zur Verfügung gestellt, die zuvor durch den Träger und auf seine Kosten durch diverse Baumaßnahmen zu sichern ist.

Positive Tendenzen zeigten sich in der Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie im Bereich Bad Zwischenahn.

Bei 97 Planbetten war die Klinik am Besuchstag dem 09.03.2014 mit 115 Patienten einschließlich 26 externer Probewohner belegt. Die Personalausstattung schwankte zwischen 91,61 % (Januar) und 96,55% (September) der Anhaltszahlen, jeweils zuzüglich 3 Landesbediensteter im Krankenpflegedienst.

Der Bau der Abteilung für die Behandlung und Sicherung von jugendlichen und heranwachsenden Untergebrachten wurde im Mai 2014 mit den Erdarbeiten begonnen. Der Baubeginn hatte sich insbesondere durch die europaweite Ausschreibung verzögert. Mit der Inbetriebnahme von zwei der insgesamt vier Stationen ist Anfang 2016 zu rechnen. Es ist beabsichtigt, in dieser Abteilung als therapeutische Mitarbeiter ausschließlich Landesbedienstete zu beschäftigen. Die Einstellung dieser Mitarbeiter soll drei Monate vor der Inbetriebnahme erfolgen. Auf der Aufnahmestation F4 werden durch Umbaumaßnahmen vier Einzelzimmer geschaffen. Mit der Fertigstellung ist im Jahr 2015 zu rechnen.

Die Klinik weist eine hohe Patientenzufriedenheit auf. Das therapeutische Angebot ist ausreichend bis gut. Besonders hervorzuheben ist die ansprechende und gute Ausgestaltung der Räume.

MRVZ Moringen „Festes Haus“ - Die Situation im Altbau ist unverändert. Für den Neubau wurde das Richtfest am 10.07.2014 gefeiert. Die Inbetriebnahme ist für November 2015 geplant. Das Land kommt damit einer schon vor Jahren erhobenen Forderung des PA nach, im „Festen Haus“ vor allem aus räumlichen und strukturellen Gründen (Gefängnischarakter) keine Patienten mehr unterzubringen.

13. Ausblicke

Weltweit hat in den letzten 20 Jahren die Bedeutung psychischer Erkrankungen zugenommen.

Es sind nicht die schweren klassischen psychiatrischen Erkrankungen, die zunehmen. Anwachsend ist die Anzahl von Menschen mit Erschöpfungssyndromen, Angststörungen oder psychischen Reaktionen auf Unsicherheit, erhöhte Anforderungen, fehlenden familiären Zusammenhalt, Orientierungslosigkeit, gesellschaftliche Veränderungen, höheres Alter oder Migration.

Eine besondere Herausforderung stellt die zukünftige Versorgung einer wachsenden Anzahl von Menschen mit dementiellen Erkrankungen dar, denen ein Leben in ihrer häuslichen Umgebung so lange wie möglich erhalten werden soll.

Psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit kann nur dann im Sinne der Betroffenen gestaltet werden, wenn die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems dem nicht entgegenstehen.

Zu den zentralen Aufgaben der Politik gehört daher die Gestaltung eines Rahmens, in dem sich eine Gesundheitsökonomie entfalten kann, die sich an den Bedürfnissen Betroffener ausrichtet und psychische Gesundheit als etwas begreift, auf das jedes Mitglied eines Gemeinwesens einen Anspruch hat.

Eine Ökonomisierung des Versorgungssystems, welches dem Primat der Gewinnorientierung unterliegt, bedarf der Kontrolle und der Korrektur, einer kritischen Begleitung und Aufsicht, um Versorgung nach den Bedürfnissen der Betroffenen zu orientieren und nicht vorwiegend an der Interessenlage von Kapitalgebern.

Psychische Erkrankungen führen zu Exklusion. Nach wie vor leiden Betroffene unter der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen, verschweigen ihr Leid und suchen Hilfe oft sehr spät. Aufklärung, Prävention - Entstigmatisierung - sind zu fördern. Die Landesregierung sollte Aktivitäten in dieser Richtung fördern, initiieren bzw. begleiten. Aufklärung sollte bereits Bestandteil des Schulstoffes sein.

Zu den schwächsten Gliedern unserer Gesellschaft gehören Menschen, die ohne Unterstützung, Betreuung oder Pflege nicht mehr in der Lage sind, sich ausreichend selbst zu versorgen und ein Leben in Autonomie zu führen. Vordringliche Aufgabe sollte es hier sein, das ambulante Versorgungssystem auszubauen. Bei der Notwendigkeit einer Unterbringung in einer Einrichtung sollte der Aspekt der „Wiedereingliederung“, die Rückkehr in die Gemeinde, in eine eigene Wohnung verfolgt werden.

Kritisch ist der in Niedersachsen stattfindende Ausbau von Heimeinrichtungen für psychisch erkrankte Menschen anzusehen, der dazu führt, dass hierzulande zunehmend Betroffene auch aus anderen Bundesländern untergebracht werden. Das Ziel einer gemeindenahen, bzw. wohnortzentrierten Versorgung wird hier eher konterkariert. Insbesondere ist der weitere Aufbau geschlossener Unterbringungskapazitäten zu begrenzen.

Die Chancen auf eine Wiedereingliederung werden durch die Wohnortferne erschwert, entsprechende Bemühungen finden dann oft kaum noch statt. Ohne ihr vertrautes Umfeld geraten diese Menschen häufiger in Krisen, die dann klinisch stationär vor Ort behandelt werden müssen.

Die Ausweitung des Angebotes von Heimplätzen, die über den regionalen Bedarf hinausgeht, dürfte auch für die Betreiber keinen Anreiz setzen, ihre Bewohner zu einem mehr an Eigenständigkeit anzuleiten und aktiv Wiedereingliederungsprozesse zu gestalten.

Die Anforderungen an Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in psychiatrischen Einrichtungen sind hoch. Sie müssen verantwortlich mit den ihnen anvertrauten Patienten und Patientinnen umgehen können, die ihnen einerseits oft hilf- und ratlos ausgeliefert sind, die andererseits aber auch schwierig, fordernd, erfüllt von destruktiven Impulsen, sein können.

Um motiviert ihrer Arbeit nachgehen zu können, benötigen gerade auch sie Rückhalt und Fürsorge durch ihre Arbeitgeber, ein angemessenes Einkommen, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie und Qualifizierungsmöglichkeiten.

2014 kam es in den Kliniken Hildesheim und Osnabrück zu Streikmaßnahmen seitens der pflegerischen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, nachdem ein Teil der Pflegekräfte in eine konzerneigene Leiharbeitsfirma überführt worden war und nun ihre Tätigkeit für eine deutlich geringere Entlohnung weiterführen durften. Dass derartige Maßnahmen nicht gerade motivieren oder der Qualitätsverbesserung dienen, liegt auf der Hand.

Auch an anderen Orten erreichten die BK Klagen von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen über sich verschlechternde Arbeitsbedingungen, Personalknappheit und Personaleinsparungen. Sie trafen auf verunsicherte Mitarbeiter, denen unter Androhung von Abmahnungen untersagt worden war, weitergehende Auskünfte zu erteilen.

Derartige Praktiken sollten nicht weiter Schule machen, auch hierfür stehen PA und die BK.

Die Entwicklung des psychiatrischen Versorgungsangebotes ist vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen zu sehen. Schon jetzt fällt es vielen Kliniken, Sozialpsychiatrischen Diensten schwer, ihre Arzt-, Sozialarbeiter- und Psychologenstellen zu besetzen und qualifiziertes Pflegepersonal zu finden. Niedergelassene Nervenärzte und Psychiater in ländlichen Regionen finden oft keine Nachfolger für ihre Praxen.

Verstärkt werden müssen die Anstrengungen in die Ausbildung von psychiatrisch qualifiziertem Fachpersonal. Unter den Sparvorgaben der letzten Jahre haben Kliniken und Einrichtungen teilweise ihre Ausbildungskapazitäten zurückgefahren. Es mangelt nicht an Studienbewerber für die Fächer Sozialpädagogik, Psychologie und Medizin, es mangelt an zur Verfügung gestellten Studienplätzen.

14. Schlussbemerkung

Die erfolgreiche Arbeit des PA und der BK wird erst möglich durch die hohe Bereitschaft zu ehrenamtlichem Einsatz ihrer Mitglieder, sowie die Heterogenität und die damit verbundene „Multidisziplinarität“ ihrer Mitglieder, die verschiedene Kenntnisse, Erfahrungen und Blickwinkel vereint.

Nachhaltige Verbesserungen und Einflussnahmen sind häufig nur durch beharrlichen Druck auf die zuständigen Behörden und auf die Einrichtungen selbst zu erreichen. Eine wichtige Funktion bleibt die Beratung der Politik, damit Versorgungsqualität und Patientenrechte auch in die Gesetzgebung eingehen können.

Die Arbeit des PA und der BK stehen für gesellschaftliche Verantwortungsübernahme, offenen Austausch, Transparenz, Öffentlichkeit, Kontrolle und kritische Begleitung - ein Stück gelebte Demokratie. Sie ist damit ein wichtiges Instrument zur Weiterentwicklung und Verankerung der Psychiatrie und Psychotherapie in der Gesellschaft. Sie dient den Mitmenschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung oder Behinderung zu den schwächsten und schutzbedürftigsten Mitgliedern unserer Gesellschaft zählen.

Hannover am 17.5.2015

Dr. med. Norbert Mayer-Amberg

Personelle Zusammensetzung Ausschuss und Besuchskommissionen Anhang

Mitglieder des Ausschusses	Stellvertretende Mitglieder
Dr. med. Norbert Mayer-Amberg Vorsitzender Hannover	Dr. Ralph-Patrick Beigel Hannover
Andreas Landmann Stv. Vorsitzender Stadthagen	Nicole Nordlohne Vechta
Sylvia Bruns (MdL) Hannover	Björn Försterling (MdL) Wolfenbüttel
Christian Harig Hannover	Karin Aumann Hannover
Wolfgang Herzog Helmstedt	Dr. phil. Dagmar Schlaeit-Beck Göttingen
Matthias Koller Göttingen	Eva Moll-Vogel Hannover
Andreas Kretschmar Hannover	Gertrud Corman-Bergau Hannover
Volker Meyer (MdL) Bassum	Annette Schwarz (MdL) Delmenhorst
Dr. med. Joachim Niemeyer Königsutter	Dr. med. Thorsten Sueße Hannover
Dr. med. Christos Pantazis (MdL) Braunschweig	Marco Brunotte (MdL) Langenhagen
Thomas Schremmer (MdL) Hannover	Miriam Staudte (MdL) Echem
Rose-Marie Seelhorst Barsinghausen	Edo Tholen Oldenburg
Prof. Dr. med. Andreas Spengler Wunstorf	Prof. Dr. med. Marc Ziegenbein Wunstorf
Dr. med. Patrizio-Michael Tonassi Hannover	Anke Biering Laatzen
Claus Winterhoff Lüneburg	Anke Scholz Wolfsburg
Josef Wolking Vechta	Bernd Mehler Wilhelmshaven

Besuchskommission für das Gebiet Braunschweig

Anhang

Regionale Zuständigkeit: kreisfreie Städte Braunschweig, Salzgitter und Wolfsburg, Landkreise Gifhorn, Göttingen, Goslar, Helmstedt, Northeim, Osterode am Harz, Peine und Wolfenbüttel

Herr Jörn Heinecke, Vorsitzender
Herr Dr. Klaus-Peter Frentrup, stellvertretender Vorsitzender
Frau Beate Andreseck
Frau Ursula Bergemann
Herr Ulrich Bernhofen
Frau Dr. Jutta Bernick
Herr Andreas Day
Frau Dr. Gabriele Grabowski
Herr Wolfgang Herzog
Frau Andrea Jostschulze
Frau Frauke Klinge
Frau Dr. Henrike Krause-Hünerjäger
Herr Rolf Schee
Frau Tilla Scheffer-Gassel
Frau Anke Scholz

Besuchskommission für das Gebiet Hannover

Regionale Zuständigkeit: Region Hannover, Landkreise Diepholz, Hameln-Pyrmont, Hildesheim, Holzminden, Nienburg und Schaumburg

Frau Eva Moll-Vogel, Vorsitzende
Herr Andreas Landmann, stellvertretender Vorsitzender
Herr Dr. Roger Breyer
Frau Doris Dixon – Tegeder
Herr Christian Harig
Frau Ursula Helmhold
Herr Klaus Kapels
Frau Barbara Langer
Frau Annette Loer
Frau Ute Müller-Nobiling
Frau Rose-Marie Seelhorst
Herr Dr. Christian Tettenborn
Herr Reinhard Türnau
Herr PD Dr. Dr. Felix Wedegärtner

Besuchskommission für das Gebiet Lüneburg

Regionale Zuständigkeit: Landkreise Celle, Cuxhaven, Harburg, Lüchow-Dannenberg, Lüneburg, Osterholz, Rotenburg, Soltau-Fallingb., Stade, Uelzen und Verden

Herr Dr. Guenter Lurz, Vorsitzender
Herr Claus Winterhoff, stellvertretender Vorsitzender
Herr Wolfram Beins
Herr Arne Both
Herr Bernd Dannheisig
Frau Elisabeth Eickmeyer
Frau Sibylle Gruhl
Herr Alfred Hangebrauck
Herr Uwe Hollmann
Frau Doris Kast
Herr Marco Kieckhöfel
Herr Hartmut Nagel
Frau Dr. Reinhild Schulze
Herr Ralf Tritthardt

Besuchskommission für das Gebiet Weser-Ems /Nord

Anhang

Regionale Zuständigkeit: kreisfreie Städte Delmenhorst, Emden, Oldenburg und Wilhelmshaven, Landkreise Ammerland, Aurich, Friesland, Leer, Oldenburg, Wesermarsch und Wittmund

Herr Rüdiger Bangen, Vorsitzender
Herr Otto Hüfken, stellvertretender Vorsitzender
Herr Dr. Filip Caby
Herr Johann Dirks
Frau Sylke Grübener
Frau Nina Hofmann
Frau Kristina Kendzia
Herr Dr. Ralf Korczak
Frau Vera Kropp
Herr Bernd Mehler
Frau Dr. Agneta Paul
Herr Edo Tholen
Frau Dr. Ina Valentiner

Besuchskommission für das Gebiet Weser-Ems /Süd

Regionale Zuständigkeit: kreisfreie Stadt Osnabrück, Landkreise Cloppenburg, Emsland, Grafschaft Bentheim, Osnabrück und Vechta

Herr Josef Book, Vorsitzender
Frau Petra Garbe, stellvertretende Vorsitzende
Frau Dr. Annette Abendroth
Herr Aloys Bölle
Herr Georg Harms-Ensink
Herr Jürgen Heinke
Herr Marc Humpohl
Frau Marie-Luise Konersmann
Herr Dirk Rohde
Herr Volker Vößing
Herr Josef Wolking

Besondere Besuchskommission für den Maßregelvollzug

Landesweite Zuständigkeit: Forensische Kliniken

Frau Petra Wycisk, Vorsitzende
Herr Dr. Mohammad-Z. Hasan, stellvertretender Vorsitzender
Frau Rita Beuke
Herr Matthias Eckel
Frau Jutta Eichhorst
Herr Volker Gutzeit
Frau Cornelia Heberle
Herr Franz Kandulski
Herr Matthias Koller
Herr Dr. Jürgen Lotze
Herr Dieter Nannen
Frau Angela Neßelhut
Herr Friedrich Schwenger
Frau Ulrike Schunck
Herr Prof. Dr. Andreas Spengler
Herr Dr. Ulrich Terbrack