

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

32. Tätigkeitsbericht (2016)



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

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

32. Tätigkeitsbericht (2016)

Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Niedersachsen (Psychiatrieausschuss) berichtet gemäß § 30 Abs. 7 des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) einmal jährlich dem Niedersächsischen Landtag und dem zuständigen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Sozialministerium).

Der Bericht wurde am 10.05.2017 im Psychiatrieausschuss ausführlich beraten und beschlossen und wird dem Herrn Landtagspräsidenten und dem Sozialministerium zugeleitet. Er wird durch den Landtagspräsidenten veröffentlicht.

Dem Nds. Landtag werden darüber hinaus im nichtöffentlichen Teil des Berichtes Feststellungen der Besuchskommissionen für das Jahr 2016 vorgelegt, welche der Psychiatrieausschuss zuvor zustimmend zur Kenntnis genommen hat.

1. Grundlagen der Arbeit des Psychiatrieausschusses und der Besuchskommissionen

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

Die Tätigkeit der Besuchskommissionen umfasst Gespräche mit Betroffenen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der aufgesuchten Einrichtungen, die Beratung und kritische Rückmeldung 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 Besuchskommissionen legen jeweils selbst fest, nach welchen Prioritäten Einrichtungen aufgesucht werden. Dabei werden auch Hinweise von Patienten, Mitarbeitern/-innen und Angehörigen aufgegriffen.

In der Regel finden Besuche nach vorheriger Anmeldung statt. Es werden bei Bedarf jedoch auch unangemeldete Besuche durchgeführt aus sich ergebenden Anlässen, z. B. nach Beschwerden.

Die multiprofessionelle Besetzung der Besuchskommissionen bei Einrichtungsbesuchen führt zu vielschichtigen Fragestellungen, lenkt die Aufmerksamkeit auf die unterschiedlichsten Aspekte und lässt so eine komplexe Beurteilung einer Einrichtung entstehen.

Die rechtlichen Grundlagen für die ehrenamtliche Arbeit des Psychiaterausschusses und der Besuchskommissionen finden sich vor allem in § 30 NPsychKG und der Verordnung über Gremien für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung (GremienVO).

Zur Erfüllung seiner Aufgaben stehen dem Psychiaterausschuss sechs Besuchskommissionen - fünf regionale und bisher eine besondere, landesweit tätige für den Maßregelvollzug - zur Seite.

Eine weitere Besuchskommission für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie wird eingerichtet. Nachdem eine dafür notwendige Änderung der Gremienverordnung verabschiedet worden war, konnte 2016 begonnen werden, Vorbereitungen für die Berufung der Mitglieder in diese Kommission zu treffen.

Die Besuchskommissionen haben einmal jährlich Krankenhäuser und Einrichtungen wie bspw. Heime, Altenheime, Sozialpsychiatrischen Dienste aber auch Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, die den von § 1 Nr. 1 NPsychKG erfassten Personenkreis betreuen zu besuchen. In der praktischen Umsetzung ist diese Vorgabe vor allem bei Heimen gemessen an der Zahl der zu besuchenden Einrichtungen allerdings nur sehr bedingt umsetzbar.

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

In den vier jährlichen Sitzungen des Psychiaterausschusses werden die Ergebnisse der Besuchskommissionen dargestellt. Im Kontext der Arbeit auffällige Problemsituationen werden

diskutiert. Darüber hinaus befasst sich der Psychiatrieausschuss mit Aspekten der Versorgungsstruktur von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

2. Die Arbeit der Besuchskommissionen im Berichtsjahr 2016

Die Besuchskommissionen sahen sich auch 2016 mit wenigen recht kritischen Fällen konfrontiert, bei denen die Einschaltung der Behörden und eine direkte Mängelrüge gegen die Träger notwendig erschienen.

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, bei denen Rechtsverletzungen oder Qualitätsmängel personengebunden zu beanstanden waren.

Der Trend der Vorjahre, dass vermehrt Mitarbeiter von Einrichtungen, Betroffene und Angehörige sich an die Besuchskommissionen wenden, hält an.

Während vielerorts in den besuchten Kliniken durchaus Fortschritte bei der Verbesserung der baulichen Situation zu erkennen waren, bleiben die Tendenzen zur Verschlechterung der personellen Ausstattung bei etlichen Häusern bestehen.

Sorge bereitet insbesondere die Strategie privatwirtschaftlicher Einrichtungsbetreiber, neue Pflegekräfte über eine Beschäftigungsgesellschaft zu ungünstigeren Gehältern und Bedingungen einzustellen. Dies führt unter den Bediensteten zu einer unterschiedlichen Entlohnung bei gleicher Arbeit, damit verbunden zu Konflikten, einer erhöhten Fluktuation und Unzufriedenheit.

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

An mehreren Häusern setzen sich die Schwierigkeiten fort, geeignete Ärzte zu gewinnen. Dies trifft auch auf Einrichtungen des Maßregelvollzuges zu.

Die Kombination aus Personalmangel und Überbelegung, verbunden mit einem unzureichenden therapeutischen Angebot, mangelnder Verfügbarkeit von Ärzten, Sozialarbeitern und Ergotherapeuten und fehlenden Konzepten zu einer Überleitung in die Entlassung in ein häusliches Umfeld und eine ambulante Behandlung, steht einem gelingenden Heilungs- und Reintegrationsprozess entgegen.

Die Versorgungssituation in etwa einem Viertel der besuchten Heimeinrichtungen war 2016 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. Im Vergleich zu den Vorjahren zeigt sich jedoch eine positive Tendenz.

3. Aus der Arbeit des Psychiatrieausschusses

Wie auch in den Vorjahren kam der Psychiatrieausschuss und seine Besuchskommissionen seinem Auftrag, sich für die Qualität und die Rechtssicherheit in der niedersächsischen psychiatrischen Versorgung einzusetzen, mit hohem Engagement nach.

Die turnusmäßigen Sitzungen des Psychiatrieausschusses fanden am 02.03., 18.05., 31.08. und am 30.11.2016 statt.

Zusätzlich fand, wie in jedem Jahr, eine längere Besprechung des Vorsitzenden mit den Vorsitzenden der Besuchskommissionen statt, zu der auch Vertreter des Sozialministeriums eingeladen waren.

Am 08.12.2016 erfolgte die Vorstellung des Ausschussberichtes für das Jahr 2015 gegenüber den Abgeordneten des Sozialausschusses des Nds. Landtages.

4. Schwerpunktthemen 2016

4.1. Zwangsmaßnahmen

In den Sitzungen des Psychiatrieausschusses wurde, wie auch schon in den Vorjahren, regelmäßig die dringende Notwendigkeit angemahnt, das NPsychKG zu novellieren.

Nachdem die darin enthaltenen Bestimmungen zur Zwangsbehandlung als nicht mehr verfassungskonform betrachtet werden mussten, bestand als Folge über Jahre eine Rechtsunsicherheit in den psychiatrischen Krankenhäusern und Einrichtungen des Maßregelvollzuges. Es entstanden zum Teil erhebliche Probleme bei Patienten, die sich einer wirkungsvollen Therapie entziehen und damit lediglich verwahrt werden konnten, medikamentös unbehandelt blieben, sich klinisch massiv verschlechterten, sonstigen Sicherungsmaßnahmen unterlagen, keine Lockerungsperspektiven entwickeln konnten, geschweige denn ohne entsprechende Behandlung auf eine Entlassung aus dem Maßregelvollzug hinarbeiten konnten.

Der Gesetzesentwurf zur Novellierung des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes (Nds.MVollzG) war am 12.05.2015 vom Nds. Landtag beschlossen und am 21.05.2015 im Gesetz-

und Verordnungsblatt (Nds. GVBl. S.82) veröffentlicht worden. In den Einrichtungen des Maßregelvollzuges wurde dies positiv aufgenommen.

Ende 2016 befand sich der Gesetzentwurf zur Änderung des NPsychKG nach wie vor in der Verbandsanhörung.

Bedauerlicherweise ist das Ziel, die Gesetzesänderung noch in dieser Legislaturperiode zu verabschieden, nicht zu erreichen.

Ziel muss es bleiben, Zwangseinweisungen und zwangsweise Zurückhaltungen, medikamentöse Zwangsbehandlungen und Fixierungen sowie sonstige Freiheitsbeschränkungen insgesamt auf ein nicht vermeidbares Minimum zu beschränken und wo immer möglich, weiter zu reduzieren. Wie auch auf der Bundesebene diskutiert wird, sollten Zwangsmaßnahmen einer Meldepflicht unterliegen. Die systematische Erfassung ließe Einrichtungsvergleiche zu, erzeugte in den betroffenen Einrichtungen eine zusätzliche kritische Auseinandersetzung mit der Anwendung von Zwang und schaffte so auch eine Hürde zu deren Anwendung.

Der Ausschuss wird sich im Jahr 2017 weiter mit dem Thema befassen.

4.2. Landespsychiatrieplan Niedersachsen

Die Landesregierung hatte sich im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien der 17. Wahlperiode des Nds. Landtags zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung verpflichtet, einen Landespsychiatrieplan unter Mitwirkung des Landesfachbeirats Psychiatrie und des Psychiatrieausschuss vorzulegen. Zusätzlich war eine Fachkommission einberufen worden, die sich aus Vertretern verschiedener mit der Betreuung psychisch erkrankter Menschen befassten Berufsgruppen, Angehörigen und Betroffenen zusammensetzte.

Am 30.05.2016 wurde der Landespsychiatrieplan im Rahmen einer Veranstaltung in der Akademie des Sports in Hannover öffentlich vorgestellt.

Mitarbeiter der Beratungsfirma Ceus Consulting /FOGS hatten 2014 und 2015 regelmäßig als Gäste an den Sitzungen des Psychiatrieausschusses teilgenommen.

Über einen Zeitraum von mehr als 2 Jahren waren die Mitarbeiter der Beratungsfirma Herr Prof. Schmidt, Frau Schu und Herr Dr. Jaschke im Land unterwegs, führten unzählige Gespräche, sammelten Daten, nahmen an Sitzungen teil, diskutierten, werteten aus und formulierten einen über 200 Seiten starken Bericht.

16mal hatte auch die Fachkommission getagt und diskutiert.

Der vorgelegte Landespsychiatrieplan umfasst eine sehr ausführliche Bestandsanalyse der Versorgungsstruktur in Niedersachsen mit ihren Stärken und Schwächen, die Beschreibung von Kernaufgaben und Funktionen der Psychiatrie und ihrer Teilgebiete, die Herausarbeitung ethisch-fachlicher Leitlinien für die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen, die Darstellung der

Rahmenbedingungen und Herausforderungen psychiatrischen Arbeitens in den nächsten Jahren, Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Hilfesystems und die Skizzierung von Handlungsfeldern und Entwicklungsprojekten für die nächsten 10-15 Jahre.

Entwicklungsprozesse benötigen Vorgaben, einen Rahmen, eine Orientierung auf Ziele und Räume, in denen sich Neues entfalten und ausprobiert werden kann, engagierte, verantwortliche Akteure und eine Politik, die entsprechende Rahmenbedingungen finanzieller und rechtlicher Art garantiert.

Niedersachsen weist als Flächenland sehr heterogene Gebiete und Regionen auf: Starke Regionen, wie die Bereiche um die Großstädte, strukturschwächere Gebiete wie im Nordosten, Ostfriesland und Südniedersachsen. Regionen mit einem absehbarem Bevölkerungsschwund und einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung und Regionen mit einem hochrechenbaren Bevölkerungszuwachs. Für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung bedeutet dies, bedarfsgerechte Lösungen zu finden, die den örtlichen Gegebenheiten Rechnung tragen.

4.3. Rechtliche Auseinandersetzungen - der Streit um Betretensrechte in Heimeinrichtungen

Es ist grundsätzlich möglich, Klageverfahren gegen den Psychiatrieausschuss und dessen Besuchskommissionen 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.

Klagen einzelner, in der Regel privater Heimbetreiber, gegen die Besuchstätigkeit der Kommissionen in Pflegeheimen, waren in der Vergangenheit jedoch nicht erfolgreich. 2016 kam es zu keinen neuen Klagen.

Zu einer Zutrittsverweigerung kam es 2016 einmal. Der Besuchskommission für das Gebiet Braunschweig wurde der Zutritt zu einer Heimeinrichtung verwehrt.

Es bleibt hervorzuheben, dass angesichts der Schwierigkeiten für die Besuchskommissionen, bestimmte Einrichtungen zu besuchen, in die Novellierung des NPsychKG ein ausdrücklich gesetzlich geregeltes Besuchs- und Betretensrecht aufgenommen werden sollte. Darüber hinaus soll der Kreis der zu besuchenden Einrichtungen noch einmal genauer konkretisiert werden.

4.4. Aktuelle Entwicklung der Versorgung suchtkranker Menschen

In der Sitzung am 31.08.2016 wurden aktuelle Aspekte in der Behandlung suchtkranker Menschen diskutiert.

Seit 2010 sind in diesem Bereich die Anträge auf eine medizinische Rehabilitation deutlich rückläufig. Dies betrifft den stationären wie den ambulanten Bereich gleichermaßen und ist im Indikationsbereich Alkohol am stärksten ausgeprägt. Dies korrespondiert jedoch keinesfalls mit einer Abnahme an Suchterkrankungen.

Möglicher Grund könnte eine Verlagerung der Behandlung in andere Sektoren sein.

Außerdem haben psychiatrische Kliniken ihre Angebote zur Behandlung von suchterkrankten Menschen deutlich ausgeweitet. Andererseits findet sich eine Zunahme medikamentöser Behandlungen vorrangig auf Privatrezeptbasis durch Hausärzte.

Arbeitgeber sehen eine Inanspruchnahme von medizinischer Rehabilitation zunehmend negativ.

5. Die Arbeit der Besuchskommissionen im Einzelnen

Im Folgenden wird die Arbeit der einzelnen Besuchskommissionen dargestellt. Im Kontext ihrer 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 132 Einrichtungen – bspw. Kliniken, Sozialpsychiatrische Dienste, Heimeinrichtungen - aufgesucht.

Der Trend der Vorjahre, dass sich vermehrt Mitarbeiter von Einrichtungen, Betroffene und Angehörige an die Besuchskommissionen wenden, hält an.

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

5.1. Besuchskommission für das Gebiet Weser-Ems /Nord

(Kreisfreie Städte Delmenhorst, Emden, Oldenburg und Wilhelmshaven, Landkreise Ammerland, Aurich, Friesland, Leer, Oldenburg, Wesermarsch und Wittmund)

Im Jahr 2016 wurden insgesamt 11 Sozialpsychiatrische Dienste, 2 Psychiatrische Kliniken, 1 Tagesstätte, 2 Wohnheime für Alten- und Seniorenversorgung sowie 5 Einrichtungen des betreuten Wohnens (davon 2 stationäre, 1 ambulante und 2 im Bereich der Kinder- und Jugendversorgung) besucht. Ferner wurde die Insel Langeoog sowie das Krankenhaus der Justizvollzugsanstalt Oldenburg aufgesucht. Somit fanden insgesamt 23 Einrichtungsbesuche statt.

Schwerpunkt der Tätigkeit der Besuchskommission Weser-Ems/ Nord im Jahr 2016 war der Besuch der Sozialpsychiatrischen Dienste.

Insgesamt wurden alle Sozialpsychiatrischen Dienste im Zuständigkeitsbereich der Besuchskommission Weser Ems /Nord aufgesucht, im Einzelnen die Sozialpsychiatrischen Dienste Stadt Delmenhorst, Landkreis Wesermarsch, Landkreis Oldenburg, Stadt Oldenburg, Landkreis Ammerland, Landkreis Friesland, Stadt Wilhelmshaven, Landkreis Wittmund, Landkreis Leer, Stadt Emden und Landkreis Aurich.

Ziel war es, sich ein Bild darüber zu machen, inwieweit der Sozialpsychiatrische Dienst in die kommunalen Strukturen eingebunden wird und wie die jeweilige Kommune im Umgang mit der Prüfung der Voraussetzung der Eingliederungshilfe im Einzelfall umgeht. Zentrale Frage hierbei war, inwiefern die Aufgabenstellungen nach NPsychKG im übertragenen Wirkungskreis von denjenigen der Kommune im eigenen Wirkungskreis getrennt werden.

Zusammenfassend ergab sich folgendes:

In Bezug auf die Aufgabenstellung gemäß NPsychKG finden sich lediglich zwei Sozialpsychiatrische Dienste, deren Tätigkeit vollständig getrennt von den Aufgabenstellungen nach dem Niedersächsischen Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGÖGD) ist. Eine Aufgabenvermischung der übertragenden Aufgaben des NPsychKG mit denjenigen des eigenen Wirkungskreises findet weder in dem Sozialpsychiatrischen Dienst Emden noch in dem Sozialpsychiatrischen Dienst Delmenhorst statt.

Die organisatorische Trennung der Gesundheitsämter und der Sozialpsychiatrischen Dienste in räumlicher Hinsicht wie auch beim Posteingang gibt es nur im Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Emden.

Die gemäß NPsychKG geforderte fachärztliche Besetzung im Rahmen der Leitung dieser Dienste findet sich in lediglich 5 der 11 Sozialpsychiatrischen Dienste wieder.

In 4 von diesen 5 Diensten übernimmt die Leitung der Sozialpsychiatrischen Dienste auch Aufgabenstellungen im Rahmen des Ärztlichen Dienstes (Stadt Oldenburg, Landkreis Ammerland, Landkreis Aurich, Landkreis Leer).

In der Stadt Wilhelmshaven und im Landkreis Wesermarsch stehen die Sozialpsychiatrischen Dienste unter Allgemeinmedizinischer Leitung, im Landkreis Wesermarsch ist die Leiterin gleichzeitig als stellvertretende Amtsärztin tätig.

Im Landkreis Oldenburg übernimmt der Amtsarzt mangels geeigneter Bewerber für die Stelle auch die Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Zum Zeitpunkt des Besuches waren die Leitungsstellen der Sozialpsychiatrischen Dienste im Landkreis Wittmund sowie im Landkreis Friesland nicht besetzt, die Aufgabenstellung wurde in geringem Umfang durch eine auf Honorarbasis tätige langjährig berentete Fachärztin ausgeübt.

Bei den Tätigkeiten, die die Ärzte der Sozialpsychiatrischen Dienste für die jeweiligen kommunalen Trägerschaften übernehmen, handelt es sich im Wesentlichen um gutachterliche Fragestellungen im Bereich der Eingliederungshilfe, im Rahmen zivilrechtlicher Fragestellungen (u.a. Betreuungsrecht), Feststellungen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit für Jobcenter und Rentenversicherungsträger, Dienstfähigkeitsuntersuchungen nach dem Beamtenrecht, nach den Asylbewerberleistungsgesetz sowie teilweise auch in Abschiebeverfahren u.a.. Zu diesen Tätigkeiten wird in den meisten Ämtern auch das Personal des Sozialpsychiatrischen Dienstes mit in Anspruch genommen, um Sachverhalte zu klären wie z. B. die soziale Situation, der Hilfebedarf u.a.

Aus Sicht der Besuchskommission Weser-Ems /Nord ergibt sich hier eine Tätigkeitskollision zu Ungunsten des im NPsychKG avisierten Personenkreises.

Erhebungen gemäß NPsychKG werden nicht nach den dortigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen verwendet, die Entbindung von den Schweigepflicht seitens der Betroffenen sichert nicht den Grundsatz der Datensparsamkeit, dem fachärztlichen Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes wird ein Interessenkonflikt in unterschiedlichen Tätigkeitsfunktionen aufgebürdet, welcher dem Interesse der vom Sozialpsychiatrischen Dienst zu Betreuenden nicht gerecht werden kann.

Erkenntnisse aus der Tätigkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes können beliebig zu anderen Zwecken verwendet werden.

Die gemäß SGB X sicher zu stellende informationelle Gewaltenteilung im Verfahren nach dem Sozialgesetzbuch wird im Rahmen gutachtlicher Tätigkeit nicht gewährleistet. Dies gilt insbesondere für die Aufgabenstellung im eigenen Wirkungskreis der Gebietskörperschaften, im Wesentlichen für die Stellungnahme im Rahmen der Eingliederungshilfe wie auch sonstiger kommunaler Fragestellungen.

Das Wunsch- und Wahlrecht im Hinblick auf die Gutachterbestellung gemäß § 14 Abs. 5 Satz 2 SGB IX wird lediglich im Rahmen des Verfahrens bei der Stadt Emden praktiziert, in allen anderen Gebietskörperschaften werden die Betroffenen zumindest nicht auf ihre diesbezüglichen Rechte hingewiesen.

Bzgl. der Erhebung von Daten zugunsten von gutachterlichen Stellungnahmen der Sozialämter stellt die Besuchskommission fest, dass generell der Grundsatz der Sparsamkeit der Datenermittlung nicht gewährleistet scheint. Selbst wenn einige Gebietskörperschaften behaupten, diesen Grundsatz zu wahren, so stellt die Besuchskommission doch fest, dass über alle Gebietskörperschaften hinweg keine einheitlichen Regelungen in Bezug auf das Erfordernis von Angaben und Daten besteht. Als Beispiel sei hier erwähnt, dass in großem Umfang Krankheitsdaten erfasst werden, die im Rahmen der Eingliederungshilfe nicht relevant sind (vgl. hierzu die Eingliederungshilfeordnung zum SGB XII).

Diese Problematik wurde mit dem jeweiligen örtlichen Datenschutzbeauftragten erörtert und zum Teil mit Interesse verfolgt. Der Niedersächsische Landesdatenschutzbeauftragte wurde diesbezüglich seitens der Besuchskommission konsultiert, zeigte Verständnis hierfür und verwies auf das Innenministerium als Aufsichtsbehörde der Sozialämter.

Als Fazit ergibt sich aus der Sicht der Besuchskommission Weser-Ems/Nord folgendes:

Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind weitestgehend mit Aufgabenstellungen befasst, die ihnen gemäß NPsychKG nicht aufgegeben sind. Eine sachgerechte Versorgung psychisch Kranker kann unter dem Gesichtspunkt dieser Aufgabenvermengung nicht sichergestellt werden.

Aus den vorgenannten Gründen drängt sich der Besuchskommission Weser-Ems /Nord der Gedanke auf, dass die mangelnde fachärztliche Besetzung der Dienste diesen Umständen geschuldet ist

Eine Lösung dieser Probleme ist daher nur möglich, wenn eine klare Trennung zwischen den gemäß NPsychKG übertragenden Aufgaben von denjenigen der kommunalen Gebietskörperschaften sichergestellt wird. Dies könnte z.B. durch eine Einstufung der Sozialpsychiatrischen Dienste als eigenständige Dienststellen des Landes in den jeweiligen Kommunen erfolgen.

5.2. Besuchskommission für das Gebiet Weser-Ems /Süd

(Kreisfreie Stadt Osnabrück, Landkreise Cloppenburg, Emsland, Grafschaft Bentheim, Osnabrück und Vechta)

Die Besuchskommission hat im Jahr 2016 insgesamt 22 Einrichtungen besucht:

2 Sozialpsychiatrische Dienste, 7 Psychiatrische Kliniken, 2 Tagesstätten, 8 Wohnheime, 2 Einrichtungen aus dem Bereich der Jugendhilfe und eine Werkstatt für Behinderte.

Überwiegend zeigte sich bei den Einrichtungsbesuchen ein positives Bild, Zufriedenheit bei Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, Bewohnern und Bewohnerinnen. Vereinzelt waren bauliche Mängel festzustellen.

Probleme bereitet vielerorts die Rekrutierung qualifizierten Fachpersonals.

Für 2016 war insbesondere der Focus auf die Entwicklung bei den geschlossenen Einrichtungen gelegt und weiter die Entwicklung in einigen großen Einrichtungen, die im Wohn- und Baubereich nicht mehr den Anforderung der heutigen Zeit entsprechen, beobachtet worden.

Kritisch wurde die Situation im Sozialpsychiatrischen Dienst des Landkreises Vechta gesehen.

Seit 2007 ist die Stelle des ehemaligen leitenden Facharztes noch immer vakant. Auf eine Ausschreibung meldeten sich keine Bewerber. Ein Sozialpsychiatrischer Plan konnte nie fertig gestellt werden.

Der fehlende Psychiater und die Mehrarbeit durch Hilfeplankonferenzen und zunehmender Klientenkontakte können nicht kompensiert werden.

Die Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Kliniken in der Region ist verbesserungsbedürftig.

Die Ärztliche Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist mit der Vielfalt der Aufgaben mehr als ausgelastet.

Aus Sicht der Besuchskommission bedarf es dringend einer Leitung durch einen Psychiater.

Einen ungepflegten und abgenutzten Eindruck machte ein Wohnheim in Osnabrück.

Die Möbel verwohnt; der Reinigungszustand der sanitären Räume und Gemeinschaftsräume wurde als unzureichend vorgefunden.

In den Wohnbereichen standen lediglich 2 Bäder und 4 Toiletten für jeweils 30 Bewohner zur Verfügung.

Die bauliche Zukunft des Hauses ist unsicher, größere Investitionen sind in nächster Zeit erforderlich.

Bemängelt wurde auch die Situation der Kinder –und Jugendpsychiatrie – Tagesklinik in Nordhorn.

Die Tagesklinik ist eine teilstationäre Einrichtung, die von Montag - Freitag geöffnet ist.

Es werden Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 17 Jahren behandelt.

Es gibt jedoch nur 8 Behandlungsplätze in veralteten Räumlichkeiten, die viel zu klein und nicht kindgerecht sind.

Der geplante Neubau mit der Erweiterung der Platzzahlen wird als dringend und sofort nötig angesehen.

5.3. Besuchskommission für das Gebiet Lüneburg

(Landkreise Celle, Cuxhaven, Harburg, Lüchow-Dannenberg, Lüneburg, Osterholz, Rotenburg, Soltau-Fallingb., Stade, Uelzen und Verden)

Im Berichtszeitraum besuchte die Besuchskommission (BK) an 11 Tagen 24 Einrichtungen. Die Arbeitssitzung für das Jahr 2016 fand am 15.02.2017 in den Räumen des Landkreises Lüneburg statt.

Die Besuche verteilten sich auf 4 klinische Einrichtungen nach SGB V, 5 Pflegeheime nach SGB XI, 10 Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII und 3 Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi).

Eine ambulant arbeitende Einrichtung betreute Personen nach SGB V, XI und XII, eine stationäre Einrichtung nach SGB V, VI, IX und BtMG.

Mit einer Ausnahme erfolgten alle Besuche nach vorheriger Anmeldung.

Auch in diesem Jahr liest sich die Zusammenfassung der BK-Besuche weitgehend wie die der Vorjahre. Entsprechend der aktuellen Eindrücke unterscheiden sich die Gewichtungen geringfügig. Offensichtlich tun sich die beteiligten Instanzen schwer, neben aufwändigen konzeptuellen Perspektiven, Einrichtungskonzepten, einem Landespsychiatrieplan, und einer jahrelang sich hinziehenden Arbeit an der Novellierung des NPsychKG, substanzielle, für die Zielklientel spürbare Verbesserungen zu bewirken.

1. Seit 2011 weist die BK in ihren Berichten auf die besonderen Betreuungsbedürfnisse älter werdender geistig und psychisch behinderter Menschen hin. Deutlich früher als Nichtbehinderte benötigen diese eine differenzierte und individualisierte Fürsorge. 2016 wird der Kommission von den betroffenen Einrichtungen nahezu einstimmig von einer Verschlechterung der Bedingungen für die Betroffenen berichtet. Neben nicht finanzierten Pflegemaßnahmen für psychisch Erkrankte ist insbesondere der für die Begleitung bei Facharztbesuchen oder Klinikaufenthalten notwendige Personalaufwand sehr hoch und belastet die Budgets erheblich. Einrichtungen mit einem hohen Anteil dieser Personen benötigen dringend zusätzliche finanzielle oder personelle Ausstattung.

2. Wiederholt hat die BK darauf hingewiesen, dass nur ein personell genügend ausgestatteter, fachlich kompetenter und unabhängiger, innerhalb der Verwaltungsstrukturen eigenständiger SpDi in der Lage ist, auf Dauer ein regional spezifisches, kostengünstiges und inhaltlich effektives Versorgungssystem zu entwickeln. Verstärkt durch den zunehmenden Mangel an psychiatrischen Fachärzten sowie dem migrantenverursachten Mehrbedarf besteht die Neigung, Arbeitskapazitäten aus dem sozialpsychiatrischen in den Bereich der allgemeinen Sozial- oder Medizinaldienste umzunutzen. Dieser Tendenz begegnet die BK vielerorts. In solchen Drucksituationen wird das zumeist nicht einfache Miteinander sozialpsychiatrischer und Verwaltungssichtweisen von der mächtigeren Instanz dominiert. Auf absehbare Zeit werden Fachärzte überwiegend noch als Teilzeit- oder Honorarkräfte verfügbar sein. Deren Expertise ist für den sachgemäßen Umgang mit der häufig multimorbiden Klientel jedoch unerlässlich. Die Geschäftsführung eines Verbundes kann auch von erfahrenen Sozialarbeitern, Psychologen, Gesundheitswissenschaftlern usw. übernommen werden.

Aus heutiger Sicht nimmt die Akzeptanz für eine angemessene sozialpsychiatrische Versorgung ab. Immerhin obliegt ihr die Verantwortung für die soziale Teilhabe seelisch oder geistig chronisch Kranker oder Behinderter. Zur Erfüllung dieser Aufgabe bedarf sie einer stärker gestützten und geschützten Verankerung in den kommunalen Strukturen - auch neben dem somatisch ausgerichteten Teil des öffentlichen Gesundheitswesens. Auf Landesebene ist dies in der Neufassung des NPsychKG zu berücksichtigen.

3. Das Ignorieren der besonderen Bedürfnisse geistig oder psychisch Behinderter setzt sich darin fort, wie insbesondere privatkonzerngetragene Kliniken aber auch kommunale Kostenträger damit umgehen. Die hoch getakteten somatischen Kliniken tun sich schwer, in die Algorithmen ihrer Standardprozeduren die Bedürfnisse und Möglichkeiten nicht pflegeleichter Patienten - eben auch die Klientel des NPsychKG - mit aufzunehmen. Für akut psychisch Erkrankte unerträglich langwierige StandardaufnahmeprozEDUREN, zumeist überwiegend somatischer Art, gehören dazu. Ausgliederungen des psychiatrischen Pflege- und Therapiepersonals in prinzipiell

funktionsneutrale, klinikübergreifende Betriebsgesellschaften wie auch die oben beschriebenen Umnutzungstendenzen kommunaler Verwaltungen setzen diese Exklusion fort. Projiziert auf die ärztliche Versorgung hieße das: Fachärztliche Kapazitäten abbauen um sie notfallgesteuert - der Laborarzt im Notdienst - multifunktionell einsetzen zu können.

4. Die BK Lüneburg sieht es als ihre Aufgabe, mit Kenntnis der Historie die besuchten Einrichtungen individuell zu beraten, Vermittler für andernorts gemachte positive wie negative Erfahrungen zu sein. Sie kommt jedoch sehr rasch an die Grenzen effektiven Arbeitens sobald sie versucht, wiederholt als unzulänglich beurteilte Einrichtungen in die regulierende Obhut der Aufsichtsinstanzen zu übergeben. Nach bisheriger Erfahrung hat die überregionale Heimaufsicht nur eng begrenzte Möglichkeiten, zum Schutz der Betroffenen substantiell Einfluss auf Einrichtungen oder Kostenträger zu nehmen. Die Situation ist skandalös.

5. Und weiterhin berichten die SpDi's von immensem Aufwand für teilweise auch sehr kurzfristig in den Bereich des SGB XII wechselnde Adoleszente. Diese benötigen dann häufig vieljährige und aufwändige Eingliederungsprozesse, um die ihnen mögliche Lebensselbstständigkeit zu erlangen. So besteht großer Zweifel, dass angesichts des Umfangs dieses Problemfeldes und der landesweit riesigen Zahl von Jugendhilfeeinrichtungen die eine neu geschaffene spezielle BK diese gewaltige Aufgabe angemessen wird schultern können. Auch aus wirtschaftlichen Erwägungen sollten beim Übergang vom Bereich des SGB VIII in den des SGB XII sozialpsychiatrische Einschätzungen deutlich früher mit einbezogen werden.

5.4. Besuchskommission für das Gebiet Hannover

(Landkreise Diepholz, Hameln-Pyrmont, Hildesheim, Holzminden, Nienburg und Schaumburg, Region Hannover)

Im Berichtszeitraum haben 23 Besuche und 4 Sitzungen stattgefunden.

Darunter befanden sich Besuche in 8 Kliniken, die z.T. wiederholt besucht wurden, 8 Heimeinrichtungen und 2 Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi).

Darüber hinaus erörterten die Mitglieder der Besuchskommission (BK) die Ergebnisse ihrer Besuche und der sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen in vier internen Sitzungen.

Bei der Auswahl der besuchten Einrichtungen ist wie in der Vergangenheit vor allem auf die Anregung von Betroffenen, Beteiligten und Mitarbeitern der Einrichtungen geachtet worden, insbesondere Hinweise von Besuchern aus einer Klinik im Bereich Hildesheim haben vermehrte Besuche u.a. auch in der Nacht und an einem Sonntag dort notwendig gemacht.

Die Überbelegung der psychiatrischen Stationen ist auch im Jahr 2016 weiterhin ein zentrales Thema. Die dauerhafte Überbelegung der psychiatrischen Stationen in den Kliniken führt zeitweilig zu massiven Einschränkungen in der Versorgung der Patienten. Da die Kliniken sich

weigern, der Kommission und/oder dem Psychiatriausschuss konkrete Informationen über die jeweilige Personalausstattung zur Verfügung zu stellen, lässt sich das genaue Ausmaß des fehlenden Personals nicht genau bestimmen. Allerdings hat die BK an den jeweiligen Besuchstagen regelhaft eine unzureichende Personalausstattung vorgefunden.

Die tagtägliche Arbeit der Kommission wird weiterhin durch die unzureichende rechtliche Grundlage im NPsychKG maßgeblich beeinträchtigt. Auch die vorgesehene Neufassung bietet noch keine ausreichende Grundlage. Der BK wurde der Zutritt zu Einrichtungen verwehrt. Die zur Beurteilung der Versorgungssituation der Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtungen erforderliche Einsichtnahme in Pflegeplanung und Pflegedokumentation war immer wieder erschwert bzw. unmöglich. Fotografische Momentaufnahmen ohne Personenbezug, zur besseren Dokumentation der angetroffenen Situationen sind zu einem unverzichtbaren Instrument der Mängeldarstellung bei den Besuchen geworden.

Besonders erwähnt werden sollte die Situation in einer psychiatrischen Klinik im Bereich Hildesheim.

Grund für einen unangemeldeten Besuch in den frühen Abendstunden in der Klinik waren erhebliche Beschwerden, die sowohl der Geschäftsstelle des Ausschusses als auch der Besuchskommission anonym geltend gemacht worden waren. Beanstandet wurden insbesondere die nicht ausreichende Patientenversorgung sowie die katastrophalen Zustände hinsichtlich der Hygiene und Sauberkeit. Bei dem daraufhin kurzfristig durchgeführten Besuch wurden 3 geschlossene Stationen angesehen.

Von der Ärztlichen Leitung war bereits zu Beginn des Besuchs gegen 17:00 Uhr niemand mehr zu erreichen. Die diensthabende Ärztin kam wenige Minuten später dazu.

Auf der Station 40 waren zwei Betten nicht belegt, Personal sei ausreichend vorhanden. Die beiden anderen Stationen 41 und 80 waren voll belegt. Auch für diese Stationen wurde die personelle Ausstattung als absolut ausreichend und als nicht durch den zeitgleich ablaufenden Streik beeinträchtigt beschrieben.

Auf allen drei Stationen waren die hygienischen Zustände der Böden durchgehend miserabel. Überall fanden sich Spuren von verschütteten Getränken, verschmierter Schmutz, in den Fluren zum Teil auch Zigarettenkippen. Dies vor allem auch im Essbereich. Bei manchen Aufenthaltsräumen entstand der Eindruck, dass die Bodenbeläge schon längere Zeit nicht mehr gereinigt wurden, geschweige denn eine Grundreinigung erfahren haben.

Auf der zweiten Station fand sich in einem Nassbereich eine Reinigungsdokumentation. Der letzte Eintrag in dieser Dokumentation stammte vom Dezember 2015. Auf der gleichen Station wurde ein Duschvorhang gesehen, der am rechten unteren Rand deutlich und stark verschimmelt war. Bei einer Dusche fiel auf, dass zum Beispiel keine Abstell- oder Ablagemöglichkeiten für Duschgel oder Haarwaschmittel vorhanden waren.

Auf der dritten Station erwiesen sich zwei besichtigte Nasszellen als völlig verdreckt und vergammelt. Eine der beiden Räumlichkeiten stank bestialisch nach Urin.

Insgesamt entstand auf den besuchten drei Stationen der Eindruck, dass, neben dem desolaten Reinigungszustand, die Stationen lieblos eingerichtet waren, das vorhandene Mobiliar nicht gepflegt und gewartet wurde. Zum Teil waren Vorhänge nicht vollständig in den dazugehörigen Schienen, die Möbel waren stark abgenutzt, defekt und eher zusammengewürfelt als zueinander passend. Insbesondere die hygienische Ausstattung entsprach nicht annähernd den Erfordernissen eines Krankenhauses.

Bei einem Nachbesuch in Begleitung eines Mitglieds des Landtages konnte festgestellt werden, dass einige Säuberungsarbeiten stattgefunden hatten. Die hygienische Situation hatte sich seit dem letzten Besuch zwar deutlich verbessert. Der Gesamteindruck entsprach aber weiterhin nicht den Anforderungen eines modernen Klinikbetriebes.

Bei diesem Besuch wurde auf einer der Stationen eine Patientin angetroffen, welche über längere Zeit immer wieder kurzfristig fixiert worden war. Eine gerichtliche Genehmigung lag dafür nicht vor. In den Fixierungsprotokollen wurde indes im Formblatt stets eine gerichtliche Genehmigung als gegeben vermerkt. Im nachfolgenden Gespräch wurden die Fixierungen dann plötzlich als Notstandsmaßnahmen deklariert.

Anlass für den weiteren unangemeldeten und auch ungeplanten Besuch an einem Sonntag gegen Mittag war der dringende Hinweis einer Person, die anonym bleiben wollte.

Besonders beanstandet wurde die Situation im noch weiter abgeschlossenen Intensivbereich einer geschlossenen Station. Dort trafen wir auf engstem Raum insgesamt 10 Patienten. Die Patienten wurden jeweils vom Flur aus beobachtet. Und zwar überwachte je 1 Student jeweils 2 Zimmer als Sitzwache. Damit bewachte ein Student 4 überwachungspflichtige und/oder fixierte Patienten und die beiden anderen Studenten jeweils 3 Patienten. Eine Fachkraft war auf dem Vorflur ebenfalls zugegen. Ungefähr die Hälfte der Patienten war aktuell fixiert. An den übrigen Betten hing offenes Fixiergeschirr. Bei den Studenten handelt es sich nicht um medizinisches Fachpersonal, nicht einmal um Studenten der Medizin.

Die Befragung des Personals ergab, dass offenbar aus Personalnot und wegen Überbelegung mit Patienten, die der besonderen Aufmerksamkeit bedurften, beschlossen worden war, alle derartigen Patienten der gesamten Klinik auf den besonders geschützten Bereich dieser Station zu verlegen. Für die Patienten gab es dort keinerlei Angebot. Die persönlichen Sachen der Patienten befanden sich aus Platzmangel nicht in Griffnähe, so dass die Patienten auf nichts Persönliches zurückgreifen konnten. Selbst der Fernseher konnte nicht bedient werden, weil die Fernbedienung nicht auffindbar war.

Der andere – ebenfalls geschlossene(!) – Teilbereich dieser Station war mit zwölf Patienten belegt. Von diesen mussten drei Personen regelmäßig in viertelstündigen Abständen überwacht werden. Auf diesem Teil der Station waren zwar zwei examinierte Kräfte beschäftigt. Eine der beiden pendelte jedoch ständig zwischen den beiden Teilbereichen der Station hin und her, um Essen zu bringen, Kollegen kurz abzulösen, wenn sie zur Toilette müssen etc. pp. Bei der Einsicht des Dienstplans konnte festgestellt werden, dass in der Regel die Besetzung für die gesamte Station – einschließlich des Intensivbereichs - mit maximal 3 Personen ausgelegt ist. Diese Planung ist bereits im August 2016 erfolgt. Eine Abänderung dieses Plans war trotz der Krisensituation mit 10 Intensivpatienten mit Ausnahme der drei fachlich in keiner Weise ausgebildeten Studenten

offenbar nicht erfolgt. Die von uns befragten ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter berichten von an diesem Sonntag von regelmäßigen erheblichen Ausfällen in der Pflege. Von einer Quote von 30 % war die Rede.

Aus Sicht der Besuchskommission war der vorgefundene Zustand keinesfalls vertretbar. Er war sowohl medizinisch als auch pflegerisch gefährlich und dürfte so nicht geduldet werden. Eine medizinisch-psychiatrische Behandlung über die bloße Gabe von Medikamenten hinaus fand ersichtlich nicht statt. Die pflegerische „Versorgung“ beschränkt sich auf eine – dann noch unzulängliche – Überwachung. Darüber hinaus war das „therapeutische Milieu“ für die schwerkranken und der besonderen Zuwendung bedürftigen Patienten eher schädlich und dürfte nicht nur im Einzelfall eher zu einer Verschlechterung der Symptomatik geführt haben. Die wissentliche und absichtliche Konzentration derart intensiver Patienten auf kleinsten Raum mit nicht ausreichendem Personal (sowohl, was deren bloße Zahl als auch, was ihre Qualifikation betrifft) dürfte sowohl den Regeln der ärztlichen als auch der pflegerischen Kunst widersprechen und auch als strafrechtlich relevant eingeschätzt werden. Bei der beispielhaften Überprüfung der Fixierungsdokumentation einer Patientin ergab sich zudem, dass die Anordnung der Fixierung von einer Ärztin im Frühdienst ohne direkten Patientenkontakt wohl von der Nachbarstation aus unterschrieben worden war. Ein gerichtlicher Beschluss zur Genehmigung der bereits seit Tagen andauernden Fixierung lag nicht vor.

Die Situation wurde bei einem Nachbesuch 14 Tage später vom Ärztlichen Direktor als eine Ausnahmesituation gerechtfertigt. Das von der Kommission eingeschaltete Sozialministerium sah keinen Anlass für aufsichtsrechtliche Maßnahmen.

5.5. Besuchskommission für das Gebiet Braunschweig

(Kreisfreie Städte Braunschweig, Salzgitter und Wolfsburg, Landkreise Gifhorn, Göttingen, Goslar, Helmstedt, Northeim, Osterode am Harz, Peine und Wolfenbüttel)

Im Berichtsjahr 2016 sind insgesamt 20 Einrichtungen aufgesucht worden. Es handelte sich um 14 Alten- und Pflegeheime, in denen Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen, meist auch in besonders eingerichteten Stationen und Bereichen, betreut werden, um drei Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) des Gebiets, eine Werkstatt für Behinderte, eine Einrichtung für Kinder und Jugendliche und eine Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die Besuche gestalteten sich überwiegend positiv. Die ärgerliche Ausnahme bildet ein Seniorenheim im Landkreis Peine.

Die Besuchskommission erhielt bei einer Pflegeeinrichtung ein Zutrittsverbot durch den Heimbetreiber und konnte daraufhin die Einrichtung nicht besuchen. Hier erwartet die BK eine eindeutige Klärung und Positionierung durch die Politik und Aufsichtsbehörden. Die Kommission und deren Mitglieder können nur schwer ertragen, dass die ehrenamtlich übernommenen

Aufgaben entsprechend § 30 NPsychKG durch die durch den Träger der Einrichtung ausgesprochene Zutrittsverweigerung nicht ausgeübt werden können.

Kritik gab es auch an einem Seniorenzentrum im Bereich Braunschweig.

Die Einrichtung überzeugte durch auffallend wenig angewendete FEM. Der Werdenfelser Weg kommt zur Anwendung. Es sind sehr viele Niederflurbetten vorhanden und monatlich findet eine Validationsgruppe statt. Auch überzeugte die Einrichtung durch eine Angehörigenselbsthilfegruppe.

Allerdings war in Form einer Mängelanzeige die nächtliche Besetzung mit nur zwei Nachtwachen zu beanstanden. In Zusammenarbeit mit der örtlich zuständigen Heimaufsicht ist zwar (noch) kein eigener Nachtdienst für den geschlossen geführten Wohnbereich eingerichtet worden, jedoch konnte durch Verfahrensanweisungen der Pflegedienstleitung und der Heimleitung bewirkt werden, dass zumindest auch bei Rundgängen und Pflegemaßnahmen im Gesamthaus eine ständige Präsenz einer Pflegekraft im geschlossenen Bereich sichergestellt ist.

Einen positiven Eindruck hinterließ ein Wiederholungsbesuch in einem Seniorenzentrum in Göttingen.

Die Kritik der Besuchskommission bei vorangegangenen Besuchen hatte die Einrichtung zum Anlass genommen, einen zusätzlichen Nachtdienst im Demenzbereich dauerhaft und kurzfristig zu installieren. Zu der Fragestellung, ob der Demenzbereich als geschlossener Bereich betrachtet werden müsste und die dort lebenden Menschen einen richterlichen Beschluss benötigten, hatte die Einrichtung mit dem örtlich zuständigen Amtsgericht Kontakt aufgenommen. Die Einrichtung erklärte, dass sie sich nunmehr intensiv mit dem „Werdenfelser Weg“ beschäftigt hatte. In der Folge hatte es eine deutliche Reduktion der angewendeten Bettgitter und FEM gegeben. Eine zusätzliche Wohngruppe für schwer pflegebedürftige Menschen war entstanden. Das Konzept der Pflegeoase mit Zugang zu einem Außenbereich, auch im Pflegestuhl oder Pflegebett, konnte überzeugen. Insgesamt war festzustellen, dass sich die Einrichtung intensiv mit den Kritikpunkten des Vorbesuches aus 2014 beschäftigt und auch deutliche Veränderungen vorgenommen hatte.

Die Besuchskommission hat sich im Berichtszeitraum erneut überwiegend mit Wohn- und Pflegeeinrichtungen, auch für Menschen mit geistigen Behinderungen, beschäftigt. Problematisch erschien insbesondere der Umgang mit freiheitsentziehenden und -beschränkenden Maßnahmen, die Einhaltung datenschutzrechtlicher Belange, aber auch die räumliche Ausstattung mancher Einrichtungen und Dienste.

Ein Schwerpunkt der Kritik der Besuchskommission Braunschweig bildete unter anderem die fehlende Besetzung von geschlossenen Wohnbereichen mit einem eigenen Nachtdienst. Viele örtlich zuständige Heimaufsichten haben sich dieser Kritik der Besuchskommission Braunschweig angeschlossen und einen Auflagenbeschluss zum Einsetzen eines eigenen Nachtdienstes auf geschlossenen Wohnbereichen erlassen. Bei den Sozialpsychiatrischen Diensten bildete die

fehlende fachärztliche Besetzung der Leitung des Dienstes einen Schwerpunkt der Kritik der Besuchskommission.

Nach wie vor reicht die Einschätzung der Besuchskommission 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.

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 fachärztlicher Versorgung (Psychiatrie/Neurologie/Nervenheilkunde) einzelner Heime und Einrichtungen.

Um die Position der Besuchskommission zu festigen, bedarf es jedoch, in Zukunft noch verstärkt der eindeutigen politischen und rechtlichen Unterstützung und Absicherung. Hier hofft die Kommission auf die klare und eindeutige Unterstützung durch die Politik.

5.6. Besondere Besuchskommission für den Maßregelvollzug

Seitens der Besonderen Besuchskommission für den Maßregelvollzug sollte zu den veränderten Rahmenbedingungen im Maßregelvollzug Stellung genommen werden.

Die Rahmenbedingungen des Maßregelvollzugs haben im Berichtsjahr 2016 zwei wesentliche, in Teilen gegenläufige Veränderungen erfahren, die die fachliche Arbeit in den Kliniken vor neue, zusätzliche Herausforderungen stellen. Während das novellierte Recht der Unterbringung insbesondere nach § 63 StGB den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit betont, zielt die Einrichtung eines sog. „Kompetenzzentrums Sicherheit“ für den Maßregelvollzug durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung im Gegenteil auf eine noch stärkere Sicherheitsorientierung bei Lockerungsentscheidungen ab.

a) Das „Gesetz zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 des StGB und zur Änderung anderer Vorschriften“ vom 8. Juli 2016 (BGBl. 2016 Teil I Nr. 34 S. 1610) ist am 1. August 2016 in Kraft getreten. Den Anlass für die Erarbeitung des Gesetzentwurfs durch eine interdisziplinär besetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe gaben einerseits der in den letzten Jahren beobachtete kontinuierliche Anstieg der Zahl der nach § 63 StGB untergebrachten Personen und insbesondere der „deutliche Anstieg der durchschnittlichen Unterbringungsdauern, ohne dass es konkrete Belege für einen parallelen Anstieg der Gefährlichkeit der Untergebrachten gibt“ (Bundestags-Drucksache 18/7244). Außerdem hatte das Bundesverfassungsgericht in einer Reihe von Entscheidungen eine strikere Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes angemahnt und aktuelle Einzelfälle hatten zugleich eine breite öffentliche Diskussion darüber ausgelöst, „inwieweit das Recht der Unterbringung nach § 63 StGB

einer stärkeren Ausrichtung am verfassungsrechtlichen Grundsatz der Verhältnismäßigkeit bedarf“ (a.a.O.).

Mit eben diesem Ziel – einer stärkeren Ausrichtung der weiterhin grundsätzlich unbefristeten Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB am verfassungsrechtlichen Grundsatz der Verhältnismäßigkeit – präzisiert die Novelle jetzt das Merkmal der „erheblichen rechtswidrigen Taten“ in § 63 StGB. Von wesentlich größerer Bedeutung für die praktische Arbeit im Maßregelvollzug dürften allerdings zwei weitere Änderungen sein:

§ 67d Abs. 6 StGB sah schon seit einigen Jahren ausdrücklich die Möglichkeit vor, die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus für erledigt zu erklären, wenn die weitere Vollstreckung der Unterbringung unverhältnismäßig wäre. Die Novelle konkretisiert den Verhältnismäßigkeitsmaßstab jetzt auf dreifache Weise. Erstens zieht sie zwei Zeitschwellen – nach sechs Jahren und nach zehn Jahren vollzogener Unterbringung – ein, von denen an die Unverhältnismäßigkeit der weiteren Unterbringung gesetzlich vermutet wird, wenn nicht ausnahmsweise die besondere Gefährlichkeit des Untergebrachten den weiteren Freiheitsentzug rechtfertigt. Zweitens beschränkt die Novelle mit zunehmendem Zeitablauf den Kreis der prognoserelevanten Taten. Über sechs Jahre hinaus darf die Unterbringung nicht fortgesetzt werden, wenn nur Rückfalltaten zu erwarten sind, durch die erheblicher wirtschaftlicher Schaden angerichtet würde. Und an der Zehn-Jahres-Schwelle reichen auch Gefährdungsdelikte wie etwa die besonders schwere Brandstiftung nicht mehr aus; über zehn Jahre hinaus darf die Unterbringung vielmehr nur fort dauern, wenn im Falle der Entlassung erhebliche Taten drohen, durch welche die Opfer körperlich oder seelisch schwer geschädigt werden, also Tötungs-, schwere Körperverletzungs- oder gravierende Sexualdelikte.

Drittens schließlich kehrt die Novelle an den Zeitschwellen die Prognoselast um: Während bis dahin der Grundsatz „im Zweifel für die Sicherheit“ gilt und die Unterbringung nur – durch Aussetzung der Vollstreckung zur Bewährung – beendet werden kann, wenn sich die anfänglich ungünstige Prognose nachweislich wesentlich verbessert hat und der Untergebrachte nicht mehr gefährlich ist, darf die Unterbringung über sechs bzw. zehn Jahre hinaus künftig nur fort dauern, wenn dem Untergebrachten mit tragfähigen Gründen weiterhin eine ungünstige Gefährlichkeitsprognose zu stellen ist. Lässt sich nach zehn Unterbringungsjahren nicht zweifelsfrei feststellen, dass von dem Untergebrachten in Freiheit mit bestimmter Wahrscheinlichkeit Tötungs-, schwere Körperverletzungs- oder gravierende Sexualdelikte zu erwarten sind, muss die Unterbringung für unwiderruflich erledigt erklärt werden.

Diese Begrenzung der Unterbringungsdauer wirft eine Reihe von Fragen auf. Wohin soll z. B. ein Untergebrachter nach zehnjähriger Unterbringung entlassen werden, dessen Ungefährlichkeit ebenso zweifelhaft ist wie seine hohe Gefährlichkeit? Die Verfügbarkeit nachsorgender Einrichtungen, die ihm Unterkunft und Beschäftigung bieten könnten, ist begrenzt und deren Bereitschaft, ihn aufzunehmen, angesichts der Ausgangslage noch umso mehr. Kurzfristige Lösungen sind vielfach bestenfalls Notlösungen. Im Übrigen lassen die rechtlichen Rahmenbedingungen eine verpflichtende Einbindung in einen solchen Nachsorgerahmen ohnehin nur mit

Einwilligung des Untergebrachten (bzw. der Einwilligung seines Betreuers oder rechtsgeschäftlichen Vertreters) zu.

Und was soll mit einer Behandlung geschehen, die sich im stationären Maßregelvollzug auf einem guten Weg befand, aber an der Zeitschwelle noch nicht abgeschlossen ist? Auf den Stand der Behandlung kommt es für die Regelvermutung der Unverhältnismäßigkeit nach dem bloßen Gesetzeswortlaut dann nicht an; nach dem gesetzlichen Konzept müsste ggf. auch eine Erfolg versprechende Behandlung jedenfalls in ihrer Ausgestaltung als stationäre Maßnahme abgebrochen werden. Wie die Praxis diese Problematik bewältigt, bleibt abzuwarten. Sind Gutachter und Gerichte künftig womöglich eher bereit, eine Negativprognose zu stellen, um die Fortsetzung der Behandlung zu ermöglichen, und legen damit zugleich den Grundstein für eine Fortdauer der Unterbringung ad ultimo? Oder versuchen die Behandler eine Fortsetzung der Behandlung im ambulanten Rahmen? Insoweit ist zu beachten, dass die Erledigung der Maßregel aus Gründen der Verhältnismäßigkeit zugleich die Möglichkeit abschneidet, die Unterbringung zur Krisenintervention gegen den Willen des (ehemaligen) Untergebrachten gemäß § 67h StGB wieder in Vollzug zu setzen. Und ob eine verpflichtende Anbindung an eine forensische Ambulanz noch verhältnismäßig wäre, kann zumindest kritisch diskutiert werden; hier bleibt die Rechtsprechung der Obergerichte abzuwarten. Letztlich kann eine Weiterbehandlung im ambulanten Rahmen nur gewährleistet werden, wenn und solange der (ehemalige) Untergebrachte kooperiert und freiwillig daran mitwirkt.

Eine besondere Problematik besteht schließlich, wenn nach Erledigung der Unterbringung noch längere Strafrechte zu vollstrecken sind. Ist der Untergebrachte mit der Erledigung seiner Maßregel dann in den Strafvollzug zu verlegen oder kann die weiterhin aussichtsreiche Behandlung im Maßregelvollzug fortgesetzt werden, indem der Strafrecht – aus Gründen der Vollzugskontinuität und um die immerhin erreichten Erfolge nicht zu gefährden – dort vollstreckt wird? Dies wird von einigen, auch niedersächsischen Gerichten – aus guten Gründen – so praktiziert, ist aber umstritten und wirft zu allem Überfluss die Frage auf, welcher Haushalt dann mit den Kosten der fortgesetzten Unterbringung belastet wird.

Welche praktische Bedeutung all diese Aspekte und Fragen erlangen werden, bleibt abzuwarten. Zwar befinden sich mehr als 30 % der Untergebrachten mittlerweile länger als zehn Jahre in der Unterbringung und sind damit potentielle „Kandidaten“ für eine Erledigungsentscheidung. In welchem Anteil dieser Fälle die Unterbringung im Ergebnis für erledigt erklärt wird, hängt aber maßgeblich davon ab, wie großzügig oder streng die Gerichte den novellierten § 67d Abs. 6 StGB auslegen und anwenden. Zumindest bis sich hier eine klarere Linie abzeichnet, wird die Arbeit in den Kliniken an den Zeitschwellen neben dem tatsächlichen Mehraufwand auch durch erhebliche Unsicherheitsfaktoren belastet.

Eine weitere einschneidende Veränderung findet sich im Verfahrensrecht. Statt – wie bisher – alle fünf Jahre muss künftig nach jeweils drei Jahren, ab einer Dauer der Unterbringung von sechs Jahren nach jeweils zwei Jahren vollzogener Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus ein externes Gutachten eingeholt werden, wobei zu allem Überfluss derselbe Gutachter nicht zweimal nacheinander beauftragt werden darf und mit der Begutachtung nur ärztliche oder

psychologische Sachverständige beauftragt werden sollen, die über forensisch-psychiatrische Sachkunde und Erfahrung verfügen (§ 463 Abs. 4 StPO).

Faktisch bedeutet das bei einer acht Jahre dauernden Unterbringung eine Verdreifachung und bei einer zehn Jahre dauernden Unterbringung immer noch eine Verdoppelung des Gutachtaufkommens und zugleich des Gutachtenbedarfs. Damit stellt sich die Frage nach der Verfügbarkeit qualifizierter Sachverständiger. Schon jetzt fällt es den Gerichten schwer, solche Sachverständigen zu finden, die überdies in der Lage sind, ihre Gutachten zeitnah zu erarbeiten. Die Möglichkeit eines Rückgriffs auf Mitarbeiter der Kliniken des Maßregelvollzugs darf jedenfalls nicht dazu führen, dass die ohnehin schon knappen Ressourcen für die ärztlich-therapeutische Arbeit noch weiter eingeschränkt werden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass schon durch die Vielzahl der erstatteten Gutachten eine deutliche Mehrarbeit auf die Behandelnden zukommt. Denn natürlich müssen sie die Gutachten (selbst-) kritisch zur Kenntnis nehmen, gegenüber den Vollstreckungsgerichten fundiert dazu Stellung nehmen und gegebenenfalls Schlussfolgerungen für ihr Behandlungskonzept daraus ableiten.

So sehr das Anliegen des Gesetzgebers, dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit durch klarere Konturen stärkere Beachtung zu verschaffen und zugleich die Verweildauern in den Kliniken des Maßregelvollzugs zu verkürzen, zu begrüßen ist, wird aus dem Gesagten doch zugleich deutlich, dass eine Reihe notwendiger Klärungen versäumt worden und insbesondere Aspekte der ärztlich-therapeutischen Behandlung unberücksichtigt geblieben sind. Jedenfalls mittelfristig wird die Maßregelrechts-Novelle daher erhebliche Unsicherheiten und andererseits schwierige Zusatzaufgaben für die Kliniken des Maßregelvollzugs mit sich bringen.

Eine entgegengesetzte Zielrichtung verfolgt offensichtlich das neue, im MRVZ Moringen angesiedelte, jedoch für alle forensischen Kliniken des Landes zuständige „Kompetenzzentrum Sicherheit“, das nach einer Pressemitteilung des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung vom 10. Juni 2016 dazu beitragen soll, Entscheidungen über Vollzugslockerungen auf eine noch breitere Erkenntnisbasis zu stellen. „Wesentliche Aufgabe des Kompetenzzentrums“ soll es sein, die Lockerungsentscheidungen der Vollzugsleitungen aus einer juristischen Perspektive zu prüfen mit der Folge, dass die Lockerungsentscheidung bei fehlender Zustimmung des Kompetenzzentrums von der Vollzugsleitung „verändert“ werden muss.

Bei Lichte besehen, erscheint ein – mit zwei Volljuristen und zwei Sachbearbeitern besetztes – Kompetenzzentrum mit einer solchen Aufgabenstellung schon deshalb überflüssig, weil nach § 15 Abs. 5 des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes vor der Bewilligung jedenfalls unbegleiteter Lockerungen ohnehin die Vollstreckungsbehörden zu hören sind und, wenn der Schutz der Allgemeinheit besonders zu beachten ist, sogar ihr Einvernehmen einzuholen ist. Damit ist eine juristische Mitprüfung sichergestellt, die zudem durch Juristen der für die Vollstreckung verantwortlichen Fachbehörde vorgenommen wird.

Für bedenklich hält die Besuchskommission ein mit einer Art Vetorecht gegenüber den Vollzugsleitungen ausgestattetes, allein mit Juristen und Sachbearbeitern besetztes „Kompetenzzentrum Sicherheit“ außerdem deshalb, weil ein derartiges Konzept nicht nur Gefahr läuft, sich in

offenen Widerspruch zu dem Anliegen der aktuellen Maßregelrechts-Novelle zu setzen, sondern auch mit dem Konzept der Strafprozessordnung als der für die Unterbringung maßgeblichen Verfahrensordnungen unvereinbar ist. Die Strafprozessordnung geht nämlich davon aus, dass den Juristen die notwendige Sachkunde für Entscheidungen über psychiatrische Sachverhalte und Prognosen bei Psychatriepatienten gerade fehlt. Sie müssen sich, wenn es um die Anordnung einer Unterbringung oder um die Entlassung aus der Unterbringung geht, daher die notwendige Sachkunde durch die Einschaltung von Sachverständigen verschaffen. Der novellierte § 463 Abs. 4 StPO lässt dabei auch keineswegs jeden Sachverständigen ausreichen. Vielmehr schreibt der neue Satz 5 dieser Bestimmung – wie schon ausgeführt – vor, dass mit der Begutachtung nur ärztliche oder psychologische Sachverständige beauftragt werden sollen, die über forensisch-psychiatrische Sachkunde und Erfahrung verfügen. Und der Gesetzesbegründung ist weiter zu entnehmen, dass diese Anforderungen nach den Vorstellungen der Entwurfsverfasser für Gutachter im Erkenntnisverfahren und im Vollstreckungsverfahren gleichermaßen gelten (BT-Drucks. 18/7244). Aufgabe von Juristen kann es danach allein sein, einerseits die gutachtliche Einschätzung eines Sachverständigen – z. B. betreffend die Prognose – darauf zu überprüfen, ob sie auf vollständiger Datengrundlage erstellt worden und ob sie widerspruchsfrei ist, und andererseits diese Einschätzung rechtlich einzuordnen, d. h. einerseits zu prüfen, ob sie den gesetzlichen Tatbestand (z. B. der §§ 63, 64, 67d StGB, § 15 Nds.MVollzG) erfüllt, und andererseits zu bewerten, ob die Verhältnismäßigkeit der Unterbringung nach wie vor gewahrt ist und ob Verhältnismäßigkeitsgründe womöglich gebieten, bestimmte Risiken, z. B. Lockerungsrisiken, zu vermeiden oder umgekehrt gerade einzugehen.

Besonderen Grund zur Sorge gibt in diesem Zusammenhang die Beunruhigung und Verunsicherung, die die zugleich mit der Einrichtung des „Kompetenzzentrums Sicherheit“ aufgekommene Diskussion um eine mögliche Verschärfung der Lockerungsvoraussetzungen nach den Feststellungen der Besuchskommission sowohl bei den Patienten des Maßregelvollzugs als auch bei den Mitarbeitern der Kliniken hervorgerufen hat. Wenn Patienten angesichts veränderter Rahmenbedingungen um ihre Lockerungs- und Entlassungschancen fürchten müssen, begründet dies einerseits die Gefahr einer Demotivation und Frustration – der nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte und des Bundesverfassungsgerichts gerade entgegenzuwirken ist, wenn das Sonderopfer der präventiven Unterbringung rechtlich hinnehmbar bleiben soll – und andererseits die Gefahr einer Alles-egal-Stimmung, in der dann womöglich auch mit der Gefährdung von Mitarbeitern (z. B. durch Geiselnahmen) gerechnet werden muss. Und nicht weniger demotivierend wirkt sich die Verunsicherung auf die Behandlungsteams aus, was eine Verschlechterung des Behandlungsniveaus besorgen lässt.

Nach Auffassung der Besuchskommission war ein zentrales Justitiariat des Maßregelvollzugs in Niedersachsen allerdings seit langem überfällig, so dass die Einrichtung des juristischen Kompetenzzentrums dann sehr zu begrüßen ist, wenn ihm vorrangig Unterstützungs- und Beratungsaufgaben für die Kliniken zugewiesen werden. Zu denken ist hier etwa an die Zurverfügungstellung juristischen Sachverständigen bei der Bearbeitung von Patientenbeschwerden und der Vorbereitung fundierter Stellungnahmen zu ihren Anträgen auf gerichtliche Entscheidung; dass dadurch auch die Arbeits- und Entscheidungsbasis für die Vollstreckungsgerichte nachhaltig

verbessert würde, stellte einen im Interesse der Handlungssicherheit nicht zu unterschätzenden Nebeneffekt dar. Wichtige Unterstützung könnte ein zentrales Justitiariat auch bei der Klärung und Lösung sozialrechtlicher und aufenthaltsrechtlicher Probleme leisten, die sich womöglich in Zukunft noch in verstärktem Maße stellen werden. Und keineswegs zuletzt könnte dem Justitiariat im Hinblick auf das novellierte Maßregelrecht eine zentrale Rolle zukommen: Es könnte auf der Grundlage spezifischer juristischer Sachkunde einschätzen, ob in Anbetracht der neuen zeitlichen Grenzen in § 67d Abs. 6 StGB eine Erledigung aus Verhältnismäßigkeitsgründen nach 6 oder 10 Jahren in Betracht kommt, und gegebenenfalls frühzeitig vollzugsintern auf geeignete Maßnahmen zur Entlassungsvorbereitung drängen. Dazu zählen naturgemäß auch Vollzugslockerungen, die zur Entlassungsvorbereitung in aller Regel unverzichtbar sind, und zwar auch dann, wenn Psychiater und Psychologen diese für nicht ganz bedenken- und risikofrei halten. Sollte es bei diesen Lockerungen dann in Einzelfällen tatsächlich zu einem Zwischenfall kommen, wäre mit Unterstützung des Justitiariats in der Außerdarstellung am Ende leichter zu vermitteln, dass derartige Risiken allein schon aus Rechtsgründen in Kauf genommen werden mussten, um eine fundierte Entscheidung über die Prognose-/ Erledigungsfrage und die ggf. anstehende Entlassung sachgerecht vorbereiten zu können.

Bei allen gesetzgeberischen und politischen Bemühungen um eine striktere Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes und der Freiheitsrechte der Untergebrachten einerseits und eine weitere Anhebung der Sicherheitsstandards andererseits scheint der zentrale Auftrag des Maßregelvollzugs, nämlich der Behandlungsauftrag, aus dem Blick zu geraten. Die Besuchskommission erinnert deshalb daran, dass die Unterbringung im Maßregelvollzug den Untergebrachten ein Sonderopfer abverlangt und das Ziel der Resozialisierung verfolgt und deshalb eine freiheits- und therapieorientierte Ausgestaltung des Vollzugs und namentlich das Angebot geeigneter Therapien zur Behandlung der Gefährlichkeit des Untergebrachten erfordert (vgl. z. B. BVerfG, Beschlüsse vom 27.03.2012 - 2 BvR 2258/09 - und vom 05.07.2013 - 2 BvR 708/12 -; EGMR, Urteil vom 25.02.2016 - 52157/11: Klinkenbuss vs. Deutschland -). Die Besuchskommission richtet deshalb ein besonderes Augenmerk auf die Behandlungssituation in den Kliniken und fordert transparente Behandlungskonzepte ein. Mit Spannung erwartet sie die Mindeststandards für die Behandlung im Maßregelvollzug, die derzeit von einer bundesweiten Arbeitsgruppe aus Psychiatern, Psychologen, Vertretern des Pflegebereichs, Medizinethikern und Juristen im Auftrag der psychiatrischen Fachgesellschaft, DGPPN, erarbeitet werden.

Entwicklung der tatsächlichen Unterbringungsbedingungen

Durch die im Jahre 2015 erfolgte Personalverstärkung von 47 Vollzeiteinheiten (VZE) im Maßregelvollzug liegt der Personaleinsatz in den Maßregelvollzugseinrichtungen der beliebigen Krankenhausträger - ebenso wie in den landeseigenen Einrichtungen - mit nur einer Ausnahme jetzt bei über 100 % der Anhaltszahlen für die Personalbemessung. So erfreulich das ist, so bleibt es doch Aufgabe des Fachreferats strikt darauf zu achten, dass der jeweilige beliebige Träger unabhängig vom tatsächlichen Personaleinsatz eine Personalausstattung entsprechend dem Beleihungsakt sicherstellt.

In den Einrichtungen wurden 2016 zahlreiche Baumaßnahmen umgesetzt. Dennoch wiesen auch im Berichtsjahr einzelne Kliniken noch erhebliche Mängel in der Bauunterhaltung und Instandsetzung auf. Insbesondere die privaten Träger kommen ihren diesbezüglichen 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.

6. Aktuelle Entwicklungen und Forderungen

Psychiatrisch-psychotherapeutisches Handeln hat sich ständig einer Fülle von Herausforderungen zu stellen, wofür eine Orientierung an ethischen Grundsätzen, den Bedürfnissen der Betroffenen und ihren Angehörigen, aber auch an gesellschaftlichen Normen gegeben sein muss.

Zu den zentralen Aufgaben von Politik gehört dabei die Gestaltung eines Rahmens, in dem sich eine Versorgungslandschaft entfalten kann, die sich an den Bedürfnissen der Betroffenen ausrichtet.

Erfreulich ist, dass wir mit dem 2016 vorgestellten Landespsychiatrieplan Niedersachsen einen Leitfaden in den Händen haben, der eine hervorragende Bestandsaufnahme darstellt und Entwicklungslinien für die nächsten 10-15 Jahre skizziert.

- Zur Umsetzung der Vorgaben dieses Planes bedarf es ausreichender finanzieller Mittel sowie der Steuerung und Planung durch ein personell gut ausgestattetes Psychiatriereferat im Sozialministerium.
- Gesetzlich verankerte Gremien wie der Psychiatrieausschuss und der Landesfachbeirat müssen beratend den weiteren Entwicklungsprozess begleiten, kritisch reflektieren und durch Initiativen unterstützen.
- Sozialpsychiatrische Dienste, denen im System der psychiatrischen Versorgung eine größere Bedeutung zukommen soll, sind in ihrer Funktionsfähigkeit zu stärken. Die aktuellen

Bestrebungen des Gesetzgebers, auf eine Ärztliche Leitung dieser Dienste zu verzichten, dürften diese eher schwächen und in der Ausübung ihrer Aufgaben einschränken.

- Psychische Erkrankungen führen zu Stigmatisierung. Betroffene verschweigen ihr Leid und suchen Hilfe oft sehr spät. Aufklärung und Prävention tragen zur Entstigmatisierung bei. Die Landesregierung sollte Aktivitäten in dieser Richtung fördern, initiieren bzw. begleiten. Aufklärung sollte bereits Bestandteil des Schulstoffes und vor allem in der Ausbildung zu allen Gesundheitsberufen sein.
- Der weitere unregelmäßige Aufbau von Heimkapazitäten für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist kritisch zu sehen. Insbesondere ist der weitere Aufbau geschlossener Unterbringungskapazitäten zu begrenzen. Dringend notwendig ist hier eine mittlerweile bereits seit mehreren Legislaturperioden ohne Resultat eingeforderte „Heimenquote“.
- Für Menschen, für die es nach der Entwicklung einer psychischen Erkrankung zeitweise sinnvoll sein kann, in einer Einrichtung zu leben, sollte der Aspekt der Wiedereingliederung, die Rückkehr in die Gemeinde, in eine eigenen Wohnung verfolgt werden. Dazu zählt aber auch, die weitere Entwicklung der Leistungsfähigkeit ambulanter Angebote von Primärärzten, von Vertragsfachärzten, Vertragspsychotherapeuten, Institutsambulanzen ebenso wie die künftigen Auswirkungen veränderter Vergütungssysteme für die Kliniken zu betrachten. Vorgaben aus der Bundespolitik greifen hier ein. Jedoch wirken sich auch Planungsentscheidungen auf der Landesebene aus.
- Der schwierigste Aspekt bei der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist die Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Vorrangig ist neben der Vermeidung von Zwangsmaßnahmen, die Entwicklung von effektiven Instrumenten, die zu einer Beschränkung und Reduktion dieser Maßnahmen beitragen könnten. Zwangsmaßnahmen müssen erfasst werden können und daher meldepflichtig werden.
- Die Anforderungen an Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in psychiatrischen Einrichtungen sind hoch und steigen weiter an. Sie müssen verantwortlich mit den ihnen anvertrauten Patienten und Patientinnen umgehen können. Das Outsourcen von Teilen der Belegschaft sowie das Unterlaufen von tariflichen Vereinbarungen sind sicher keine geeigneten Maßnahmen, qualifizierte und motivierte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen für die Arbeit in Heimen und Kliniken zu finden.
- Die Entwicklung des psychiatrischen Versorgungsangebotes ist vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen zu sehen. Schon jetzt fällt es vielen Kliniken und Sozialpsychiatrischen Diensten schwer, ihre Arzt-, Sozialarbeiter- und Psychologenstellen zu besetzen beziehungsweise qualifiziertes Pflegepersonal zu finden. Niedergelassene Nervenärzte/Nervenärztinnen und Psychiater/Psychiaterinnen in ländlichen Regionen finden oft keine Nachfolger für ihre Praxen. Unter den Sparvorgaben der letzten Jahre haben Kliniken und Einrichtungen teilweise ihre Ausbildungskapazitäten zurückgefahren.

- Verstärkt werden müssen die Anstrengungen in die Ausbildung von psychiatrisch qualifiziertem Fachpersonal.
- Es mangelt nicht an Studienbewerbern/-innen für die Fächer Sozialpädagogik, Psychologie und Medizin, es mangelt an Studienplätzen. Das Thema des Ärztemangels in der psychiatrischen Versorgung bleibt zu beachten.
- Die erfolgreiche Arbeit des Psychiatrieausschusses und der Besuchskommissionen wird nur möglich durch die hohe Bereitschaft zu ehrenamtlichem Einsatz ihrer Mitglieder. Nach wie vor haben diese teilweise mit ihren (meist öffentlich-rechtlichen) Arbeitgebern um Freistellungen zu kämpfen, auch fehlt eine Haftpflicht- und Unfallversicherung wie sie für andere ehrenamtliche Tätigkeiten üblich ist.
- Die Aufnahme einer großen Anzahl von Menschen aus Kriegs- und Krisengebieten ist eine besondere Herausforderung. Traumatische Erfahrungen in den Herkunftsländern, Integrationsprobleme, sprachliche Hürden, unterschiedlichste kulturelle und religiöse Prägungen, unrealistische Vorstellungen und Erwartungen an uns als Aufnahmeland stellen uns vor Aufgaben, die nicht kurz-/mittelfristig zu lösen sind.
- Eine Vielzahl von freiwilligen Helfern ist bereits aktiv. Vielerorts bestehen bereits Initiativen zum Beispiel zur Versorgung minderjähriger unbegleiteter Flüchtlinge und zur psychosozialen Versorgung.
- Viele Menschen, die zu uns gekommen sind, erlitten neben Not auch traumatische Erfahrungen. Nicht jeder, der traumatische Erfahrungen macht, entwickelt deshalb auch eine psychische Folgestörung und, auch wenn psychische Folgen bestehen bleiben, bedürfen diese nicht in jedem Fall einer aufwendigen Behandlung.
- Die Menschen, die hier angekommen sind, benötigen Sicherheit und eine medizinische Basisversorgung, wozu natürlich auch eine psychiatrische Behandlung und psychotherapeutische Kriseninterventionen gehören. Insgesamt stellte sich die Versorgungssituation im Jahr 2016 aber nicht als insuffizient dar. Ähnlich wie in anderen Bereichen des Gesundheitssystems sind die fachlichen Ressourcen im Umgang mit Migration und kulturübergreifender Arbeit an vielen Stellen in Niedersachsen sehr gut aufgestellt und liegen langjährige Erfahrungen vor. Auch dürfte sich ein erheblicher Teil der spezifischen Bedarfe erst im Laufe der Zeit herausstellen und an die Versorgungsangebote herantreten.

7. Schlussbemerkung

Die erfolgreiche Arbeit des Psychiatrieausschusses und der Besuchskommissionen 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 Psychiatrieausschusses und der Besuchskommissionen steht 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, im Mai 2017

Dr. med. Norbert Mayer-Amberg

Personelle Zusammensetzung des Ausschusses

Anhang

| Mitglieder | 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 (bis Juli 2016) 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 Sehnde |
| Dr. med. Patrizio-Michael Tonassi Hannover | Anke Biering Laatzen |
| Claus Winterhoff Lüneburg | Anke Scholz Wolfsburg |
| Josef Wolking Vechta | Bernd Mehler Wilhelmshaven |

Personelle Zusammensetzung der sechs Besuchskommissionen

Anhang

Besuchskommission für das Gebiet Braunschweig

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

Jörn Heinecke, Vorsitzender
Dr. Klaus-Peter Frentrup, stellvertretender Vorsitzender
Beate Andreseck
Anni Boschulte
Ulrich Bernhofen
Dr. med. Jutta Bernick
Andreas Day
Dr. med. Gabriele Grabowski
Wolfgang Herzog
Andrea Jostschulte
Frauke Klinge
Dr. med. Henrike Krause-Hünerjäger
Rolf Schee
Tilla Scheffer-Gassel
Dr. phil. Dagmar Schlapeit-Beck (seit Dezember 2016)
Anke Scholz

Besuchskommission für das Gebiet Hannover

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

Eva Moll-Vogel, Vorsitzende
Andreas Landmann, stellvertretender Vorsitzender
Doris Dixon – Tegeder
Gerhard Häberle (seit März 2016)
Christian Harig (bis Juli 2016)
Ursula Helmhold
Klaus Kapels
Barbara Langer (bis Januar 2016)
Annette Loer
Dr. med. Christoph Mattheis
Birgit Müller-Musolf
Rose-Marie Seelhorst
Reinhard Türnau
PD Dr. med. Dr. med. Felix Wedegärtner
Jörg Werfelmann

Besuchskommission für das Gebiet Lüneburg

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

Dr. med. Guenter Lurz, Vorsitzender
Claus Winterhoff, stellvertretender Vorsitzender
Wolfram Beins
Arne Both
Elisabeth Eickmeyer
Sibylle Gruhl
Alfred Hangebrauck
Uwe Hollmann
Doris Kast (bis April 2016)
Marco Kieckhöfel
Hartmut Nagel
Matthias Naß (seit Mai 2016)
Dr. med. Reinhild Schulze
Ralf Tritthardt

Besuchskommission für das Gebiet Weser-Ems /Nord

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

Rüdiger Bangen, Vorsitzender
Otto Hüfken, stellvertretender Vorsitzender
Dr. med. Filip Caby
Johann Dirks
Sylke Grübener
Nina Hofmann
Kristina Kendzia
Dr. med. Ralf Korczak
Vera Kropp
Bernd Mehler
Dr. med. Agneta Paul (bis Juni 2016)
Edo Tholen
Dr. med. Ina Valentiner

Besuchskommission für das Gebiet Weser-Ems /Süd

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

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

Besondere Besuchskommission für den Maßregelvollzug

Landesweite Zuständigkeit: Forensische Kliniken, Maßregelvollzugszentren

Petra Wycisk, Vorsitzende
Dr. med. Mohammad-Z. Hasan, stellvertretender Vorsitzender
Rita Beuke
Matthias Eckel
Volker Gutzeit
Cornelia Heberle
Franz Kandulski
Matthias Koller
Dr. med. Jürgen Lotze
Dieter Nannen
Angela Neßelhut
Jens Schnepel (seit Oktober 2016)
Friedrich Schwenger
Ulrike Schunck
Prof. Dr. med. Andreas Spengler
Dr. med. Ulrich Terbrack