

Gesetzentwurf

Hannover, den 14.11.2023

Der Niedersächsische Ministerpräsident

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes, des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke und des Niedersächsischen Gesetzes zur Umsetzung des Paktes für den öffentlichen Gesundheitsdienst

Frau
Präsidentin des Niedersächsischen Landtages
Hannover

Sehr geehrte Frau Präsidentin,

anliegend übersende ich den von der Landesregierung beschlossenen

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes, des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke und des Niedersächsischen Gesetzes zur Umsetzung des Paktes für den öffentlichen Gesundheitsdienst

nebst Begründung mit der Bitte, die Beschlussfassung des Landtages herbeizuführen. Gleichzeitig beantrage ich, den Gesetzentwurf gemäß § 24 Abs. 2 Satz 1 der Geschäftsordnung des Niedersächsischen Landtages sogleich an einen Ausschuss zu überweisen. Eine Gesetzesfolgenabschätzung hat stattgefunden.

Federführend ist das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung.

Mit freundlichen Grüßen

Stephan Weil

Entwurf
Gesetz
zur Änderung des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes,
des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen
für psychisch Kranke und des Niedersächsischen Gesetzes
zur Umsetzung des Paktes für den öffentlichen Gesundheitsdienst

Artikel 1

Änderung des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes

Das Niedersächsische Maßregelvollzugsgesetz vom 1. Juni 1982 (Nds. GVBl. S. 131), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 23. Februar 2022 (Nds. GVBl. S. 134), wird wie folgt geändert:

1. § 3 Abs. 1 Satz 4 wird wie folgt geändert:
 - a) Am Ende der Nummer 23 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
 - b) Am Ende der Nummer 24 wird der Punkt durch das Wort „und“ ersetzt.
 - c) Es wird die folgende Nummer 25 angefügt:

„25. die Anordnung der Fixierung der untergebrachten Person (§ 23 b).“
2. § 5 a Abs. 4 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 3 Halbsatz 1 wird die Angabe „und 23,“ durch die Angabe „und 25“ ersetzt, und die Worte „sofern eine Anordnung nach § 23 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 getroffen werden soll,“ werden gestrichen.
 - b) Satz 5 erhält folgende Fassung:

„⁵Die Vollzugsleitung hat vor ihren Entscheidungen nach § 3 Abs. 1 Satz 4 Nrn. 2, 8, 12, 17, 23 und 24 das Benehmen mit der Therapeutischen Leitung herzustellen.“
3. § 23 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nummer 3 wird gestrichen.
 - bb) Die bisherigen Nummern 4 und 5 werden Nummern 3 und 4.
 - b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Worte „oder, in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 3, durch die Therapeutische Leitung, wenn eine solche bestellt ist,“ gestrichen.
4. Nach § 23 a wird der folgende § 23 b eingefügt:

„§ 23 b

Anordnung der Fixierung, Verfahren, ärztliche Überwachung

(1) ¹Eine Fixierung ist die Aufhebung der Bewegungsfreiheit der untergebrachten Person mittels einer 5-Punkt oder 7-Punkt-Befestigung auf einem Fixierbett. ²Die Fixierung ist nach den neuesten medizinischen Standards durchzuführen, und die dafür verwendeten Medizinprodukte sind regelmäßig nach den wissenschaftlichen Standards zu überprüfen.

(2) ¹Eine Fixierung darf nur angeordnet werden, soweit und solange sie jeweils zur Abwendung einer gegenwärtigen Gefahr von erheblichen Gewalttätigkeiten gegen Personen, der Selbsttötung oder einer erheblichen Selbstverletzung unerlässlich ist. ²Die Fixierung einer einsehens- und einwilligungsfähigen untergebrachten Person ist ohne deren Einwilligung abweichend von Satz 1 nur zulässig, wenn die Fixierung zur Abwehr einer gegenwärtigen erheblichen Gefahr für das Leben oder die Gesundheit eines Dritten erforderlich ist.

(3) ¹Eine Fixierung wird von der Vollzugsleitung oder, wenn eine solche bestellt ist, von der Therapeutischen Leitung nach vorheriger ärztlicher Inaugenscheinnahme angeordnet. ²Bei Gefahr im Verzug können auch andere zur Durchführung von unmittelbarem Zwang befugte Beschäftigte die Fixierung vorläufig anordnen. ³Die ärztliche Inaugenscheinnahme und Stellungnahme sowie die Anordnung der Vollzugsleitung oder, wenn eine solche bestellt ist, der Therapeutischen Leitung sind unverzüglich nachzuholen. ⁴Die Fixierung darf ohne vorherige ärztliche Zustimmung angeordnet werden, wenn die Ärztin oder der Arzt nicht so rechtzeitig erreichbar ist, dass die gegenwärtige Gefahr einer Selbsttötung oder erheblichen Selbstverletzung noch abgewendet werden kann; die ärztliche Zustimmung ist unverzüglich einzuholen.

(4) ¹Eine Fixierung, die absehbar die Dauer von 30 Minuten überschreitet, bedarf einer Anordnung des Gerichts auf schriftlichen Antrag der Einrichtung. ²Dem Antrag ist eine ärztliche Stellungnahme beizufügen. ³Bei Gefahr im Verzug kann eine Fixierung nach Satz 1 vorläufig in entsprechender Anwendung des Absatzes 2 angeordnet werden; die richterliche Entscheidung ist unverzüglich zu beantragen. ⁴Einer richterlichen Entscheidung bedarf es in den Fällen des Satzes 3 nicht, wenn bereits zu Beginn der Fixierung abzusehen ist, dass die Entscheidung erst nach Wegfall des Grundes der Fixierung ergehen wird oder die Fixierung vor Herbeiführung der richterlichen Entscheidung tatsächlich beendet und auch keine Wiederholung zu erwarten ist. ⁵Das Gericht ist unverzüglich zu unterrichten, wenn die Fixierung nach Antragstellung bei Gericht, aber vor Erlangung einer gerichtlichen Entscheidung beendet worden ist. ⁶Für das gerichtliche Verfahren gelten die §§ 121 a und 121 b des Strafvollzugsgesetzes.

(5) ¹Bei der untergebrachten Person ist mit Beginn der Fixierung das erforderliche Maß an ärztlicher Kontrolle sowie eine angemessene Überwachung und Betreuung durch qualifiziertes pflegerisches Personal nach Vorgabe der diensthabenden Ärztin oder des diensthabenden Arztes zu gewährleisten. ²Die Eins-zu-eins-Betreuung durch das qualifizierte pflegerische Personal ist grundsätzlich innerhalb des Raumes, indem sich die fixierte Person befindet, zu gewährleisten. ³Die Fixierung ist mindestens unter Angabe der maßgeblichen Gründe für die Anordnung, der Art und Weise der Durchführung, der Dauer und der vorgenommenen ärztlichen Überwachung zu dokumentieren.

(6) ¹Die Notwendigkeit der Fixierung ist durch die Anordnungsbefugten fortlaufend zu überprüfen. ²Sie ist regelmäßig ärztlich zu überwachen.

(7) ¹Nach Beendigung einer Fixierung, die nicht richterlich angeordnet oder genehmigt worden ist, sind die untergebrachte Person und ihre rechtliche Vertretung auf die Möglichkeit eines Antrags auf gerichtliche Überprüfung der durchgeführten Fixierung hinzuweisen. ²Der Hinweis ist aktenkundig zu machen.

(8) Über die Anordnung einer Fixierung sowie den Beginn und das Ende ihrer Durchführung ist jeweils unter Darlegung der Gründe unverzüglich dem Fachministerium zu berichten.“

Artikel 2

Änderung des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke

In § 18 Abs. 1 des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke vom 16. Juni 1997 (Nds. GVBl. S. 272), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 22. September 2022 (Nds. GVBl. S. 593), werden die Worte „mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie“ gestrichen.

Artikel 3

Änderung des Niedersächsischen Gesetzes
zur Umsetzung des Pakts für den öffentlichen Gesundheitsdienst

In § 5 Abs. 2 Satz 2 des Niedersächsischen Gesetzes zur Umsetzung des Pakts für den öffentlichen Gesundheitsdienst vom 16. Dezember 2021 (Nds. GVBl. S.883, 885) werden die Worte „2023 zu besetzen“ durch die Worte „2025 jährlich anteilig mindestens wie folgt zu besetzen:

1. im Jahr 2022 30 %,
2. im Jahr 2023 60 %,
3. im Jahr 2024 80 % und
4. im Jahr 2025 100 %“

ersetzt.

Artikel 4

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach seiner Verkündung in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Anlass, Ziele und Schwerpunkt des Gesetzes

Zu Artikel 1:

Die Anwendung besonderer Zwangs- und Sicherungsmaßnahmen stellt einen schwerwiegenden Eingriff in die Grundrechte der betroffenen Menschen dar und darf deshalb nur unter den im Gesetz explizit festgelegten Voraussetzungen vorgenommen werden.

Für Fixierungen als freiheitsentziehende Maßnahmen im Rahmen einer Unterbringung hat das Bundesverfassungsgericht mit seinem Urteil vom 24. Juli 2018 (2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16) festgelegt, dass eine nicht nur kurzfristige 5-Punkt- bzw. 7-Punkt-Fixierung dem Richtervorbehalt unmittelbar aus Artikel 104 Abs. 2 Satz 1 des Grundgesetzes unterliegt und während der Fixierungsmaßnahme eine Eins-zu-Eins-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal sicherzustellen ist. Die inhaltlichen und verfahrensrechtlichen Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts werden in dem Gesetzentwurf nunmehr umgesetzt, insbesondere werden ein Richtervorbehalt für Fixierungen eingeführt und eine konkrete Regelung zur Eins-zu-Eins-Betreuung festgeschrieben.

Zu Artikel 2:

Eine vorläufige behördliche Unterbringung stellt einen schwerwiegenden Eingriff in die Grundrechte betroffener Menschen dar. Es ist daher aus Gründen der Wahrung der Individualrechte des vermeintlich psychisch kranken Menschen eine Untersuchung durch eine Ärztin oder einen Arzt unerlässlich. Bisher erfolgte die Untersuchung durch eine Ärztin oder einen Arzt mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie. In Anbetracht des Mangels an Ärztinnen und Ärzten mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie, vor allem außerhalb der regulären Dienstzeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes in vielen Kommunen, können die Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die von einer Unterbringung nach § 18 des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) betroffen sind, bei Beibehalten der gegenwärtig in § 18 NPsychKG geforderten Qualifikation an die zeugnisstellende Ärztin oder den zeugnisstellenden Arzt nicht gewahrt werden. Die sich daraus ergebende Praxis ist, dass weder eine Ärztin noch ein Arzt die Betroffene oder den Betroffenen vor der vorläufigen Unterbringung in eine psychi-

atrische Klinik sieht. Dies ist nicht nur rechtswidrig, sondern auch zum persönlichen Nachteil der betroffenen Menschen mit einer psychischen Erkrankung.

Dieser Zustand kann nur geändert werden, indem die Voraussetzungen an die das Zeugnis erstellende Ärztin oder den das Zeugnis erstellenden Arzt geändert werden und somit der Kreis der Ärztinnen und Ärzte, die ein solches Zeugnis erstellen dürfen, vergrößert wird. Somit soll das Zeugnis jeder Ärztin oder jedes Arztes für eine Einweisung nach § 18 NPsychKG ausreichen, die oder der in der Lage ist, die in § 16 NPsychKG aufgeführten Voraussetzungen der Unterbringung beurteilen zu können und über die Abläufe und rechtlichen Grundlagen einer Einweisung informiert ist.

Grundsätzlich ist jede approbierte Ärztin und jeder approbierte Arzt in der Lage, die in § 16 NPsychKG genannten Voraussetzungen zu beurteilen. Fachlich ist es im Notfall vertretbar, dass jede Ärztin oder jeder Arzt hinzugezogen werden kann. Nur so ist es möglich, eine adäquate Versorgung psychisch kranker Menschen zu erreichen. In Krisen kommt es in erster Linie darauf an, dass den betroffenen Menschen überhaupt ärztliche Hilfe zuteilwird. Eine andere Einordnung stünde im Widerspruch zur Vorgehensweise bei herkömmlichen Notfällen, denn akute Fremd- oder Eigengefährdung bei psychischer Erkrankung ist ein medizinischer Notfall. Psychiatrie ist ein Teilgebiet der Humanmedizin, vergleichbar mit der Chirurgie und Inneren Medizin.

Seit Einführung des gegenwärtigen Standards der in der Psychiatrie erfahrenen Ärztin oder des in der Psychiatrie erfahrenen Arztes 1997 haben sich die Inhalte und der Praxisbezug des Medizinstudiums auch im Fachgebiet Psychiatrie weiterentwickelt. Daher ist im Hinblick auf die Durchführung eines rechtskonformen Verfahrens die Erweiterung des begutachtenden Personenkreises vertretbar. Darüber hinaus wird die betroffene Person nach ihrer Aufnahme in der Einrichtung unverzüglich fachärztlich untersucht.

Zu Artikel 3:

Das Niedersächsische Gesetz zur Umsetzung des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (NNumGPöGD) setzt die Verteilung und Verwendung der auf Niedersachsen entfallenden Mittel aus dem mit dem Bund geschlossenen Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Niedersachsen um.

Aus den nach § 4 Abs. 2 Nr. 1 NUmGPöGD vorrangig für den Personalaufbau einzusetzenden Mitteln sind in Niedersachsen bis zum 31. Dezember 2021 die vorgegebenen mindestens 144 unbefristeten Vollzeitstellen insbesondere in den niedersächsischen Gesundheitsämtern geschaffen und besetzt worden. Insgesamt konnten in Niedersachsen mit den Mitteln aus dem Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst bis zum 31. Dezember 2021 235 unbefristete Stellen geschaffen und besetzt werden (Erhebung des Statistischen Bundesamtes im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums). Bis zum 31. Dezember 2022 sind weitere mindestens 336 Vollzeitstellen in Niedersachsen zu schaffen. Eine Regelung, bis wann diese 336 Vollzeitstellen zu besetzen sind, enthält der Pakt nicht.

Auf Initiative der Länder haben sich Bund und Länder darauf verständigt, dass die Besetzung der weiteren Stellen in den Jahren 2022 und 2023 mit jeweils 30 % (jeweils 101 Stellen) und in den Jahren 2024 und 2025 mit jeweils 20 % (jeweils 67 Stellen) gestaffelt wird. Im Hinblick auf die bestehende Arbeitsmarktsituation mit Fachkräftemangel auch im öffentlichen Gesundheitsdienst bedeutet die nunmehr mögliche Staffelung eine erhebliche Entzerrung und Erleichterung insbesondere für die niedersächsischen Kommunen.

II. Wesentliches Ergebnis der Gesetzesfolgenabschätzung

Mit der Änderung des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes (Nds. MVollzG) werden die Vorgaben des BverfG-Urteils hinsichtlich der Fixierung verfassungsgemäß umgesetzt.

Durch die Änderung des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke soll der Kreis der Ärztinnen und Ärzte, die das Zeugnis für eine vorläufige behördliche Unterbringung erstellen dürfen, erweitert werden, damit weiterhin eine rechtskonforme Durchführung des Verfahrens der vorläufigen Unterbringung gewährleistet ist.

Durch die Änderung des Niedersächsischen Gesetzes zur Umsetzung des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst wird die aktuelle Regelung des § 5 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 2 an die zwischen Bund und Ländern vereinbarte mögliche flexiblere Stellenbesetzung angepasst.

III. Auswirkungen auf die Umwelt, insbesondere auf das Klima und auf die Anpassung an die Folgen des Klimawandels, den ländlichen Raum und die Landesentwicklung, auf Menschen mit Behinderungen, auf Familien sowie auf die Verwirklichung der Gleichstellung von Frauen und Männern

Auswirkungen auf die o. g. Bereiche sind nicht zu erwarten.

IV. Auswirkungen auf die Digitalisierung (Digitalcheck)

Der Gesetzentwurf hat keine Auswirkungen auf die digitale Umsetzung in Verwaltungsprozessen.

V. Auswirkungen auf den Mittelstand

Der Gesetzentwurf entfaltet keine unmittelbaren Auswirkungen auf den Mittelstand gemäß § 31 a Abs. 1 Satz 1 GGO, da keine besonderen bürokratischen Lasten entstehen. Die Einleitung eines Clearingverfahrens ist nicht erforderlich.

VI. Voraussichtliche Kosten und haushaltsmäßige Auswirkungen

Dem Land entstehen durch die vorgesehenen Änderungen der Gesetze keine unmittelbaren Kosten. Eine Finanzfolgenabschätzung wurde nicht durchgeführt, da durch die vorgesehenen Änderungen in absehbarer Zeit keine finanziellen Folgen für das Land, die Gemeinden, die Landkreise und andere Träger öffentlicher Verwaltung zu erwarten sind.

Die Änderung des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes setzt lediglich die Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung in Landesrecht um. Kosten entstehen dem Land Niedersachsen dadurch nicht.

Durch die Änderung des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke sind keine Kostenfolgen auf kommunaler Ebene zu erwarten.

Die Änderung des Niedersächsischen Gesetzes zur Umsetzung des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst hat keine haushaltsmäßigen Auswirkungen.

VII. Beteiligung des Landesbeauftragten für den Datenschutz

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz wurde beteiligt und hat keine Anmerkungen zu dem Gesetzentwurf.

VIII. Beteiligung von Verbänden und Organisationen

Zu dem Gesetzentwurf wurde den folgenden Verbänden und sonstigen Stellen Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben:

- Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens, c/o Niedersächsischer Städte- und Gemeindebund (im Folgenden: AG KSV),
- Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN),
- AMEOS Klinikum Hildesheim,
- AMEOS Klinikum Osnabrück,
- Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen e. V. (AANB e. V.),
- Asklepios Fachklinikum Göttingen,
- Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung,
- AWO Psychiatriezentrum Königslutter,
- Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie Landesverband Niedersachsen/Bremen,

- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (BPA),
- DGB Landesverband Niedersachsen - Bremen - Sachsen-Anhalt,
- Karl-Jaspers-Klinik,
- Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN),
- Katholisches Büro Niedersachsen,
- Klinikum der Region Hannover Wunstorf GmbH,
- Konföderation evangelischer Kirchen in Niedersachsen,
- LAG der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen e. V.
- Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener in Niedersachsen (LPEN e. V.),
- Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen,
- Maßregelvollzugszentrum Niedersachsen Zeven - Brauel,
- Maßregelvollzugszentrum Niedersachsen (MRVZN) Moringen,
- Maßregelvollzugszentrum Niedersachsen Rehburg - Loccum,
- Nationale Stelle zur Verhütung von Folter,
- Niedersächsischer Inklusionsrat von Menschen mit Behinderungen,
- Niedersächsischer Landesbeirat für Menschen mit Behinderungen,
- Niedersächsischer Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie auf der Bult,
- Niedersächsische Krankenhausgesellschaft (NKG e. V.),
- Niedersächsischer Richterbund,
- Psychiatrische Klinik Lüneburg,
- Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN),
- NBB Niedersächsischer Beamtenbund und Tarifunion,
- GeNi Gewerkschaft für das Gesundheitswesen.

Von diesen 32 Verbänden und sonstigen Stellen sind 16 Rückmeldungen eingegangen. Die Rückmeldung des MRVZN Moringen bezog sich nur auf die Änderung des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes, die Rückmeldungen der PKN und des Landesfachbeirats Psychiatrie nur auf die Änderung des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke. Der Niedersächsische Landesbeirat für Menschen mit Behinderungen hat keine Anmerkungen zu dem Gesetzentwurf. Grundsätzliche Bedenken gegen den Entwurf wurden nicht erhoben.

Zu Artikel 1:

Das Katholische Büro Niedersachsen und das KRH Psychiatrie Wunstorf, das jedoch Anmerkungen zur inhaltlichen Ausgestaltung macht, begrüßen die Änderung des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes.

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen weist darauf hin, dass der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst keine ärztlichen Aufgaben im Rahmen der Fixierung (Überwachung) - insbesondere außerhalb der regulären Arbeitszeiten - übernehmen könne.

Die Landesregierung führt hierzu aus, dass die ärztlichen Aufgaben in den Einrichtungen des Maßregelvollzuges im Zusammenhang mit der Fixierung keine Aufgaben des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes sind. Diese werden ausschließlich vom eigenen ärztlichen Personal übernommen.

Die AG KSV weist daraufhin, dass es durch die Einführung eines Richtervorbehaltes zu einer Mehrbelastung der Amtsgerichte komme. Die Landesregierung weist hierzu darauf hin, dass nach dem Urteil des BVerfG vom 24. Juli 2018 die nicht kurzfristige Fixierung auch im Rahmen einer bereits bestehenden Freiheitsentziehung als eigenständige Freiheitsentziehung zu qualifizieren ist, die den Richtervorbehalt nach Artikel 104 Abs. 2 des Grundgesetzes abermals auslöst.

Der Niedersächsische Inklusionsrat findet die Anpassung des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes in Bezug auf die Fixierung nachvollziehbar und regt an, in einem zusätzlichen Passus aufzunehmen, dass bei der Auswahl der Ärztinnen und Ärzte, die eine Entscheidung für freiheitsentziehende Maßnahmen treffen dürfen, auch die Sprachbarrieren Berücksichtigung finden sollten. Dabei sollten neben Übersetzungen auch an Gebärdensprachen und Leichte Sprache gedacht werden.

Die Landesregierung wird die vorgeschlagenen gesetzlichen Änderungen nicht aufgreifen, da es dieser h. E. nicht bedarf. Die Entscheidung für eine Fixierung ist der Vollzugsleitung bzw., wenn diese nicht ärztlich besetzt ist, der Therapeutischen Leitung vorbehalten, somit ist festgelegt, wer für die Entscheidung verantwortlich ist. Zu den Zielen des Maßregelvollzugs gehört auch, dass auf die Lebensumstände, den Gesundheitszustand und die kultursensiblen Aspekte der untergebrachten Personen Rücksicht genommen wird, soweit die Sicherheit und Ordnung in der Einrichtung und die Erreichung der Vollzugsziele nicht beeinträchtigt werden. Auch wird die untergebrachte Person an der Erstellung des Behandlungsplans beteiligt. Dies kann nur umgesetzt werden, wenn die unterschiedlichen sprachlichen Barrieren berücksichtigt werden.

Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung und die KRH Psychiatrie Wunstorf empfehlen die Übertragung der Regelung zur Fixierung (§ 21 c) des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke auf das Niedersächsische Maßregelvollzugsgesetz. Nach dem Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke sei Fixierung die Beschränkung der Bewegungsfreiheit zur Ruhigstellung durch mechanische Vorrichtungen, aber auch durch die Gabe von Medikamenten oder durch mechanische Vorrichtungen in Verbindung mit der ergänzenden Gabe von Medikamenten. Nach Auffassung der Landesregierung soll im Maßregelvollzug ausschließlich die mechanische 5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierung angewandt werden. Die Gabe von der Ruhigstellung dienenden Medikamenten ist in der Regel immer auch eine Behandlung der Anlasserkrankung, die gegebenenfalls in einer akuten Phase wieder auflebt und immer auch einem therapeutischen Ziel dient, nämlich mindestens der (Wieder-) Herstellung der Therapiefähigkeit. Sie ist damit als gesonderte medizinische Zwangsmaßnahme zu qualifizieren. Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 2011 (2 BvR 882/09) ist die medizinische Zwangsbehandlung einer untergebrachten Person mit ruhigstellenden Medikamenten ein besonders schwerwiegender Grundrechtseingriff. Die auf die Erreichung des Vollzugsziels gerichtete Zwangsbehandlung ist daher nur unter engen Voraussetzungen zulässig. Die untergebrachte Person muss Gelegenheit haben, vor Schaffung vollendeter Tatsachen eine gerichtliche Entscheidung herbeizuführen (Rn. 63 des o. a. Urteils). Eine Zwangsbehandlung nach den §§ 8 a und 8 b Nds. MVollzG bedarf einer Anordnung von zwei von der Einrichtung unabhängigen Sachverständigen, die in einer schriftlichen Stellungnahme die Voraussetzungen für eine Zwangsbehandlung einvernehmlich bestätigen müssen. Die Anordnung ist der untergebrachten Person oder ihrer rechtsgeschäftlichen oder gesetzlichen Vertretung vor Behandlungsbeginn bekanntzugeben und muss eine Belehrung enthalten, dass gegen die Anordnung um vorläufigen Rechtsschutz nachgesucht und ein Antrag auf gerichtliche Entscheidung gestellt werden kann (§ 8 a Abs. 4 Satz 3 Halbsatz 2 Nds. MVollzG). Die Zwangsbehandlung kann frühestens zwei Wochen nach ihrer Bekanntgabe beginnen, sofern kein Antrag auf gerichtlichen Rechtsschutz gestellt worden ist.

Wenn die Fixierung auch die Gabe von Medikamenten umfassen würde, würden die o. a. vom Bundesverfassungsgericht aufgeführten Grundsätze für eine Zwangsbehandlung unterlaufen. Dies gilt insbesondere auch für Fixierungen von weniger als 30 Minuten, bei denen ein Richtervorbehalt nicht gegeben ist.

Der Vorschlag der AANB e. V., Angehörige über die Fixierung zu unterrichten, ist nach der geltenden Rechtslage nicht umsetzbar. Eine Unterrichtung einer oder eines Angehörigen ist rechtlich nur dann möglich, wenn diese oder dieser eine gesetzliche Vertreterin, ein gesetzlicher Vertreter, eine

rechtsgeschäftliche Vertreterin oder ein rechtsgeschäftlicher Vertreter ist. Dieses ist aber nicht zwangsläufig aufgrund des Status als Angehörige oder Angehöriger gegeben.

Der Anregung der Nationalen Stelle zur Verhütung von Folter, eine gesetzliche Verpflichtung zu einer Nachbesprechung der besonderen Sicherungsmaßnahme mit der untergebrachten Person in das Gesetz aufzunehmen, soll nicht gefolgt werden. Aus Sicht der Landesregierung bedarf es dieser Regelung nicht, da die therapeutische Aufarbeitung von belastenden Maßnahmen zum Alltagsgeschäft der Unterbringungseinrichtungen gehört.

Zu Artikel 2:

Die Bewertung der Stellungnahmen aus der Verbandsbeteiligung durch die Landesregierung erfolgt ausschließlich im Teil B dieser Begründung.

Zu Artikel 3:

Die Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen e. V. äußert zum Niedersächsischen Gesetz zur Umsetzung des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst keine Bedenken. Die Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen unterstützt eine möglichst schnelle Aufstockung der finanziellen Mittel und des Personals im öffentlichen Gesundheitsdienst grundsätzlich und äußert ebenfalls keine Bedenken.

Es gab eine Rückmeldung der AG KSV. Die vorgeschlagenen Änderungen werden grundsätzlich begrüßt. Die AG KSV bemängelt jedoch, dass der vorliegende Gesetzentwurf dem Bekenntnis der Landesregierung zu einer Verstetigung der Personalaufstockung über das Jahr 2026 hinaus nicht gerecht wird. Die AG KSV weist darauf hin, dass durch die ungesicherte Anschlussfinanzierung die Erfolge bei der Besetzung der im Rahmen des Paktes geschaffenen Stellen gefährdet würden.

Die Landesregierung weist darauf hin, dass die Bedenken nachvollziehbar sind, der Koalitionsvertrag sich tatsächlich zu einer Verstetigung der Personalaufstockung über das Jahr 2026 bekennt und die unklare Perspektive der Finanzierung die Kommunen des ÖGD insbesondere bei der Fachkräftegewinnung vor große Herausforderungen stellt. Dies ist aber nicht Gegenstand der vorgeschlagenen Änderung, die lediglich die vereinbarte Staffelung im Personalaufwuchs wiedergibt, auf die sich Bund und Länder geeinigt haben (vgl. Umlaufbeschluss 24/2022 der GMK), und muss an anderer Stelle geklärt werden. Die vorgeschlagene Änderung ist mit Blick auf die bereits getroffenen Beschlüsse lediglich eine Umsetzung der Verhandlungsergebnisse. Vor Klärung der Anschlussfinanzierung auf Landesebene sollten die Verhandlungen zwischen Bund und Ländern hierzu abgewartet werden. Eine noch unklare Anschlussfinanzierung kann nicht zielführend Gegenstand eines Gesetzes sein.

Eine Reihe von Stellungnahmen wurde zum Anlass genommen, in der Begründung des Gesetzentwurfs Erläuterungen und Klarstellungen vorzunehmen, hierauf wird in der Einzelbegründung unter Teil B eingegangen.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1:

Zu Nummer 1 (§ 3 Einrichtungen des Maßregelvollzugs):

Dem Vorbehaltskatalog in Absatz 1 wird eine Nummer 25 angefügt, die die Anordnung der Fixierung bei einer untergebrachten Person beinhaltet.

Zu Nummer 2 (§ 5 a Vollzugsleitung und Therapeutische Leitung):

Aufgrund der Neuregelung der Fixierung in § 23 b und der dadurch bedingten redaktionellen Folgeanpassungen in den §§ 3 und 23 sind weitere redaktionelle Änderungen in den Sätzen 3 und 5 des Absatzes 4 erforderlich geworden.

Zu Nummer 3 (§ 23 Besondere Sicherungsmaßnahmen):

Zu Buchstabe a:

Nummer 3 wird aus dem § 23 Abs. 1 herausgenommen und vor dem Hintergrund der Entscheidung des BVerfG vom 24. Juli 2018 (2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16) und der dort geregelten Anforderungen für eine Fixierung in einem gesonderten Paragraphen geregelt.

Zu Buchstabe b:

In Absatz 2 Satz 1 werden die Worte „oder, in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 3, durch die Therapeutische Leitung, wenn eine solche bestellt ist“ gestrichen, da diese sich nur auf die Fixierung beziehen.

Ergebnis der Verbandsbeteiligung:

Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung weist darauf hin, dass nach § 5 a Abs. 4 Satz 3 die Entscheidungen über Fixierungen der Therapeutischen Leitung vorbehalten seien, wenn eine solche bestellt sei.

Das MRVZN weist darauf hin, dass die Anordnungsvoraussetzungen für die Fixierung sich von denen der besonderen Sicherungsmaßnahmen in § 23 unterscheiden würden.

Bewertung:

Diese Hinweise werden übernommen. In § 23 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 werden die Regelungen zur Fixierung gestrichen und § 23 b Abs. 3 wird um den Satz ergänzt, dass die Entscheidung über Fixierungen der Therapeutischen Leitung vorbehalten ist, wenn eine solche bestellt ist. Die Fixierung wird daher in einem eigenen Paragraphen geregelt, da sich die Anordnungsvoraussetzungen für die Fixierung von denen der besonderen Sicherungsmaßnahmen in § 23 unterscheiden. Aufgrund der Eingriffsintensität der Fixierung ist es auch geboten, den Tatbestand abweichend von § 23 auf eine gegenwärtige Gefahr von Gewalttätigkeiten gegen Personen sowie eine gegenwärtige Selbsttötungs- oder Selbstverletzungsgefahr zu beschränken.

Zu Nummer 4 (§ 23 b Anordnung der Fixierung, Verfahren, ärztliche Überwachung):

Zu Absatz 1:

Es wird definiert, in welchen Fällen eine Fixierung im Sinne dieses Gesetzes vorliegt. Dabei muss eine genaue Abgrenzung zur Fesselung vorgenommen werden. Die Definition geht davon aus, dass Fixierungen im Sinne dieses Gesetzes, für die die nachfolgend geregelten strengen Voraussetzungen gelten, nur vorliegen, wenn die Bewegungsfreiheit durch das Festbinden der Gliedmaßen an ein Fixierbett fast vollständig aufgehoben ist. Um der mit einer Fixierung verbundenen Gefahr angemessen begegnen zu können, ist eine Fixierung nach den neuesten medizinischen Erkenntnissen durchzuführen, und die dafür verwendeten Materialien müssen regelmäßig nach den neuesten wissenschaftlichen Standards überprüft werden, damit eine mögliche Gefahr für die Betroffenen soweit wie möglich minimiert wird. Eine Ein-Punkt-, Zwei-Punkt- oder Drei-Punkt-Fixierung verletzt die Menschenwürde und ist nicht zulässig.

Ergebnis der Verbandsbeteiligung:

Nach Auffassung der Konföderation der evangelischen Kirchen in Niedersachsen, der Ärztekammer Niedersachsen, der LAG der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen und der Nationalen Stelle zur Verhütung von Folter fehle eine genaue Definition der Fixierung, auch solle ausschließlich die 5-Punkt- und 7-Punkt Fixierung im Gesetz normiert werden. Nach Auffassung des NIR solle auch die Qualität der Fixierung (Ausschluss veralteter Gurte etc.) im Gesetz normiert werden.

Die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter merkt an, dass eine Formulierung in das Gesetz dergestalt aufgenommen werden solle, dass eine Fixierung in jedem Fall einem strikten Verhältnismäßigkeitsmaßstab auch hinsichtlich der Dauer der Maßnahme genügen und sich auf das absolut Notwendige beschränken müsse. Dies würde der Situation vorbeugen, dass die Fixierung über einen notwendigen Zeitraum angeordnet werde, um eine wiederholte Befassung des anordnenden Gerichts zu vermeiden. Die Ärztin oder der Arzt habe bei der regelmäßigen Überwachung der Fixierung auch immer zu prüfen, ob diese Maßnahme weiterhin erforderlich und notwendig sei.

Bewertung:

Die Definition der Fixierung wird konkretisiert und die Begriffsbestimmung auf die Fixierungsarten (5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierung) beschränkt, die Gegenstände der verfassungsgerichtlichen Entscheidung waren. Zudem wird aufgenommen, dass die Fixierung nach den neuesten medizinischen Standards durchzuführen ist und die gängigen Medizinprodukte zu verwenden sind.

Nach Auffassung der Landesregierung ist die Anordnung der Fixierung an den mit Verfassungsrang ausgestatteten Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gebunden. Sie dürfen nur angeordnet werden, soweit und solange es der Zweck unumgänglich erfordert.

Zu Absatz 2:

Die Fixierungsmaßnahme ist die intensivste Form der Freiheitsentziehung, und in Absatz 1 werden die Voraussetzungen festgelegt, nach denen die Anwendung der Fixierung unter Berücksichtigung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes zulässig ist. Die Fixierung einer Person ist nur zulässig, wenn der Schutz anderer dies erfordert. Sie ist aber auch gerechtfertigt zur Abwendung einer drohenden gewichtigen Gesundheitsgefährdung der oder des Betroffenen selbst wie auch anderer Personen wie des Pflegepersonals oder der Ärztinnen und Ärzte.

Ergebnis der Verbandsbeteiligung

Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung weist daraufhin, dass nach § 23 Nds. MVollzG besondere Maßnahmen - zu denen auch die Fixierung gehöre - auch gegen einsichts- und einwilligungsfähige untergebrachte Personen zulässig seien. Besondere Sicherungsmaßnahmen seien aber unzulässig, wenn die abzuwendende Selbsttötung oder Selbstverletzung auf einem freien Willensentschluss der untergebrachten Person beruhe, da nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15 - das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Artikel 2 Abs. 1 in Verbindung mit Artikel 1 Abs. 1 des Grundgesetzes) als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasse.

Bewertung:

Die Anregung des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung wird aufgegriffen. Durch die Ergänzung eines Satzes 2 in Absatz 2 wird die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 (2 BvR 2347/15), dass der Willensentschluss zur Selbstverletzung oder -tötung vom allgemeinen Persönlichkeitsrecht gedeckt ist, umgesetzt. Eine Fixierung bei einsichts- und einwilligungsfähigen untergebrachten Personen ist nur zur Abwehr einer gegenwärtigen erheblichen Gefahr für das Leben oder die Gesundheit Dritter zulässig.

Zu Absatz 3:

Absatz 3 regelt, dass Fixierungen nur durch die Vollzugsleitung oder, in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 3, durch die Therapeutische Leitung, wenn eine solche bestellt ist, angeordnet werden dürfen. Um den mit einer Fixierung verbundenen Gefahren angemessen zu begegnen und den gesundheitlichen Zustand der untergebrachten Person bei der Entscheidung zu berücksichtigen, ist es zwingend notwendig, dass vor der Anordnung einer Fixierung eine ärztliche Inaugenscheinnahme erfolgt. Auch eine korrekt durchgeführte Fixierung kann zu Gesundheitsgefahren für die untergebrachte Person führen. Wegen einer mangelnden Mobilität durch eine länger andauernde Fixierung besteht die Gefahr internistischer Komplikationen, wie z. B. einer Lungenembolie. Um diese gesundheitlichen Gefahren zu minimieren, ist eine persönliche Inaugenscheinnahme der untergebrachten Person durch eine Ärztin oder einen Arzt zwingend erforderlich. In Satz 2 wird demgemäß ergänzt, dass bei Gefahr im Verzug nur Beschäftigte, die zur Durchführung von unmittelbarem Zwang befugt sind, eine Fixierung vorläufig anordnen können. Satz 3 sieht vor, dass die ärztliche Inaugenscheinnahme und Stellungnahme unverzüglich nachzuholen sind.

In Satz 4 wird normiert, dass die Fixierung ohne vorherige ärztliche Zustimmung angeordnet werden darf, wenn die Ärztin oder der Arzt nicht so rechtzeitig erreichbar ist, dass die gegenwärtige Gefahr einer Selbsttötung oder erheblichen Selbstverletzung noch abgewendet werden kann. Die ärztliche Zustimmung ist unverzüglich einzuholen.

Ergebnis der Verbandsbeteiligung:

Die ÄKN merkt an, dass die Fixierung nur von einer Ärztin oder einem Arzt angeordnet werden dürfe.

Bewertung:

Der Arztvorbehalt ist im Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetz umgesetzt. Die Vollzugsleitung ist in der Regel eine Ärztin oder ein Arzt; falls die Vollzugsleitung eine psychologische Psychotherapeutin oder ein psychologischer Psychotherapeut ist, wird zusätzlich eine therapeutische Leitung bestimmt, sodass die Anordnung einer Fixierung immer durch eine Ärztin oder einen Arzt erfolgt. Wer die Vollzugsleitung bzw. Therapeutische Leitung bei der Anordnung von Fixierungen vertreten kann, wird jeweils durch die Einrichtungen selbst geregelt.

Zu Absatz 4:

Für eine nicht nur kurzfristige Fixierungsmaßnahme als besondere Sicherungsmaßnahme ist eine vorherige Anordnungsentscheidung des zuständigen Gerichtes erforderlich. Dies ist Ausfluss von Artikel 104 Abs. 2 des Grundgesetzes. Bei der Fixierungsmaßnahme handelt es sich im Verhältnis zu allen mit dem Vollzug im Regelfall verbundenen Maßnahmen und Beschränkungen um eine eigenständige Freiheitsentziehung mit neuer Eingriffsqualität, die dem Richtervorbehalt unmittelbar aus Artikel 104 Abs. 2 Satz 1 des Grundgesetzes unterliegt (vgl. BVerfG, Urt. v. 24. Juli 2018 - 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16, Rn. 69 f.). Der Richtervorbehalt dient der verstärkten Sicherung des Grundrechts aus Artikel 2 Abs. 2 Satz 2 des Grundgesetzes und zielt auf eine vorbeugende Kontrolle der Maßnahme durch eine unabhängige und neutrale Instanz ab. Satz 3 enthält eine Regelung zur Anordnung von nicht nur kurzfristigen Fixierungen bei Gefahr im Verzug. Für die Fälle von Gefahr im Verzug soll im Hinblick auf die besondere Eingriffsqualität der Fixierung die Regelung des Absatzes 2 entsprechend für Fixierungen von nicht nur kurzfristiger Dauer gelten, das heißt, die Anordnung hat durch die Vollzugsleitung zu erfolgen. Durch die Verweisung auf Absatz 2 wird dabei zudem klargestellt, dass es auch bei Gefahr im Verzug einer vorherigen ärztlichen Zustimmung bedarf. Hierdurch wird sichergestellt, dass auch in den Fällen des Satzes 3 die verfassungsrechtlichen Maßstäbe des Urteils zur ärztlichen Beteiligung beachtet werden.

Die Verweisung in Satz 6 nimmt auf das Gesetz zur Stärkung der Rechte von Betroffenen bei Fixierungen im Rahmen von Freiheitsentziehungen vom 19. Juni 2019 (BGBl. I S. 840) Bezug.

Ergebnis der Verbandsbeteiligung:

Die NKHG e. V. stört sich an dem unbestimmten Rechtsbegriff „absehbar“ und regt an, zeitlich näher zu konkretisieren, ab wann eine Anordnungsentscheidung des zuständigen Gerichts erforderlich sei, um dem Krankenhauspersonal bei derart schwerwiegenden Entscheidungen Rechtssicherheit zu geben.

Die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter und die ÄKN merken an, dass die Regelung in Satz 4 praktisch eine Umgehung der richterlichen Anordnung darstelle.

Bewertung:

Der Vorschlag der NKHG e. V. wird nicht aufgegriffen, da es sich bei der Formulierung „absehbar“ um einen unbestimmten Rechtsbegriff handelt und eine genaue Festlegung der Zeit auf z. B. 10 oder 15 Minuten künftige konkrete Entwicklungen in der Alltagspraxis ausschließen würde.

Der Anmerkung der Nationalen Stelle und der ÄKN kann nicht gefolgt werden, da in Satz 3 eine vollzugsbehördliche Eilkompetenz für die Fälle geschaffen wird, in denen eine richterliche Anordnung nicht abgewartet werden kann, etwa weil der Eintritt eines irreversiblen Schadens droht. Ein Nachholen der richterlichen Entscheidung ist nur dann nicht nötig, wenn die Fixierung 30 Minuten nicht überschreitet. Diese Regelung gibt ohne inhaltliche Veränderung die Begründung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Juli 2018 wieder: „In einem solchen Fall würde der Betroffene durch die Einhaltung des Verfahrens nach Artikel 104 Abs. 2 GG nicht besser, sondern schlechter gestellt, weil eine sachlich nicht mehr gerechtfertigte Freiheitsentziehung durch die Notwendigkeit einer nachträglichen richterlichen Entscheidung verlängert würde“ (BVerfG v. 24. Juli 2018, Rn. 101).

Zu Absatz 5:

Durch die Formulierung in Satz 1 soll dem Urteil des BVerfG vom 24. Juli 2018 entsprechend (Rn. 83) klargestellt werden, dass die Aufgabe der Überwachung der fixierten Person nicht lediglich durch eine Ärztin oder einen Arzt sichergestellt werden muss, sondern dass es sich um die eigene Aufgabe einer Ärztin oder eines Arztes handelt. Diese besteht bereits mit Beginn der Fixierung. Bei einer Fixierung ist grundsätzlich eine ausreichende Überwachung durch pflegerisches Fachpersonal erforderlich. Zusätzlich zur Überwachung durch pflegerisches Fachpersonal ist in kurzen Abständen eine ärztliche Kontrolle notwendig, dabei wird überprüft, ob die Maßnahme weiterhin erforderlich und angemessen und die ordnungsgemäße Überwachung gewährleistet sind.

Die Betreuung muss grundsätzlich innerhalb des Raumes, in dem sich die untergebrachte Person befindet, erfolgen. Nur in besonders begründeten Einzelfällen kann aufgrund der Psychopathologie von dieser Vorgabe abgewichen werden. Erforderlich ist dabei, dass gerade durch den Aufenthalt im Raum entweder eine erhöhte Gefahr für die fixierte Person oder für die Betreuung besteht. Einige psychische Störungen können durch die dauerhafte Präsenz der Betreuung verschlimmert werden. Die Umgebung ist deshalb für die fixierte Person reizarm zu gestalten. Auch kann in Einzelfällen zum Schutz der Beschäftigten vor Infektionskrankheiten, z. B. Tuberkulose, oder durch ungebührliches Verhalten der untergebrachten Person, z. B. schwere verbale Ausfälle, davon abgewichen werden. In diesen Fällen muss sichergestellt sein, dass sich die Betreuung im Sichtfeld auf die untergebrachte Person vor dem Raum befindet, sie hören kann, einen regelmäßigen Blickkontakt hat und die fortlaufende Überprüfung der Vitalfunktion - auch mittels Telemetrie - gewährleistet ist. Die alleinige Überwachung mit optisch-elektronischen Einrichtungen (Videoüberwachung) und Bildaufzeichnungen ist nicht zulässig.

Der Inhalt des Satzes 3 entspricht den Vorgaben des BVerfG (Urteil vom 24. Juli 2018, Rn. 84).

Ergebnis der Verbandsbeteiligung:

Die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e. V. und der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung regen an, dass auch eine mittelbare Überwachung der untergebrachten Person zulässig sein solle.

Die Qualifikation des Personals, das die Überwachung und Betreuung der fixierten Person übernimmt, solle nach Auffassung der Konföderation evangelischer Kirchen in Niedersachsen, der ÄKN, des KRH Psychiatrie Wunstorf, der LAG FW und der Nationalen Stelle zur Verhütung von Folter konkretisiert werden. Die Überwachung und Betreuung dürfe nur durch Pflegefachkräfte übernommen werden.

Die Dokumentation müsse nach Ansicht der Konföderation evangelischer Kirchen in Niedersachsen und der LAG FW die maßgeblichen Gründe, Durchsetzung, Dauer und Art der Überwachung enthalten. Das KRH Psychiatrie Wunstorf wünscht sich die Beibehaltung des bisherigen etablierten Verfahrens.

Bewertung:

Da die Überwachung der fixierten Person grundsätzlich im selben Raum erfolgen soll, kann aber in begründeten Einzelfällen, wenn eine Sichtunterbrechung im Raum nicht ausreichend ist, von dieser Vorgabe abgewichen werden. Aber auch dabei muss sichergestellt sein, dass die Betreuung die untergebrachte Person hören kann, sie regelmäßig Blickkontakt hat und die Überprüfung der Vitalfunktionen gewährleistet ist. Eine Überwachung nur durch eine Scheibe würde diese Voraussetzungen nicht erfüllen. Es wird konkretisiert, dass die Überwachung nur durch pflegerisches Fachpersonal übernommen werden darf.

Mit der Regelung wird Inhalt und Umfang der Dokumentation nach den Vorgaben des BVerfG (Beschluss vom 24. Juli 2018 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16 Rn. 84) festgelegt. Sie enthält jedoch keine Vorgaben für die Verfahrensweisen.

Zu Absatz 6:

Mit dieser Regelung soll klargestellt werden, dass eine fortlaufende Überprüfung der Maßnahme erforderlich ist. Damit wird einer vom BVerfG (Urteil vom 24. Juli 2018, Rn. 83) geforderten Überprü-

fung der weiteren Erforderlichkeit der Fixierung in kurzen Abständen Rechnung getragen. Von dieser Regelung sollen auch diejenigen Fälle erfasst sein, in denen das Gericht in den Fällen des Absatzes 2 Satz 2 die Anordnung der Fixierung durch die Vollzugsleitung nicht bestätigt hat. Es ist davon auszugehen, dass die Voraussetzungen der Fixierung nach einer solchen Entscheidung nicht mehr vorliegen und diese daher nach Absatz 6 zu beenden ist.

Ergebnis der Verbandsbeteiligung:

Der NIR regt an, den Begriff „regelmäßig“ näher zu definieren, was für ein Überwachungszeitraum minimal und maximal vertretbar sei.

Bewertung:

Der Vorschlag des NIR wird nicht aufgegriffen, da es sich bei der Formulierung „regelmäßig“ um einen unbestimmten Rechtsbegriff handelt und eine genaue Festlegung des Überwachungszeitraums den konkreten Fallgestaltungen bei der Fixierung in der Alltagspraxis nicht gerecht werden würde.

Zu Absatz 7:

Absatz 7 regelt die Verpflichtung, dass die untergebrachte Person nach Beendigung einer Fixierungsmaßnahme auf die Möglichkeit hingewiesen wird, die Zulässigkeit der durchgeführten Maßnahme nachträglich gerichtlich überprüfen zu lassen. Die nachträgliche Hinweispflicht erstreckt sich dabei nicht auf sämtliche Fixierungsmaßnahmen, sondern wird auf diejenigen Fälle beschränkt, in denen die Fixierungsmaßnahme nicht richterlich angeordnet bzw. genehmigt worden ist. Somit wird gewährleistet, dass die untergebrachte Person Kenntnis darüber hat, dass auch noch nach Erledigung der Maßnahme eine gerichtliche Überprüfung herbeigeführt werden kann.

Ergebnis der Verbandsbeteiligung:

Die LAG FW weist auf die Verpflichtung hin, die untergebrachten Personen nach Beendigung der Maßnahme auf die Möglichkeit hinzuweisen, die Zulässigkeit der durchgeführten Fixierung gerichtlich überprüfen zu lassen.

Bewertung:

Die Möglichkeiten der gerichtlichen Überprüfung dieser Maßnahme sind im § 109 des Strafvollzugsgesetzes abschließend geregelt. Eine zusätzliche Regelung im Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetz erübrigt sich damit.

Zu Absatz 8:

Mit Absatz 8 wird den Einrichtungen aufgegeben, über jede Anordnung einer Fixierung dem Fachministerium unter Darlegung der Gründe zu berichten. Die Anordnung einer Fixierung sowie der Beginn und das Ende ihrer Durchführung sollen mitgeteilt werden.

Ergebnis der Verbandsbeteiligung:

KRH Psychiatrie Wunstorf wünscht eine Festlegung, ab welcher Dauer der Fixierung das Fachministerium unterrichtet werden muss.

Bewertung:

Die Anregung des KRH Psychiatrie Wunstorf soll nicht aufgegriffen werden. Die Unterbringungseinrichtungen sind im Fall einer Anordnung einer Fixierung unabhängig von ihrer Dauer berichtspflichtig.

Zu Artikel 2:

Eine vorläufige behördliche Unterbringung stellt einen schwerwiegenden Eingriff in die Grundrechte betroffener Menschen dar. Eine Untersuchung durch eine Ärztin oder einen Arzt ist daher aus Gründen der Wahrung der Individualrechte des vermeintlich psychisch kranken Menschen unerlässlich. Um aufgrund des Mangels an Ärztinnen und Ärzten mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie die Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen weiterhin zu wahren, werden die fachlichen Anforderungen an die Ärztinnen und Ärzte angepasst. Somit soll das Zeugnis jeder Ärztin oder jedes Arztes für eine Unterbringung nach § 18 NPsychKG ausreichen, die oder der in

der Lage ist, die in § 16 NPsychKG genannten Voraussetzungen der Unterbringung beurteilen zu können und über die Abläufe und rechtlichen Grundlagen einer Einweisung informiert ist. Grundsätzlich wird jede approbierte Ärztin oder jeder approbierte Arzt in der Lage gesehen, die nach § 16 NPsychKG genannten Voraussetzungen zu beurteilen. Schriftliche Informationen zur Unterbringung werden von der Fachaufsicht zur Verfügung gestellt. Es obliegt der zuständigen Kommune, dafür Sorge zu tragen, dass die mit dieser Aufgabe betrauten Ärztinnen und Ärzte sowohl die in § 16 NPsychKG genannten Voraussetzungen qualifiziert beurteilen können als auch die psychosoziale Tragweite einer Einweisung nach dem Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke kennen.

Die KVN und die ÄKN erkennen den Mangel an Ärztinnen und Ärzten mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie an. Die ÄKN hält eine Absenkung der ärztlichen Qualifikation aber angesichts der Schwere des Eingriffs der vorläufigen Unterbringung für äußerst bedenklich, während die KVN diese für nachvollziehbar hält, zumal der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst nicht für diese Aufgabe zuständig sei.

Die Bedenken der ÄKN können nachvollzogen werden, im Rahmen einer Gesamtbetrachtung stehen jedoch andere Erwägungen im Vordergrund. Dem Umstand, dass derzeit außerhalb der regulären Dienstzeiten der Sozialpsychiatrischen Dienste in vielen Kommunen Menschen mit akuten psychischen Erkrankungen nach § 18 NPsychKG gegen ihren Willen in psychiatrische Kliniken eingewiesen werden, ohne dass sie zuvor ärztlich begutachtet worden wären, kann in Zeiten des Fachärztemangels nur dadurch begegnet werden, dass die Anforderungen an die ärztliche Qualifikation gesenkt werden. Nur so kann eine ärztliche Diagnostik gewährleistet werden, die abklärt, ob es sich tatsächlich um eine psychische und nicht etwa um eine somatische Erkrankung handelt, welche ursächlich für das die Unterbringung begründende Verhalten der Person sein könnte. Eine fachärztliche Diagnostik erfolgt dann in der Klinik im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung.

Der von einigen Verbänden geforderten Erweiterung des Personenkreises der zeugnisgebenden Expertinnen und Experten auf weitere Fachexpertinnen und Fachexperten aus dem psychiatrischen Bereich, wie z. B. auf approbierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, kann nicht gefolgt werden, da die approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten - und auch andere Berufsgruppen - nach derzeitigem Stand der Ausbildungsordnung für eine somatische Diagnosestellung nicht hinreichend ausgebildet sind. Das ist aber Voraussetzung dafür, dass unnötige Unterbringungen mit teilweise traumatischen Folgen im Vorhinein verhindert und somatisch erkrankte Personen schneller einem somatischen Krankenhaus zugeführt werden.

Eine personelle Verstärkung des Sozialpsychiatrischen Dienstes und eine „24/7“-Bereitschaft einer Psychiaterin oder eines Psychiaters, wie von der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (AANB e. V.) gefordert wird, liegt in der Organisationshoheit der Kommunen und erscheint aufgrund des derzeitigen Fachpersonalmangels nicht realisierbar.

Die von der LAG der Freien Wohlfahrtspflege vorgeschlagene Erweiterung auf Ärztinnen und Ärzte mit Erfahrungen auf dem Gebiet der Neurologie ist nicht erforderlich, da diese bereits zu dem Bereich der in der Psychiatrie erfahrenen Ärztinnen und Ärzte zählen und auch fortan in den erweiterten Pool der approbierten Ärztinnen und Ärzte fallen werden.

Die Durchführung von speziellen Fortbildungen/Schulungen auf dem Gebiet Psychiatrie für Ärztinnen und Ärzte ohne Erfahrungen auf dem Gebiet der Psychiatrie, wie in einigen Stellungnahmen vorgeschlagen, lässt sich nur auf freiwilliger Basis durchführen, da nach der Fortbildungsordnung der Ärztekammer Niedersachsen in der Fassung vom 2. April 2020 eine Verpflichtung für Ärztinnen und Ärzte, bestimmte Fortbildungen durchzuführen, nicht besteht.

Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung wendet ein, dass die beabsichtigte Änderung auf ärztliche und verwaltungsbehördliche Mehrarbeit und auf eine „Verumständlichung“ und Verlängerung des Verfahrens hinauslaufe, da im späteren Verlauf des Verfahrens ohnehin ein qualifiziertes ärztliches Zeugnis vorgelegt werden müsse.

Zu den Gründen, die Anlass für die Regelung sind, wird auf die obigen Ausführungen verwiesen. Bei dem vorliegenden vorläufigen behördlichen Unterbringungsverfahren nach § 18 NPsychKG handelt es sich nicht um ein gerichtliches Verfahren. Ein ärztliches Zeugnis im Sinne des § 18 NPsychKG ist Teil der Sachverhaltsermittlung der Kommunalbehörde und wurde nicht von einer

Justizbehörde in Auftrag gegeben. Der Landesgesetzgeber kann auch solche Ärztinnen und Ärzte im Rahmen des vorläufigen behördlichen Unterbringungsverfahrens zur Ausstellung eines Zeugnisses zulassen, die für ein Gutachten nach § 321 des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) nicht als geeignet angesehen werden. Die beabsichtigte Änderung kann zwar grundsätzlich zu einer Verlängerung des Verfahrens führen, wenn das im Rahmen der vorläufigen behördlichen Unterbringung erlangte Zeugnis den Anforderungen des § 321 FamFG nicht entspricht. Eine solche Verlängerung des Verfahrens erstreckt sich in der Regel dann aber lediglich auf den Folgetag, da im Anschluss an die vorläufige behördliche Unterbringung das nach § 321 FamFG für die Unterbringung nach § 312 FamFG in Verbindung mit § 17 NPsychKG erforderliche Gutachten von einer qualifizierten Ärztin oder einem qualifizierten Arzt, die oder der die Voraussetzungen des § 321 FamFG erfüllt, in der Klinik erstellt wird und im Rahmen der Beantragung der ordentlichen richterlichen Anordnung beigefügt wird. Eine weitere Verlängerung oder „Verumständlichung“ des Verfahrens ist nicht ersichtlich. Dem stehen eine vermeidbare Traumatisierung von Menschen, die ohne jegliche ärztliche Begutachtung teilweise zu Unrecht in eine Klinik verbracht werden, bzw. unnötige Verzögerungen bei den Zuweisungsprozessen gegenüber. Aufgrund der derzeitigen akuten Situation, in der Menschen mit psychischen Erkrankungen, ohne zuvor überhaupt ärztlich gesehen worden zu sein, in Kliniken eingewiesen werden, müssen die vorgebrachten Bedenken bezüglich einer etwaigen Verlängerung des gerichtlichen Antragsverfahrens zurücktreten.

Zu Artikel 3:

Das Niedersächsische Gesetz zur Umsetzung des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst setzt die Verteilung und Verwendung der auf Niedersachsen entfallenden Mittel aus dem mit dem Bund geschlossenen Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Niedersachsen um.

Aus den nach § 4 Abs. 2 Nr. 1 NUmGPöGD vorrangig für den Personalaufbau einzusetzenden Mitteln sind in Niedersachsen bis zum 31. Dezember 2021 die vorgegebenen mindestens 144 unbefristeten Vollzeitstellen insbesondere in den niedersächsischen Gesundheitsämtern geschaffen und besetzt worden. Insgesamt konnten in Niedersachsen mit den Mitteln aus dem Pakt für den ÖGD bis zum 31. Dezember 2021 235 unbefristete Stellen geschaffen und besetzt werden (Erhebung des Statistischen Bundesamtes im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit - BMG -). Bis zum 31. Dezember 2022 sind weitere mindestens 336 Vollzeitstellen in Niedersachsen zu schaffen.

Eine Regelung, bis wann diese 336 Vollzeitstellen zu besetzen sind, enthält der Pakt nicht.

Das BMG hat bisher die Besetzung der bis zum 31. Dezember 2022 zu schaffenden Vollzeitstellen bis Ende 2023 gefordert.

Entsprechend sieht das Niedersächsische Gesetz zur Umsetzung des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in § 5 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 2 die Besetzung der bis zum 31. Dezember 2022 im Land Niedersachsen und in den Kommunen geschaffenen 336 Stellen bis zum 31. Dezember 2023 vor.

Auf Initiative der Länder haben sich Bund und Länder darauf verständigt, dass die Besetzung der weiteren Stellen in den Jahren 2022 und 2023 mit jeweils 30 % (jeweils 101 Stellen) und in den Jahren 2024 und 2025 mit jeweils 20 % (jeweils 67 Stellen) gestaffelt wird.

Mit der neuen Stafflung ergibt sich für 40 % der zu besetzenden Stellen, die danach jeweils zur Hälfte erst in 2024 und 2025 zu besetzen sind, gegenüber der ursprünglichen Bundesvorgabe zur Besetzung aller Stellen bereits bis Ende 2023 eine Verbesserung der zeitlichen Flexibilität.

Im Hinblick auf die bestehende Arbeitsmarktsituation mit Fachkräftemangel auch im öffentlichen Gesundheitsdienst bedeutet die nunmehr mögliche Stafflung eine erhebliche Entzerrung und Erleichterung insbesondere für die niedersächsischen Kommunen.

Gleichzeitig waren allerdings 30 % der Stellen bereits bis Ende 2022 zu besetzen. Dieses Ziel konnte bereits erreicht werden.

Zu Artikel 4:

Die Vorschrift regelt den Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes.