

Unterrichtung

Der Präsident
des Niedersächsischen Landtages
- Landtagsverwaltung -

Hannover, den 26.07.2016

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

Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Niedersachsen hat den 31. Bericht über seine Tätigkeit im Jahr 2015 beschlossen.

Der Vorsitzende des Ausschusses hat dem Präsidenten des Niedersächsischen Landtages den Tätigkeitsbericht gemäß § 30 Abs. 7 des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke übersandt. Der Bericht wird nachstehend veröffentlicht.

Die dem Bericht beigelegten nichtöffentlichen Jahresberichte 2015 der unabhängigen Besuchscommissionen werden gesondert an die Mitglieder des Ausschusses für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Migration verteilt.

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

31. Tätigkeitsbericht (2015)



Niedersachsen

Herausgeber:

Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung
des Landes Niedersachsen

Geschäftsstelle

c/o Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie

Domhof 1

31134 Hildesheim

T: 05121 – 304 385

F: 05121 – 304 412

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

Internet: www.psychiatrie.niedersachsen.de

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

Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Niedersachsen

31. Tätigkeitsbericht (2015)

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

Der Bericht wurde am 18.05.16 beraten und im Umlaufverfahren beschlossen und wird Herrn Landtagspräsidenten und dem MS zugeleitet.

Er wird erst nach Freigabe durch den Landtagspräsidenten veröffentlicht. Dem Landtag werden darüber hinaus nichtöffentliche Jahresberichte der Besuchskommissionen (BK) für das Jahr 2015 vorgelegt, welche der PA zuvor zustimmend zur Kenntnis genommen hat.

2015 fanden die Arbeiten zum Landespsychiatrieplan Niedersachsen ihren Abschluss. Ende Mai 2016 wurde dieser der Öffentlichkeit vorgestellt. An den Sitzungen des Ausschusses nahmen regelmäßig Mitarbeiter der Beratungsfirma teil, die mit der Erstellung beauftragt worden war.

1. Vorbemerkungen

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

Gesellschaftliche und wirtschaftliche Bedingungen haben einen unmittelbaren Einfluss auf die psychische Gesundheit.

Die Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind abhängig von ihrer öffentlichen Wahrnehmung, ihrer Akzeptanz, von ökonomischen und rechtlichen Bedingungen, einer Versorgungsstruktur.

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

Besondere Problemstellungen sind u.a.

- die Behandlung nicht krankheitseinsichtiger Menschen,
- der Umgang mit Suizidalität und Autoaggression,
- der krankheitsbedingte Freiheitsverlust und die damit verbundene Verantwortungsübernahme von Therapeuten und Therapeutinnen für ihre Patienten und Patientinnen,
- die Abwägung zwischen einer selbstbestimmten Lebensgestaltung psychisch kranker Menschen und dem Schutzbedürfnis der Gesellschaft, damit verbunden Zwangsbehandlungen und Zwangsunterbringungen
- die Benachteiligung und Stigmatisierung psychisch Erkrankter,
- die Vereinbarkeit von Menschenwürde und Wirtschaftlichkeit.

2. Psychiatriausschuss und Besuchskommissionen

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

Die BK legen jeweils selbst fest, nach welchen Kriterien Einrichtungen aufgesucht werden. Dabei werden auch Hinweise von Patienten, Mitarbeitern, Angehörige zu Einrichtungen, in denen die von §30 i.V.m. § 1 Nr. 1 NPsychKG erfasste Klientel betreut oder versorgt wird, aufgegriffen.

Meist finden Besuche nach vorheriger Anmeldung statt. Es werden jedoch auch unangemeldete Besuche durchgeführt, insbesondere nach Beschwerden oder in Konfliktsituationen.

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

Die Tätigkeit der BK umfasst Gespräche mit Betroffenen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der aufgesuchten Einrichtungen, die Beratung und kritische Rückmeldungen an die Verantwortlichen, die Erörterung von Problembereichen, das Aufzeigen von

Veränderungsmöglichkeiten aber auch die Würdigung und Bestärkung positiver Ansätze in Betreuung und Versorgung der Betroffenen.

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

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

3. Grundlagen der Arbeit des Psychiatrieausschusses und der Besuchskommissionen

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

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

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

Einmal jährlich sollten Krankenhäuser und Einrichtungen, wie Heime, Altenheime, Sozialpsychiatrischen Dienste aber auch Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, die den von § 1 Nr. 1 NPsychKG erfassten Personenkreis betreuen, von den BK besucht werden.

Im Falle eines festgestellten Mangels bei einem Einrichtungsbesuch hat die BK darauf hinzuwirken, dass dieser unverzüglich abgestellt wird. Hierzu kann sie das Fachministerium und die Behörde, deren Aufsicht die besuchte Einrichtung untersteht, unterrichten und um Mitwirkung ersuchen sowie den PA in einem Bericht über festgestellte Mängel sowie über Möglichkeiten, die Behandlung und Betreuung des betroffenen Personenkreises zu verbessern, informieren und zur Mitwirkung auffordern (§ 6 Abs. 3 GremienVO).

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

Die Schaffung einer weiteren besonderen Besuchskommission für Angelegenheiten der kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenversorgung war am 05.06.2013 durch den Ausschuss beschlossen worden.

Um diese neue besondere Besuchskommission auf eine sichere Rechtsgrundlage zu stellen, war eine Änderung der geltenden Gremienverordnung notwendig geworden.

Der Entwurf zur Änderung der Gremienverordnung zur Installierung der besonderen Besuchskommission für Angelegenheiten der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung befand sich Ende 2015 in der Verbandsanhörung und sollte Anfang 2016 verabschiedet werden. Entsprechende Haushaltsmittel wurden für Mitte 2016 bereitgestellt.

Von verschiedenen Sitzungsteilnehmern im Ausschuss wurde auch immer wieder die personelle Unterbesetzung des MS Fachreferates moniert. Nach der Privatisierung der Nds. Landeskrankenhäuser ist es zu einem erheblichen Anstieg des Arbeitsaufkommens gekommen. Das Fachreferat war in den letzten Jahren auch von zum Teil langen krankheitsbedingten Ausfällen betroffen, die personell nicht kompensiert werden konnten.

4. Interna - Arbeit des Psychiatriausschusses und der Besuchskommissionen

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

Die turnusmäßigen Sitzungen des Psychiatriausschusses fanden am 04.03.15, 27.05.15, 09.09.2015 und am 02.12.2015 statt. Am 05.11.2015 erfolgte die Vorstellung des Ausschussberichtes vor den Abgeordneten des Sozialausschusses des Nds. Landtages.

Die BK sahen sich auch 2015 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, in denen Rechtsverletzungen oder Qualitätsmängel personengebunden zu beanstanden waren.

5. Zwangsbehandlung

In den Sitzungen des PA 2015 wurde, wie auch schon in den Vorjahren, regelmäßig die dringende Notwendigkeit angemahnt, das Niedersächsische Maßregelvollzugsgesetz (Nds. MVollzG) und das Niedersächsische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) zu novellieren, nachdem ja die darin enthaltenen Bestimmungen zur Zwangsbehandlung als nicht mehr verfassungskonform betrachtet werden mussten.

Als Folge bestand über Jahre eine Rechtsunsicherheit in den psychiatrischen Krankenhäusern und Einrichtungen des Maßregelvollzuges. Es entstanden zum Teil erhebliche Probleme durch Patienten, die sich einer wirkungsvollen Therapie entziehen, damit lediglich verwahrt werden konnten, unbehandelt ihr Dasein fristen mussten oder ohne entsprechende Behandlung nicht aus dem Maßregelvollzug entlassen werden konnten.

Die Novellierung des Nds. Maßregelvollzugsgesetz wurde am 12.05.2015 im Nds. Landtag beschlossen und am 21.05.2015 im Gesetz- und Verordnungsblatt (GVBl) veröffentlicht.

Die Novellierung erfordert noch eine Anpassung der Geschäftsordnung der Prognosekommission für den Maßregelvollzug in Niedersachsen. Einzelheiten werden im Abschnitt über die Arbeit der Besuchskommission für den Maßregelvollzug dargestellt.

Ende 2015 befand sich der Gesetzentwurf zur Änderung des NPsychKG noch in der Verbandsanhörung.

Noch vor der parlamentarischen Sommerpause 2016 sollte die Gesetzesänderung in den Nds. Landtag eingebracht werden. Die Verabschiedung der Gesetzesnovellierung sollte 2016 erfolgen.

6. Landespsychiatrieplanung

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

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

Mitarbeiter der Beratungsfirma nahmen 2015 regelmäßig als Gäste an den Sitzungen des PA teil.

Der Landespsychiatrieplan umfasst eine Bestandsanalyse des gegenwärtigen Hilfesystems mit seinen Stärken und seinen Schwächen, die Beschreibung von Kernaufgaben und Funktionen der Psychiatrie und ihrer Teilgebiete in einem sinnvoll abgestuften Hilfesystem, die Herausarbeitung ethisch-fachlicher Grundwerte für die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen, die Darstellung der Rahmenbedingungen und Herausforderungen für das psychiatrische Arbeiten in den nächsten Jahren, Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Hilfesystems und die Skizzierung von Entwicklungsprojekten für die nächsten 10-15 Jahre, die möglichst ab 2016 auch schon umgesetzt werden könnten.

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

Grundsätzlich ist es möglich, Klageverfahren gegen den Psychiatrieausschuss und 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.

Bereits 2011 hatten einzelne in der Regel private Heimbetreiber gegen die Besuchstätigkeit der Kommissionen in Pflegeheimen Beschwerden eingelegt. 2012 hatte ein Verband privater Heimbetreiber Klage erhoben, dass die BK in ihren Einrichtungen nicht mehr tätig sein sollten. Dies wurde vom VG Oldenburg abgewiesen. Das Urteil wurde rechtskräftig.

2015 wurde den BK der Zutritt zu Heimeinrichtungen nicht mehr verwehrt. Es kam auch nicht zu neuen Klageverfahren gegen die Arbeit der BK.

Dem Wunsch des Verbandes „Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste“ (APH) auf ein Gespräch mit Vertretern der BK kam der PA nach. Vertretern dieses Verbandes wurde die Möglichkeit gegeben, bei der gemeinsamen Besprechung der Vorsitzenden und Stellvertretungen des Ausschusses und der BK ihr Anliegen vorzutragen.

In einem durchaus konstruktiven Gespräch konnten strittige Punkte erörtert und Lösungsansätze entwickelt werden. Ein Anschlussgespräch wurde für Ende 2016 anvisiert.

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

8. Ergotherapie

2013, 2014 und 2015 sah sich ein nicht unerheblicher Teil der niedergelassenen Psychiater mit Regressandrohungen für die Verordnung von Ergotherapie für die Jahre 2011 – 2013 konfrontiert. Die Regressverfahren wurden von den Krankenkassen angestrengt mit dem Ziel, Verordnungen im Heilmittelbereich zu reduzieren, nachdem für diese Jahre ursprünglich mit der Kassenärztlichen Vereinigung nicht am klinischen Bedarf vereinbarte Zielgrößen überschritten worden waren.

Das hat u.a. zur Folge, dass auch schwersterkrankten Patienten die dringend benötigte ergotherapeutische Behandlung aufgrund der durch die Kostenträger zu niedrig angesetzten finanziellen Möglichkeiten nicht mehr verordnet werden kann, sobald das für Psychiater sehr

knapp angesetzte Budget überschritten worden ist. Damit fehlt ein wichtiges Glied in der Reintegration in den Arbeitsprozess und der Vermeidung von Erwerbsunfähigkeit.

9. Soziotherapie

2015 wurde durch den „Gemeinsamen Bundesausschuss“ (G-BA) die Richtlinie zur Soziotherapie überarbeitet. Bei der Soziotherapie handelt es sich um eine therapeutische Leistung für schwer psychisch erkrankte Menschen, mit deren Hilfe sie möglichst selbstständig ärztlich verordnete, therapeutische und soziale Angebote auch anderer Sozialleistungsträger in Anspruch nehmen. Dem Patienten soll so durch angemessene ambulante Betreuung der Übergang von der medizinischen Behandlung in die gesellschaftliche Wiedereingliederung erleichtert werden. Ein Leben außerhalb von psychiatrischen Einrichtungen soll ermöglicht bzw. solche Aufenthalte verkürzt werden.

Gemäß § 37a SGB V besteht seit dem 01.01.2004 für schwer psychisch kranke Versicherte die Möglichkeit, für einen Zeitraum von 3 Jahren insgesamt 120 Stunden Soziotherapie zwecks Vermeidung bzw. Verkürzung von Krankenhausaufenthalten in Anspruch zu nehmen. Nach Ablauf dieser Zeit entsteht der Anspruch auf Soziotherapie erneut, sofern die Voraussetzungen hierfür gegeben sind.

In Niedersachsen, wie auch in den anderen Bundesländern bestehen Verträge zur Soziotherapie. Die bestehenden Richtlinien des G-BA schränken jedoch den Patientenkreis auf nur wenige Diagnosegruppen ein. Die Leistungserbringer klagen überdies über eine zu geringe Vergütung wie auch zu hohe Anforderungen an die Qualifikation für die Zulassung.

Der G-BA hat sich des Themas angenommen und eine Neufassung der Soziotherapie – Richtlinie (ST-RL) gem. § 92, Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V am 22.01.2015 beschlossen. Die Auswirkungen bleiben abzuwarten.

10. Die Arbeit der Besuchskommissionen

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

Insgesamt wurden 117 Einrichtungen – Kliniken, Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) und Heimeinrichtungen - aufgesucht.

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

Sorge bereitet insbesondere die Strategie vor allem eines privatwirtschaftlichen Betreibers, neue Pflegekräfte über eine Beschäftigungsgesellschaft zu deutlich ungünstigeren Gehältern einzustellen. Dies führt unter den Bediensteten zu einer unterschiedlichen Entlohnung bei gleicher Arbeit, damit verbunden zu Konflikten, einer erhöhten Fluktuation und Unzufriedenheit. Gerade in einem so sensiblen Arbeitsgebiet wie einer psychiatrischen Klinik ist es für Betroffene wie Mitarbeiter entscheidend wichtig, mit vertrauten konstanten Pflgeteams zu arbeiten. Hier wird, um Lohnkosten einzusparen, ein Arbeitsklima erzeugt, welches den eigentlichen Erfordernissen therapeutischer und pflegerischer Arbeit entgegensteht.

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

Die Kombination aus Personalmangel und einer Überbelegung verbunden mit einem unzureichenden therapeutischem Angebot, mangelnde Verfügbarkeit von Sozialarbeitern und Ergotherapeuten und fehlenden Konzepten zu einer Überleitung in die Entlassung ins häusliche Umfeld und ambulante Behandlung, steht einem gelingenden Heilungs- und Reintegrationsprozess entgegen.

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

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

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

Die Besuchskommissionen im Einzelnen:

10.1 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 2015 wurden insgesamt 19 Einrichtungen /Dienste und eine Nordseeinsel im Zuständigkeitsbereich der Besuchskommission Weser-Ems/Nord aufgesucht.

Bei den besuchten Einrichtungen handelt es sich insgesamt um 4 Wohnheime für psychisch Kranke, 3 Wohnheime für alte Menschen, 2 Tagesstätten, 4 Kliniken, 2 Dienste des betreuten Wohnens, 2 Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi), 2 Werkstätten für Behinderte Menschen und die Insel Juist.

Ferner erfolgte ein Besuch beim Niedersächsischen Datenschutzbeauftragten am 15.01.2015. Insgesamt ergaben sich bei den Einrichtungsbesuchen überwiegend positive Eindrücke.

In den meisten Einrichtungen wurden kritische Anmerkungen registriert und Abhilfe zugesagt.

Schwierig bleibt die Situation für die SpDi in Leer und Oldenburg.

Die Leitung des SpDi in Leer ist nach wie vor in Doppelfunktion mit der Amtsärztlichen Leitung, verbunden mit den hieraus resultierenden datenschutzrechtlichen Problemen wie auch einer Vermengung der Aufgabenstellungen. Der Flächenlandkreis Leer stellt eine besondere Herausforderung in der sachgerechten Versorgung psychisch Kranker dar. Diesbezügliche Entwicklungen in der Krankenhausversorgung, wonach die Planungen für ein zentrales psychiatrisches Krankenhaus in Georgsheil im Landkreis Aurich fortschreiten, geben Anlass für die Befürchtung, dass sich die Versorgungsmöglichkeiten für psychisch Kranke des Landkreises Leer deutlich verschlechtern. Verkehrsanbindungen zum geplanten Standort Georgsheil bestehen nicht in ausreichendem Maße. Der Landkreis Leer wünscht sich im Gegenzug zu diesen Planungen eine zumindest tagesklinische Einheit in der Stadt Leer.

Die Bemühungen des Landkreises Oldenburg, einen Psychiater für die Leitung des SpDi zu gewinnen, liefen auch 2015 ins Leere. Die Aufgaben des SpDi waren somit im Amtsärztlichen Bereich mit angesiedelt, die Prüfung der Ansprüche auf Leistungen der Eingliederungshilfe erfolgte ebenfalls im Amtsärztlichen Dienst. Das Gutachterwahlrecht gemäß § 14 Abs. 5 SGB IX steht dem Antragsteller somit nicht zur Verfügung. Beklagt wurde die fehlende Erreichbarkeit der Richter im Rahmen ihrer Aufgabenstellung nach dem NPsychKG. Ferner wurde auch beklagt, dass die Übermittlung von Daten nach § 27 NPsychKG durch eine psychiatrische Klinik im Raum Oldenburg bei Entlassung von Patienten nicht gewährleistet werde.

10.2 Besuchskommission für das Gebiet Weser-Ems /Süd

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

Die Besuchskommission hat in dem Zeitraum 2015 insgesamt 18 Einrichtungen besucht.

Kritisch gesehen werden mussten teilweise bauliche Zustände in einem Klinikum und einem Gerontopsychiatrischem Zentrum im Raum Osnabrück.

Bedenklich ist zu sehen, dass ca. 1/3 der Mitarbeiter in der Pflege über eine eigene Servicegesellschaft beschäftigt sind - zu einem niedrigeren Lohn. Hieraus resultiert eine hohe Personalfluktuation.

Dennoch entstand der Eindruck, dass das Personal ein hohes Engagement zeigte.

Die Patienten äußerten sich zufrieden mit den therapeutischen Angeboten, bemängelten jedoch das Speisenangebot.

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 wird 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 Anforderungen der heutigen Zeit entsprechen, beobachtet.

10.3 Besuchskommission für das Gebiet Lüneburg

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

Im Berichtszeitraum besuchte die Kommission an 11 Tagen 23 Einrichtungen. Am 16.12.2015 trafen sich die Mitglieder zu einer Arbeitssitzung in den Räumen des SpDi in Celle.

Die Besuche verteilten sich auf 3 klinische Einrichtungen nach SGB V, 1 Einrichtung der Jugendhilfe nach SGB VIII, 6 Pflegeheime nach SGB XI, 11 Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII und 4 SpDi.

Eine Einrichtung betreute Personen nach SGB VIII und XII, eine nach SGB XI und XII.

Alle Besuche erfolgten nach vorheriger Anmeldung.

Problematisch wurde die Situation in einer Einrichtung im Raum Dannenberg gesehen.

Die Bewohner stammen zu 70 % aus entfernten Landkreisen, werden von dort häufig wegen erheblicher Verhaltensauffälligkeiten verlegt. 10 der 99 Plätze sind als Eingliederungshilfe nach SGB XII, 89 als Hilfe zur Pflege nach SGB XII ausgewiesen. 28 Plätze davon werden als geschlossen bezeichnet. Ein Großteil der Bewohner leidet an Folgeschäden einer Alkoholabhängigkeit, die Fluktuation ist sehr gering.

Anlässlich des 2015 erfolgten Folgebesuches konnte die Kommission auch weiterhin nicht nachvollziehen, wie die Einrichtung konzeptionell und personell den unterschiedlichen Förderbedarfen der genannten Bereiche gerecht werden kann. Die Übergänge zwischen offener und geschlossener Unterbringung oder dem rehabilitativen Bereich sind baulich fließend. Auch durch die einsame Lage der Einrichtung werden mögliche Potentiale zur Verselbstständigung der Bewohner eher gehemmt als begünstigt.

Kritisch gesehen werden musste auch ein Wohnheim im Raum Weyhausen, das zuletzt 2011 besucht worden war.

Dieses stellt 61 Plätze zur Betreuung von Personen mit Alkoholfolgeschäden zur Verfügung. Zum Besuchszeitpunkt waren 47 Plätze belegt. Seit Jahren fährt die Betreiberin aus dem ebenfalls von ihr betriebenen ca. 15 km entfernten Gerhus zwischen 6 und 18 Personen zur Teilnahme an den tagesstrukturierenden Maßnahmen in die Einrichtung, darunter auch eine kleine Gruppe chronisch psychisch Kranker. Zur Einrichtung gehört eine Außenwohngruppe in Celle mit 10, aktuell 7 belegten Plätzen. Nach wie vor konnten weder personellen Zuordnung noch differenzierte Förderangebote für die tagesstrukturierenden oder rehabilitativen Angebote nachvollziehbar dargestellt werden. Die Entwicklungsberichte fertigt der betreuende Heimarzt, die fachärztliche Behandlung erbringt die Institutsambulanz der psychiatrischen Klinik Uelzen. Die Immobilie entspricht nicht einem zeitgemäßen Standard. Entwicklungsperspektiven für die Einrichtung konnten ebenfalls nicht dargestellt werden.

Die Kommission beurteilt die Situation der sozialpsychiatrischen Versorgung in 4 der 11 Landkreise als bedenklich. Wesentliche Gründe sind: Der dramatische Mangel an Fachärzten und Umstrukturierungen mit Einspartendenzen der regionalen Körperschaften. Dies trifft auf wenig handlungsfähige Interessensvertreter der psychisch chronisch kranken oder behinderten Personen.

Ein funktionierender Verbund setzt voraus, dass Verwaltung, Fachdienste und Dienstleister sich gegenseitig vertrauen und gemeinsam Verantwortung für die Region übernehmen. Dies entwickelt sich über Jahre und erfordert einen fachlich qualifizierten und selbstständig arbeitenden SpDi. Sparmaßnahmen führen zu kurzfristig Effekten, befördern dann zumeist eine unkoordinierte und unwirtschaftliche Anbieterlandschaft. Regional sehr starke Anbieter können den Eindruck der Bildung von Wertschöpfungsketten erwecken, damit das für eine Kooperation notwendige vertrauensvolle Gleichgewicht gefährden.

Weiterhin beschäftigt sich die Kommission mit Unzulänglichkeiten in Einrichtungen, die bereits in vorhergehenden Jahresberichten beschrieben wurden. Hervorzuheben ist die nicht zu durchschauende Kooperation zweier vom selben Träger betriebenen Einrichtungen im Landkreis Celle. Die Kommission wird die überörtliche Heimaufsicht um Unterstützung bitten.

Ähnlich geht es der Kommission mit Einrichtungen, die unter einem Dach und zumeist mit nicht nachvollziehbarer konzeptioneller und Personalzuordnung Leistungen nach SGB XI und SGB XII

erbringen. Dieses seit Jahren bekannte Problem sollte im Ausschuss thematisiert und die Dringlichkeit diskutiert werden.

Nach wie vor ist ein umfassendes und schwerwiegendes Defizit bei den sog. niedrighschwelligen tagesstrukturierenden Angeboten festzustellen. Die Zielgruppe sind nicht institutionsfähige oder -bedürftige Personen, die in ihrer Alltagskompetenz jedoch schwer eingeschränkt sind, die zumeist auch die - häufig zu hoch angesetzten - Ansprüche der Tagesstätten nicht erfüllen können. In der von der Kommission überblickten Region sind solcherart grundlegende Angebote so gut wie nicht vorhanden.

Intensiv setzte sich die Besuchskommission Lüneburg mit im Folgenden aufgeführten Personengruppen auseinander:

- Älter werdende psychisch Kranke, die früher als nichterkrankte Menschen Pflegeleistungen benötigen. Altersunabhängig persistieren Ihre seelischen Störungen und damit ihr Angewiesensein auf ein ihren Ressourcen entsprechendes Lebensumfeld und eine qualifizierte Betreuung. Der Alltag normaler Altenheime wird bestimmt von Personen mit dementiellen Erkrankungen. Bei einem Umgebungswechsel dorthin ist eine Verschlechterung der seelischen Erkrankung sehr wahrscheinlich.
- Schwerst psychisch Erkrankte, die eine geschützte Umgebung und eine besonders intensive und individuelle Betreuung brauchen, dies zumeist nur für einen überschaubaren Zeitraum. Bisher werden die wenigen Betroffenen in einige spezielle Heime in Niedersachsen und die umliegenden Bundesländer verlegt. Der regionale Bezug geht dabei zumeist verloren. Die Betroffenen geraten aus dem Blick der entsendenden Region. Seit Jahren werden verschiedene Betreuungsmodelle diskutiert. Aus Sicht der Kommission wäre auch hier eine überregionale Diskussion dringend geboten, um eine den fachlichen Erkenntnissen angemessene Versorgung zu entwickeln.
- Junge Menschen, die „Jungen Wilden“, denen eine Integration in ein selbstbestimmtes, selbstverantwortliches Leben nicht gelingt. Inzwischen werden viele von ihnen auch ohne psychiatrische Diagnose zumeist ambulant unterstützt außerhalb von Eingliederungsmaßnahmen im engeren Sinne. Sie suchen randständig ihren Lebensraum, häufig finanziert durch Beschaffungskriminalität oder Einsatz ihres Körpers. Nur wenige Einrichtungen sind in der Lage, dieser Problemgruppe ein akzeptables Angebot zu machen. Sie und insbesondere deren Mitarbeiter sollten besonders unterstützt werden.

Kritisch merkt die Kommission an, dass es bisher nicht möglich war, eine gepflegte Datei der zu besuchenden Einrichtungen zur Verfügung zu stellen. Neugründungen oder Schließungen werden nicht bekannt. Entsprechende Anfragen an die SpDi's und Sozialämter der Region erbrachten nur zufällige Zugewinne. Eine ministerielle Initiative würde die Arbeit erheblich unterstützen.

10.4 Besuchskommission für das Gebiet Hannover

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

Im Berichtszeitraum haben 23 Besuche, 4 Sitzungen sowie ein Beratungsgespräch mit einem Pflegeverband von den - sämtlich ehrenamtlich tätigen - Mitgliedern der BK Hannover stattgefunden.

Darüber hinaus erörterten die Mitglieder der Kommission die Ergebnisse ihrer Besuche und der sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen in vier internen Sitzungen und führten ein Gespräch mit der Geschäftsführerin und der Justiziarin der Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband e.V. (APH).

Bei der Auswahl der besuchten Einrichtungen ist wie in der Vergangenheit vor allem auf die vielfach gegenüber der BK geäußerten Anregung von Betroffenen, Beteiligten und Mitarbeitern der Einrichtungen geachtet worden.

Auch im Jahr 2015 war die vielfach angetroffene Überbelegung vor Allem der Akutstationen in den psychiatrischen Kliniken ein zentrales Thema.

Mit der Überbelegung sind regelmäßig deutliche Einschränkungen in der Behandlungsqualität für die Patienten verbunden. Ob und in welchem Umfang die seit Jahren von der BK Hannover geforderte Nachbesserung in der Personalausstattung der Kliniken erfolgt ist, konnte und kann – außer über den gewonnenen Eindruck - nicht überprüft werden.

Trotz anderslautender Beschlüsse und Aufforderungen des PA erhält die BK keine konkreten Informationen über die jeweilige personelle Ausstattung der besuchten Klinik.

Die tagtägliche Arbeit der Kommission war weiterhin durch die seit Jahren allgemein als unzureichend angesehene rechtliche Grundlage im NPsychKG maßgeblich beeinträchtigt.

10.5 Besuchskommission für das Gebiet Braunschweig

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

Die BK Braunschweig hat im Berichtsjahr 2015 insgesamt 23 Einrichtungen aufgesucht. Es handelte sich zum einen vor allem um Alten- und Pflegeheime, in denen psychisch kranke und behinderte Menschen, meist auch in besonders eingerichteten Stationen und Bereichen, betreut werden und zum anderen um Sozialpsychiatrische Dienste der Region, sowie andere Einrichtungen. Es wurden auch zwei Fachkliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin besucht.

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

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

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

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

Der BK geht es nach wie vor nicht um Vermessung oder Benotung, vielmehr um die Einhaltung grundrechtlich verbrieft Positionen für Menschen, die ihre Rechte meist nicht mehr angemessen einfordern können. Zudem um ihr Lebensumfeld und ihre Lebensbedingungen, die erstrangig unter humanen und menschenwürdigen Gesichtspunkten zu betrachten sind.

Die BK steht nach wie vor im Spannungsfeld zwischen den Interessen des freien und unternehmerischen Gesundheits- und Pflegemarktes einerseits und den freiheitlichen Grundrechten und der Lebensqualität der betroffenen Nutzer der Einrichtungen andererseits, eindeutig auf Seiten der Patienten, Bewohner und Klienten.

Um diese Position der BK zu festigen, bedarf es jedoch in Zukunft noch verstärkt, der eindeutigen politischen und rechtlichen Unterstützung und Absicherung. Hier hofft die BK Braunschweig auf die klare und eindeutige (weitere) Unterstützung durch die Politik!

10.6 Besondere Besuchskommission für den Maßregelvollzug

Insgesamt fanden im Berichtszeitraum 10 Klinikbesuche statt.

Die Arbeit der Besonderen BK für den Maßregelvollzug wurde auch diesmal von einer eingehenden Auseinandersetzung mit den rechtlichen Rahmenbedingungen geprägt. Vorangestellt werden sollen hier einige Ausführungen zur Entwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen im Maßregelvollzug.

Der niedersächsische Landtag hat in seiner Sitzung vom 12.05.2015 die Novellierung des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes verabschiedet. Die beschlossenen Änderungen sind am 22.05.2015 in Kraft getreten. Im Mittelpunkt der Novelle steht eine Anpassung der Bestimmungen, die die Behandlung und Untersuchung im Maßregelvollzug betreffen, an verfassungsgerichtliche Vorgaben. Daneben schafft sie u. a. erstmals die Möglichkeit für eine stationäre Krisenintervention auf freiwilliger Grundlage (§ 16a Nds.MVollzG) und stellt eine gesetzliche Grundlage für die Videoüberwachung, ausgestaltet als besondere Sicherungsmaßnahme zur Gefahrenabwehr, bereit (§ 23 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 Nds.MVollzG). Anregungen, insbesondere auch aus den Reihen der besonderen Besuchskommission für den Maßregelvollzug, den Kreis der zur Anordnung und Durchsetzung grundrechtseinschränkender Maßnahmen befugten Verwaltungsvollzugsbeamten über Ärzte und Pflegekräfte hinaus auch auf andere Berufsgruppen mit ständigem Patientenkontakt im Behandlungsalltag, z. B. Psychologische Psychotherapeuten, Ergotherapeuten und Sozialtherapeuten, auszuweiten, sind im Gesetzgebungsverfahren hingegen ebenso verworfen worden wie der Vorschlag, die Bestellung von forensisch erfahrenen Psychologischen Psychotherapeuten zu (stellvertretenden) Vollzugsleitern zu ermöglichen, um angesichts fortbestehender Schwierigkeiten, qualifiziertes ärztliches Personal zu gewinnen, auch in kleineren Einrichtungen jederzeit die gesetzliche Vorgabe erfüllen zu können, dass für die Vollzugsleitung Stellvertretungen in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen müssen (vgl. § 5a S. 4 Nds.MVollzG).

Die insbesondere in den §§ 8 bis 8b Nds.MVollzG verankerten neuen gesetzlichen Regeln für Untersuchung und Behandlung greifen die neuere Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts auf, das in mehreren Entscheidungen seit seinem grundlegenden Beschluss vom 23.03.2011 – Az.: 2 BvR 882/09 – betont hatte, dass (auch) die medizinische Behandlung im Maßregelvollzug wegen des damit verbundenen Eingriffs in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit und das diesbezügliche Selbstbestimmungsrecht grundsätzlich nur auf der Grundlage einer Einwilligung zulässig ist, die von einem einwilligungsfähigen Untergebrachten auf der Grundlage der gebotenen ärztlichen Aufklärung frei und ohne, dass er unzulässigem Druck ausgesetzt war, erteilt worden ist. Hingegen sollte „die medizinische Behandlung eines Untergebrachten gegen seinen natürlichen Willen (kurz: Zwangsbehandlung)“, auch zur Erreichung des Vollzugsziels, zwar nicht generell ausgeschlossen sein. Nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts ergeben sich „aus dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit [...] jedoch strenge Anforderungen an die Zulässigkeit des Eingriffs. Dies betrifft sowohl die materiellen Eingriffsvoraussetzungen als auch deren Sicherung durch verfahrensrechtliche Vorkehrungen. Die Eingriffsvoraussetzungen müssen in hinreichend klarer und bestimmter Weise gesetzlich geregelt sein.“ (BVerfG, Beschluss vom 23. März 2011 – 2 BvR 882/09 –, BVerfGE 128, 282-322, Rn. 38).

§ 8 Nds.MVollzG begründet zunächst den Anspruch der untergebrachten Person auf Behandlung der „psychischen Krankheit, Störung oder Behinderung, derentwegen die Unterbringung notwendig ist (Anlasskrankheit)“, und statuiert die Aufklärungs- und Einwilligungserfordernisse. § 8a Nds.MVollzG benennt dann – in Anlehnung an die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts – die Voraussetzungen, unter denen eine Behandlung der Anlasskrankheit gegen den natürlichen

Willen der untergebrachten Person zur Erreichung des Vollzugsziels ausnahmsweise zulässig sein kann, und § 8b Nds.MVollzG schließlich eröffnet unter engen Voraussetzungen die Möglichkeit zur Behandlung der untergebrachten Person ohne Einwilligung oder gegen den natürlichen Willen zur Abwehr erheblicher Gefahren. Die Besonderheit des § 8b Nds.MVollzG besteht dabei darin, dass nach dieser Vorschrift auch wegen anderer als der Anlasskrankheit und auch dann „zwangsbehandelt“ werden darf, wenn die ärztliche Maßnahme nicht der Erreichung des Vollzugsziels gilt, sondern allein auf die Abwehr einer erheblichen Gefährdung von Leben oder Gesundheit der untergebrachten Person selbst (Abs. 1) oder anderer Personen (Abs. 2) abzielt. Die Besuchskommission begrüßt, dass der Gesetzgeber in § 8b Nds.MVollzG insbesondere auch die Möglichkeit vorgesehen hat, bei Mitpatienten und/oder Mitarbeiter erheblich gefährdendem Verhalten der untergebrachten Person mit medizinischen Mitteln zu intervenieren, und die Einrichtung nicht allein auf besondere Sicherungsmaßnahmen wie Fixierung oder Unterbringung in einem besonders gesicherten Raum verweist (vgl. § 23 Abs. 1 S. 2 Nds.MVollzG), die die untergebrachte Person im Einzelfall erheblich stärker belasten können.

Noch offen ist der Erlass von Ausführungsbestimmungen zu § 8a Abs. 2 Nds.MVollzG durch das Fachministerium. Der verfassungsgerichtlichen Vorgabe, wonach der Behandlung einer untergebrachten Person gegen ihren natürlichen Willen eine „Prüfung in gesicherter Unabhängigkeit von der Unterbringungseinrichtung“ voranzugehen hat, trägt das Nds.MVollzG dadurch Rechnung, dass nach § 8a Abs. 2 vor Anordnung einer solchen Behandlung zwei von der Einrichtung unabhängige Sachverständige, von denen eine bzw. einer Fachärztin bzw. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sein muss, das Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen in einer schriftlichen Stellungnahme einvernehmlich bestätigen. Die Auswahl der Sachverständigen trifft nach § 8a Abs. 2 S. 4 „das Fachministerium oder eine von ihm bestimmte Stelle.“ Den Gesetzesmaterialien ist insoweit zu entnehmen, das beabsichtigt sei, „hierfür auf die bewährten Strukturen der Prognose-Kommission zurückzugreifen“ und hierzu Ausführungsbestimmungen zu erlassen, die das Nähere insbesondere zu Berufung, Beauftragung und Koordination der Sachverständigen-Teams regeln (Landtags-Drucks. 17/1277, S. 23). Diese Ausführungsbestimmungen befinden sich noch in Vorbereitung in enger Abstimmung mit der Prognose-Kommission.

Festzuhalten ist schließlich, dass das Fachministerium seit Inkrafttreten der MVollzG-Novelle am 22.05.2015 erst in 6 Fällen (Stand 08.03.2016) um Bestimmung von Sachverständigen zur Überprüfung der Voraussetzungen für eine Behandlung gegen den natürlichen Willen der untergebrachten Person (§ 8a Abs. 2 Nds.MVollzG) ersucht worden ist. Als „Erfolgsgeschichte“ hat sich bereits jetzt im Übrigen die Aufnahme des neuen § 16a in das Nds.MVollzG erwiesen, der eine stationäre Wiederaufnahme zur Krisenintervention auf freiwilliger Grundlage ermöglicht. Seit Inkrafttreten dieser Vorschrift haben bereits 19 freiwillige Wiederaufnahmen zur Krisenintervention (Stand 08.03.2016) stattgefunden, wobei die Spanne der Verweildauern von 2 Tagen bis zu 36 Tagen reicht.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinen Entscheidungen der letzten Jahre vermehrt die Verhältnismäßigkeit der Unterbringung nach § 63 StGB in den Blick genommen und dabei

strenge Anforderungen an die Fortdaueranordnung nach schon länger dauernder Unterbringung gestellt. Die Vollstreckungsgerichte haben seither ihrerseits kritischer geprüft, ob die weitere Unterbringung noch verhältnismäßig ist, und gegebenenfalls die Unterbringung gemäß § 67d Abs. 6 StGB für erledigt erklärt. Nach dem Eindruck, den die Besuchskommission im Rahmen ihrer Besuche in den verschiedenen Kliniken des Landes gewonnen hat, gibt es landesweit dabei durchaus unterschiedliche Erledigungsquoten. Dies mag einerseits mit einem unterschiedlich strengen Verständnis des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes durch die Vollstreckungsgerichte und insbesondere die Oberlandesgerichte, sicherlich aber auch mit den unterschiedlichen Patientenpopulationen der verschiedenen Kliniken zu erklären sein.

Im Rahmen einiger Klinikbesuche wurde vor diesem Hintergrund auf die besondere Problematik hingewiesen, dass auf Grund einer strengeren Gewichtung der Verhältnismäßigkeit bereits jetzt vermehrt Langzeitpatienten aus der Maßregel entlassen werden, ohne dass ein entsprechender sozialer Empfangsraum vorhanden ist und insbesondere auch ohne dass das psychiatrische Versorgungssystem auf diese Patienten eingestellt ist.

Die Besuchskommission erwartet, dass sich die damit angesprochene Problematik noch zuspitzen wird, wenn der Entwurf eines Gesetzes zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB und zur Änderung anderer Vorschriften, der gegenwärtig im Deutschen Bundestag beraten wird (Bundestags-Drucksache 18/7244), so beschlossen werden sollte. Denn dieser Entwurf betont in verstärktem Maße das Erfordernis der Verhältnismäßigkeit der Maßregel und sieht deshalb u. a. eine Begrenzung der Unterbringung nach § 63 StGB auf höchstens sechs bzw. zehn Jahre vor, sofern nicht bestimmte, jeweils erhöhte Anforderungen erfüllt sind, die eine Fortdauer der Unterbringung über diesen Zeitrahmen hinaus (ausnahmsweise) rechtfertigen.

So soll die Gefahr rein wirtschaftlicher Schäden eine Fortdauer der Unterbringung über sechs Jahre hinaus grundsätzlich nicht mehr rechtfertigen. Diebe und Betrüger müssen daher auch dann aus der Unterbringung entlassen werden, wenn ihre Behandlung noch nicht abgeschlossen ist. Und auch die Gefahr der Verletzung höchstpersönlicher Rechtsgüter soll nur noch ausreichen, wenn Taten zu befürchten sind, durch die Opfer – etwa in Folge von Sexualstraftaten oder schweren Gewalttaten – seelisch oder körperlich schwer geschädigt oder in die Gefahr einer schweren körperlichen oder seelischen Schädigung gebracht werden. Lässt sich dies nicht hinreichend belegen, ist die Unterbringung auch dann zu beenden, wenn eine zufriedenstellende Behandlung der untergebrachten Person noch nicht gelungen ist. Als Alternativen verbleiben dann nur die sofortige Entlassung in geeignete Nachsorgestrukturen oder die Vollstreckung eines etwa noch vorhandenen Strafrestes und die danach unweigerlich folgende Entlassung in die – nur durch Führungsaufsicht begrenzte – Freiheit.

Es erscheint nicht ausgeschlossen, dass es nach Verabschiedung des Gesetzes – womit noch im ersten Halbjahr 2016 zu rechnen sein dürfte – zu einer Welle vermehrter Verhältnismäßigkeits-Entlassungen all derjenigen Langzeitpatienten kommen kann, bei denen sich die neuen erhöhten gesetzlichen Anforderungen nicht hinreichend belegen lassen. Strukturen, z. B. nachsorgende Wohneinrichtungen und Beschäftigungsstätten, die diese – nicht selten wenig kooperativen –

Patienten „auffangen“ könnten, stehen bisher jedenfalls nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung. Die Forensischen Ambulanzen dürften – allein auf sich gestellt – nicht in der Lage sein, die von den aus Verhältnismäßigkeitsgründen entlassenen Patienten ausgehenden Restrisiken in allen Fällen wirksam zu kontrollieren und zu begrenzen. Dies umso weniger, als eine stationäre Krisenintervention dann nur noch auf freiwilliger Grundlage im Rahmen des neuen § 16a Nds.MVollzG möglich ist, wohingegen der Zugang zu einer gemäß § 67 h StGB gerichtlich angeordneten Krisenintervention nach Erledigung der Maßregel verschlossen ist. Es erscheint daher dringend an der Zeit, tragfähige Konzepte für eine nachhaltige Verbesserung der Nachsorgesituation für ehemalige Maßregelpatienten zu entwickeln.

Erforderlich sind darüber hinaus aber auch konzeptionelle Überlegungen, wie zu verfahren ist, wenn es mit der Erledigung der Maßregel nicht zugleich zu einer Aussetzung des unerledigten Restes der Begleitstrafe kommt. Soll die begonnene Behandlung dann ersatzlos abgebrochen oder eine weitere Begleitung auch im Strafvollzug angeboten werden? Und was bedeutet es für die Behandlungsangebote in der Maßregelklinik und wer trägt die Kosten, falls sich die Vollstreckungsgerichte dazu entschließen sollten, gestützt auf § 67 Abs. 5 S. 2 StGB die Vollstreckung des Strafrestes im Maßregelvollzug anzuordnen?

Entwicklung der tatsächlichen Unterbringungsbedingungen

Mit der Verabschiedung des Haushalts 2015 durch den Landtag erfolgte eine Personalverstärkung von 47 Vollzeiteneinheiten (VZE) für den Maßregelvollzug. Von diesen Stellen werden 26 VZE zur Verstärkung der Landesbediensteten in den Maßregelvollzugseinrichtungen der beliebigen Krankenhausträger verwendet und 21 VZE dienen der Verbesserung der Personalausstattung in den Behandlungsbereichen nach § 64 StGB des MRVZN Moringen, Brauel und Bad Rehburg. Die entsprechende Mittelzuweisung erfolgte bereits im Januar 2015. Die zusätzlichen Stellen für Landesbedienstete sind inzwischen besetzt. In den Maßregelvollzugseinrichtungen der beliebigen Krankenhausträger erfolgte die Besetzung überwiegend mit Mitarbeitern der jeweiligen Einrichtung. Die dadurch erforderlich gewordenen Neueinstellungen wurden in allen Häusern in die Wege geleitet. Durch die Zuweisung weiterer Landesbediensteter liegt die Personaleinsatz in den Maßregelvollzugseinrichtungen der beliebigen Krankenhausträger - ebenso wie in den landeseigenen Einrichtungen - mit nur einer Ausnahme jetzt bei über 100 % der Anhaltzahlen 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 einigen Kliniken gab es erhebliche Probleme, Assistenz- und Oberarztstellen zeitnah zu besetzen. Hinzu kommt, dass zunehmend mehr psychiatrischer Sachverstand durch notwendige Begutachtungen gebunden wird. Für die eigentliche Behandlung der Patienten gibt es immer weniger Kapazitäten.

In den Einrichtungen wurden 2015 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.

Beispielhaft soll hier die Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie im Bereich Lüneburg genannt werden.

Bei 108 Planbetten war die Klinik am 31.10.2015 mit 118 Patienten einschließlich 18 externer Probewohner belegt. Die Personalausstattung entsprechend dem Beleihungsakt schwankt zwischen 89,52 % (Januar) und 99,37 % (Oktober) der Anhaltzahlen. Besonders hervorzuheben ist, dass alle 6 Arztstellen auch mit Ärztinnen und mit Ärzten besetzt sind, was u.a. auf die gute Zusammenarbeit mit der Allgemeinpsychiatrie bei der Gewinnung von Ärzten zurückzuführen ist.

Diese gute Zusammenarbeit zeigt sich auch bei dem Bau einer neuen Sporthalle, die vom Land und vom Träger finanziert wird und die neben der Hauptnutzung durch Patienten der Forensik auch von Patienten der Allgemeinpsychiatrie genutzt werden soll. Baubeginn wird im 1. Quartal 2016 sein. Es ist außerdem beabsichtigt, Zug um Zug die Zahl der Einzelzimmer auf allen Stationen zu erhöhen, um auf diese Weise das Konfliktpotential zwischen den zum Teil schwerkranken Patienten zu reduzieren. Auf Grund der positiven Erfahrungen mit einer eng betreuten Wohngruppe in Haus 26, die den Patienten eine gute Rehabilitation ermöglicht, soll eine ähnlich konzipierte Wohngruppe insbesondere für persönlichkeitsgestörte Patienten in Haus 22 eingerichtet werden.

Kritisch musste die Situation in der Klinik für Forensische Psychiatrie im Bereich Wunstorf gesehen werden.

Am o.g. Stichtag war die Klinik bei 93 Planbetten mit 111 Patienten einschließlich 22 externer Probewohner belegt.

Die Personalausstattung entsprechend dem Beleihungsakt war weiterhin unzureichend. Sie lag zwischen 88,17 % (August) und 92,09 % (April) der Anhaltzahlen. Hinzu kam, dass selbst die Mindestbesetzung - die nach Auffassung des Trägers offenbar bei 90 % der Anhaltzahlen liegt -

nur durch Personalrotation erreicht wurde, was zu einer hohen Belastung der Behandlungsteams und der betroffenen Mitarbeiter führte.

Eine sinnvolle therapeutische Arbeit mit den Patienten ist unter diesen personellen Bedingungen nicht möglich. Es überrascht daher nicht, dass in Gesprächen die Patienten auch in diesem Jahr über fehlende therapeutische Angebote auf Grund des Personalmangels klagten. Das Fachreferat hat den Träger am 30.10.2015 abgemahnt und einen Aufnahmestopp für strafprozessuale Unterbringungen angekündigt, wenn die personelle Mindestausstattung nach dem Beleihungsakt nicht sichergestellt wird. Es bleibt abzuwarten, ob diese Maßnahmen nachhaltig zu einer besseren Personalausstattung führen.

Auf Unverständnis bei Patienten und Mitarbeitern stieß, dass Ersatzbeschaffungen für Einrichtungsgegenstände, Haushaltsgeräte u. ä. sich über Wochen hinziehen. Hier müssen die Abläufe unbedingt verbessert werden.

Massive Beschwerden gab es über die Qualität des Essens. Eine Eingabe eines Patienten vom Juni sowie die Berichterstattung in der HAZ u.a. am 04.06.2015 über die mangelnde Qualität des von der Zentralküche des Regionsklinikums seit März an die einzelnen Kliniken gelieferten Essens, führte dazu, dass zwei Kommissionsmitglieder am 25.09.2015 in der Klinik ein Gespräch mit dem Chefarzt und Vollzugsleiter sowie drei Mitarbeitern aus dem Küchenbereich führten.

11. Aktuelle Entwicklungen

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

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

Zu einem einschneidenden Ereignis wurde im zweiten Halbjahr 2015 die Aufnahme von etwa einer Million Flüchtlingen aus Kriegs- und Krisengebieten. Die meisten dieser Menschen erlitten neben Not auch traumatische Erfahrungen. Nicht jeder Mensch, 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.

Traumatische Erfahrungen in den Herkunftsländern, Integrationsprobleme, sprachliche Hürden, unterschiedlichste kulturelle und religiöse Prägungen, unrealistische Vorstellungen und Erwartungen an uns als Ankunftsland stellen uns alle vor Herausforderungen.

Einen Einfluss auf die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungslandschaft wird diese Entwicklung in jedem Falle haben, wobei derzeit noch nicht absehbar ist, welcher zusätzliche Bedarf sich für die nächsten Jahre entwickeln wird.

Eine Vielzahl von freiwilligen Helfern ist bereits aktiv, vielerorts bestehen bereits Initiativen zum Beispiel zur Versorgung minderjähriger unbegleiteter Flüchtlinge und zur psychosozialen Versorgung.

Die Menschen, die hier angekommen sind, benötigen zunächst Sicherheit und eine medizinische Basisversorgung, wozu natürlich auch eine psychiatrische Behandlung und psychotherapeutische Kriseninterventionen gehören.

Es gibt hierzu durchaus Konzepte, die auch in Krisenregionen schon zum Einsatz gekommen sind und ihre Wirksamkeit bewiesen haben.

Gesetzliche Voraussetzungen, wie z.B. die Einführung einer „Gesundheitskarte“ für den Zugang zu unserem medizinischen Versorgungssystem sind bereits geschaffen. Aktuell sind bei der Einführung dieser Gesundheitskarte jedoch noch Hürden zu nehmen.

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

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

Psychische Erkrankungen führen auch heute noch oft zu einer Isolierung und nicht selten zu Entwicklungen, die letztlich Exklusion bedeuten. Nach wie vor leiden Betroffene unter der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen, verschweigen ihr Leid und suchen Hilfe oft sehr spät. Aufklärung, Prävention - Entstigmatisierung - sind zu fördern. Die Landesregierung sollte Aktivitäten in dieser Richtung fördern, initiieren bzw. begleiten. Aufklärung sollte bereits Bestandteil des Schulstoffes und vor allem in der Ausbildung zu Gesundheitsberufen sein.

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

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

Die 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.

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

Das Outsourcen von Teilen der Belegschaft, das Unterlaufen von tariflichen Vereinbarungen sind sicher keine geeigneten Maßnahmen, qualifizierte motivierte Mitarbeiter für die Arbeit in Heimen und Kliniken zu finden.

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

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

Verstärkt werden müssen die Anstrengungen in die Ausbildung von psychiatrisch qualifiziertem Fachpersonal. Unter den Sparvorgaben der letzten Jahre haben Kliniken und Einrichtungen teilweise ihre Ausbildungskapazitäten zurückgefahren.

Es mangelt nicht an Studienbewerber für die Fächer Sozialpädagogik, Psychologie und Medizin, es mangelt an Studienplätzen.

12. Schlussbemerkung und Ausblick

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

Nachhaltige Verbesserungen und Einflussnahmen sind häufig nur durch beharrlichen Druck auf die zuständigen Behörden und auf die Einrichtungen selbst zu erreichen. Eine wichtige Funktion

bleibt die Beratung der Politik, damit Versorgungsqualität und Patientenrechte auch in die Gesetzgebung eingehen können.

Die Arbeit des PA und der BK 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 am 30.6.2016

Dr. med. Norbert Mayer-Amberg

Personelle Zusammensetzung des Ausschusses

Anhang

Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
Dr. med. Norbert Mayer-Amberg Hannover Vorsitzender	Dr. Ralph-Patrick Beigel Hannover
Andreas Landmann Stadthagen Stv. Vorsitzender	Nicole Nordlohne Vechta
Sylvia Bruns (MdL) Hannover	Björn Försterling (MdL) Wolfenbüttel
Christian Harig Hannover	Karin Aumann Hannover
Wolfgang Herzog Helmstedt	Dr. phil. Dagmar Schlapheit-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

Herr Jörn Heinecke, Vorsitzender
Herr Dr. Klaus-Peter Frentrup, stellvertretender Vorsitzender
Frau Beate Andreseck
Frau Ursula Bergemann (bis 12.08.2015), nachberufen wurde Frau Anni Boschulte
Herr Ulrich Bernhofen
Frau Dr. Jutta Bernick
Herr Andreas Day
Frau Dr. Gabriele Grabowski
Herr Wolfgang Herzog
Frau Andrea Jostschulte
Frau Frauke Klinge
Frau Dr. Henrike Krause-Hünerjäger
Herr Rolf Schee
Frau Tilla Scheffer-Gassel
Frau Anke Scholz

Besuchskommission für das Gebiet Hannover

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

Frau Eva Moll-Vogel, Vorsitzende
Herr Andreas Landmann, stellvertretender Vorsitzender
Frau Doris Dixon – Tegeder
Herr Christian Harig
Frau Ursula Helmhold
Herr Klaus Kapels
Frau Barbara Langer
Frau Annette Loer
Herr Dr. Christoph Mattheis
Frau Ute Müller-Nobiling
Frau Rose-Marie Seelhorst
Herr Dr. Christian Tettenborn (bis 11.09.2015), nachberufen wurde Ärztin Frau Birgit Müller-Musolf
Herr Reinhard Türnau
Herr PD Dr. Dr. Felix Wedegärtner
Herr Jörg Werfelmann

Besuchskommission für das Gebiet Lüneburg

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

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

Besuchskommission für das Gebiet Weser-Ems /Nord

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

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

Besuchskommission für das Gebiet Weser-Ems /Süd

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

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

Besondere Besuchskommission für den Maßregelvollzug

Landesweite Zuständigkeit: Forensische Kliniken

Frau Petra Wycisk, Vorsitzende
Herr Dr. Mohammad-Z. Hasan, stellvertretender Vorsitzender
Frau Rita Beuke
Herr Matthias Eckel
Frau Jutta Eichhorst (bis 21.10.2015)
Herr Volker Gutzeit
Frau Cornelia Heberle
Herr Franz Kandulski
Herr Matthias Koller
Herr Dr. Jürgen Lotze
Herr Dieter Nannen
Frau Angela Neßelhut
Herr Friedrich Schwenger
Frau Ulrike Schunck
Herr Prof. Dr. Andreas Spengler
Herr Dr. Ulrich Terbrack