

Stellungnahme  
27.03.2026

## Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Regelung von Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Niedersachsen

### Vorbemerkung

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) bedankt sich für die Möglichkeit, zum Entwurf eines neuen „Niedersächsischen Gesetzes über die Hilfen und Schutzmaßnahmen für Menschen mit psychischen Erkrankungen“ (NPsychKHG) Stellung zu nehmen.

Die DGPPN begrüßt, dass der vorliegende Entwurf bereits einige der Vorschläge aus der Verbändebeteiligung aufgegriffen hat. Insbesondere die deutliche Überarbeitung der Regelungen zur Offenlegung durch Datenübermittlung wertet die DGPPN als einen wichtigen, wenngleich noch nicht ausreichenden Schritt. Die Übermittlung von Gesundheitsdaten an Sicherheitsbehörden muss an hohe Voraussetzungen geknüpft sein, um eine Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verhindern, die die Behandlungsbereitschaft reduzieren würde.

Zusätzlich zu den untenstehenden Anmerkungen regt die DGPPN an, in das NPsychKHG normative Vorgaben für die Implementierung einer Strategie zur Förderung psychischer Gesundheit und der Prävention psychischer Erkrankungen aufzunehmen.

Zugleich möchte die DGPPN ihre bereits im Zuge der Verbändebeteiligung gemachte Feststellung wiederholen: Eine Novellierung des NPsychKHG, die auf eine Ausweitung des Gefahrenbegriffs und eine Ausweitung des Datenaustausches mit Sicherheitsbehörden hinausläuft, ohne zugleich dafür Sorge zu tragen, dass die Behandlung schwer psychisch Erkrankter verbessert wird, wird die Probleme verschärfen und zugleich den Bedarf an stationären Kapazitäten erhöhen, ohne die Sicherheitslage zu verbessern. Konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Behandlung hat die DGPPN in den beigefügten Empfehlungen „Versorgung stärken, Gewalt verhindern. Umsetzungsempfehlungen der DGPPN auf der Basis des Positionspapiers *„Prävention von Gewalttaten“* unterbreitet.

## Anmerkungen

### § 2 Grundsätze

Die DGPPN empfiehlt, sich bei der Formulierung von § 2 Absatz 1 Satz 4 am Wortlaut der UN-BRK zu orientieren. Daher sollte es nicht lediglich „Präferenzen der betroffenen Menschen [...]“ heißen, sondern: „Wünsche und Präferenzen der betroffenen Menschen sind nach Möglichkeit zu berücksichtigen.“

Die UN-BRK ist in Deutschland geltendes Recht. Aus diesem Grund muss sie beachtet werden, nicht nur berücksichtigt. Die DGPPN regt daher an, § 2 Absatz 3 wie folgt anzupassen: „Die besonderen Belange von Menschen mit Behinderungen sind insbesondere im Hinblick auf die UN-Behindertenrechtskonvention zu berücksichtigen beachten.“

### § 4 Sozialpsychiatrischer Dienst, Wahrnehmung ärztlicher Aufgaben, Aufgabenübertragung

Die DGPPN regt an, die in § 4 Absatz 4 Satz 2 festgeschriebene Regelung zur Leitungsbesetzung dahingehend zu präzisieren, dass es sich bei dem „abgeschlossenen wissenschaftlichen Hochschulstudium“ zwingend um ein medizinisches Studium handeln muss.

### § 7 Zusammenarbeit von Sozialpsychiatrischen Dienst und Anbietern von Hilfen

Die DGPPN begrüßt die Regelungen in § 7 Absatz 3 und 4. Allerdings weist sie darauf hin, dass sowohl die Abstimmungsverfahren in Absatz 3 Satz 1 als auch die Erstellung von Handlungsempfehlungen in Absatz 4 Satz 1 und 2 klar gesetzlich geregelt und auskömmlich finanziert werden müssen.

### § 12 Untersuchung zur Entscheidung über eine Unterbringung

Die DGPPN regt an, im § 12 Absatz 2 Satz 4 klarer zu fassen, unter welchen Umständen die Wohnung einer Person durchsucht werden darf. Dabei darf die Begehung nur dazu dienen, die Person aufzufinden und nicht zum Anlass genommen werden, die Wohnung nach Gegenständen zu durchsuchen.

## § 13 Unterbringung

Die DGPPN begrüßt, dass im Zuge der Verbandsanhörung die Formulierung in Absatz 2 Satz 1 dahingehend angepasst wurde, dass die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit aufgehoben sein müsse.

Allerdings unterstreicht die DGPPN erneut nachdrücklich, dass eine Unterbringung nur unter folgenden Voraussetzungen, die gemeinsam erfüllt sein müssen, möglich sein darf:

1. Eine psychische Erkrankung. Hierbei sind psychische Krankheiten gemäß der aktuell in Deutschland gültigen internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten gemeint, sprich: das Kapitel F der ICD-10.
2. Eine zumindest erhebliche Einschränkung der Selbstbestimmungsfähigkeit. Unter „Selbstbestimmungsfähigkeit“ versteht die DGPPN das Vorhandensein von Informationsverständnis, Urteilsvermögen, Einsichtsfähigkeit, Ausdrucksfähigkeit der Entscheidung und Steuerungsfähigkeit. Auch wenn Einsichtsfähigkeit und Urteilsvermögen erhalten sind, aber die Person außer Stande ist, ihre Handlungen nach der vorhandenen Einsicht zu steuern, ist die Selbstbestimmungsfähigkeit zumindest eingeschränkt. Dieses normative Konzept ist eng verwandt mit den im Strafrecht verwendeten Begriffen der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit.
3. Eine erhebliche gegenwärtige Gefahr, die durch die Erkrankung verursacht ist. Die abzuwehrende Gefahr muss dergestalt sein, dass eine erhebliche Schädigung für die Person selbst und/oder die Rechtsgüter Dritter droht. Dabei muss die abzuwehrende Gefahr gegenwärtig sein, das heißt unmittelbar bevorstehen bzw. wegen der besonderen Umstände des Einzelfalles in der gegenwärtigen Situation jederzeit erwartbar sein. Diese Erwartbarkeit muss sich aus dem tatsächlichen aktuellen Zustand der Patientin oder des Patienten ergeben, also zum Beispiel einer akuten Intoxikation oder einer floriden psychotischen Symptomatik. Eine noch weiter gefasste Auslegung des Begriffs der gegenwärtigen Gefahr, zum Beispiel auf die Auswirkungen *möglicher* künftiger Trinkrückfälle oder auf *mögliche/wahrscheinliche* Exazerbationen einer psychotischen Symptomatik nach einem *möglichen oder wahrscheinlichen* Absetzen einer Medikation widerspricht aus Sicht der DGPPN dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und muss vermieden werden.
4. Die Möglichkeit, die Gefahr durch Behandlung abzuwehren und die Möglichkeit, diese Behandlung einzuleiten.

5. Die Unmöglichkeit, der Gefahr mit milderem Mitteln als die Unterbringung zu begegnen.

Im § 13 werden die Voraussetzungen 1, 2, 3 und 5 aufgeführt. Die Voraussetzung 4 sollte ergänzt werden.

### § 15 Unterbringungseinrichtungen, Fachaufsicht

Die DGPPN begrüßt grundsätzlich, dass nach § 15 Absatz 3 Satz 4 die Einsicht in Gesundheitsdaten nur Ärztinnen und Ärzten gestattet ist. Allerdings ist es erforderlich, eindeutig festzuschreiben, dass Ärztinnen und Ärzte diese Daten nicht weitergeben dürfen. Darüber hinaus sollte der Kreis an Ärztinnen und Ärzten, die Einsicht nehmen dürfen, begrenzt gehalten werden, um die Verschwiegenheit sicherzustellen.

### § 22 Zwangsbehandlung

Aus Sicht der DGPPN ist es erforderlich, § 22 Absatz 1 Nummer 2 klarer zu formulieren: Eine Beschränkung der Behandlungsindikation auf die Wiederherstellung der Selbstbestimmungsfähigkeit entspricht nicht den verfassungsrechtlichen Vorgaben und ist medizinisch nicht vertretbar. Es muss auch möglich sein, Patientinnen und Patienten zu behandeln, um ihren Zustand so weit zu bessern, dass sie wieder teilhabefähig werden, auch wenn sie weiterhin nicht in der Lage sein werden selbstbestimmt zu handeln. Anders formuliert: Gelingt es wegen der Art oder Ausprägung der Erkrankung nicht, die freie Selbstbestimmung herzustellen, kann die Behandlung dennoch angezeigt sein, um eine akute Symptomatik abzumildern, Eigen- oder Fremdgefährdungen abzuwenden und die untergebrachte Person besser entlassungsfähig /heimfähig zu machen. Zudem muss es möglich sein, zusätzliche nicht mit dem Unterbringungsgrund zusammenhängende interkurrente Erkrankungen zu behandeln, wenn sie schwerwiegend sind.

Die DGPPN empfiehlt im Sinne einer besseren Klarstellung die nachfolgende Formulierung für § 22 Absatz 4 Satz 1: „Die Behandlung darf nur so lange gegen den natürlichen Willen der untergebrachten Person fortgeführt werden, wie die untergebrachte Person nicht selbstbestimmungsfähig ist.“

Mit Blick auf § 22 Absatz 4 Satz 2 empfiehlt die DGPPN die nachfolgende Formulierung: „Sie ist auch zu beenden, wenn ~~im Verlauf der Behandlung eine Besserung nicht eintritt~~ innerhalb eines medizinisch angemessen erwartbaren Zeitraums die Behandlung nach ärztlicher Einschätzung erfolglos bleibt oder schwerwiegende Nebenwirkungen einen Abbruch der Behandlung erforderlich machen.“

Darüber hinaus sollte nach Ansicht der DGPPN nach § 22 Absatz 5 Satz 2 zusätzlich auch die Abfassung einer Patientenverfügung empfohlen werden. Dies ist vor allem deswegen relevant, da derzeit allein Patientenverfügungen rechtverbindlich sind. Entsprechend sollte ein Satz 3 eingefügt werden: **„Darüber hinaus ist die Abfassung einer Patientenverfügung zu empfehlen, die auch im Rahmen einer Behandlungsvereinbarung formuliert werden kann, und die Patientin oder der Patient ist hierbei zu unterstützen.“**

### § 23 Zwangsbehandlung zur Abwehr gegenwärtiger erheblicher Gefahren

Die DGPPN empfiehlt im Sinne einer besseren Klarstellung die nachfolgende Formulierung für § 23 Absatz 1 Satz 4: „Die Behandlung gegen den natürlichen Willen der untergebrachten Person ist zu beenden, wenn die Gefahr im Sinne des Satzes 1 abgewendet worden ist.“

Ferner sollte der § 23 dahingehend erweitert werden, dass auch, neben der Abwehr von Eigengefährdung, die Notfallbehandlung zur Abwehr einer hoch akuten Fremdgefährdung mit inbegriffen ist. Die derzeitige Entwurfsfassung erlaubt für den Fall einer hoch akuten Fremdgefährdung nur die Fixierung. Allerdings ist die Fixierung nicht pauschal der bessere, weil mildere Eingriff. Die Schwere des Eingriffs ist nämlich auch davon abhängig, wie die betroffene Person die eine oder die andere Maßnahme toleriert und „erträgt“. Nicht wenige Patientinnen und Patienten halten eine Fixierung für beeinträchtigender als eine medikamentöse Intervention. Der Gesetzgeber sollte daher die Möglichkeit von Eingriffen jenseits von Fixierungen zum Wohle der Patientinnen und Patienten schaffen.

### § 28 Besondere Sicherungsmaßnahmen

Die DGPPN spricht sich entschieden für die Streichung des in § 28 Absatz 1 Nummer 4 stehenden Teilsatzes „[...] , durch die Gabe von Medikamenten [...]“ aus. Die Gabe von Medikamenten ist keine besondere Sicherungsmaßnahme im Sinne einer Beschränkung der Bewegungsfreiheit. Arzneimittel dürfen nur und ausschließlich zur Behandlung und/ oder zur Abmilderung psychischer Beschwerden und Symptome wie Angst und Anspannung eingesetzt werden. Es gibt keine Medikamente, die zur Beschränkung der Bewegungsfreiheit oder zur Ruhigstellung zugelassen oder wissenschaftlich untersucht wären. Hierfür bräuchte man im Übrigen sehr hohe Dosen, die akut gefährlich bzw. toxisch wären. Gleichwohl werden Medikamente *begleitend* bei besonderen Sicherungsmaßnahmen als Einleitung der Behandlung und/ oder zur Spannungs- und Angstlösung eingesetzt.

Die DGPPN empfiehlt daher die nachfolgende Formulierung: „4. die Beschränkung der Bewegungsfreiheit zur Ruhigstellung (Fixierung) durch mechanische Vorrichtungen, ~~durch die Gabe von Medikamenten oder durch mechanische Vorrichtungen in Verbindung mit der ergänzenden Gabe von Medikamenten~~ ggf. in Verbindung mit der ergänzenden Gabe von Medikamenten.“

Die Anordnung von Fixierungen oder Absonderungen in § 28 Absatz 3 Satz 2 durch eine Fachärztin oder einen Facharzt ist vor der Durchführung nicht immer möglich. Beispielsweise muss ein Arzt, der noch kein Facharzt ist, nachts im Bereitschaftsdienst in Notfallsituationen handeln können. Es muss daher zumindest möglich sein, die Anordnung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt auch nachträglich zu treffen bzw. zu genehmigen.

Zudem ist eine in § 28 Absatz 5 Satz 2 geforderte fortlaufende (kontinuierliche) Überwachung der Vitalfunktionen in psychiatrischen Einrichtungen in der Regel nicht möglich, aber auch nicht erforderlich. Zur Erläuterung: Unter Vitalfunktionen versteht man in der Regel Atmung, Blutdruck, Puls und Blutoxygenierung. Während die Atmung durch einfache Beobachtung erfassbar ist, wird für eine *kontinuierliche* Überwachung von Blutdruck, Puls und Blutoxygenierung der Anschluss an ein Monitorgerät benötigt. Anders stellt sich das Erfordernis bei einer individuell bedarfsadaptierten *regelmäßigen* Überwachung der Vitalfunktionen, die je nach Fallkonstellation alle 15, 30 oder 60 Minuten oder auch in längeren Intervallen indiziert sein kann. Diese regelmäßigen Kontrollen können manuell durch die betreuende Person mit herkömmlichen Messgeräten durchgeführt und mit Kontaktaufnahme und Ansprache verbunden werden. Entsprechend empfiehlt die DGPPN für § 28 Absatz 5 Satz 2 die Formulierung: „Seine Vitalfunktionen sind ~~fortlaufend~~ regelmäßig zu kontrollieren.“

### § 38 Offenlegung durch Datenübermittlung

Die DGPPN begrüßt die deutliche Überarbeitung der Bestimmungen zur Datenübermittlung im Vergleich zum Referentenentwurf. Hierbei ist zum einen zu begrüßen, dass die Voraussetzungen bzw. die Schwellen für eine Übermittlung von Gesundheitsdaten an Sicherheitsbehörden erhöht worden sind. Zum anderen ist die Begrenzung, welche Informationen weitergegeben werden dürfen, ebenfalls positiv zu bewerten. Zum Schutz der Patientinnen und Patienten empfiehlt die DGPPN jedoch weitere Anpassungen.

§ 38 Absatz 1 Satz 3 sollte präzisiert werden durch folgende Einfügung: „Daten zum Gesundheitszustand und zum Krankheitsbild des betroffenen Menschen, zum Behandlungsverlauf sowie zu Behandlungsinhalten dürfen nur weitergegeben werden, soweit dies zur Gefahrenabwehr unabdingbar erforderlich ist.“

Aus Sicht der DGPPN erscheint die in § 38 Absatz 3 Satz 2 und 3 formulierte „Muss-Regelung“ vor dem Hintergrund der Verhältnismäßigkeit als zu weitreichend und sollte gestrichen werden.

Im § 38 Absatz 3 Satz 4 sollte präzisiert werden, was mit „psychiatrische Gefährdungseinschätzung“ gemeint ist. Auch ist unklar, wieso deren Anordnung festgelegt werden und wieso ggf. der Sozialpsychiatrische Dienst hierfür zuständig sein soll.

Die DGPPN empfiehlt, die Auswirkung der Gesetzesänderungen, im vorliegenden Entwurf mit besonderem Fokus auf die Möglichkeiten des Datenaustausches mit Sicherheitsbehörden, auf die Versorgung und auf gewalttätige Ereignisse im Rahmen von psychischen Erkrankungen regelmäßig extern wissenschaftlich zu evaluieren.

Die DGPPN spricht sich entschieden für eine Anpassung des § 38 Absatz 4 Satz 1 dahingehend an, dass aus der „Kann-Bestimmung“ eine „Soll-Bestimmung“ wird: „Die Polizei ~~kann~~ soll personenbezogene Daten an den Sozialpsychiatrischen Dienst und an die Unterbringungseinrichtung übermitteln, wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass von einem Menschen im Zusammenhang mit einer möglichen psychischen Erkrankung eine Gefährdung Dritter ausgeht, und die Übermittlung zur Wahrnehmung der Aufgaben des Empfängers erforderlich ist.“ Nicht selten kommt es vor, dass die Polizei eine verhaltensauffällige Person nach einem gewalttätigen Vorfall aufgreift und in die Klinik bringt, aber sich wieder entfernt, ohne den Vorfall und ggf. auch Vorerfahrungen mit der Person näher zu beschreiben. Auf diese Weise fehlen manchmal den Ärztinnen und Ärzten relevante Informationen für die Gesamtbewertung des Falles. Die vorgeschlagene Soll-Regelung wird für die Arbeit in den Sozialpsychiatrischen Diensten und in den psychiatrischen Kliniken äußerst hilfreich sein. Und die Polizei hat – anders als die behandelnden Ärztinnen und Ärzte – keine Schweigepflicht.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank

DGPPN-Präsidentin

Reinhardtstr. 29

10117 Berlin

Telefon: 030 240 4772 0

E-Mail: [praesidentin@dgppn.de](mailto:praesidentin@dgppn.de)