

Stellungnahme

07.04.2026

Gesetz zur Neufassung eines Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen und zur Änderung weiterer Gesetze in Nordrhein-Westfalen (PsychKG NRW)

Allgemeine Bewertung

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) bedankt sich für die Möglichkeit, zum Gesetz zur Neufassung eines Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen in Nordrhein-Westfalen Stellung nehmen zu können.

Die DGPPN begrüßt die durch die Neufassung beabsichtigte Konkretisierung und Straffung der Ausführungen zu den vorsorgenden und nachsorgenden Hilfen durch die Zusammenfassung sinngemäßer Paragraphen. Die eindeutige Festschreibung einer rechtsübergreifenden Zusammenarbeit der Träger der Hilfen in § 5, wie auch der Zusammenschluss der Träger der Hilfen in gemeindepsychiatrischen Verbänden in § 6 werden ebenfalls begrüßt. Zur verbindlichen Ausgestaltung der Zusammenarbeit in gemeindepsychiatrischen Verbänden sollte jedoch in § 6 eine umfassende, SGB-übergreifende Versorgungsverpflichtung mit einer gesetzlich verbindlich geregelten Aufgabenzuteilung verankert werden.

Ausgesprochen kritisch bewertet die DGPPN die erhebliche Ausweitung des Datenaustausches mit Sicherheitsbehörden und den kommunalen oder Zentralen Ausländerbehörden. Insbesondere die Bestimmungen in § 10 in Verbindung mit § 23 sind deutlich zu weit gefasst und weiten Meldeerfordernisse über umrissene Einzelfälle aus. Vor der so möglich werdenden breiten Datensammlung bei Sicherheitsbehörden warnt die DGPPN sehr nachdrücklich. Denn: Aus den im Entwurf festgeschriebenen Meldepflichten resultieren nicht nur eine Aushöhlung der ärztlichen Schweigepflicht, sondern zugleich eine deutliche Stigmatisierung vieler Patientinnen und Patienten. Damit verbunden ist die Gefahr konstraintentionaler Folgen, da sich Personen so der Behandlung entziehen könnten, sodass der Gesetzentwurf das Gegenteil dessen erreicht, was eigentlich beabsichtigt war. Kritisch werden auch die Bestimmungen in § 20 Abs. 2 bewertet. Der a priori Ausschluss von Belastungserprobungen ist therapeutisch kontraproduktiv, menschenrechtlich fragwürdig und erschwert zudem die Beurteilung des Behandlungserfolges. Dadurch wird auch der in § 2 des Gesetzes genannte Grundsatz zumindest in Teilen konterkariert.

In der Gesamtschau ist der vorliegende Gesetzentwurf aus Sicht der DGPPN äußerst problematisch: Er fokussiert einseitig Sicherheitsaspekte, schränkt die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen unverhältnismäßig ein und hat ein hohes Stigmatisierungspotential.

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

Ferner plädiert die DGPPN dafür, die Auswirkung der aktuellen (wie auch künftiger) Gesetzesänderungen auf die Versorgung und auf gewalttätige Ereignisse im Rahmen von psychischen Erkrankungen regelmäßig (z. B. alle zwei Jahre) zu evaluieren. Die DGPPN regt an, eine solche Evaluationsklausel im PsychKG aufzunehmen. Dies erscheint im vorliegenden Fall besonders relevant, da der Entwurf weitreichende Bestimmungen zur Ausweitung des Datenaustausches mit Sicherheitsbehörden enthält. Idealerweise sollte für die Evaluation ein bundesweit anzuwendendes Indikatorenset zur Erhebung von Baseline-Daten vor Inkrafttreten von gesetzlichen Änderungen und der Erhebung von nachfolgenden Daten im Längsschnitt entwickelt werden.

Bewertung von Einzelaspekten

§ 1 Anwendungsbereich

§ 1 Absatz 1 Nummer 2: Die DGPPN spricht sich für die Streichung des Zusatzes „*oder der Allgemeinheit*“ aus („*2. die Anordnung von Schutzmaßnahmen durch die untere Gesundheitsbehörde und die Unterbringung von betroffenen Personen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung sich selbst, bedeutende Rechtsgüter anderer ~~oder der Allgemeinheit~~ erheblich gefährden*“). Die Formulierung impliziert in unzutreffender Weise, dass der Schutz von bedeutenden Rechtsgütern anderer, wie er in der derzeit gültigen Fassung des PsychKG steht, nicht ausreichend sei. Die Formulierung „*der Allgemeinheit*“ ist unbestimmt, nicht erforderlich und als stigmatisierend abzulehnen.

§ 3 Vorsorgende und nachsorgende Hilfen

Die DGPPN begrüßt ausdrücklich die Zusammenfassung und Konkretisierung vor- und nachsorgender Hilfen in einen Paragrafen. Die DGPPN betont in diesem Zusammenhang aber, dass die konkrete Ausgestaltung vor- und nachsorgender Hilfen auch außerhalb des PsychKG zu regeln ist und verweist dabei auf die „Umsetzungsempfehlungen der DGPPN auf der Basis des Positionspapiers Prävention von Gewalttaten“.

§ 4 Durchführung der Hilfen

§ 4 Absatz 1 Satz 3: Die DGPPN spricht sich dagegen aus, dass die Sprechstunde des Sozialpsychiatrischen Dienstes ohne fachärztliche Einbeziehung durchgeführt werden kann. Diese Sprechstunde richtet sich primär an schwer psychisch erkrankte Menschen, die häufig einen erschwerten Zugang in die Regelversorgung des Gesundheitssystems haben. Dabei sind Erfahrungen und Kompetenzen erforderlich, die nur in der Weiterbildung zur Fachärztin/ zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie erworben werden können (z. B. Einschätzung über Vorliegen der Unterbringungs Voraussetzungen nach PsychKG, die Feststellung von Suizidalität und Fremdaggressivität oder die Erstellung von Zeugnissen über die Unterbringungsbedürftigkeit). Aus diesem Grund empfiehlt die DGPPN folgende Formulierung in § 4 Absatz 1 Satz 3: *„Diese sollen unter der Leitung einer auf dem Gebiet der Psychiatrie weitergebildeten Ärztin oder eines auf dem Gebiet der Psychiatrie weitergebildeten Arztes, zumindest aber einer in der Psychiatrie erfahrenen Ärztin, eines in der Psychiatrie erfahrenen Arztes, ~~einer psychologischen Psychotherapeutin oder eines psychologischen Psychotherapeuten~~ durchgeführt oder von diesen an qualifizierte Mitarbeitende delegiert werden. **Dabei sollte der Erstkontakt (fach)ärztlich sein und die Mitarbeitenden sollten bei Übernahme weiterer Kontakte regelmäßig (fach)ärztlich supervidiert werden.**“*

§ 4 Absatz 3: Die DGPPN begrüßt grundsätzlich die Bestimmungen des Paragrafen, insbesondere dass, wie in § 4 Absatz 3 festgeschrieben, „nachsorgende Hilfen rechtzeitig vorbereitet und eingeleitet“ sowie durch den Sozialpsychiatrischen Dienst koordiniert werden. Dabei bedarf es jedoch aus Sicht der DGPPN eines Bezugs zu dem grundsätzlichen Erfordernis des Einverständnisses der Patientin/ des Patienten. Für den Fall, dass nachsorgende Hilfen ohne das Einverständnis der betroffenen Person eingeleitet werden sollen, bedarf es einer Klarstellung, nach welchen Kriterien dies erfolgen darf.

§4 Absatz 4 Satz 1: Analog gilt dies auch für den §4 Absatz 4 Satz 1.

§ 5 Zusammenarbeit

Die DGPPN begrüßt, dass die Zusammenarbeit im § 5 explizit als „rechtskreisübergreifend“ verstanden wird. Allerdings bedingt dies ein gemeinsam geteiltes Verständnis der beteiligten Akteure, was „rechtskreisübergreifend“ meint. Kritisch sieht die DGPPN, dass von § 5 Nummer 8 bis § 5 Nummer 13 Akteure aufgeführt werden, die nicht Teil des Gesundheits-/ Sozialsystems sind. Zugleich darf die Kooperation zwischen Akteuren des Gesundheits-/ Sozialsystems und Akteuren von Ordnungs-/ Sicherheitsbehörden nicht zu einer Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen führen. Daher fordert die DGPPN, Ordnungs-/ Sicherheitsbehörden separat in einer Aufzählung zu führen und deutlich zu machen, dass diese nur im Einzelfall bei begründetem Bedarf in die Kooperation einbezogen werden. Konkret erscheint eine Bündelung von 1-8, 10-12 (mit Spezifizierung Sozialdienst) und 14, und eine eigene Auflistung von 8,9 und 13 sinnvoll. Die dabei erforderliche Erhebung und der Austausch von Daten muss unter Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht, bzw. deren Entbindung durch den Klienten DSGVO-konform erfolgen und gesetzlich geregelt werden.

§ 6 Gemeindepsychiatrische Verbände

Die DGPPN sieht die Aufnahme der Neuregelung zu Gemeindepsychiatrischen Verbänden im PsychKG sehr positiv. Zugleich aber empfiehlt die DGPPN die explizite Festschreibung einer Versorgungsverpflichtung: Gemeindepsychiatrische Verbände sind verbindlich-kooperativ zu gestalten. Gemeindepsychiatrische Verbände sind der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexen Hilfebedarfen in einer definierten Versorgungsregion („Versorgungsverpflichtung“) mit einer gesetzlich verbindlich geregelten Aufgabenzuteilung verpflichtet. Die DGPPN empfiehlt, die Versorgungsregion ebenfalls im PsychKG zu normieren. Aus Sicht der DGPPN sollte sich eine Versorgungsregion nach der Organisation der Sozialspsychiatrischen Dienste in der unteren Gesundheitsbehörde richten und dadurch jeweils einen Landkreis, bzw. eine kreisfreie Stadt umfassen (siehe §5 in Verbindung mit §16 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen). Die vertragliche Ausgestaltung der Gemeindepsychiatrischen Verbände muss dergestalt sein, dass neben den pflichtversorgenden Kliniken auch zwingend Angebote des SGB IX als Teil der Pflichtversorgung vorgehalten werden und eine gemeinsame Verantwortung für die versorgten Menschen in der Region gelebt wird.

§ 7 Krisendienste

Die DGPPN begrüßt die Einrichtung von Krisendiensten. Für die präzise Ausgestaltung dieser Krisendienste empfiehlt die DGPPN eine Definition von Mindestanforderungen im Rahmen des PsychKG, die Krisendienste erfüllen sollten. Zugleich ist es bedauerlich, dass Krisendienste bedingt durch die Haushaltslage nicht verpflichtend vorzuhalten sind. Aus Sicht der DGPPN sollte der Einrichtung von Krisendiensten eine haushalterische Priorität eingeräumt werden.

§ 10 Unterbringung

§ 10 Absatz 1 Nummer 1: Hinsichtlich der Voraussetzungen einer Unterbringung regt die DGPPN folgende Formulierung an: „*Das Gericht ordnet auf Antrag der örtlichen Ordnungsbehörde eine Unterbringung von betroffenen Personen an (untergebrachte Personen), wenn 1. betroffene Personen krankheitsbedingt zu keiner freien Willensbestimmung in der Lage sind die **Selbstbestimmungsfähigkeit betroffener Personen krankheitsbedingt erheblich eingeschränkt ist** [...]*“ Der Terminus „Selbstbestimmungsfähigkeit“ ist allgemein gebräuchlicher, weswegen die DGPPN sich dafür ausspricht.

§ 10 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe c: Die DGPPN lehnt die Aufnahme der Formulierung „*die Allgemeinheit*“ als unnötig und vor allem stigmatisierend ab und plädiert für eine Streichung. Die Gefährdung für „*bedeutende Rechtsgüter anderer*“ (Buchstabe b) ist aus Sicht der DGPPN ausreichend.

§ 10 Absatz 1: Die DGPPN spricht sich für die Ergänzung der Behandelbarkeit als weitere Voraussetzung für eine Unterbringung aus. Die öffentlich-rechtliche Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus dient der Beseitigung einer gegenwärtigen Gefahr durch die Behandlung, die (möglichst) auch zur Wiederherstellung der Selbstbestimmungsfähigkeit führen soll. Die Unterbringung ist zu beenden, wenn dieses Ziel erreicht ist oder fachärztlich geklärt ist, dass dieses nicht erreicht werden kann. Ist eine Behandlung faktisch-medizinisch und/oder rechtlich im Rahmen einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung nicht möglich, sollte die Unterbringung in einer pflichtversorgenden Klinik auch nicht initiiert bzw. fortgeführt werden. Stattdessen sollte sie dann in einer nicht-klinischen öffentlich-rechtlichen Unterbringungseinrichtung erfolgen, wenn sie wirklich (weiterhin) unumgänglich ist.

§ 10 Absatz 2: Die DGPPN hält die Erweiterung der Formulierung zur Gegenwärtigkeit der Gefahr für zu allgemein und damit zu weit gefasst. Die Formulierung in der derzeit gültigen Fassung bietet ausreichend Handhabe mit Blick auf die Gefahrenabwehr. Auch kann eine mangelnde Einsichtsfähigkeit nicht als eindeutiges Indiz für eine Gefährdung betrachtet werden. Daher spricht sich die DGPPN nachdrücklich für die Streichung der Erweiterung aus: *„Eine gegenwärtige Gefährdung im Sinne von Absatz 1 liegt auch dann vor, wenn gefährdendes Verhalten unmittelbar bevorsteht oder sein Eintritt zwar unvorhersehbar, wegen der besonderen Umstände ~~oder mangels der Einsichtsfähigkeit der betroffenen Personen in ihre psychische Erkrankung oder ihr gefährdendes Verhalten~~ jedoch jederzeit zu erwarten ist.“*

§ 10 Absatz 5: Die hier neu hinzugekommene Mitteilungspflicht an den Sozialpsychiatrischen Dienst bei Verlängerung der Unterbringung verursacht aus Sicht der DGPPN nur unnötige Bürokratie. Diese Neuregelung läuft den in den Eckpunkten zum Entwurf einer Neufassung des PsychKG vom 02. Oktober 2025 formulierten Anspruch zuwider, „Vorgaben zu umfangreichen Dokumentations- und Berichtspflichten sowie kleinteilige Verfahrensvorgaben“ zu verschlanken. Daher plädiert die DGPPN hier für Streichung: *„Antragstellung, **und** Unterbringung ~~und Verlängerung der Unterbringung~~ sind von der beantragenden Stelle unverzüglich dem Sozialpsychiatrischen Dienst mitzuteilen.“*

§ 10 Absatz 6 Satz 2: Mit der Formulierung in § 10 Absatz 6 Satz 2, vor allem in Verbindung mit § 23 Absatz 2 Nummer 5, wird der Kreispolizeibehörde die Möglichkeit eingeräumt, selbstständig darüber zu entscheiden, wann sie über eine Beendigung einer Unterbringung bei Fremdgefährdung informiert werden muss. Der Gesetzentwurf benennt keine eindeutigen und nachvollziehbaren Kriterien, wann die Kreispolizeibehörde von ihrer Beteiligungsmöglichkeit Gebrauch machen kann. Damit ermöglicht der Entwurf einen sehr weitreichenden Datenaustausch über klar definierte Einzelfälle hinaus, der dem Anlegen eines Registers nahekommt. Die DGPPN spricht sich ausdrücklich gegen diese Möglichkeit aus.

§ 10 Absatz 7: Die Regelungen erleichtern die Möglichkeit, Rückführungen untergebrachter Geflüchteter aus psychiatrischen Krankenhäusern vorzunehmen durch einen erweiterten Datenaustausch mit kommunalen oder Zentralen Ausländerbehörden. § 10 Absatz 7, wie in der Gesetzgebung dargelegt, schreibt vor, *„die kommunalen Ausländerbehörden oder Zentralen Ausländerbehörden zu unterrichten. Hintergrund ist, dass diesen Behörden der jeweilige Aufenthaltsort bekannt sein muss, um mögliche weitere Verfahrensschritte innerhalb ihres Zuständigkeitsbereiches – insbesondere im Hinblick auf eine bestehende Ausreisepflicht und eine anschließende Rückführung – planen und durchführen zu können.“* Die DGPPN spricht sich sehr nachdrücklich dafür aus, dass Krankenhäuser geschützte Räume bleiben. Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung und/oder in einer Krisensituation, die nach PsychKHG untergebracht sind, sollten nicht aus Krankenhäusern rückgeführt werden dürfen. Dies sollte im PsychKHG explizit so festgeschrieben werden.

§ 11 Ziel der Unterbringung

Die DGPPN begrüßt die vorliegende Formulierung grundsätzlich, und in der Tat ist die Behandlung das wirksamste Mittel zur Prävention von Gewalt durch psychisch kranke Menschen. Dennoch ist der DGPPN folgende Feststellung wichtig: Bei der Unterbringung gegen den natürlichen Willen der Person geht es um die Beseitigung einer gegenwärtigen Gefahr durch die Behandlung. Deswegen ist die unfreiwillige Unterbringung zu beenden, wenn dieses Ziel erreicht ist oder nicht erreicht werden kann. Entscheidend für eine nachhaltig wirksame Gewaltprävention sind aus Sicht der DGPPN die langfristigen bedarfsadaptierten ambulanten Behandlungsangebote.

§ 13 Sofortige Unterbringung

§ 13 Absatz 5 erlaubt die sofortige Unterbringung durch die Kreispolizeibehörde. Die DGPPN spricht sich gegen diese Möglichkeit aus und empfiehlt die Streichung des Absatzes. Die Notwendigkeit einer solchen Ausnahmeregelung leuchtet nicht ein. Auch liegen die für die Einleitung einer Unterbringung spezifisch erforderlichen Kompetenzen und Erfahrungen bei Kreispolizeibehörden nicht vor. Gerade diese Kompetenz und Erfahrung ist aber bei Unterbringungen erforderlich, insbesondere um Eskalationen zu vermeiden.

§ 16 Behandlung

§ 16 Absatz 1 Satz 2: Diese Einfügung entspricht der guten klinischen Praxis, die selbstverständlich Grundlage jeder Behandlung sein muss. Allerdings ist in akuten Situationen und/oder bei Patientinnen und Patienten, welche die Behandlung ablehnen, häufig nicht möglich eine ausführliche Anamnese zu erheben, und dies muss zum späteren Zeitpunkt nachgeholt werden. Die DGPPN empfiehlt entsprechend entweder die Einfügung zu streichen oder etwa wie folgt zu präzisieren: „*Dabei ist die bisherige Langzeitanamnese der betroffenen Person **soweit erhältlich** zu berücksichtigen.*“

§ 17 Behandlung ohne Einwilligung

§ 17 Absatz 1 Nummer 6 Buchstabe b: Die DGPPN begrüßt die neu aufgenommene Regelung. Allerdings empfiehlt die DGPPN dabei eine präzisere Festschreibung der dafür erforderlichen Voraussetzungen: Dies umfasst zum einen die Gefahr, die zur Unterbringung geführt hat und die ohne die Behandlung nicht zu beseitigen ist; zum anderen eine Einschränkung durch die Einbeziehung des vorausverfügten oder mutmaßlichen Willens der betroffenen Person.

§ 17 Absatz 3: Die DGPPN regt eine Neuformulierung an, welche deutlicher zum Ausdruck bringt, dass mögliche, auch schwerwiegende, Nebenwirkungen von Medikamenten oder Behandlungsmethoden gegen die Risiken einer Nichtbehandlung abzuwägen sind: „~~Zwangsbehandlungen sind unzulässig, wenn 1. sie lebensgefährlich sind oder 2. sie die Gesundheit der untergebrachten Personen erheblich gefährden~~
Zwangsbehandlungen sind nur zulässig, wenn der zu erwartende Nutzen die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt.“

Schließlich regt die DGPPN sehr nachdrücklich an, dass in § 17 Regelungen für weitere medizinische Maßnahmen gegen den natürlichen Willen des Patienten ergänzt werden, die der medizinisch indizierten Abwehr einer Eigengefährdung dienen (z. B. Heparinisierung bei Fixierung, Blutabnahme für Kontrolluntersuchungen, Insulingabe bei Diabetes bei einwilligungsunfähigen Personen, die aufgrund ihrer akuten psychischen Erkrankung die lebensnotwendige Medikation ablehnen und (noch) keine rechtliche Vertretung haben).

§ 18 Besondere Sicherungsmaßnahmen

§ 18 Absatz 1: Auch hier plädiert die DGPPN nachdrücklich für die Streichung des Satzes „oder der Allgemeinheit“: *„(1) Besondere Sicherungsmaßnahmen zur Abwendung einer gegenwärtigen erheblichen Selbstgefährdung oder einer gegenwärtigen erheblichen Gefährdung bedeutender Rechtsgüter Dritter oder der Allgemeinheit sind ausschließlich [...].“*

§18 Absatz 6 Satz 1: Die DGPPN begrüßt den neu hinzugekommenen Satz 1. Allerdings gibt es leider Situationen im klinischen Alltag, bei denen aufgrund einer Überbelegung es zeitweilig nicht möglich ist, eine fixierte Patientin/einen fixierten Patienten allein in einem Zimmer unterzubringen. Dieser Problematik wird zwar bei der Begründung Rechnung getragen; allerdings regt die DGPPN an die Formulierung im Gesetzestext selbst so anzupassen, dass diese Limitation deutlich wird.

§ 20 Belastungserprobung und Beurlaubung

§ 20 Absatz 2 Satz 2: Die DGPPN spricht sich eindeutig gegen die Neufassung von § 20 Absatz 2 Satz 2 aus. Es ist einerseits unklar, auf welcher Grundlage das Gericht bereits bei der Anordnung der Unterbringung die Möglichkeit von künftigen Belastungserprobungen und Beurlaubungen einschränken oder gar ausschließen soll. Andererseits wird die Verhältnismäßigkeit dieser Vorschrift in Hinblick auf die damit einhergehenden Grundrechtseinschränkungen der Betroffenen bezweifelt. Wenn die behandelnden Ärztinnen und Ärzte eine Beurlaubung oder Belastungserprobung für sinnvoll und vertretbar halten, nach welchen Kriterien soll ein Gericht dann eine Belastungserprobung und Beurlaubung untersagen? Schließlich ist nicht nachvollziehbar, welchem Ziel diese Vorschrift dienen soll; denn ein solches Verbot von Beurlaubungen durch das Gericht nimmt den behandelnden Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit, den Erfolg der Behandlung und die Stabilität und Entlassfähigkeit des/der Betroffenen zu überprüfen und konterkariert damit auch §2 (1). Aus diesem Grund spricht sich die DGPPN mit Nachdruck für die Streichung von § 20 Absatz 2 Satz 2 aus: *„Belastungserprobungen und Beurlaubungen sind nur zulässig, soweit der Gesundheitszustand der untergebrachten Person und das Sicherheitsinteresse der Allgemeinheit dies zulassen. Belastungserprobungen und Beurlaubungen von untergebrachten Personen nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b und c kann das Gericht bei Anordnung der Unterbringung unter Vorbehalt stellen oder ausschließen.“*

§ 21 Aussetzung der Unterbringung

§ 21 Absatz 2: Die DGPPN kritisiert die deutlich zu weit gefassten Kriterien, wonach anstatt einer Beendigung der Unterbringung ihre Vollziehung unter Auflagen ausgesetzt werden kann. Die Aussetzung der Unterbringung unter Auflagen nach § 328 FamFG bedeutet einen längerdauernden, erheblichen Eingriff in die Grundrechte des/der Betroffenen. Aus Sicht der DGPPN ist dieser Weg nur in Einzelfällen angemessen, insbesondere nach wiederholten Unterbringungen unter ähnlichen kritischen Umständen in Kombination mit mangelnder Behandlungsadhärenz. Eine Ausweitung auf viele Patientinnen und Patienten mit Unterbringung wegen Fremdgefährdung erscheint nicht angemessen. Im Übrigen würde eine solche Ausweitung auch zur Überforderung des Systems bzgl. der Überwachung des Einhaltens der Auflagen führen. Vor dem Hintergrund dieser Ausführung schlägt die DGPPN folgende Anpassung von § 21 Absatz 2 vor: *„Insbesondere bei Unterbringungen nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b und c, bei denen zur Stabilisierung nach § 11 Absatz 1 Nummer 3 die dauerhafte Einnahme von Medikamenten oder Behandlung erforderlich ist, kann das Gericht die Vollziehung der Unterbringung vor Beendigung unter entsprechenden Auflagen aussetzen, **wenn darüber hinaus folgende Kriterien gemeinsam erfüllt sind: a) wiederholte Unterbringungen der betroffenen Person in der Vergangenheit bei b) abzusehender mangelnder Behandlungsadhärenz.**“*

§ 21 Absatz 4: Die DGPPN warnt darüber hinaus vor den bürokratischen Folgen der Bestimmungen in § 21 Absatz 4, insbesondere für die Fälle, bei denen Patientinnen und Patienten wegen einer interkurrenten somatischen Erkrankung zur stationären Behandlung in einer somatischen Klinik beurlaubt werden. Der § 21 Absatz 4 sollte aus Sicht der DGPPN gestrichen oder wesentlich eingegrenzt werden.

§ 22 Mitwirkung bei der Aussetzung

§ 22 Absatz 2 Satz 2: Die DGPPN regt an, dem zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst die für die Koordinierung der Weiterbehandlung relevanten Informationen zuzusenden, nicht aber den vollständigen Entlassungsbericht. Der Satz könnte heißen: *„~~Gleichzeitig ist eine Zweitschrift des Entlassungsberichtes~~ **sind alle für die Koordinierung der Weiterbehandlung relevanten Informationen** unter Angabe der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes dem für den Aufenthaltsort der untergebrachten Personen zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst zu übersenden.“*

§ 23 Beendigung der Unterbringung

§ 23 Absatz 2 Nummer 5: Diese Bestimmungen müssen im Zusammenhang mit dem § 10 Absatz 6 Satz 2 gesehen werden. Der Kreispolizeibehörde wird dort die Möglichkeit eingeräumt, selbstständig darüber zu entscheiden, wann sie über eine Beendigung einer Unterbringung bei Fremdgefährdung informiert werden muss. Da der vorliegende Gesetzentwurf keine eindeutigen und nachvollziehbaren Kriterien benennt, wann die Kreispolizeibehörde von ihrer Beteiligungsmöglichkeit Gebrauch machen kann, ermöglicht der Entwurf einen sehr weitreichenden Datenaustausch über klar definierte Einzelfälle hinaus. Die DGPPN spricht sich ausdrücklich gegen diese Möglichkeit aus.

§ 24 Entlassplanung

Die DGPPN begrüßt ausdrücklich eine gut geregelte Entlassplanung. Im Zuge der Entlassplanung bei Personen, die aufgrund einer gegenwärtigen Fremdgefährdung untergebracht wurden, soll selbstverständlich auch das Potential der erkrankungsbedingten Fremdgefährdung eingeschätzt werden. Eine allgemeine und umfassende Einschätzung des strafrechtlichen Gefahrenpotentials ist aber nicht angebracht und nicht möglich. Eine PsychKG-Unterbringung ist keine strafrechtliche Maßnahme. Deshalb müssen die Regelungen klar von einer strafrechtlichen forensischen Unterbringung und deren Anforderungen abgegrenzt bleiben. In der Begründung des Gesetzes wird ausgeführt, dass Risiken und Maßnahmen *„zu benennen sowie darzustellen“* seien, und dass der Polizei *„durch die Beteiligung beim Risikomanagement die Möglichkeit gegeben werden [soll], ggf. Maßnahmen im Bereich der präventiven Gefahrenabwehr fortzuführen oder aufzunehmen und erforderlichenfalls eine Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst zu initiieren. Die Regelung dient dem Sicherheitsinteresse der Allgemeinheit.“* Diese Forderungen müssen im Zusammenhang mit den § 10 Absatz 6 Satz 2 und § 23 Absatz 2 Nummer 5 betrachtet werden. Sie gehen aus Sicht der DGPPN zu weit und sind dazu geeignet, eine große Anzahl von Patientinnen und Patienten erheblich zu stigmatisieren, mit den daraus folgenden negativen Konsequenzen für die Betroffenen selbst, aber auch für andere bzw. die Allgemeinheit.

§ 29 Besuchskommission

§ 29 Absatz 1 Nummer 5: Die psychiatrische Pflege nimmt eine wichtige Rolle in der Betreuung von Patientinnen und Patienten innerhalb der multiprofessionellen Teams der Kliniken wahr. Die DGPPN begrüßt, dass deren Expertise zukünftig auch in den Besuchskommissionen durch deren Festschreibung in § 29 Absatz 1 Nummer 5 vertreten sein soll.

§ 29 Absatz 2 Nummer 3: Die DGPPN begrüßt grundsätzlich die neu aufgenommene Regelung. Es sollte jedoch konkret geregelt werden, welche Belange von zivilrechtlich untergebrachten Personen und welche Verpflichtungen der Krankenhäuser überprüft werden sollen.

§ 31 Meldepflichten, Berichterstattung

§ 31 Absatz 2: Die DGPPN begrüßt die Streichung der monatlichen Meldungen und die stattdessen neu formulierten halbjährlichen Melderegulungen zu Zwangsbehandlungen nach § 17 Absatz 4 Satz 5. Im Sinne einer weiteren Reduzierung bürokratischer Lasten empfiehlt die DGPPN eine weitere Vereinfachung und auch hierfür eine nur jährliche Meldung zusammen mit allen anderen Daten.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
DGPPN-Präsidentin
Reinhardtstr. 29
10117 Berlin
Telefon: 030 240 4772 0
E-Mail: praesidentin@dgppn.de