

Stellungnahme

04.12.2025

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

Vorbemerkungen

Die DGPPN bedankt sich für die Möglichkeit, zum Entwurf eines neuen „Niedersächsischen Gesetzes über die Hilfen und Schutzmaßnahmen für Menschen mit psychischen Erkrankungen“ (NPsychKG) Stellung zu nehmen. Die DGPPN beschäftigt sich als größte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft im Bereich der psychischen Gesundheit seit vielen Jahren mit den rechtlichen Bedingungen für Hilfs- und Schutzmaßnahmen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und sie hat hierzu bereits 2015 Eckpunkte zu PsychKHGs veröffentlicht, die wir dieser Stellungnahme als Anlage 1 beifügen. Da derzeit in vielen Bundesländern über Anpassungen der PsychKHGs nachgedacht wird, wird die DGPPN zeitnah aktuelle Empfehlungen zu sinnvollen Regelungen in den PsychKHGs publizieren, die wir Ihnen nachreichen werden. Schließlich möchten wir auch auf ein umfassendes Positionspapier zum Thema „Gewaltprävention“ hinweisen, welches die aktuelle wissenschaftliche Evidenz zu diesem Thema umfänglich darstellt und erläutert (Anlage 2).

Grundsätzlich ist das Anliegen der Niedersächsischen Landesregierung, Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern und einige Regelungen an die aktuelle Rechtsprechung anzupassen, sinnvoll und begrüßenswert. Insbesondere wird die Aufwertung der Sozialpsychiatrischen Dienste begrüßt. Dennoch möchten wir im Folgenden einige Verbesserungsvorschläge machen und an einigen Stellen ernsthafte Bedenken äußern.

Sehr nachdrücklich möchten wir auf Folgendes hinweisen: Eine Novellierung des NPsychKG, die auf eine Ausweitung des Gefahrenbegriffs und eine erhebliche Ausweitung des Datenaustausches mit Sicherheitsbehörden hinausläuft, ohne zugleich dafür Sorge zu tragen, dass die Behandlung schwer psychisch Erkrankter außerhalb der Kliniken verbessert wird, wird die Probleme verschärfen und zugleich zu einem erhöhten Bedarf an stationären Kapazitäten führen, ohne dass die Sicherheitslage verbessert wird.

Anmerkungen

Akronym des Gesetzes

Die DGPPN spricht sich dafür aus, die Hilfen als Schwerpunkt des Gesetzes auch im gewählten Akronym zum Ausdruck zu bringen und daher das Gesetz abgekürzt als „NPPsychKHG“ zu bezeichnen.

§ 2 Grundsätze

Die DGPPN empfiehlt sich bei der Formulierung von § 2 Absatz 1 Satz 4 an der Wortwahl der UN-BRK zu orientieren. Daher sollte die Formulierung nicht „Patientenprioritäten“ lauten, sondern: „**Wünsche und Präferenzen** sind nach Möglichkeit zu berücksichtigen.“

Da auch eine Unterbringung in erster Linie als eine Hilfe zu verstehen ist, sollte die Formulierung in § 2 Absatz 2 lauten: „Eine Unterbringung erfolgt nur dann, wenn **andere** Hilfen keinen Erfolg hatten **bzw. in Notfällen keinen Erfolg** versprechen.“

Die UN-BRK ist in Deutschland geltendes Recht. Aus diesem Grund muss sie beachtet werden, nicht lediglich 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 **beachten**.“

§ 4 Sozialpsychiatrischer Dienst, Wahrnehmung ärztlicher Aufgaben, Aufgabenübertragung

Die DGPPN meldet erhebliche Bedenken gegenüber den derzeitigen Formulierungen in § 4 Absatz 3 an. Grundsätzlich sei bemerkt, dass die in Satz 1 formulierten Einsichtsrechte in Akten und Schriftstücke höchstpersönlicher Natur zum einen sehr weitgehend sind und zum anderen unabhängig von jeder Art der Gefährdung bestehen. Auch wenn Satz 3 festschreibt, dass die Einsicht nur Ärztinnen und Ärzten vorbehalten sei, ist nicht explizit geregelt, dass diese Ärztinnen und Ärzte der Schweigepflicht unterliegen. Ferner ist Satz 3 dahingehend unpräzise formuliert, welches Personal der Kommunalverwaltung Zugriff auf diese personenbezogenen Daten erhalten soll. Diese weitgehenden Einsichtsrechte sind weder angemessen noch erforderlich, weswegen vor dem Hintergrund des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit verfassungsrechtliche Bedenken gegenüber der vorliegenden Formulierung bestehen. Aus Sicht der DGPPN ist daher § 4 Absatz 3 zu streichen.

Die DGPPN verweist hinsichtlich des § 4 Absatz 4 auf die Bemerkungen zu § 4 Absatz 3 und mit Blick auf die „festgelegten Merkmale“ auf die Ausführungen zu § 36. Darüber hinaus weist die DGPPN darauf hin, dass Umfang, Inhalt und Zweck der Auskunft des Sozialpsychiatrischen Dienstes an die Leitung der kommunalen Behörde unklar sind. Aus Sicht der DGPPN ist daher § 4 Absatz 4 zu streichen.

Die DGPPN empfiehlt eine Spezifizierung der in § 4 Absatz 5 genannten „Stelle zur Koordinierung von Krisendiensten“, um zu verdeutlichen, wie genau diese Stelle ausgestaltet und besetzt ist und wie sie ihre koordinierende Funktion wahrnimmt.

Die DGPPN regt an, die in § 4 Absatz 6 Satz 2 festgeschriebene Regelung zur Leitungsbesetzung dahingehend zu präzisieren, dass es sich bei dem „abgeschlossenem wissenschaftlichen Hochschulstudium“ um ein medizinisches Studium handeln und die Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes einer Ärztin oder einem Arzt mit mindestens zweijähriger klinischer Erfahrung im Bereich der klinischen Psychiatrie oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie obliegen muss.

Die DGPPN empfiehlt, in § 4 Absatz 7 Satz 1 genauer zu spezifizieren, welche Ärztinnen und Ärzte gemeint sind, um die Schweigepflicht zu garantieren.

§ 5 Arten und Ziele der Hilfen

Der Dritte Teil des NPsychKG beinhaltet wesentlich die Vermittlung von unterschiedlichen Behandlungsangeboten. Daher plädiert die DGPPN dafür, neben Beratung und Betreuung in § 5 Absatz 1 Satz 1 auch die Behandlung zu erwähnen: „Hilfen sind die Vermittlung oder Durchführung sozialer, psychosozialer, medizinischer und psychotherapeutischer **Behandlung**, Beratung und Betreuung sowie die Vermittlung von entsprechenden Angeboten nach den Büchern des Sozialgesetzbuches.“

§ 7 Zusammenarbeit von Sozialpsychiatrischen Dienst und Anbietern von Hilfen

Die DGPPN begrüßt die Regelungen in § 7 Absatz 3 und 4. Allerdings weist die DGPPN daraufhin, 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. Darüber hinaus regt die DGPPN an, Absatz 4 in den Vierten Teil „Unterbringung“ zu verschieben, da weder kommunale Ordnungs- noch Polizeibehörden Anbieter von Hilfen sind.

§ 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 irgendwelchen Gegenständen zu durchsuchen.

Die DGPPN begrüßt die Stärkung der Betroffenenrechte durch die neuen Festlegungen in § 12 Absatz 4.

§ 13 Unterbringung

Hinsichtlich der in § 13 Absatz 2 Satz 1 und 2 genannten Unterbringungs Voraussetzungen spricht sich die DGPPN für eine Umformulierung und Spezifizierung aus.

Grundsätzlich müssen aus Sicht der DGPPN die folgenden **Voraussetzungen gemeinsam erfüllt** sein:

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 einzuleiten.

5. Die Unmöglichkeit, der Gefahr mit milderen Mitteln zu begegnen.

Vor diesem Hintergrund sollte § 13 umformuliert und diesen notwendigen Unterbringungs Voraussetzungen angepasst werden.

Die DGPPN begrüßt die Klarstellung, dass eine Unterbringung nur dann statthaft sein kann, wenn eine Behandlung möglich ist. Als Präzisierung regt die DGPPN § 13 Absatz 3 die folgende Formulierung an: „Zweck der Unterbringung ist es, die Erkrankung der betroffenen Person medizinisch zu behandeln, um dadurch die Gefahr nach Abs. 2 der untergebrachten Person zu beseitigen.“

§ 15 Unterbringungseinrichtungen, Fachaufsicht

Die DGPPN begrüßt grundsätzlich, dass nach § 15 Absatz 3 Satz 3 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.

§ 21 Behandlung

Entsprechend der UN-BRK sollte § 21 Absatz 1 Satz 2 wie folgt ergänzt werden: „Ihren Wünschen **und Präferenzen** soll im Rahmen der Behandlung, soweit möglich, Rechnung getragen [...].“

Die DGPPN empfiehlt bei § 21 Absatz 2 Satz 1 vom Zweck und nicht von einer Notwendigkeit der Behandlung zu sprechen: „**Der Zweck** und die Möglichkeiten der Behandlung der Erkrankung [...].“

Die DGPPN empfiehlt bei § 21 Absatz 3 die alte, ausführlichere Fassung (d.i. § 21 Absatz 2) beizubehalten; insbesondere damit deutlich wird, dass selbst bei

Zustimmung einer einwilligungsunfähigen Person die Zustimmung der Vertreterin oder des Vertreters einzuholen ist. Dies hat zur Folge, dass in vielen Fällen eine Betreuung eingerichtet werden muss, sofern diese noch nicht existiert.

§ 22 Zwangsbehandlung

Aus Sicht der DGPPN ist es erforderlich, § 22 Absatz 1 klarer zu formulieren. Dies bezieht sich hauptsächlich auf zwei Elemente:

- Zu § 22 Absatz 1 Nummer 1: Wenn auf zivilrechtliche Bestimmungen zur Einwilligung Bezug genommen wird, würde es zur Klarheit beitragen, auch hier von „Einwilligungsunfähigkeit“ zu sprechen.
- Zu § 22 Absatz 1 Nummer 2: 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. Zudem muss es möglich sein, zusätzliche nicht mit dem Unterbringungsgrund zusammenhängende interkurrente Erkrankungen zu behandeln, wenn sie schwerwiegend sind.

Die DGPPN spricht sich bei § 22 Absatz 2 Nummer 3 Satz 1 und 2 dafür aus, den Terminus „ärztliches Aufklärungsgespräch“ durch „ärztliches Gespräch“ zu ersetzen. Der Begriff „Aufklärungsgespräch“ ist hier irreführend, weil dieses der informierten Einwilligung dient, welche die nicht-einwilligungsfähige Person nicht erteilen kann.

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 innerhalb eines medizinisch angemessenen erwartbaren Zeitraums die Behandlung keinen Erfolg zeigt [...].**“

Darüber hinaus sollte nach Ansicht der DGPPN nach § 22 Absatz 5 Satz 2 zusätzlich auch die Abfassung einer Patientenverfügung empfohlen werden. 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 § 22 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."

§ 24 Verlegung und Beurlaubung bei somatischer Behandlung

Die DGPPN begrüßt die Herstellung von Klarheit bei erforderlicher somatischer Behandlung durch den neu formulierten § 24. Aus Sicht der DGPPN stellt dabei aber § 24 Absatz 1 Satz 2 einen verzichtbaren bürokratischen Mehraufwand dar und kann gestrichen werden.

Bei § 24 Absatz 1 Satz 5 regt die DGPPN folgende Ergänzung an: „Die Unterbringungseinrichtung ist für die Begleitung der untergebrachten Person zuständig und trägt die Kosten der Zuführung und Begleitung, **sofern dies erforderlich ist.**"

§ 27 Schriftverkehr, Telekommunikation

Die in § 27 Absatz 2 Nummer 2 und Nummer 6 aufgeführten Aspekte erscheinen äußerst unbestimmt und daher unverhältnismäßig. Sie sollten gestrichen werden.

§ 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. Arzneimittel dürfen nur und ausschließlich zur Behandlung eingesetzt werden. Es gibt keine Medikamente, die zur Beschränkung der Bewegungsfreiheit oder zur Ruhigstellung zugelassen oder wissenschaftlich untersucht wären.

Die Anordnung von Fixierungen oder Absonderungen in § 28 Absatz 3 Satz 2 durch eine Fachärztin oder einen Facharzt ist in Notfallsituationen vor der Durchführung

nicht immer möglich. Es muss daher zumindest möglich sein, die Anordnung auch nachträglich zu treffen bzw. zu genehmigen.

Bei § 28 Absatz 5 empfiehlt die DGPPN, grundsätzlich von **Betreuung** durch die persönliche Anwesenheit einer Person, nicht von Beobachtung zu sprechen. 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. Schließlich muss eine mittelbare Betreuung auch möglich sein, wenn der direkte Kontakt zum Patienten aufgrund dessen konkreten Verhaltens dem betreuenden Personal nicht zuzumuten ist (z.B. ständiges Spucken, massive andauernde Beschimpfungen, ständiges extrem lautes Schreien). Alternativ schlägt die DGPPN daher vor, zu formulieren: „¹Die fixierte Person ist durchgängig zu **betreuen**. ²Ihre Vitalfunktionen sind **regelmäßig** zu kontrollieren. ³Die **Betreuung** erfolgt durch die persönliche Anwesenheit einer Person mit entsprechender Sachkunde bei der fixierten Person. ⁴Eine mittelbare Beobachtung ist nur zulässig, wenn eine persönliche Anwesenheit der Person mit entsprechender Sachkunde bei der fixierten Person aus therapeutischen Gründen nicht in Betracht kommt oder wenn der direkte Kontakt zu der fixierten Person dem betreuenden Personal nicht zuzumuten ist.“

Dabei muss klar sein: Wie bei der Absonderung müssen auch bei der Fixierung regelmäßig Versuche unternommen werden, die Maßnahme zu lockern.

Hinsichtlich des § 28 Absatz 7 Satz 3 Nummer 3 spricht sich die DGPPN für eine realitätsnähere Umformulierung aus, z. B.: „**die Gefahr der schwerwiegenden Selbstverletzung als gering eingeschätzt wird.**“

§ 29 Beurlaubung

Die DGPPN empfiehlt in § 29 Absatz 1 Satz 3 nicht die zuständige Behörde, sondern dem Sozialpsychiatrischen Dienst zu benachrichtigen: „Die Beurlaubung ist **dem Sozialpsychiatrischen Dienst**, dem Betreuungsgericht, bei Minderjährigen dem Familiengericht vorab mitzuteilen.“

§ 30 Beendigung der Unterbringung

Die DGPPN begrüßt die in § 30 Absatz 2 und Absatz 3 festgelegte Aufwertung der Sozialpsychiatrischen Dienste einerseits durch die frühzeitige Information zur bevorstehenden Beendigung der Unterbringung und hierzu bereits eingeleitete Maßnahmen sowie andererseits durch die Verpflichtung der Kontaktaufnahme und

des Angebots von Folgehilfen an den betroffenen Menschen. Die DGPPN betont in diesem Zusammenhang aber, dass eine solche Aufwertung der Sozialpsychiatrischen Dienste nur dann nachhaltig sein kann, wenn sie durch ausreichende Haushaltsmittel hinterlegt und in eine umfassende Strategie eingebettet ist.

§ 36 Offenlegung durch Datenübermittlung

Der § 36 würde in seiner jetzigen Form einen extrem umfangreichen und weitgehend anlasslosen Datenaustausch zwischen Behörden über intimste Daten der untergebrachten Personen ermöglichen, die sowohl die Behandlung als auch Aspekte betreffen, die mit der Unterbringung nicht in Zusammenhang stehen, wie z. B. religiöse Überzeugungen. Dies scheint verfassungsrechtlich höchst bedenklich. Insbesondere die Loslösung von Meldepflichten und -rechten von konkreten gegenwärtigen Gefahren erscheint in keiner Weise verhältnismäßig.

Die DGPPN hat gegenüber § 36 Absatz 3 höchste Bedenken. Zunächst sei bemerkt, dass § 36 Absatz 3 Satz 1 und Satz 2 sich zueinander nicht konsistent verhalten, da Satz 1 eine „Kann-Bestimmung“ enthält, Satz 2 jedoch eine „Soll-Bestimmung“, ansonsten aber wortgleich ist.

Mit Blick auf § 36 Absatz 3 Satz 3 in Verbindung mit § 36 Absatz 3 Satz 9 meldet die DGPPN zusätzlich höchste Bedenken an und hält die derzeitige Fassung für verfassungsrechtlich bedenklich. Insbesondere die Festlegung der Merkmale, die einen Verdacht für die Gefährdung Dritter vermuten lassen, allein durch eine Verwaltungsvorschrift, ist so aus Sicht der DGPPN nicht haltbar.

In der derzeitigen Fassung wird das Recht auf informationelle Selbstbestimmung massiv eingeschränkt, dabei jedweder parlamentarischen Kontrolle entzogen und ohne Festlegung von Berichts- und/oder Evaluationspflichten. Darüber hinaus benennt § 36 Absatz 3 Satz 9 keine Kriterien, die eine solche Verwaltungsvorschrift zwingend erfüllen muss. Schließlich haben die Unterbringungseinrichtungen manchmal keine Kenntnis davon, ob eine betroffene Person bereits wegen erheblicher Fremdgefährdung untergebracht gewesen war – insbesondere bei Wohnortwechseln oder Grenzübertreten. Die Bestimmungen in der jetzigen Form laufen aus Sicht der DGPPN auf die Einführung eines Melderegisters für psychisch erkrankte Menschen durch die Hintertür hinaus. In der jetzigen Form müssen der § 36 Absatz 3 Satz 3 in Verbindung mit § 36 Absatz 3 Satz 9 gestrichen werden.

Der vorliegende Gesetzentwurf und die dazugehörige Verwaltungsvorschrift mit der Ausschreibung für eine „Identifizierung von Risikofaktoren und Entwicklung eines Instruments zur Identifikation von Menschen mit psychischen Erkrankungen und

einem Risiko für Fremdgefährdung (RisGef)"¹ suggerieren, es sei möglich, Kriterien bzw. Merkmale festzulegen, mit denen man Fremdgefährdung prognostizieren könne. Eine verlässliche individuelle Vorhersage und Identifikation des Risikos für Fremdgefährdung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist jedoch nicht möglich!

Für eine strukturierte Erhebung der verschiedenen Risikofaktoren und eine Abschätzung des Gesamtrisikos für Gewalttaten liegen zwar standardisierte Instrumente vor. Skalen, wie die Violence Risk Appraisal Guide (VRAG), die Offender Group Reconviction Scale (OGRS), das Oxford Mental Illness and Violence Tool (OxMIV) oder die Historical Clinical Risk-20 Scale (HCR-20) sind jedoch vor allem geeignet für den Einsatz bei Personen, die bereits in der Vergangenheit schwere Straftaten/Gewalttaten ausgeübt haben und bei denen das Risiko für zukünftige Gewalttaten hoch ist, z. B. bei Häftlingen oder bei forensischen Patientinnen und Patienten. Bei Menschen, die (noch) keine schweren Straftaten verübt haben, erlauben die oben genannten Instrumente hingegen keine sichere Vorhersage.

Möchte man Interventionen und Maßnahmen wie den Austausch mit Sicherheitsbehörden auf Grundlage der Testergebnisse bei der großen Gruppe der Menschen mit schweren psychischen Störungen initiieren, wird man aufgrund der relativen Seltenheit der Gewaltereignisse und der hohen Empfindlichkeit der Testinstrumente einen sehr hohen Anteil falsch positiver Ergebnisse erhalten. Die Instrumente können von Ärztinnen und Therapeuten genutzt werden, um Risikofaktoren und Risikosituationen strukturiert zu erfassen und therapeutisch zu adressieren. Für zeitnah nicht veränderbare risikoträchtige Konstellationen sollten Unterstützung und Hilfestellung angeboten werden. Die standardisierten Instrumente eignen sich aber nicht als Grundlage für die Initiation gezielter Maßnahmen der Prävention.

Bei § 36 Absatz 3 Satz 5 spricht sich die DGPPN dafür aus, die Datenübermittlung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst an die örtlich zuständige Polizeibehörde nur dann als zulässig zu erklären, wenn eine gegenwärtige Gefahr vorliegt.

Hinsichtlich § 36 Absatz 4 Satz 1 regt die DGPPN an, aus der „Kann-Bestimmung“ eine „Soll-Bestimmung“ zu machen: „Die Polizei soll personenbezogene Daten an den Sozialpsychiatrischen Dienst und an die Unterbringungseinrichtung übermitteln, wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass von einer Person im Zusammenhang mit einer möglichen psychischen Erkrankung eine Gefährdung

¹<https://vergabe.niedersachsen.de/Satellite/public/company/project/CXQ6YYHRODV/de/documents;jsessionid=c8aCDCRzbgOdWwwQBDMj6FXEYpazQp1HpSMBXggB.psdat-nds02?0>

Dritter ausgeht, und die Übermittlung zur Wahrnehmung der Aufgaben des Empfängers erforderlich ist"

Anlagen

Korrespondenzadresse

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