

Stellungnahme

31.03.2026

Stellungnahme zum Entwurf des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetz (Nds. MVollzG)

Vorbemerkungen

Die DGPPN bedankt sich für die Möglichkeit, zum Entwurf eines neuen „Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetz“ (Nds. MVollzG) Stellung nehmen zu können. Es handelt sich um eine ausführliche und grundlegende Überarbeitung des Gesetzes, die mit der Ermöglichung einer medikamentösen Zwangsbehandlung auch bei vorläufig Untergebrachten eine deutliche Verbesserung der Behandlung ermöglichen wird. Dies ist sehr zu begrüßen. Viele andere Regelungen und Anpassungen wecken dagegen große Zweifel an der therapeutischen Ausrichtung der Neufassung. Die DGPPN möchte deshalb nachdrücklich darauf hinweisen, dass der vorliegende Entwurf des niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes nach Tenor und Ausgestaltung einen weiteren Schritt in Annäherung der forensisch psychiatrischen Kliniken Niedersachsens in Richtung einer Justizvollzugsanstalt geht. Diese werden hier nicht einmal mehr Krankenhäuser genannt, obwohl es selbst im Gesetzestext des Strafgesetzbuches so formuliert ist, konsequenterweise gibt es auch keine Chefärztinnen und Chefärzte mehr, lediglich noch Vollzugsleiter und therapeutische Leitungen. Dies ist nach Ansicht der DGPPN schon immer ein Irrweg gewesen, es wird gravierender, nachdem in den letzten Jahren überwiegend Patienten mit Schizophrenie in die Unterbringung gekommen sind und diese Patientengruppe inzwischen die überwiegende Mehrheit der Patienten ausmacht. Je gravierender die psychiatrischen Beeinträchtigungen der Untergebrachten in den letzten Jahren geworden sind, desto mehr hat sich die Ausgestaltung weg von der Therapie hin zur Regelung des Vollzugs gewendet. Das ist nach Auffassung der DGPPN bedauerlich. Es ist schwer nachvollziehbar, wenn für die Leitung eines psychiatrischen Krankenhauses jedwede Person mit Hochschulabschluss für kompetent gehalten wird. Dies findet die DGPPN umso bedauerlicher, als zum gegenwärtigen Zeitpunkt der überwiegende Teil der Patienten - 2/3 der auf Grundlage des § 63 StGB Untergebrachten - und insbesondere der Neuaufnahmen Patienten mit Schizophrenie sind, für deren Behandlung die fachärztliche Kompetenz unabdingbar ist. Die Charakteristik der untergebrachten Personen hat sich in den letzten Jahren deutlich gewandelt. Es kommen nun mehr Patienten mit akuten Psychosen und komorbiden Erkrankungen (Müller & Koller, 2025), häufig mit komorbiden Substanzkonsumstörungen und Migrati-

onshintergrund zur Aufnahme. Maßnahmen der Förderung von Sprachkompetenzen, schulische und berufliche Förderung, Reintegration sind aber nach Auffassung der DGPPN bereits gegenwärtig in Niedersachsen in keiner Weise ausreichend finanziert. Das Vollzugsziel der Integration muss auch hier gewährleistet werden. Dies erfordert eine deutliche Aufstockung der pädagogischen Ressourcen, der Möglichkeiten zu Beschulung und Erwerb einer Ausbildung. Insbesondere der Erwerb der Sprachkompetenz ist deutlich zu fördern. Darüber hinaus sind auch die Maßnahmen der Integration bei dieser Klientel mit zum Teil unsicheren Aufenthaltsstatus zu fördern. Insofern mutet es verstörend an, wenn in dem neuen Gesetzentwurf größere Hoffnungen geweckt und Erwartungen erzeugt werden, sofern dies nicht mit ausreichend großen finanziellen Ressourcen unterlegt wird. Gegenwärtig ist dies jedenfalls nicht ausreichend gewährleistet.

Nach über 20 Jahren der Beleihung findet sich in den Leitungen der teilprivatisierten Einrichtungen eine doppelsträngige, aber unverbunden wirkende Organisationsform, bestehend aus Vollzugsleitungen und beliehenen Trägern. Wenn den Vollzugsleitungen im Gesetzestext eine Gesamtverantwortung zugeschrieben wird, so wirkt dies bei den beliehenen Einrichtungen aufgesetzt, denn diese haben keinerlei Kompetenzen den beliehenen Trägern gegenüber. Weder haben diese Steuerungsmöglichkeiten in Bezug auf das Personal noch ein Bestimmungsrecht, wer überhaupt im Maßregelvollzug tätig werden darf. Sie haben keinen Einblick in die Finanzsteuerung, können selbst therapeutisch bzw. sicherheitsrelevante notwendige Ausgaben nicht verantworten bzw. festlegen. Sie haben kein Mitspracherecht bei dem Outsourcing vollzugsrelevanter Aufgaben wie Personalverwaltung oder IT. Was bleibt ist eine fachliche Weisungsbefugnis gegenüber dem Personal des beliehenen Trägers; dabei kann aber nicht einmal gewährleistet werden, dass ein zu forderndes sprachliches Verständigungsniveau der eingesetzten Mitarbeiter eingehalten wird. Die DGPPN weist darauf hin, dass sich auch keine konkrete Ausgestaltung der Aufgaben des Trägers findet, die dieser selbst zu verantworten hat, ebenso wenig der Kompetenzen, die die Vollzugsleitung als Träger der Gesamtverantwortung dem beliehenen Träger gegenüber hat. Dies betrifft umfassende Aspekte gegenwärtiger Krankenhausorganisation mit IT, Personal- und Patientenverwaltung, struktureller Ausstattung und Fortentwicklung bis hin zur Bereitstellung therapeutischer Ressourcen in ausreichender Zahl. Es bleibt offen, wie eine Gesamtverantwortung bei outgesourceten und von Dritten gesteuerten Prozessen wahrgenommen werden kann, ohne diese Verträge geschlossen zu haben oder zumindest in deren Ausgestaltung einbezogen zu sein. Es kann auch keine Gesamtverantwortung über die Fortentwicklung der gegenwärtig hochrelevanten kritischen Infrastruktur getragen werden, wenn die Vollzugsleitung nicht einmal einbezogen ist.

In dieser Entwurfsfassung werden deutlich stärkere Dokumentationspflichten abverlangt und die Rechte der Untergebrachten und in gleicher Weise deren Betreuer und rechtsgeschäftlichen Vertreter gefördert. Die DGPPN befürchtet einen deutlich höheren Dokumentationsaufwand und Personaleinsatz, der sich in den Beschäftigtenzahlen widerspiegeln muss. Nachdem Ärzte- und Therapeutenstellen gegenwärtig schwer zu besetzen sind und die entsprechenden Kräfte für die therapeutischen Aufgaben am Patienten erforderlich sind, muss dies durch geeignete Drittkräfte umgesetzt werden können.

Die DGPPN möchte ausdrücklich darauf aufmerksam machen, dass der Eindruck entsteht, dass hier therapeutische Aspekte und Erfordernisse deutlich hinter vollzuglichen Angelegenheiten zurücktreten. Dies ist angesichts der inzwischen überwiegenden Klientel von Menschen mit Schizophrenien überaus bedauerlich und unangemessen. Dies wird im Folgenden an den Passagen im Einzelnen weiter hervorgehoben.

Anmerkungen

§ 1 Anwendungsbereich

Die DGPPN hält den § 1 Absatz 2, in dem der Anwendungsbereich des Gesetzes näher bestimmt wird, für sprachlich schwer verständlich und rechtlich ungenau. Aus diesem Grund möchte die DGPPN folgenden Formulierungsvorschlag unterbreiten:

Die Bestimmungen dieses Gesetzes sind entsprechend anzuwenden bei Personen, die aus dem Vollzug der Sicherungsverwahrung oder aus dem Strafvollzug bei angeordneter oder vorbehaltener Unterbringung in der Sicherungsverwahrung gemäß § 67a Abs. 2 StGB in den Vollzug der Maßregel nach §§ 63 oder 64 StGB überwiesen worden sind.

§ 2 Ziele und Grundsätze des Vollzugs der Unterbringung

Mit Bezug auf § 2 Absatz 4 verweist die DGPPN darauf, dass das Selbstbestimmungsrecht seine Grenze dort findet, wo erhebliche Rechtsgüter Dritter in Gefahr geraten, die in der Unterbringung mit dem Betroffenen zusammentreffen. Dies sollte im Gesetz deutlich gemacht werden.

Die Formulierung im Gesetzentwurf wird häufig auch die Einrichtung einer Betreuung voraussetzen. Dies stößt indes in der Praxis zum Teil auf Schwierigkeiten, da die Amtsgerichte häufig der Annahme sind, dass eine Betreuung im Maßregelvollzug entbehrlich sei. Der konkrete Nutzen einer Betreuung hängt darüber hinaus sehr stark vom Engagement des jeweiligen Betreuers ab. Dieses Institut müsste nach Auffassung der DGPPN gefördert werden.

§ 3 Maßnahmen zur Erreichung der Vollzugsziele

Die DGPPN schlägt bzgl. § 3 Absatz 1 Satz 2 folgende Alternative vor:

Die Mitwirkung der untergebrachten Person und gegebenenfalls ihrer gesetzlichen oder rechtsgeschäftlichen Vertretung an der Ausgestaltung ihrer Behandlung und den weiteren zur Verwirklichung der Vollzugsziele angebotenen Maßnahmen ist anzustreben.

Auf diese Weise wird der Eindruck vermieden, dass die untergebrachte Person zur Mitwirkung gezwungen werden kann.

Die DGPPN findet es darüber hinaus wichtig, dass die in § 3 Absatz 2 Satz 2 aufgeführten qualitätssichernden Maßnahmen konkretisiert werden. Ebenso ist unklar, was die in § 3 Absatz 2 Satz 3 genannten wissenschaftlich anerkannten Standards sein sollen, wer diese festlegt und ob damit kommerziell verfügbare Zertifizierungen gemeint sind.

§ 4 Rechtstellung der untergebrachten Personen

Die DGPPN möchte anregen, den Begriff „darf“ in § 4 Absatz 1 Satz 2 durch „dürfen“ zu ersetzen. Das gleiche wäre in § 4 Absatz 1 Satz 2 vorzunehmen, und zwar anstatt „vor Straftaten“ in „vor erheblichen Straftaten“ (vgl. §§ 63, 64 StGB) umzuformulieren.

§ 5 Einrichtungen, beliebige Träger, Aufsicht

Die DGPPN möchte bzgl. § 5 Absatz 1 Satz 1 auf folgendes hinweisen: § 63 StGB sieht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, § 64 StGB die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt und nicht in einer "gesonderten Einrichtung oder Abteilung" vor. Nach § 136 StVollzG richtet sich die Unterbringung nach § 63 StGB nach ärztlichen Gesichtspunkten. Das wird durch die Formulierung des Satz 1 verwischt.

Die DGPPN schlägt folgende Formulierung vor:

Die Maßregeln werden in psychiatrischen Krankenhäusern und Entziehungsanstalten als gesonderte Einrichtungen oder Abteilungen eines Krankenhauses vollzogen. Der Maßregelvollzug ist Aufgabe des Landes.

Darüber hinaus empfiehlt die DGPPN, die entsprechenden Rechten und Befugnisse der die Gesamtverantwortung tragenden Vollzugsleitung zu verankern. Insbesondere muss die Rolle der Vollzugsleitung als Gesamtverantwortliche für den Maßregelvollzug in der Interaktion mit dem beliebigen Träger die erforderlichen Befugnisse und Kompetenzen erhalten.

Mit Bezug auf § 5 Absatz 2 sieht die DGPPN es als bedeutend an, dass die Entscheidungen über die Ansprüche auf Behandlung auch tatsächlich umgesetzt werden können und es die Vollzugsleitung daher auch sein muss, den Träger zu verpflichten, das zu finanzieren.

Die DGPPN möchte für § 5 Absatz 6 Satz 1 folgenden Formulierungsvorschlag unterbreiten, da die forensisch-psychiatrischen Institutsambulanzen Nachsorgemaßnahmen nicht nur "vermitteln" sondern auch selbst anbieten:

... zu betreiben, die Nachsorgemaßnahmen anbieten und vermitteln, der betroffenen Person helfend und betreuend zur Seite stehen (§ 68a Abs. 7 StGB) und die Erteilung und Erfüllung von Weisungen nach § 68b Abs. 1 und 2 StGB ermöglichen.

§ 6 Ausstattung der Einrichtung

Die DGPPN merkt hinsichtlich § 6 kritisch an, dass angesichts der gegenwärtigen Situation mit Überbelegung, mit Ausschöpfung der Kapazitäten von gesicherten Plätzen, insbesondere der Kriseninterventionsräume, bei weiter anstehenden Aufnahmen für eine zeitnahe Bereitstellung entsprechender Kapazitäten gesorgt werden muss. Die – regelhaften- Zuweisungen trotz ausgeschöpfter Ressourcen konterkarieren den therapeutischen Auftrag, führen zu einer Gefährdung der untergebrachten Patienten, des dort tätigen Personals und Dritter. Die tatsächliche Situation in den Einrichtungen widerspricht nach Ansicht der DGPPN bereits jetzt der Zielsetzung des § 6.

Geforderte Mindeststandards wie Einzelzimmer sind nicht erfüllt. Auch die zur Deeskalation unverzichtbaren Rückzugsmöglichkeiten sind nicht gewährleistet und müssen eingerichtet werden.

Deshalb regt die DGPPN hinsichtlich § 6 Absatz Satz 1 eine gesetzliche Verankerung an, dass für den Regelfall die Unterbringung aller Patienten in Einzelzimmern angestrebt wird.

Das entspricht seit langem der Forderung der Nationalen Stelle zur Verhütung von Folter und vermeidet den Vorwurf menschenunwürdiger Unterbringung und entspricht auch der Forderung der niedersächsischen besonderen Besuchskommission für den Maßregelvollzug bereits in ihrem Jahresbericht für 2023 (Niedersächsischer Landtag, Drucksache 19/6708, S. 21 ff). Die DGPPN möchte in diesem Zusammenhang klarstellen, dass eine gemeinsame Unterbringung von mehr als zwei Personen schon jetzt unzulässig ist.

In § 6 Satz 6 erscheint es der DGPPN realitätsnäher, wenn die Formulierung so ausgestaltet ist, dass das Kindeswohl einem Aufenthalt in der Einrichtung nicht entgegenstehen darf.

§ 7 Vollzugsleitung und Therapeutische Leitung

Die DGPPN appelliert hinsichtlich § 7 Absatz 1 nachdrücklich, dass die Position des Vollzugsleiters mit Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie besetzt sein müssen. Darüber hinaus müssen Stellvertreterinnen und Stellvertreter in ausreichender Anzahl bestellt werden.

Die DGPPN mahnt an, dass der Kreis der Nicht-Psychiater, die Vollzugsleiter einer Einrichtung werden dürfen, eingegrenzt werden muss.

Hinsichtlich § 7 Absatz 2 merkt die DGPPN an, dass, wenn die Vollzugsleitung die Gesamtverantwortung trägt, dies entsprechende Kompetenzen auch gegenüber dem Träger der beliebigen Einrichtung erfordert. Z.B. stellt der beliehene Träger Personal. Bei der Auswahl des Personals des beliebigen Trägers muss nach Meinung der DGPPN die Vollzugsleitung in die Auswahl einbezogen sein, die Eignung der Kandidaten im Vorfeld prüfen können und ein Vetorecht haben.

Der beliehene Träger muss nach Auffassung der DGPPN die administrativen Aufgaben erledigen und übernehmen. Das gemäß Beleihungsakt für therapeutische Aufgaben eingestellte Personal darf nicht mit administrativen Tätigkeiten des Trägers belastet werden. Die Vollzugsleitung muss bei der Auswahl des vom Träger zur Verfügung gestellten Personals einbezogen sein und ein Vetorecht haben. Die DGPPN findet, dass nur auf diese Weise die Gesamtverantwortung getragen werden kann. Ebenso muss die Vollzugsleitung befugt sein, die erforderlichen therapeutische Investitionen umzusetzen und Maßnahmen, die für die Gesamtverantwortung des Vollzugs für erforderlich gehalten werden, zu beschaffen. Hierzu ist eine Beteiligung der Vollzugsleitung an den Entscheidungen der Geschäftsführung obligat. Die personalrechtlichen Aufgaben des beliebigen Trägers müssen von diesem übernommen werden.

Die DGPPN schlägt vor, dass in § 7 Absatz 3 Satz 3 auch die Nummern 9, 17, 18 und 20 des § 5 Absatz 2 in diesen Katalog aufgenommen werden.

Die DGPPN weist darauf hin, dass die Begriffe Vollzugsleitung und therapeutische Leitung in § 7 Absatz 3 Satz 5 konsequent getauscht werden sollten, so dass die therapeutische Leitung das Benehmen mit der Vollzugsleitung herzustellen hat. Auch die Anordnung besonderer Sicherungsmaßnahmen wie der Absonderung / Isolierung, von Fesselungen und von optisch-elektronischer Überwachung ist medizinisch hoch relevant. Z. B. kann eine Kamerabeobachtung im Rahmen der Erkrankung paranoid verarbeitet werden. Und eine Absonderung in einem Kriseninterventionsraum kann einen Patienten massiv ängstigen und traumatisieren. Die Entscheidung über diese Maßnahmen muss nach Auffassung der DGPPN daher der ärztli-

chen (zur Not: therapeutischen) Leitung vorbehalten bleiben. Gleiches gilt für Lockerungsentscheidungen. Ob einem Patienten Lockerungen gewährt werden können oder sollten, ist eine genuin therapeutisch zu beantwortende Frage, weil es vor Antritt jeder einzelnen Lockerung auf den aktuellen Gesundheitszustand und die aktuelle Stabilität des Patienten ankommt und weil auch nur die therapeutische Leitung einschätzen kann, ob Lockerungen die Behandlung fördern können.

§ 10 Vollstreckungsplan

Die DGPPN begrüßt es, dass in § 10 die Zuweisung entsprechend einem Vollzugsplan mit der Auflage, die Einrichtungen entsprechend auszugestalten, aufgenommen wurde, so dass dem Vollzugsplan Rechnung getragen werden kann. Denn die Zentrale Belegungssteuerung hat in den vergangenen Jahren niedersachsenweite Verschiebungen vorgenommen. Dies führte zu einem Ansteigen der Transportzeiten und Bindung therapeutischer Ressourcen.

Die DGPPN findet es in Bezug auf § 10 Absatz 3 wichtig, dem Patienten die Möglichkeit einzuräumen aus den Gründen der Nr. 1 (z. B. familiennähere Unterbringung) seinerseits einen Antrag auf Verlegung in eine andere Einrichtung zu stellen.

§ 11 Aufnahme

In § 11 werden die gesetzliche Vertretung, eine Betreuung sowie zusätzlich Angehörige als Ansprechpartner genannt. Die DGPPN sieht es nicht als Aufgabe der Klinik an, umfassend einen recht großen Personenkreis zu informieren und in die Behandlung einzubeziehen. Dieses Anliegen ist besser so zu formulieren, dass therapeutisch sinnvolle und erforderliche Personen einbezogen werden. Die Einbeziehung einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht, wie in § 11 Absatz 2 beschrieben, klärt den vorabformulierten Willen des Betroffenen. Die DGPPN möchte allerdings klarstellen, dass diese Dokumente in der Regel nicht auf die konkrete Situation des Maßregelvollzugs zugeschnitten sind und nicht dazu geeignet sind, über den Zwangscharakter der Unterbringung hinwegzusehen. Die Notwendigkeit einer medizinischen Zwangsbehandlung kann nach Meinung der DGPPN durch eine nicht auf die Situation der Unterbringung im Maßregelvollzug zutreffende Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht nicht aufgehoben werden. Die DGPPN gibt zu bedenken, dass die Behandlungsplanung unter Mitwirkung der untergebrachten Person deren Kooperationsbereitschaft voraussetzt und eine Planung auch dann erfolgen muss, wenn die untergebrachte Person ihre Mitwirkung verweigert.

Es müsste hinsichtlich § 11 Absatz 2 Satz 5 geklärt werden, ob die Schriftstücke an Gültigkeit verlieren, wenn die untergebrachte Person nicht eingewilligt.

§ 12 Aufnahmeuntersuchung

In § 12 Absatz 1 Satz 1 ist nicht definiert, welche Qualifikation die Ärztin/ der Arzt, die/ der Aufnahmeuntersuchung vornimmt, vorweisen muss. Die DGPPN verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass gemäß § 5 Absatz 2 Nr. 2 die Übertragung der Aufnahmeuntersuchung auf Beschäftigte privater Träger ausgeschlossen ist.

Die DGPPN merkt an, dass die in § 12 Absatz 2 in Bezug auf den Konsum von Betäubungsmitteln aufgeführten konkreten Anhaltspunkte sich mit der bloßen "Möglichkeit" des Konsums logisch ausschließen. Konkrete Anhaltspunkte sind aber erforderlich.

Besser fände die DGPPN daher folgende Formulierung:

... soweit konkrete Anhaltspunkte für einen solchen Betäubungsmittelkonsum oder dafür vorliegen, dass ein Beikonsum von Betäubungsmitteln zu unerwünschten / gesundheitsgefährdenden Wechselwirkungen mit einer bestehenden oder angezeigten Medikamentengabe führen kann.

Bei der in § 12 beschriebenen Aufnahmeuntersuchung geht es um eine umfassende, den modernen wissenschaftlichen Anforderungen entsprechende Behandlungsuntersuchung, die die individuellen Faktoren, die für die Gefährlichkeit der untergebrachten Person eingehend analysiert und damit die Grundlage für die Behandlungs- und Vollzugsplanung schafft (vgl. dazu BVerfG, Urteil vom 4. Mai 2011 - 2 BvR 2333/08 -, BVerfGE 128, 326-409, Rdnr. 113). Hierfür fehlen nach Auffassung der DGPPN aber eine konkrete Definition, was in § 12 Absatz 3 Satz 1 unter einer diagnostischen Eingangsphase verstanden wird und was diese inhaltlich umfasst. Ebenso ist nicht geklärt, wie lange diese Eingangsphase dauern darf. Die DGPPN hält eine Nachbesserung des Gesetzestextes für unerlässlich.

§ 13 Behandlungsplan

Die DGPPN weist hinsichtlich § 13 darauf hin, dass manche Patienten nicht in die Behandlungsplanung einbezogen werden wollen und diesen ebenso wie ihre Mitwirkung ablehnen. Des Weiteren setzen die Aussagen zur Teilnahme an Unterrichtsveranstaltungen und Ausbildungsmaßnahmen voraus, dass es entsprechende Angebote gibt und die entsprechenden Kurse auch finanziert werden.

In § 13 Absatz 3 ist festgehalten, dass sich eine gesetzliche oder rechtsgeschäftliche Vertretung an der Erstellung des Behandlungsplan beteiligen kann. Es ist aus Sicht der DGPPN sinnvoll, wenn bei einwilligungsunfähigen Patienten eine rechtsgeschäftliche Vertretung einbezogen werden kann.

Analog zu § 11 weist die DGPPN bzgl. § 13 Absatz 3 nochmals darauf hin, dass es nicht Aufgabe der Klinik sein kann, einen sehr weitgefassten Personenkreis in die Behandlung einzubeziehen. Dies ist umso bedenklicher, wenn der Betroffene in seiner Willensbestimmung noch eingeschränkt ist.

§ 14 Behandlung der Anlasserkrankung

Der Begriff der Sekundärerkrankungen muss nach Ansicht der DGPPN noch definiert werden.

Die DGPPN schlägt in § 14 Absatz 1 Satz 2 vor, das Wort „verhindern“ durch den Passus „nachteilig beeinflussen können“ zu ersetzen.

In § 14 Absatz 1 Satz 3 wird beschrieben, dass die untergebrachte Person an den im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen nach ihren Möglichkeiten teilnehmen soll.

Wenn es eher um Motivation und Unterstützung geht, wäre folgende Formulierung sinnvoller: Die untergebrachte Person soll zur Teilnahme an den im Behandlungsplan vorgesehenen Angeboten motiviert und darin unterstützt werden, diese Angebote nach ihren Möglichkeiten wahrzunehmen.

§ 16 Ärztliche Zwangsbehandlung zur Wiederherstellung der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit

Die Wiederherstellung der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit ist nach Auffassung des BVerfG kein rechtfertigender Grund für die Zwangsbehandlung. Es ist nach Ansicht der DGPPN bedauerlich, dass hier nur noch das Ziel der Wiederherstellung der Einwilligungsfähigkeit verfolgt wird, nicht mehr die Erreichung des Vollzugsziels. Dies ist als ein Rückschritt zu betrachten.

Das BVerfG sieht drei Rechtfertigungsgründe für die Zwangsbehandlung (vgl. BVerfG, Beschluss vom 8. Juni 2021 - 2 BvR 1866/17 -, Rn. 60 ff):

1. den Schutz der Gesundheit untergebrachten Person selbst vor drohenden erheblichen Gesundheits- und Lebensgefahren, sofern die untergebrachte Person krankheitsbedingt nicht einsichts- oder entscheidungsfähig ist und daher nicht selbstbestimmt darüber befinden kann, ob eine Erkrankung behandelt werden soll oder nicht;
2. den Schutz der Freiheit der untergebrachten Person selbst vor einer unnötig langen Freiheitsentziehung, sofern die untergebrachte Person krankheitsbedingt nicht einsichts- oder

entscheidungsfähig ist und daher nicht selbstbestimmt darüber befinden kann, ob sie Behandlungs- und Betreuungsangebote annimmt oder nicht, die zu einer Abkürzung der Dauer der Freiheitsentziehung führen können;

3. den Schutz anderer Personen vor erheblichen Gesundheits- und Lebensgefahren, wenn sie (z. B. als Mitpatienten oder Mitarbeitende der Klinik) im Rahmen der Unterbringung notwendig mit der untergebrachten Person in Kontakt treten.

— Die Wiederherstellung der tatsächlichen Voraussetzungen freier Selbstbestimmung ist bei alledem nur ein – allerdings rechtlich bedeutsamer – Zwischenschritt auf dem Wege zum Schutz der genannten Rechtsgüter. Ist die untergebrachte Person wieder selbstbestimmungsfähig, darf sie nur weiterbehandelt werden, wenn sie in die Behandlung einwilligt; lehnt sie die Behandlung ab, ist diese abzubrechen. Nötigenfalls sind dann freiheitsentziehende Maßnahmen zu ergreifen, z. B. eine Fixierung oder eine Absonderung.

— Gelingt es indessen wegen der Art oder Ausprägung der Erkrankung nicht, die freie Selbstbestimmung herzustellen, kann die Behandlung dennoch angezeigt sein, um Eigen- oder Fremdgefährdungen abzuwenden oder die untergebrachte Person besser entlassungsfähig / heimfähig zu machen.

In Ergänzung zur in § 16 Absatz 1 Satz 3 genannten Patientenverfügung wäre nach Auffassung der DGPPN auch eine Behandlungsvereinbarung zu beachten. Außerdem ist der nach § 1828 BGB festgestellte Wille zu beachten. Das alles allerdings nur, soweit die untergebrachte Person über das geschützte Rechtsgut disponieren kann. Über den Schutz der Rechtsgüter anderer Personen, mit denen sie in der Klinik in Kontakt tritt, kann die untergebrachte Person nicht disponieren. In diesen Fällen kann z. B. eine Patientenverfügung, mit der die untergebrachte Person eine Behandlung untersagt, nur Wirkung entfalten, wenn sie vorhergesehen und erkennbar bedacht hat, dass der Schutz der anderen Personen dann auf andere Weise, nötigenfalls auch durch eine langfristige Fixierung oder Isolierung, sichergestellt werden muss (und kann,) und sie die damit verbundenen Einschränkungen und Belastungen in Kauf nimmt. (Vgl. dazu BVerfG, Beschluss vom 8. Juni 2021 - 2 BvR 1866/17, u. a. Leitsätze 2 und 3.)

In § 16 Absatz 3 Satz 2 stellt die DGPPN klar, dass die Zwangsbehandlung durch die ärztliche Leitung angeordnet und durch den behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin eingeleitet und umgesetzt werden muss. Das Einvernehmen genügt nicht.

Dass der Überzeugungsversuch von der zuständigen Ärztin unternommen wird, wie in § 16 Absatz 2 Nr. 2 gefordert, ist von Verfassungs wegen nicht zwingend (das BVerfG hat das offen gelassen) und auch nicht immer sinnvoll. Die zuständige Ärztin kann sogar eher ungeeignet sein, wenn die untergebrachte Person nicht nur die Behandlung, sondern auch die Behandlerin ablehnt, die ihr die abgelehnte Behandlung zumuten will.

Die in § 16 Absatz 6 Satz 3 genannte Höchstfrist ist nach Auffassung der DGPPN sachlich nicht begründet und kontraindiziert. Wenn sich ausreichende Behandlungseffekte in sechs Monaten nicht erreichen lassen, ein Behandlungserfolg aber bei Fortsetzung der Behandlung erreichbar erscheint, muss weiterbehandelt werden können. Die DGPPN erachtet die Indikationsteams für bewährt und findet es aus diesem Grund nicht sinnvoll, diese abzuschaffen bzw. aufzugeben. Nach zwölf Wochen einen neuen Gutachter zu finden, welcher bisher nicht mit der Maßnahme betraut war, ist mit einem erheblichen Aufwand verbunden. Die für das Amtsgericht erstellten ärztlichen Zeugnisse durch einen neuen Gutachter sind sicher nicht von der Qualität wie die vom Indikationsteam erstellten ärztlichen Zeugnisse.

§ 17 Ärztliche Zwangshandlung zur Abwehr einer gegenwärtigen Gefahr

Gemäß § 17 Absatz 1 Satz 1 „ist eine ärztliche Zwangsbehandlung gegen den natürlichen Willen der untergebrachten Person ausnahmsweise und als letztes Mittel zulässig, wenn sie zur Einsicht in die Notwendigkeit der Maßnahme oder zum Handeln nach dieser Einsicht krankheitsbedingt nicht in der Lage ist und...“. Nach der Rechtsprechung des BVerfG gilt dieses Erfordernis nur für Zwangsbehandlungen zum Schutz der untergebrachten Person selbst. Ist die untergebrachte Person einwilligungsfähig, kann und muss sie selbstbestimmt entscheiden, ob sie zum Schutz von eigener Gesundheit und eigenem Leben behandelt werden möchte.

Eine Zwangsbehandlung zum Schutz Dritter ist verfassungsrechtlich auch möglich, wenn die untergebrachte Person einwilligungsfähig und die Behandlung als ultima ratio notwendig ist. Denn darüber, ob ohne notwendige Behandlung andere Personen, die mit ihr in der Klinik oder im unmittelbaren Lebensumfeld notwendig in Kontakt treten, an der Gesundheit gefährdet und geschädigt werden, kann die untergebrachte Person nicht disponieren.

Die DGPPN gibt hinsichtlich § 17 Absatz 1 Satz 2 Nr. 5 zu bedenken, dass die ärztliche Zwangsbehandlung gegenüber einer besonderen Sicherungsmaßnahme im konkreten Fall nicht nur dann das mildere Mittel sein kann, wenn es um die „Abwehr von Gefahren für

Dritte“ geht, sondern auch bei der Abwehr von Gefahren für die untergebrachte Person selbst. Auch in diesen Fällen kann die ärztliche Zwangsbehandlung das gegenüber Fixierung oder Isolierung im-von der untergebrachten Person im Einzelfall und unter Berücksichtigung von Intensität und Dauer als milder wahrgenommene Mittel sein.

In § 17 Absatz 2 wird festgelegt, dass eine Patientenverfügung bei akuter Lebensgefahr sowie gegenwärtiger schwerwiegender Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person zu beachten sei. Dies würde nach Ansicht der DGPPN bedeuten, dass von der Einholung einer rechtlichen Entscheidung abgesehen werden müsste, ob der vorausverfügte Wille gilt oder eben nicht. Nur bei Maßnahmen zur Abwehr von Gefahren für Dritte könnte darüber hinwegsehen.

§ 19 Ergotherapie und arbeitsrehabilitative Angebote

Die DGPPN möchte in Bezug auf die in § 19 geregelten Maßnahmen wie Ergotherapie und arbeitsrehabilitative Angebote dringlichst darauf hinweisen, dass eine ausreichende Finanzierung bereitgestellt werden muss.

§ 20 Schule, Ausbildung und berufliche Bildung

Analog zu § 19 müssen die in § 20 genannten Maßnahmen ausreichend finanziert werden.

Die Nutzung digitaler Medien ist auch zur Kontakthaltung mit Familienangehörigen nach Auffassung der DGPPN zu fördern.

§ 21 Zuwendungen und sonstige Einkünfte

Mit Urteil vom 20. Juni 2023 (2 BvR 166/16 u. a.) hat das BVerfG umfangreiche Anforderungen für die gesetzliche Ausgestaltung der Gefangenenvergütung aufgestellt. Die dort aufgestellten Grundsätze dürften zumindest teilweise für die Ausgestaltung der Zuwendungen an Untergebrachte im Maßregelvollzug sinngemäß gelten. Die DGPPN mahnt an, dass § 21 des Entwurfs diesen Anforderungen nicht ansatzweise gerecht wird.

§ 23 Besitz, Erwerb und Benutzung von persönlichen Gegenständen

In § 23 Absatz 4 werden suchterzeugende Stoffe aufgeführt, aber nicht definiert. Dies müsste nach Meinung der DGPPN nachgeholt werden.

§ 26 Besuche

Die DGPPN schlägt vor, den Passus „die Anbahnung neuer familiärer und sonstiger sozialer Kontakte zu Verwandten und sonstigen nahestehenden Bezugspersonen“ in § 26 Absatz 1 durch „neuer familiärer und anderer sozialer Kontakte“ zu ersetzen.

Für die DGPPN sind die in § 26 Absatz 6 Satz 1 genannten „Kenntnisse aus der Überwachung von Besuchen“ nicht eindeutig geklärt. Wie werden die Kenntnisse gewonnen? Geht es um bloße Besucherverzeichnisse (Person, Zeit des Besuchs)? Geht es darum, ob und ggf. was Besucher mitgebracht haben? Geht es um Inhalte von Gesprächen zwischen Mitarbeitern und Besuchern? Geht es um beobachtete oder gar mitgehörte Gespräche von Patient und Besucher? Unter welchen Voraussetzungen dürfen diese Kenntnisse jeweils überhaupt dokumentiert werden? Die DGPPN möchte klarstellen, dass eine Totalbeobachtung mit Art. 1 und 2 Abs. 1 GG unvereinbar sein dürfte.

§ 27 Mediennutzung

Die DGPPN regt bzgl. § 27 Absatz 1 an, dass Datenträger / Clouds auch zur Sicherstellung der Behandlung und Überprüfung von Behandlungszielen ausgelesen werden können. Es sollte eine Vereinbarung diesbezüglich geschlossen werden. Zwingende Gründe können bspw. sein, dass das Auslesen an einem anderen Ort und von einer anderen Institution vorgenommen werden.

§ 28 Kommunikation, Schriftwechsel und Pakete

Aus § 28 Absatz 7 geht nach Ansicht der DGPPN nicht hervor, wie mit der Nutzung vertraulich gewonnener Kenntnisse bei der Therapieplanung und Besuchsplanung umgegangen werden soll.

§ 29 Hausordnung

Die DGPPN weist darauf hin, dass die in § 29 geregelte Hausordnung, die die Vollzugsleitung erlässt, mit der Hausordnung des beliebigen Trägers kollidieren kann. Es muss nach Auffassung der DGPPN das Recht bestehen, für die forensische Einrichtung eine eigene Hausordnung zu entwickeln. Die Hausordnung wird durch die Vollzugsleitung erstellt, diese muss durch die Geschäftsführung unterstützt werden (Finanzierung von Übersetzungen einfache Sprache, rechtliche Prüfung).

§ 30 Interessenvertretung

Die DGPPN plädiert dafür, dass die Vertraulichkeit der Wahl sowie der Kommunikation von Patienten mit der Interessenvertretung bzw. der Interessenvertreter untereinander gesetzlich garantiert werden sollte.

§ 31 Beschwerdemanagement

Das in § 31 geregelte Beschwerdemanagement ist bei beliebigen Trägern Aufgabe des Trägers. Nach Auffassung der DGPPN kann es nicht zulässig sein, das Beschwerdemanagement auf Drittpersonen zu delegieren.

Auch wesentliche Grundzüge des Verfahrens und die Vertraulichkeit des Beschwerdemanagements sollten gesetzlich vorgegeben sein.

§ 34 Durchsuchungen und Kontrollen

Die DGPPN sieht im § 34 Absatz 3 nicht geregelt, ob die Untersuchung mit Eindringen in den Körper unzulässig ist.

Die DGPPN würde es begrüßen, wenn die in § 34 Absatz 4 geregelte Untersuchung zum Nachweis des Konsums gegebenenfalls mittels einer Blutabnahme durch eine Ärztin oder einen Arzt nicht vorzunehmen ist, sondern vorgenommen werden kann.

In § 34 Absatz 3 Satz 6 sollte gesetzlich vorgegeben werden, dass die Entkleidung in der Weise vorzunehmen ist, dass zunächst eine Körperhälfte zur Durchsuchung freizumachen ist und dann die andere Körperhälfte, so dass immer eine Hälfte bedeckt ist.

§ 34 Absatz 5 Satz 1 legt fest, dass die Vollzugsleitung bei einer untergebrachten Person, bei der tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, andere gefährliche Gegenstände, Mobiltelefone, unzulässige Datenspeicher oder Stoffe nach Absatz 2 Satz 1 mit in das Krankenhaus zu bringen, anordnen kann, dass sie bei jeder Rückkehr in die Einrichtung oder in ihren gewöhnlichen Aufenthaltsbereich oder nach jedem Besuch durchsucht wird.

§ 35 Besondere Sicherungsmaßnahmen

In § 35 Absatz 1 Satz 1 muss nach Ansicht der DGPPN in Bezug auf besondere Sicherungsmaßnahmen zur Abwendung von Selbsttötung oder Selbstverletzung geklärt werden, ob die Selbsttötung oder Selbstverletzung frei verantwortlich erfolgt oder die Situation von einer in freiverantwortlichem Zustand errichteten Vorausverfügung umfasst ist. Ist das der Fall, darf keine Sicherungsmaßnahme eingeleitet werden.

Es sollte erwogen werden, eine Regelung auch für Fälle vorzusehen, in denen die untergebrachte Person nur eingeschränkt gruppenfähig ist. Diese Patienten sind nur befristet in die

Gemeinschaft zu überführen. Dies stellt keine besondere Sicherung dar und ist dennoch kein seltener Fall.

Dass die besonderen Sicherungsmaßnahmen in § 35 Absatz 4 Satz 1 nur durch die Vollzugsleitung angeordnet werden dürfen, dies aber hier impliziert, dass die Vollzugsleitung kein Facharzt sein muss, bewertet die DGPPN kritisch. Typischerweise werden diese Maßnahmen angeordnet, wenn sich der Patient in einem gesundheitlichen Ausnahmezustand befindet. Kameraüberwachungen im Rahmen der Erkrankung können paranoid verarbeitet werden. Mit der Absonderung / Unterbringung in einem besonders gesicherten Raum können erhebliche gesundheitliche Risiken verbunden sein. Auch für diese Maßnahmen sieht die DGPPN es als wichtig an, die Anordnung durch die fachpsychiatrische ärztliche Leitung vorzusehen.

§ 36 Fesselung

Nach Meinung der DGPPN geht aus § 36 Absatz 2 nicht hervor, welche Person festlegt, dass bspw. ein Bauchgurt weniger belastend ist.

§ 37 Fixierung

Die in § 37 Absatz 1 Satz 1 enthaltene Regelung, wonach als zur Fixierung nur „die vollständige oder weitgehende Aufhebung der Bewegungsfreiheit der untergebrachten Person mittels einer 5-Punkt- oder 7-Punkt-Befestigung auf einem Fixierbett“ in Betracht kommt und „andere Formen der Fixierung vorbehaltlich des Absatzes 6 Satz 1 Halbsatz 2 unzulässig [sind]“, ist nach Auffassung der DGPPN verfassungsrechtlich nicht geboten. Das BVerfG nimmt diese Beschränkung gerade nicht vor. Die Beschränkung auf die 5- und die 7-Punkt-Fixierung schließt die flexible Anpassung an eine Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Standards aus und macht eine regelmäßige Überprüfung des Standes der Wissenschaft und ggf. Anpassung des Gesetzes erforderlich.

Zwar mögen 5- oder 7-Punkt-Fixierung die Regelfälle sein. Aus der Praxis werden jedoch auch Fälle berichtet, in denen eine 7-Punkt-Fixierung nicht ausreicht, weil z. B. ein weiterer Brustgurt oder auch eine Fixierung des Kopfes zum Schutz des maximal angespannten und unruhigen Patienten angezeigt ist. Andererseits ist z. B. eine 7-Punkt-Fixierung überzogen, wenn im Einzelfall eine 6-Punkt-Fixierung ausreicht.

Problematisch ist außerdem, dass eine begleitende Medikation - anders als im NPsychKHG-Bereich (§ 28 Abs. 1 Nr. 4 des Entwurfs) - nicht zugelassen ist. Eine sedierende Medikation kann essenziell sein, um den mit der Fixierung für den Patienten verbundenen Stress für den Patienten zu mildern, eine frühere Beruhigung und infolgedessen auch eine frühere Defixierung zu ermöglichen. Die Thrombose-Prophylaxe ist lebenswichtig. Beide Medikamentengaben gehören zum (begleitenden) Standard einer Fixierung. Sie sollten deshalb zugleich mit der Fixierung als Teil dieser Sicherungsmaßnahme genehmigt werden können.

§ 38 Erkennungsdienstliche Maßnahmen

Die DGPPN hält es für sinnvoll, die in § 38 Absatz 2 vorgesehene getrennte Aufbewahrung von Daten zur Identitätsfeststellung und von anderen Akten näher zu spezifizieren. Heißt das z. B., dass die Daten in einem in einem Tresor verschlossen werden sollen? Ebenso müsste in § 38 Absatz 4 konkretisiert werden, ob die Daten bei einer Verlegung des Patienten mitgegeben werden (sollen). Die DGPPN stellt fest, dass der Maßregelvollzug gemäß § 38 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 Stimm- aufzeichnungen, z. B. zur Identitätsfeststellung, verarbeitet bzw. diese erstellt werden müssen. Das ist bisher nicht so geregelt.

§ 39 Optisch-elektronische Überwachung in der Einrichtung

Die DGPPN weist darauf hin, dass der niedersächsische Psychiatrieausschuss sich in der Vergangenheit gegen eine optisch-elektronische Überwachung im Inneren der Einrichtung ausgesprochen hat. Sie greift in das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung der Unterbrachten, Mitarbeitenden und ggf. in der Einrichtung aufhältigen externen Personen (z. B. Handwerker, Besucher) ein, ohne dass dafür ein wichtiger Grund erkennbar ist.

§ 39 Absatz 2 Satz 1 sieht vor, dass jede forensische Klinik, die optisch-elektronische Anlagen einsetzt, ein einheitliches Konzept zur optisch-elektronischen Überwachung der baulichen Anlagen zu erstellen hat, in dem die Gründe für die Überwachung dokumentiert werden. An dieser Stelle muss nach Auffassung der DGPPN noch geklärt werden, ob dies Aufgabe des Trägers sein kann.

§ 43 Vollzugsöffnende Maßnahmen

§ 43 Absatz 1 Satz 3 öffnet mit seiner Soll-Regelung („sollen... gewährt werden“) die Möglichkeit zur Bewilligung von Lockerungen. Es besteht damit ein Anspruch auf Lockerungen, die nur versagt werden können, wenn konkrete Anhaltspunkte die Gefahr begründen: 1. der Entweichung oder 2. des Missbrauchs der vollzugsöffnenden Maßnahme durch zur Begehung von Straftaten besteht oder wenn 3. wichtige therapeutische Gründe der Gewährung der vollzugsöffnenden Maßnahmen entgegenstehen.

Die in § 43 Absatz 2 Satz 3 Nr. 3 genannten Aspekte können unter dem Gesichtspunkt der Fluchtgefahr oder der Rückfallgefahr, relevant sein. Die DGPPN ist aber der Meinung, dass eine einzelfallbezogene Betrachtung und Bewertung stets erforderlich ist. Allein aus dem Umstand eines laufenden Ausweisungsverfahrens folgt nicht, dass z.B. der in Deutschland geborene und aufgewachsene und nur der deutschen Sprache mächtige Betroffene mit ausländischem Pass sich der Unterbringung und Behandlung entziehen wird. Und laufende Strafverfahren können weniger interessant sein, wenn sie in die Zeit lange vor Beginn der

Unterbringung fallende Tatvorwürfe betreffen. Wenn eine Flucht- oder Wiederholungsgefahr besteht, muss die Staatsanwaltschaft in dem noch offenen Verfahren eben einen Haftbefehl beantragen.

Im Gesetzestext sollte nach Auffassung der DGPPN daher klargestellt werden: ob gegen die untergebrachte Person ein Ausweisungs-, Auslieferungs-, Ermittlungs- oder Strafverfahren anhängig ist und dies unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls Grund zu Besorgnis gibt, dass sich die untergebrachte Person bei einer vollzugsöffnenden Maßnahme der Unterbringung entziehen oder diese zur Begehung erheblicher Straftaten missbrauchen wird.

Die DGPPN möchte hinsichtlich der Regelungen in § 43 Absatz 2 Satz 3 Nr. 3 davor warnen, dass der Maßregelvollzug zu einer Abschiebehaft missbraucht wird, deren Voraussetzungen nicht vorliegen. Wenn der Vollzug einer Ausweisungsverfügung gesichert werden soll, ist der gesetzlich vorgesehene Weg der Erlass und Vollzug eines Abschiebehafbefehls. Das darf nicht durch eine Lockerungssperre im Maßregelvollzug umgangen werden.

§ 44 Probewohnen

Was eine geeignete Wohnform ist, geht nach Ansicht der DGPPN aus § 44 Absatz 2 Nr. 2 und 3 nicht hervor. Ebenso ist unklar, ob die Aufsichtsbehörde die Aufsicht mit allen für den Maßregelvollzug bestehenden Eingriffsrechten auch über private Träger von Heimeinrichtungen oder betreuten Wohnformen führt (§ 44 Absatz 2). Müssten diese nicht zuvor belien und ihre Mitarbeitenden zu Verwaltungsvollzugsbeamten bestellt werden?

Angesichts der bereits gegenwärtig unzureichenden Anzahl an geeigneten Wohnformen, müssen diese in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen. Bereits jetzt ist ein häufiger Grund der vermeidbar langen Unterbringungen im psychiatrischen Krankenhaus, dass geeignete Wohnformen nicht in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen. Dies nicht hinnehmbar.

§ 45 Beteiligung der Strafvollstreckungsbehörde und der Aufsichtsbehörde

Die DGPPN weist darauf hin, dass der in § 45 Absatz 2 eingeführte Begriff Prognosezentrum nicht definiert wird. Das Gesetz müsste wohl aus Gründen der Bestimmtheit, Klarheit und Verpflichtung, wesentliche Grundlagen für rechtliche Eingriffe gesetzlich festlegen.

§ 50 Überprüfung der Unterbringung, nachsorgende Betreuung

Die DGPPN sieht die in § 50 Absatz 3 Satz 1 gebotene Zusammenarbeit mit Polizei- und Ordnungsbehörden kritisch. Diese ist Sache der Führungsaufsichtsstellen. Dafür gibt es eine gesetzliche Grundlage, die zugleich den Rahmen absteckt, in § 463a StPO. Eine Einbindung der

Polizei schon aus der Klinik heraus kommt (nur) im Rahmen der Anwendung des KURS-Konzepts in Betracht.

Warum auch die Ordnungsbehörden eingebunden werden sollen, erschließt sich für die DGPPN nicht. Immerhin geht es um das hohe Gut des Arztgeheimnisses und der informationellen Selbstbestimmung.

§ 51 Freiwilliger Verbleib nach Beendigung der Unterbringung

Für die in § 51 aufgeführten Maßnahmen wurde kein Kostenträger angegeben.

§§ 53-56 Vorschriften über den Vollzug der einstweiligen Unterbringung (§ 126a StPO)

Die DGPPN begrüßt, dass es nun eine gesetzliche Regelung und insbesondere eine Behandlungsoption für vorläufig Untergebrachte nach § 126a gibt. Es werden allerdings die konkreten Voraussetzungen nicht benannt, manchen Bestimmungen sind möglicherweise nicht einfach anwendbar. Es ist aus Sicht der DGPPN unverzichtbar, die Bestimmungen und Voraussetzungen der Zwangsbehandlung konkret auszuführen.

Aus klinischer Sicht wäre eine Übersicht über die unterschiedlichen rechtlichen Regelungen und Besonderheiten wünschenswert (Rechtebeschränkung und Kontrollauftrag durch die Gleichstellung als Untersuchungshäftling, keine Schweigepflicht, kein Behandlungsziel des Erreichens des Vollzugsziels, Lockerungs- und Aussetzungsentscheidung über Amtsgerichte).

§ 64 Kostenbeteiligung der untergebrachten Person

Die in § 64 Absatz 4 geregelte Beteiligung der untergebrachten Person an den Kosten der Maßnahmen zur Feststellung des Suchtmittelkonsums erweckt nach Auffassung der DGPPN den Eindruck einer disziplinarischen Sanktion ohne rechtsstaatliches Verfahren.

Verwendete Literatur:

Müller, J.L., Koller, M. Brennpunkt: psychiatrischer Maßregelvollzug und Lösungsansätze. *Nervenarzt* 96, 570–573 (2025). <https://doi.org/10.1007/s00115-025-01854-2>

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank

DGPPN-Präsidentin

Reinhardtstr. 29

10117 Berlin

Telefon: 030 240 4772 0

E-Mail: praesidentin@dgppn.de