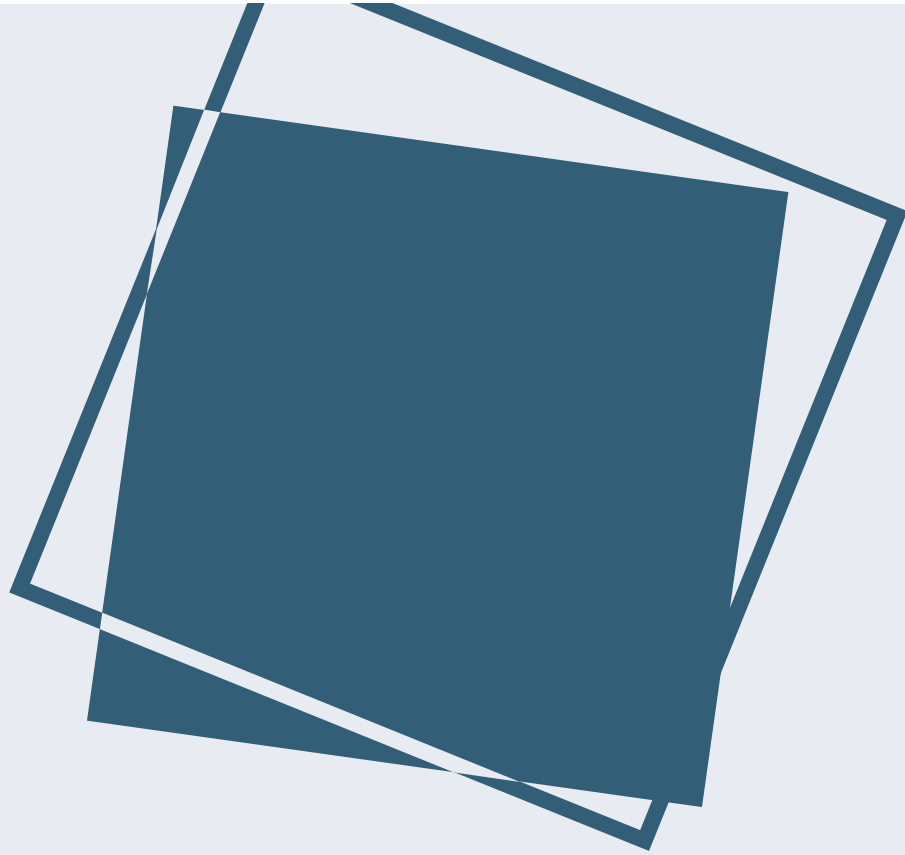




Empfehlungen der DGPPN | Februar 2026



Versorgung stärken, Gewalt verhindern



Umsetzungsempfehlungen der DGPPN
auf der Basis des Positionspapiers *Prävention
von Gewalttaten*

Versorgung stärken, Gewalt verhindern



Umsetzungsempfehlungen der DGPPN
auf der Basis des Positionspapiers
Prävention von Gewalttaten

Stand: Februar 2026

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Präsidentin DGPPN
Reinhardtstraße 29 | 10117 Berlin
T 030 2404 772-0
E praesidentin@dgppn.de

Inhalt

Executive Summary	3
Einleitung und Problemstellung	5
Zentrale Bausteine wirksamer Gewaltprävention	8
I Vorsorge	8
II Beratung und Hilfen – Behandlung – Teilhabe und Verantwortungsgemeinschaft	8
Beratung und Hilfen	8
Behandlung	9
▪ Bedarfsadaptierte längerfristige aufsuchende Behandlung	9
▪ Einbezug forensisch-psychiatrischer Expertise in der allgemeinpsychiatrischen Versorgung	10
Krisenintervention	11
Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi)	12
▪ Überlegungen zur Stärkung der SpDis	12
Teilhabe und verbindliche Verantwortungsgemeinschaft	13
Fallkonferenzen	14
III Öffentlich-rechtliche Unterbringung	15
Unterbringungsvoraussetzungen	15
Informationsweitergabe	17
Behandlung im Rahmen der Unterbringung	18
Belastungserprobungen und Beurlaubung	18
Standardisierte Instrumente zur Objektivierung eines Gewaltpotenzials	19
IV Nachsorge	19
V Evaluation	20
Abschlussbemerkungen	21
Literatur	22

Executive Summary

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) legt mit dem vorliegenden Papier praxisorientierte und konkrete Empfehlungen zur Prävention von Gewalttaten vor, die im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen stehen. Das Papier basiert auf dem Positionspapier *Prävention von Gewalttaten* vom 23. Juni 2025 [1].

Hier widmet sich die DGPPN unter anderem, aber nicht nur den landesrechtlichen Regelungen der Psychisch-Kranken-(Hilfe)-Gesetze (PsychK(H)G).

Die DGPPN stellt klar: Der wirksamste Schutz vor gewalttätigem Verhalten im Kontext psychischer Erkrankungen liegt nicht in einer Ausweitung der sicherheitspolitischen Gefahrenabwehr, sondern in der frühen Diagnostik, der leitliniengerechten Behandlung und der sozialräumlich vernetzten Begleitung und Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Maßnahmen, die primär oder ausschließlich auf Kontrolle, Registerbildung oder weitreichende Informationspflichten setzen, erhöhen das Gefahrenrisiko, weil sie Hilfesuchende abschrecken, Stigmatisierung verstärken und Behandlung erschweren.

Nachhaltige Gewaltprävention gelingt nur durch Behandlung und Teilhabe – nicht durch einseitige sicherheitspolitische Verschärfungen.

Die DGPPN empfiehlt daher den Ausbau des derzeitigen Hilfe- und Unterstützungssystems, in dem die öffentlich-rechtliche Unterbringung und andere Zwangsmaßnahmen nur als *ultima ratio* eingebettet sind. Zentrale Bausteine wirksamer Gewaltprävention sind:

- **Bedarfsadaptierte Versorgungsangebote** für Hochrisikogruppen: Flächendeckende Etablierung bedarfsadaptierter, aufsuchender ambulanter Behandlung (*Assertive Community Treatment*) und ergänzender Angebote nach dem Vorbild der bayerischen Präventionsstellen; strukturierte Einbindung forensisch-psychiatrischer Expertise, u.a. durch Konsil- und Liaison-Angebote für Kliniken und kommunale Akteure.
- **Verbindliche Verantwortungsgemeinschaften in gemeindepsychiatrischen Verbänden (GPV)** mit regionaler Versorgungsverpflichtung: Erforderlich sind ineinandergreifende Strukturen über das SGB V hinaus (SGB IX/XII, Wohnungs- und Obdachlosenhilfe, Sozialpsychiatrischer Dienst), trialogisch ausgerichtet und mit klarem Steuerungsauftrag für schwer psychisch erkrankte Menschen mit komplexen Hilfebedarfen.
- **Stärkung der sozialpsychiatrischen Dienste** als kommunale Garanten der Daseinsvorsorge – Sozialpsychiatrische Dienste sollten flächendeckend multiprofessionell organisiert sein und vier Kernaufgaben sicherstellen: niedrigschwellige Beratung und Begleitung, Krisenintervention, Hilfeplanung im Einzelfall sowie Koordination und Netzwerkarbeit. Hierzu sind eine auskömmliche Finanzierung, fachärztliche psychiatrische Expertise sowie eine klare Ausrichtung auf Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erforderlich.

- Im Bereich der **öffentlich-rechtlichen Unterbringung** empfiehlt die DGPPN eine klare Definition der Voraussetzungen entlang eines Drei-Kriterien-Systems: Vorliegen einer psychischen Erkrankung **und** krankheitsbedingte Aufhebung der Selbstbestimmungsfähigkeit **und** Bestehen einer erheblichen, gegenwärtigen Gefahr für die Person selbst oder Dritte. Dabei ist die Unterbringung nur zulässig, wenn sie der Behandlung dient, und zu beenden, sobald die Gefahr beseitigt oder Behandelbarkeit nicht gegeben ist.
- Zur **Informationsweitergabe** wird eine rechtssichere Differenzierung zwischen **Meldepflichten** und **Melderechten** empfohlen: **Melderechte** seitens der Krankenhäuser an Sicherheitsbehörden sind nur eng begrenzt und ohne medizinische Informationen statthaft; **Melderechte** seitens der Krankenhäuser, die medizinische Informationen beinhalten, dürfen nur gegenüber dem schweigepflichtgebundenen Sozialpsychiatrischen Dienst und dem weiterbehandelnden Arzt/Ärztin bestehen. Eine **Meldepflicht** über die Beendigung/Aussetzung der Unterbringung wegen Fremdgefährdung darf nur gegenüber dem SpDi, dem weiterbehandelnden Arzt/Ärztin, dem gesetzlichen Betreuer/Betreuerin und dem Gericht normiert werden.
- Implementierung von **forensisch-psychiatrischen Fachstellen** bei Sicherheitsbehörden mit eigenständiger Expertise und klaren Datenschutzstandards
- Für eine erfolgreiche Umsetzung sind insbesondere die **bundesweite Stärkung der Sozialpsychiatrischen Dienste** einschließlich Maßnahmen zur Personalgewinnung sowie eine konsequentere Umsetzung von **Regionalbudgets (§64b SGB V)** erforderlich, weil Letztere die Entwicklung bedarfsadaptierter ambulanter Dienste begünstigen. Die DGPPN empfiehlt außerdem eine regelmäßige Evaluation der Maßnahmen (z.B. alle zwei Jahre) als Bestandteil der Psychiatrieberichterstattung.

Einleitung und Problemstellung

Die DGPPN steht als die größte wissenschaftliche Fachgesellschaft im Bereich der psychischen Gesundheit in Deutschland für eine wissenschaftlich-ethische Evidenzbasierung, sieht sich in der Verantwortung für das Wohl der Patientinnen und Patienten und die Stärkung ihrer Selbstverantwortlichkeit, und tritt für die Achtung der Würde und des Selbstbestimmungsrechts psychisch erkrankter Menschen sowie für einen offenen, kontinuierlichen Diskurs ein.

Es besteht ein komplexer Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und gewalttätigem Verhalten. Dabei ist unstrittig, dass es besserer Präventionsansätze bedarf, um gewalttätiges Verhalten zu minimieren. Die aktuell vorrangig unter dem Aspekt der öffentlichen Sicherheit geführten Diskussionen und Forderungen wie z.B. die Einführung weitreichender Informationsaustausche zwischen Gesundheitseinrichtungen und Sicherheitsbehörden verkennen dies. Aus Sicht der DGPPN besteht die beste Prävention von gewalttätigem Verhalten bei psychischen Erkrankungen aus einer frühen Diagnostik, einer adäquaten Behandlung und einer Unterstützung im Sozialraum.

Der Fokus politischer Initiativen sollte daher im gesundheitspolitischen Bereich in der Verbesserung der Förderung psychischer Gesundheit und der Prävention psychischer Erkrankungen, der Früherkennung, der bedarfsgerechten Behandlung, der Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen liegen und nicht in der Sicherheitspolitik. Sowohl der Bund, insbesondere über die Sozialgesetzgebung (v.a. SGB V und SGB IX), als auch die Bundesländer, insbesondere über die PsychK(H)Gs, haben große Einflussmöglichkeiten auf eine verbesserte Versorgungssituation von Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen. Und eine gute Gesundheitspolitik bedeutet in diesem Kontext auch Sicherheit für die Bevölkerung!

Vor diesem Hintergrund nimmt die DGPPN mit großer Sorge den Entschließungsantrag des Bundesrates „Menschen mit psychischen Erkrankungen schützen, Gefahrenpotenziale erkennen durch bundesweiten Austausch“ [2] zur Kenntnis, der in der 1061. Sitzung des Bundesrates am 30. Januar 2026 mehrheitlich beschlossen wurde. Zwar fordert dieser auch eine Verbesserung der Versorgungssituation, legt aber einen unverhältnismäßig großen Fokus auf sicherheitspolitische Maßnahmen eines „modernen Daten- und Informationsmanagements sowie einer besseren bundesweiten Vernetzung der Erkenntnisse zwischen Sicherheits-, Gesundheits-, Waffen- und gegebenenfalls anderen relevanten Behörden, um Risikopotenziale bei Personen mit psychischen Auffälligkeiten möglichst frühzeitig zu erkennen“.

Die DGPPN stellt dabei nicht in Abrede, dass die psychiatrische Versorgung seit jeher auch von ordnungspolitischen Fragestellungen bzw. Funktionen begleitet gewesen ist. Diese spiegeln sich beispielhaft in der Rolle der psychiatrischen Kliniken im Kontext der öffentlich-rechtlichen Unterbringung wider. Die gesetzliche Normierung findet sich in den ehemals Unterbringungsgesetze genannten PsychK(H)Gs der Bundesländer. Historisch gesehen, stellen diese eine Fortentwicklung der gesetzlichen Normierung der Gefahrenabwehr als *Lex specialis* der Allgemeinen Sicherheits- und Ordnungsgesetze für Menschen mit akuten psychischen Erkrankungen dar.

Im Gefolge der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention 2009 sowie höchstrichterlicher Rechtsprechung in den folgenden Jahren (z.B. [3, 4, 5, 6]) rückten zu Recht notwendige Regelungen zu Selbstbestimmung, Rechten von Patientinnen und Patienten sowie zu Inklusion und Teilhabe in den Fokus der PsychK(H)Gs. Dies korrespondierte mit einer entsprechenden Weiterentwicklung der klinisch-psychiatrischen Angebote. Dadurch stellt die Regelung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung und deren Umsetzung nur noch einen Teil der aufeinander abgestimmten Hilfen und Unterstützung dar, die in einem PsychK(H)G normiert werden (s. Abbildung 1).

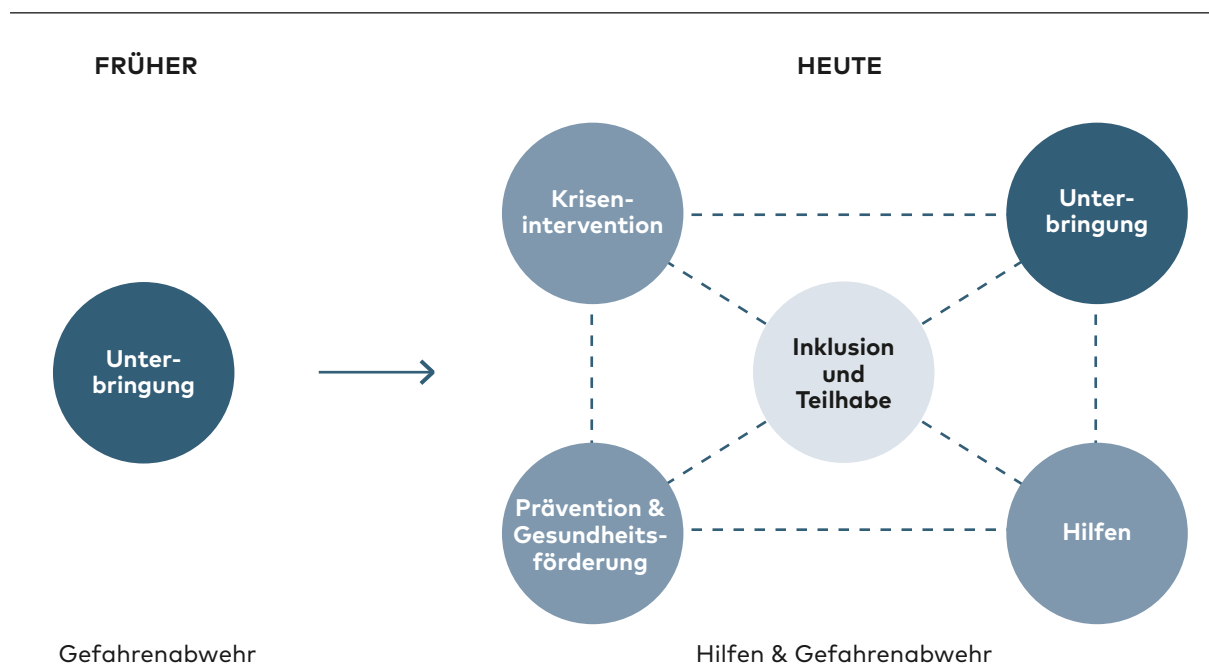


Abb. 1: Vom Unterbringungsgesetz zum PsychK(H)G

In der Folge einiger schwerwiegender Vorfälle entstand im Jahr 2025 eine rein sicherheitspolitisch geführte Debatte mit Fokus auf der Gefahrenabwehr, welche die Errungenschaften der letzten zehn Jahre zunichte zu machen droht. Aktuell gibt es in verschiedenen Bundesländern Bestrebungen, die bestehenden PsychK(H)Gs mit einem Fokus auf den Prozess der öffentlich-rechtlichen Unterbringung zu überarbeiten. Diese aus Sicht der DGPPN bedenkliche Entwicklung lässt außer Acht, dass eine Unterbringung eine *ultima-ratio*-Maßnahme ist, die in ein differenziertes Hilfe- und Unterstützungssystem eingebettet sein muss, das Unterbringungen zu vermeiden sucht, das Risiko von Gewalttaten durch bedarfsgerechte vor- und nachsorgende Hilfen reduziert und Teilhabe fördert.

Wie bereits im Positionspapier *Prävention von Gewalttaten* [1] dargelegt, ist der beste Schutz vor Gewalttaten, die mit einer psychischen Erkrankung assoziiert sein können, die frühzeitige Diagnostik und adäquate Behandlung. Dagegen stellt eine maximierte Gefahrenabwehr mithilfe von Freiheitsbeschränkungen und weitreichenden sowie verfassungsrechtlich bedenklichen Informationsverpflichtungen der Kliniken den falschen und auch sicherheitspolitisch kontraproduktiven Weg dar. Eine solche maximierte Gefahrenabwehr leistet der Stigmatisierung Vorschub und reduziert dadurch das Hilfesuchverhalten und die Therapiebereitschaft. Die modernen PsychK(H)Gs streben danach, Gefahrenabwehr vor allem durch medizinische und andere Hilfen sowie durch eine Verbesserung der Teilhabe zu realisieren.

Die vorliegenden DGPPN-Empfehlungen folgen in Anlehnung dem Aufbau des Versorgungspfad, den Betroffene durchlaufen; dieser ist in Abbildung 2 skizziert. Dabei werden ausgewählte Aspekte der Vorsorge, Unterbringung und Nachsorge behandelt. Die jeweils herausgearbeiteten DGPPN-Empfehlungen sind im Sinne einer Handreichung für notwendige Regelungen, u.a. im Rahmen der PsychK(H)G konkretisiert.



Abb. 2: Teilaspekte eines Versorgungspfad (patient journey)

Zentrale Bausteine wirksamer Gewaltprävention

I Vorsorge

Psychische Erkrankungen sind mit einer Lebenszeitprävalenz von fast 30% häufig. In ihrer Entstehung spielen biologische, psychische und soziale Einflussfaktoren eine wichtige Rolle. Es ist ein wichtiger Hebel der Gewaltprävention, einerseits diese Faktoren zu identifizieren und andererseits sie durch Verhaltens- und Verhältnisprävention dahingehend zu beeinflussen, dass das Risiko des Entstehens psychischer Erkrankungen reduziert wird.

Ein modernes PsychK(H)G sollte daher immer auch normative Vorgaben für die Implementierung einer Strategie zur Förderung psychischer Gesundheit und der Prävention psychischer Erkrankungen beinhalten [7].

Dabei ist zu berücksichtigen, dass insbesondere eine lebensweltbezogene Gesundheitsförderung wie auch der Bereich der nicht-gesetzlich krankenversicherten Menschen nicht vorrangig aus Präventionsmitteln des SGB V finanziert wird. Es bedarf vielmehr einer Mischfinanzierung aus staatlichen/kommunalen Mitteln und GKV-Mitteln.

II Beratung und Hilfen – Behandlung – Teilhabe und Verantwortungsgemeinschaft

Beratung und Hilfen

Psychische Erkrankungen manifestieren sich in der Regel nicht plötzlich, sondern weisen oft längere Vorläufe mit psychischen Beschwerden und Belastungen auf. Hilfesuchende wissen oft nicht, wohin sie sich für eine erste Orientierung und Unterstützung wenden können.

Neben der zunehmenden Nutzung von digitalen Angeboten ist es daher essenziell, ein niedrigschwelliges Beratungs-, Hilfe- und Unterstützungssystem mit einem regionalen Bezug (Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte) als Teil der gesundheitlichen psychosozialen Daseinsvorsorge vorzuhalten, das auch aufsuchende Strukturen beinhaltet.

Ein besonderes Augenmerk sollte hier auf Menschen, die eine besonders hohe Vulnerabilität für die Entwicklung bzw. Aufrechterhaltung einer schweren psychischen Erkrankung aufweisen, gelegt werden. Dazu zählen u.a. Menschen, die in großer Armut leben, obdachlose Menschen sowie Menschen mit einer Fluchtbiografie.

Bei obdachlosen Menschen finden sich überdurchschnittlich viele Personen, die an einer schweren psychischen Erkrankung, zu denen auch Abhängigkeitserkrankungen gehören, leiden [8]. Hier bedarf es eines intensiven therapeutischen Beziehungsaufbaus im Rahmen abgestimmter, aufsuchender psychosozialer Angebote sowie tragfähiger Netzwerkstrukturen mit niedrigschwelligen Behandlungsangeboten und der Bereitstellung von Unterkünften im Sinne eines *Housing-first*-Ansatzes [9].

Darüber hinaus muss ein Fokus auf Menschen mit einer Fluchtbiografie gelegt werden, die z.T. stark unter postmigratorischen Stressoren im Ankunftsland leiden. Diese können eine psychische Erkrankung begünstigen, eine vorbestehende Erkrankung verstärken und eine negative Erkrankungsdynamik auslösen [10]. Dies bedeutet, dass die Angebote der psychosozialen Versorgung sowohl in den spezialisierten psychosozialen Zentren für Geflüchtete wie auch in der Regelversorgung auskömmlich finanziert werden sollten. Die Einrichtungen der Regelversorgung müssen befähigt werden, interkulturell sensibel zu arbeiten und mit ausreichend finanzierten Sprachmittlungsmöglichkeiten ausgestattet sein. Bei akut behandlungsbedürftigen Symptomen sollte zeitnah ein psychiatrisch-fachärztliches Erstgespräch stattfinden, in dem nach diagnostischer Abklärung je nach Beratungs- und Behandlungsbedarf eine Kurzintervention und die Weiterleitung in das vernetzte Versorgungssystem erfolgen können [11].

Behandlung

Eine frühzeitige und kontinuierliche leitliniengerechte Behandlung ist auch das wirksamste Mittel zur Prävention von Gewalt durch psychisch kranke Menschen. Deswegen sollen die PsychK(H)Gs darauf ausgerichtet sein, möglichst umfangreiche Behandlungsangebote vor- und nachstationär zu unterstützen, die möglichst mit Zustimmung des Patienten oder der Patientin umgesetzt werden.

Neben den regulären ambulanten und (teil-)stationären Behandlungsangeboten nach SGB V hält die DGPPN die zusätzliche Etablierung flexibler und bedarfsadaptierter Angebote für erforderlich.

Bedarfsadaptierte längerfristige aufsuchende Behandlung

Auch wenn es in den letzten Jahren in Deutschland bereits deutliche Fortschritte in der aufsuchenden Behandlung gibt (*Hometreatment*, Stations-äquivalente Behandlung), mangelt es weiterhin an längerfristigen, flexiblen und bedarfsadaptierten Behandlungsangeboten für Menschen mit komplexen Hilfebedarfen. Die im englischsprachigen Raum unter *Assertive Community Treatment (ACT)* bekannte Behandlungsform stellt eine dynamische und bedarfsadaptiert aufsuchende Behandlung durch spezialisierte mobile Behandlungsteams dar. Dabei werden Patientinnen und Patienten über einen längeren Zeitraum hinweg (auch über Jahre oder ggf. lebenslang) und von der Intensität her dynamisch behandelt. Im Fokus stehen Betroffene mit schweren psychischen Erkrankungen, die häufig zu Behandlungsabbrüchen oder stationären Behandlungen führen. Darunter findet sich auch die Gruppe an Patientinnen und Patienten, die ein höheres Risiko aufweisen können, gewalttätiges Verhalten zu zeigen.

Gemäß der S3-Leitlinie *Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen* wird „ACT international als eine sehr spezifische Form des *Case Management* angesehen, mit deutlichen eine Alleinstellung des Modells begründenden Charakteristika: Der Betreuungsschlüssel bei ACT ist im Vergleich zu gegenwärtig etablierten ambulanten Behandlungsangeboten intensiver, eine aufsuchende Behandlung und Versorgung einschließlich der Deckung sozialer, Arbeits-, Wohn- und anderer Bedarfe zu Hause und außerhalb von Institutionen steht im Zentrum. Zudem ist ein teambasierter Ansatz kennzeichnend und die Betreuungszeiten überschreiten den üblichen 8-Stunden-Tag.“ [12]. ACT verfügt international über einen hohen bis höchsten Evidenzgrad und wird auch in internationalen Leitlinien stark empfohlen. Auch in deutschen S3-Leitlinien werden ACT-konforme Versorgungsformen mit Evidenzgrad A empfohlen, wenngleich das Modell aufgrund struktureller Rahmenbedingungen nicht immer explizit benannt wird [12, 13].

Im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung sieht es die DGPPN als dringend erforderlich an, bedarfsadaptierte multiprofessionelle Angebote mit Beziehungskontinuität nach dem Prinzip des ACT für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen flächendeckend zu etablieren. Neben einer adäquaten Behandlung und Versorgung der betroffenen Personen kann damit auch eine Prävention von gewalttätigem Verhalten gelingen.

Ein Grund, warum dies bislang noch nicht geschehen ist, liegt in den komplexen Finanzierungsvoraussetzungen. Am erfolgsversprechendsten sieht die DGPPN eine Mischfinanzierung aus GKV-/PKV-Leistungen (führend) und Landesmitteln bei Personen, die GKV-/PKV-versichert sind bzw. anspruchsberechtigt sind sowie eine Komplettfinanzierung aus staatlichen Mitteln bei nicht-GKV-versicherten Personen (z.B. obdachlosen Menschen). Ziel muss allerdings hier immer sein, diese Personen innerhalb der GKV zu versichern.

Parallel dazu sollten Länder und Bund intensiv daran arbeiten, die Umsetzung der Empfehlungen der Achten Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vom 29. September 2023 voranzubringen [14]. Im Zentrum steht dabei die konsequentere Umsetzung von Regionalbudgets nach §64b SGB V mit Kontrahierungszwang der Leistungsträger. Auch dadurch würde die Etablierung von ACT befördert.

Schließlich würde die DGPPN eine Weiterentwicklung des vertragsärztlichen Bereichs analog der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie begrüßen. Dies würde sozialpsychiatrische Schwerpunktpraxen in die Lage versetzen, ein multiprofessionelles und ggf. aufsuchendes Angebot für schwer psychisch Kranke – ähnlich wie Institutsambulanzen der Kliniken – vorzuhalten. Zwar stellt die bestehende KSV-Psych-Richtlinie des G-BA einen positiven Schritt in Richtung einer ambulanten Komplexbehandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen dar, sie ersetzt aber nicht ein aufsuchendes Angebot mit Beziehungskontinuität nach den Prinzipien des ACT.

Einbezug forensisch-psychiatrischer Expertise in der allgemeinspsychiatrischen Versorgung

Die forensische Psychiatrie besitzt als Teilgebiet der Psychiatrie besondere Expertise bei der Bewertung von gewalttätigem Verhalten, das mit psychischen Erkrankungen assoziiert ist. Die Behandlung von psychisch kranken Menschen, die Gewalttaten begangen haben, gehört zu den Kernkompetenzen dieses Teilgebietes. Es ist daher sinnvoll, diese Kompetenz bereits für Konstellationen zu nutzen, die sich noch nicht im forensisch-psychiatrischen Setting abspielen. Damit rückt die Prävention von gewalttätigem Verhalten in den Vordergrund, die auch das Potenzial in sich birgt, die stetige Zunahme der Unterbringungen in Einrichtungen des Maßregelvollzuges zu bremsen und dadurch diese Institutionen zu entlasten.

Konkret schlägt die DGPPN vor, die forensisch-psychiatrische Expertise in zwei Bereichen zu nutzen. Dabei ist wichtig, dass die geltenden Datenschutzbestimmungen gewahrt werden:

- Etablierung von forensisch-psychiatrischen Konsil- und/oder Liaison-Angeboten für pflichtversorgende Kliniken, an der Komplexversorgung beteiligte niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) und – wenn etabliert – ACT-Teams. Die Finanzierung dieses Angebotes sollte durch zusätzliche Landesmittel erfolgen oder zumindest unterstützt werden.
- Bundesweite Etablierung sogenannter Präventionsstellen nach Bayerischem Modell. Dies sind komplementäre spezialisierte Betreuungsangebote für gewaltrisikogefährdete Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Sie nutzen forensisch-psychiatrische Expertise, sind aber keine forensischen Einrichtungen. Ihre Nutzung ist für die Betroffenen freiwillig. Präventionsstellen werden durch Landesmittel finanziert, aus Sicht der DGPPN wäre aber eine Beteiligung der GKV/PKV gerechtfertigt.

Darüber hinaus wäre es aus Sicht der DGPPN sinnvoll, auch bei den Sicherheitsbehörden eine forensisch-psychiatrische Expertise strukturell zu verankern. Konkret schlägt die DGPPN vor, **forensisch-psychiatrische Fachstellen bei den Polizei-/Sicherheitsbehörden** zu etablieren, die über eine eigenständige forensisch-psychiatrische Expertise verfügen und den internen Datenschutzbestimmungen unterliegen. Die Fachstellen unterstützen und beraten die Sicherheitsbeamten in der Einschätzung und im Umgang mit psychisch auffälligen Personen mit (fraglichem) Gewaltpotenzial. Die Finanzierung sollte über Landesmittel aus den jeweiligen Innenressorts erfolgen. Ein entsprechendes Modell für diese Fachstellen wird seit mehreren Jahren mit guten Erfahrungen in der Schweiz praktiziert (s. [1]) und ist in ähnlicher Form auch im Modell PeRiskoP in NRW enthalten.

Krisenintervention

Krisenhafte Zustände können im Rahmen einer psychischen Erkrankung auftreten und unter Umständen gewalttätiges Verhalten begünstigen.

Aus Sicht der DGPPN bedarf es in Ergänzung zur ärztlich-therapeutischen ambulanten und stationären Krisenbegleitung eines flächendeckenden, niedrighwelligen und anonym erreichbaren Kriseninterventionssystems, das früh und unkompliziert Hilfe und Begleitung anbietet.

Bei den bestehenden psychosozialen Krisendiensten begleiten professionelle Helferinnen und Helfer Menschen in psychischen Ausnahmesituationen durch Krisen. Dies erfolgt in Ergänzung zu den Angeboten nach SGB V. Hilfesuchende werden, wo fachlich nötig, an entsprechende intensivere Behandlungsangebote des SGB V weitergeleitet. Als Beispiele seien hier die existierenden 24/7/365-Angebote in den Bundesländern Berlin und Bayern angeführt. Der seit 1999 in ganz Berlin bestehende Berliner Krisendienst, der zu Randzeiten und in der Nacht die Kriseninterventionsangebote der SpDis ergänzt, wird über bezirkliche Zuwendungen finanziert und ist im Berliner PsychKG normiert. Die Krisendienste Bayern wurden mit dem Bayerischen PsychKHG 2018 flächendeckend eingeführt und werden durch die Bayerischen Bezirke finanziert [15]. Die DGPPN empfiehlt eine bundesweite Etablierung vergleichbarer Dienste. Eine enge Vernetzung und Abstimmung dieser Angebote mit den SpDis, der vertragsärztlichen Versorgung und den Versorgungsangeboten der psychiatrischen Kliniken ist essenziell.

Sozialpsychiatrische Dienste

Eine Institution, die für die angeführten Angebote eine inhaltliche Klammer bildet, ist der SpDi. SpDis existieren neben GKV-finanzierten Angeboten auf kommunaler Ebene und stellen aus Sicht der DGPPN wichtige Garanten der kommunalen Daseinsfürsorge, die sich auch auf den Bereich der psychischen Gesundheit erstreckt, dar. Die Dienste arbeiten multiprofessionell und sozialraumbezogen und sollen die folgenden Kernaufgaben abdecken [16]:

- Niedrigschwellige Beratung und Begleitung
- Krisenintervention (ergänzt durch weitere Kriseninterventionsangebote, s.o.)
- Planung von Hilfen im Einzelfall
- Koordination und Netzwerkarbeit

Die Rahmenbedingungen sind landesgesetzlich geregelt und die Finanzierung erfolgt aus kommunalen bzw. aus Landesmitteln. Dies führt zu einer je nach Bundesland heterogenen Angebotslandschaft, die in einigen Bundesländern auch hoheitliche Aufgaben im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung beinhaltet. Dadurch steht eine – neutrale – kommunale (fach)ärztliche Instanz mit dem Auftrag der Vermeidung von Unterbringungen bei gleichzeitiger Kompetenz zur Einschätzung der Voraussetzungen der Unterbringung zur Verfügung.

Nach Ansicht der DGPPN sollen in jedem Bundesland folgende Mindestvoraussetzungen erfüllt sein, damit SpDis sowohl in Bezug auf die Gewaltprävention im Rahmen psychischer Erkrankungen als auch in der Nachsorge nach gewalttätigen Übergriffen wirksam sein können:

- (Fach)ärztliche psychiatrische Expertise im multiprofessionellen Team
- Enge Einbindung und Abstimmung mit weiteren Angeboten der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung in einer Versorgungsregion
- Ausrichtung des Angebotes an Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sowie deren Angehörigen bzw. Netzwerken [17, 18]

Überlegungen zur Stärkung der SpDis

Bundeseinheitliche Normierung: Die aktuelle Ausgangslage für die rechtliche Verankerung des SpDi ist sehr heterogen: So sind SpDis in manchen Bundesländern als Teil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in den jeweiligen Landesgesundheitsdienstgesetzen und zeitgleich in den PsychK(H)Gs verankert. In anderen Bundesländern sind sie nur in dem entsprechenden PsychK(H)G, aber mit organisatorischer Zuordnung zum ÖGD oder in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege verortet. Dies bedingt, dass die Aufgaben und Strukturen sich zum Teil deutlich unterscheiden. Da die SpDis eine wichtige Rolle in der Vor- und Nachsorge wie auch Begleitung von psychisch kranken Menschen übernehmen sollten, spricht sich die DGPPN dafür aus, dass SpDis in ganz Deutschland organisatorisch eng mit den sonstigen Angeboten der unteren Gesundheitsbehörden abgestimmt wirken. Dies könnte auch durch eine Normierung der SpDis in den entsprechenden Gesundheitsdienstgesetzen erfolgen. Dadurch könnten diese von einer strategischen Entwicklung des ÖGD profitieren.

Darüber hinaus sollte aus Sicht der DGPPN den SpDis ermöglicht werden, im Rahmen der Subsidiarität in besonderen Einzelfällen ansonsten schwer erreichbare Menschen zu behandeln (marginalisierte Personengruppen, Menschen ohne Krankenversicherung, obdachlose Menschen etc.).

Dies sollte im Rahmen des gemeindepsychiatrischen Verbundes erfolgen und eng mit den ambulanten Versorgungsangeboten nach SGB V abgestimmt sein.

Personalgewinnung: Die DGPPN stellt fest, dass es in den letzten Jahren gerade im fachärztlichen Bereich aufgrund des unterschiedlichen Tarifgefüges zwischen Kliniken und dem ÖGD in Zeiten des Fachkräftemangels noch schwerer wurde, geeignetes Fachpersonal zu halten bzw. zu finden. Um die wichtigen Aufgaben adäquat erfüllen zu können, bedarf es aus Sicht der DGPPN gemeinsamer Anstrengungen der Länder und Kommunen, entweder einen gesonderten Tarifvertrag – angelehnt an den Marburger Bund – für ärztliches Personal abzuschließen und/oder Arbeitsbedingungen zu schaffen, die geeignet sind, ärztlichen Nachwuchs in den ÖGD zu bringen und dort personell zu entwickeln. Ein wesentliches Element sieht die DGPPN hier in der Einführung einer Medizinstudienplatzquote für den ÖGD, wie sie bereits in vier Bundesländern praktiziert wird. Darüber hinaus sollte es in allen Gesundheitsämtern die Möglichkeit geben, ein Wahlpflicht-Tertial des Praktischen Jahres des Medizinstudiums im ÖGD zu absolvieren, wenn dieses auch einen Abschnitt im SpDi beinhaltet. Die Länder sollten dies gegenüber den Universitäten, Landesprüfungsämtern und Gesundheitsämtern unterstützen. Ferner sollten die qualifizierten Fachärztinnen und -ärzte der SpDis dahingehend unterstützt werden, die Weiterbildungsermächtigungen für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie zu erwerben, um die SpDis für Nachwuchskräfte bekannter und attraktiver zu machen. Ein möglicher Ansatz könnte hier ggf. in Rotationsmodellen mit in der Niederlassung angestellten, mit in der Klinik tätigen Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung und mit in der forensischen Psychiatrie angestellten Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung liegen. Voraussetzung dafür ist, dass auch in den SpDis ausreichend Weiterbildungs(rotations)stellen zur Verfügung stehen.

Schließlich könnte die oben genannte Möglichkeit der Behandlung in besonderen Einzelfällen zur Attraktivität des Berufsbildes beitragen.

Die Bundesländer sollten darüber hinaus den Personalplan in den SpDis, orientiert an den Kenngrößen des Netzwerkes Sozialpsychiatrischer Dienste, anpassen [19].

In einem multiprofessionell agierenden SpDi gilt dies explizit auch für die anderen beteiligten Berufsgruppen, u.a. die Sozialarbeitenden und Psychologinnen und Psychologen. Ebenfalls wäre es nach Meinung der DGPPN wünschenswert, wenn im Zuge der Akademisierung der Pflege auch Einsatzbereiche für Community (Mental) Health Nurses geschaffen würden. Grundsätzlich empfiehlt die DGPPN, dass die Aufgaben der SpDis in den Studien- und Ausbildungsinhalten für Medizin, Psychologie, Psychotherapie, sozialer Arbeit und Pflege angemessen berücksichtigt werden und dass die SpDis befähigt werden, Praktika sowie Teile der Aus- und Weiterbildung in diesen Berufsfeldern anzubieten.

Teilhabe und verbindliche Verantwortungsgemeinschaft

Vor allem Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen werden oft aufgrund der damit einhergehenden psychischen Behinderung in ihrer Teilhabe eingeschränkt. Dies kann sich z.B. durch reduziertes Hilfesuchverhalten und/oder durch damit einhergehende Isolation und Stigmatisierung negativ auf potenziell gewalttätiges Verhalten auswirken. Umgekehrt bedeutet dies, dass es verbindlicher ineinandergreifender Strukturen jenseits des SGB V bedarf, welche den psychisch kranken Menschen in der Teilhabe unterstützen. Ebenso umfasst dies in einer Versorgungsregion (Ebene: Landkreise und kreisfreie Städte) neben den SGB-V-Angeboten mindestens die Angebote des SGB IX, weitere niedrigschwellige psychosoziale Beratungsangebote, die Wohnungs- und Obdachlosenhilfe sowie den SpDi als Verantwortungsgemeinschaft, die dialogisch (d.h. mit Angehörigen und Betroffenen) arbeitet.

Die DGPPN empfiehlt, dass sich dieses gemeindepsychiatrische Netzwerk auf gesetzlicher Grundlage zu einem verbindlich-kooperativ gestalteten Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) zusammenschließt. Der GPV ist der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexen Hilfebedarfen in einer Versorgungsregion verpflichtet („Versorgungsverpflichtung“) mit einer gesetzlich verbindlich geregelten Aufgabenzuteilung. Die vertragliche Ausgestaltung muss dergestalt sein, dass neben den pflichtversorgenden Kliniken auch zwingend Angebote des SGB IX als Teil der Pflichtversorgung vorgehalten werden.

Da die oben genannten Strukturen allesamt die kommunale Daseinsvorsorge betreffen, muss die Finanzierung dieser Angebote vorrangig aus kommunalen bzw. Landesmitteln erfolgen. Eine Ausnahme bilden die Mischfinanzierung der unter Vorsorge genannten Angebote. Eine gute Versorgung kann nur gelingen, wenn die Angebote gut abgestimmt sind und vernetzt arbeiten. Gerade diese Netzwerkarbeit ist allerdings bislang für Vertreterinnen und Vertreter von Institutionen, die auf Grundlage der Sozialgesetzbücher (v.a. SGB V, SGB IX und SGB XII) tätig sind, wie auch von anderweitig finanzierten Einrichtungen (zuwendungsfinanzierte Angebote oder ÖGD) bislang oft nur unzureichend strukturell und finanziell abgebildet. Hier sollten entsprechende Anpassungen vorgenommen werden. Dies gilt auch für den notwendigen Einbezug von Patientenvertreterinnen und -vertretern sowie An- und Zugehörigen im Sinne eines strukturell implementierten und finanzierten Dialogs.

Fallkonferenzen

Fallkonferenzen können in besonderen Einzelfällen der Abstimmung und Planung des weiteren Vorgehens bei mutmaßlichem Fremdgefährdungspotenzial dienen. Sie sollten auf fachärztliche Anregung eingerichtet und Schweigepflicht- und DSGVO-konform unter Einbezug der behandelnden (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzte, des zuständigen SpDi, des für Unterbringungen zuständigen Gerichtes und der Sicherheitsbehörden abgehalten werden. Dabei sollte immer die betroffene Person und – sofern verfügbar – deren gesetzliche Betreuung sowie ggf. auch eine Person aus dem An- und Zugehörigenkreis mit einbezogen werden. Bei Bedarf sollten noch weitere Institutionen, wie z.B. Einrichtungen der Obdachlosenhilfe oder des SGB IX hinzugezogen werden können. Die Koordinierung und Moderation darf nicht durch die Sicherheitsbehörden erfolgen und soll je nach landesspezifischen Gegebenheiten vorgegeben werden (z.B. SpDi).

Die DGPPN empfiehlt darüber hinaus die gesetzliche Normierung von hochschwelligen, anlassbezogenen Fallkonferenzen, an der neben den psychiatrisch behandelnden (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzten, Sicherheitsbehörden sowie Vertretende des für eine Unterbringung zuständigen Gerichts und der zuständige SpDi beteiligt sein sollen.

III Öffentlich-rechtliche Unterbringung

Die folgenden Empfehlungen der DGPPN betreffen vor allem die folgenden Aspekte des Prozesses der öffentlich-rechtlichen Unterbringung:

- Voraussetzungen und Zweck der Unterbringung
- Regelungen zur Weitergabe von Informationen bei Beurlaubung, Beendigung oder Aussetzung der Unterbringung
- Weitere Regelungen der PsychK(H)Gs in Bezug auf die öffentlich-rechtliche Unterbringung

Die DGPPN möchte bei dieser Gelegenheit darauf hinweisen, dass die bereits vor zehn Jahren formulierten *Eckpunkte für die Regelung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern* vom 09. April 2015 [20] weiterhin uneingeschränkt Bestand haben und demnach auch leitend für die nachfolgenden Ausführungen sind. Dort heißt es: „Das Instrument der öffentlich-rechtlichen Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik, bzw. einer psychiatrischen Fachabteilung an einem Allgemeinkrankenhaus dient der Abwehr einer erheblichen und gegenwärtigen Selbst- und/oder Fremdgefährdung dann, wenn der oder die Betroffene aufgrund einer krankheitsbedingten Einschränkung der Fähigkeit zur freien Willensbildung die Gefährdung als solche nicht erkennen und vermeiden kann. Die öffentlich-rechtliche Unterbringung in einem psychiatrischen Akutkrankenhaus ist nur dann und nur so lange statthaft, als sie auch der Behandlung dient. Eine vorläufige Unterbringung bis zur Klärung der Frage, ob eine erfolgsversprechende Behandlung möglich ist, sollte befristet genehmigungsfähig sein.“

Unterbringungsvoraussetzungen

Die DGPPN empfiehlt, die Voraussetzungskriterien in drei Dimensionen zu definieren: A) Erkrankung und Behandelbarkeit, B) Selbstbestimmungsfähigkeit, C) Gefährdung (siehe Abbildung 3). Nur wenn alle nachfolgend näher ausgeführten Kriterien gleichzeitig zutreffen, wäre aus Sicht der DGPPN eine öffentlich-rechtliche Unterbringung zur Gefahrenabwehr statthaft.

- A) Eine psychische Erkrankung gemäß der gültigen internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten bzw. der dringende Verdacht auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung bis zur fachärztlichen Klärung muss vorliegen. Die gegenwärtig in Deutschland gültige Klassifikation der psychischen Krankheiten (einschließlich der Suchterkrankungen) findet sich im Kapitel F der ICD-10. Die DGPPN hält es für notwendig, dass unbestimmte Begriffe, wie z.B. die sukzessive Nennung von psychischer Störung und Erkrankung eindeutig und abschließend durch den Begriff der psychischen Erkrankung in Bezug auf die wissenschaftliche Klassifikation ersetzt werden, um Rechtsunsicherheiten und Interpretationsspielräume zu vermeiden. Ferner muss bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung gleichzeitig auch eine Behandelbarkeit der Erkrankung vorliegen, d.h. eine Möglichkeit gegeben sein, durch eine leitliniengerechte Behandlung die Erkrankung derart zu beeinflussen, dass die in C ausgeführte Gefährdung nicht mehr besteht.
- B) Die Selbstbestimmungsfähigkeit der Person muss krankheitsbedingt eingeschränkt sein. Unter Selbstbestimmungsfähigkeit wird das Vorhandensein von Informationsverständnis, Urteilsvermögen, Einsichtsfähigkeit, Ausdrucksfähigkeit der Entscheidung und Steuerungsfähigkeit des Verhaltens verstanden. Dieses normative Konzept ist eng verwandt mit den im Strafrecht verwendeten Begriffen der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit. Für detailliertere Ausführungen verweisen wir auf die ethische Stellungnahme der DGPPN zu *Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen* aus dem Jahr 2014 [21].

- C) 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, d.h. 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 des Patienten oder der Patientin ergeben, also z.B. einer akuten Intoxikation oder einer floriden psychotischen Symptomatik. Eine noch weiter gefasste Auslegung des Begriffs der gegenwärtigen Gefahr, z.B. auf die Auswirkungen möglicher künftiger Trinkrezidive oder auf mögliche/wahrscheinliche Exazerbationen der Symptomatik nach einem möglichen oder wahrscheinlichen Absetzen einer Medikation widerspricht aus Sicht der DGPPN dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und muss vermieden werden.

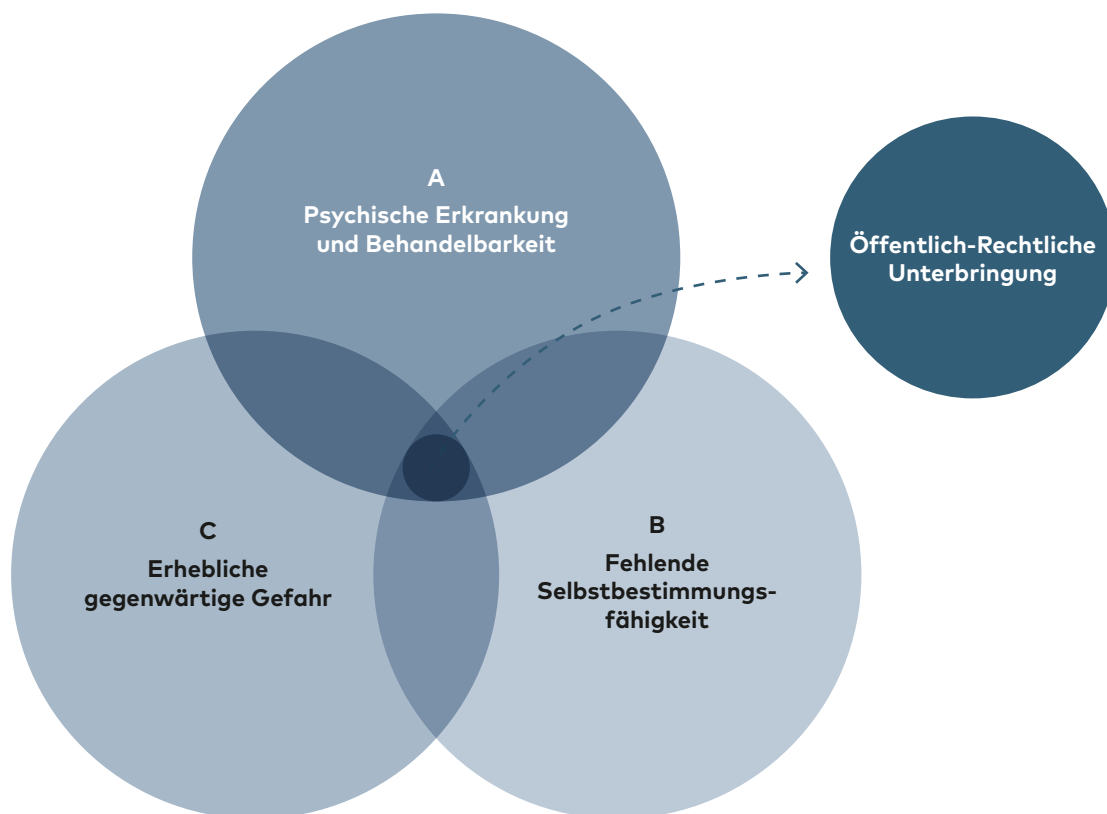


Abb. 3: Unterbringungsvoraussetzungen

Informationsweitergabe

Grundsätzlich sollten die untergebrachten Patientinnen und Patienten immer darüber aufgeklärt werden, dass eine Weitergabe von Informationen an Fachpersonal außerhalb der Klinik (z.B. nachbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, SpDi) für die weiterführende Behandlung und Begleitung sinnvoll ist. Entsprechend sollte versucht werden, hierfür die Zustimmung der Patientinnen und Patienten zu erhalten.

Unabhängig davon sieht die DGPPN die ärztliche Schweigepflicht als hohes vertrauensbildendes und therapieförderndes Gut. Sie darf ohne Zustimmung der Patientinnen und Patienten nur in besonderen legitimierten Einzelfällen und aus gebotenem Anlass gebrochen werden.

Die DGPPN nimmt in den aktuellen Sicherheitsdebatten, die außerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems geführt werden, wiederholt geäußerte weitreichende Informationswünsche seitens der Sicherheitsbehörden wahr, die der Schweigepflicht zuwiderlaufen. Zeitgleich erkennt die DGPPN an, dass eine strukturierte Weitergabe von Informationen an die am Unterbringungsprozess beteiligten Institutionen für den weiteren Therapieverlauf und zur Qualitätssicherung in bestimmten, klar definierten Konstellationen auch ohne Zustimmung der Patientinnen und Patienten zweckdienlich sein kann.

Vor diesem Hintergrund empfiehlt die DGPPN, zwischen Melderechten und Meldepflichten zu unterscheiden, die beide in den einschlägigen landesrechtlichen Regelungen normiert sein sollten. Die Verarbeitung der durch die Meldepflichten und Melderechte entstehenden Daten muss DSGVO-konform erfolgen und gesetzlich geregelt werden.

Eine **Meldepflicht** sollte nur für die Information bestehen, dass die Unterbringung ausgesetzt bzw. beendet wird, und auch nur dann, wenn eine Fremdgefährdung Grund der Unterbringung war. Die Meldepflicht gilt dann gegenüber den folgenden Institutionen:

- SpDi
- das für die Unterbringung zuständige Gericht
- sofern vorhanden: der/die gesetzliche Betreuer/Betreuerin
- der/die weiterbehandelnde Arzt/Ärztin

Wird nach fachärztlicher Einschätzung zum Zeitpunkt der Beurlaubung, Aussetzung oder Beendigung der Unterbringung weiterhin ein deutliches Risikopotenzial für künftige Gewalttaten gesehen – ohne dass eine gegenwärtige Gefahr vorliegt –, sollte ein **Melderecht** für Informationen bestehen, die Aspekte der zugrundeliegenden Erkrankung, deren Verlauf, Prognose und Gefahrenpotenzial beinhalten. Von diesem Melderecht kann die Klinik nach sorgfältiger ärztlicher Abwägung im begründeten Einzelfall Gebrauch machen, sobald eine Beurlaubung geplant ist oder eine Aussetzung bzw. Beendigung der Unterbringung in Aussicht steht. Da diese Informationen sensible medizinische Daten beinhalten, sollten diese nur Personen in Einrichtungen weitergegeben werden dürfen, die selbst der Schweigepflicht unterliegen und die nicht Mitarbeitende einer Sicherheitsbehörde sind. Diese sind:

- Mitarbeitende des für die betreffende Person zuständigen SpDi, die eine Funktion gemäß § 203 StGB (1) Ziffer 1 bzw. Ziffer 6 ausüben
- der/die weiterbehandelnde Arzt/Ärztin

Besteht nach fachärztlicher Einschätzung zum Zeitpunkt der Aussetzung oder Beendigung der Unterbringung weiterhin eine Fremdgefährdung fort, die zwar nicht momentan vorliegend, aber mit hoher Wahrscheinlichkeit jederzeit erwartbar und damit auch gegenwärtig ist, sollte ein Melde-recht für nicht-medizinische Informationen zum Gefahrenpotenzial der Person an die zuständigen Polizeibehörden gesetzlich normiert werden. Von diesem **Melderecht** kann die Klinik nach sorgfältiger ärztlicher Abwägung im begründeten Einzelfall Gebrauch machen.

Behandlung im Rahmen der Unterbringung

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.

Im Rahmen einer Unterbringung sollte grundsätzlich jede Behandlung mit Zustimmung des Patienten oder der Patientin erfolgen. Eine Behandlung gegen den natürlichen Willen des Patienten ist als *ultima ratio* und nur in engen Grenzen und – außer in Notfällen – mit richterlicher Genehmigung möglich.

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.

Belastungserprobungen und Beurlaubung

Belastungserprobungen und Beurlaubungen sind wichtige, bewährte und oft unabdingbare Mittel, um die Entlassfähigkeit zu prüfen und eine Entlassung vorzubereiten. Die Entscheidung erfordert eine detaillierte Kenntnis des individuellen Falls einschließlich des Verlaufs während der Unterbringung, um die erforderliche Stabilität des/der Betroffenen einschätzen zu können. Grundsätzlich erfolgt die öffentlich-rechtliche Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik zwingend aufgrund einer psychischen Erkrankung. Bei Entscheidungen zu Belastungserprobungen und Beurlaubung bedarf es ausschließlich der medizinisch-psychiatrischen Expertise in der entsprechenden Klinik, bzw. Fachabteilung.

Für Beurlaubungen/Belastungserprobungen befürwortet die DGPPN eine Meldepflicht gegenüber dem SpDi im Hinblick auf die Information, dass eine Beurlaubung bzw. Belastungserprobung bei einer wegen Fremdgefährdung untergebrachten Person stattfindet. Auch befürwortet die DGPPN ein ergänzendes Mitteilungsrecht an die Sicherheitsbehörden in Einzelfällen mit aus der Sicht der Klinik hohem Gefährdungspotenzial.

Standardisierte Instrumente zur Objektivierung eines Gewaltpotenzials

Psychometrische Einschätzungen können von den Behandelnden genutzt werden, um Risikofaktoren und Risikosituationen für gewalttätiges Verhalten strukturiert zu erfassen, sodass sie therapeutisch besser adressiert werden können.

Psychometrische Instrumente sind jedoch nicht als alleinige Grundlage für die Initiation gezielter Maßnahmen der Prävention geeignet. Die Entscheidung für oder gegen eine Entlassung darf nicht ausschließlich vom Ergebnis einer solchen psychometrischen Testung abhängig gemacht werden. Die Testung sollte vielmehr ein Baustein bei der kontextabhängigen fachärztlichen Gesamtschau der individuellen Risikobewertung sein.

IV Nachsorge

Das Entlassmanagement der Klinik, in der Patientinnen und Patienten öffentlich-rechtlich untergebracht sind, spielt eine wichtige Rolle in der Entwicklung und initialen Abstimmung der Nachsorgeangebote. Es sollte daher mit den Beteiligten früh in die Wege geleitet werden. Dabei ist es nicht ausreichend, ein Angebot zu machen und den Unterbringungsanlass zu besprechen; vielmehr sind für die Nachsorge eine ambulante Weiterbehandlung und die Möglichkeit regelmäßiger Kontakte mit dem Hilfesystem sicherzustellen. Je nach Verlauf der Unterbringung kommen bei der Nachsorge erneut die unter II. angeführten Angebote zum Tragen, so z.B. Beratung und Hilfen, ACT, Krisenintervention, SpDis, möglicherweise dann jedoch mit einem anderen Fokus oder zusätzlichen Angeboten.

Die DGPPN empfiehlt, neben den Behandelnden auch den SpDis eine wichtige Rolle bei der Nachsorge zuzuweisen, insbesondere wenn es um die Abstimmung weiterer Angebote jenseits des SGB V geht.

Besonders wichtig ist es, dass die Patientinnen und Patienten bei der Entlassung einen sozialen Empfangsraum im Sinne einer Wohnung, die Möglichkeit von Arbeit und/oder Beschäftigung und – wo nötig – Hilfen zur Teilhabe haben. Dies schließt explizit Maßnahmen des *Supported Housing*, des *Supported Education* sowie des *Supported Employment* ein. Auch sollte – wo möglich – ein rehabilitatives Angebot gemacht werden [22].

Dies alles kann allerdings nur dann funktionieren, wenn es verbindliche gemeindepsychiatrische Verbunds- und Netzwerkstrukturen in einer Versorgungsregion gibt, die eine institutionalisierte Steuerungskompetenz beinhalten. Hierzu können beispielsweise die sogenannten Steuerungsgremien des Landes Berlin als Orientierung dienen, die auch in §10 (4) des dortigen PsychKG normiert sind. Dort werden Patientinnen und Patienten in einer Versorgungsregion unter Moderation einer bezirklichen Psychiatriekoordinatorin oder eines bezirklichen Psychiatriekoordinators und der Teilnahme von regionalen Versorgungsakteurinnen und -akteuren sowie des SpDi in bedarfsgerechte Versorgungsangebote gesteuert.

V Evaluation

Die DGPPN empfiehlt, die Auswirkung von Gesetzen bzw. Gesetzesänderungen auf die Versorgung und auf gewalttätige Ereignisse im Rahmen von psychischen Erkrankungen regelmäßig (z. B. alle zwei Jahre) extern wissenschaftlich zu evaluieren. Dazu bedarf es der Entwicklung eines bundesweit anzuwendenden Indikatorensets zur Erhebung von Baseline-Daten vor Inkrafttreten von gesetzlichen Änderungen und der Erhebung von nachfolgenden Daten im Längsschnitt. Die Evaluationsergebnisse sollten als Grundlage dienen, Strukturen und Maßnahmen, die auch gesetzliche oder untergesetzliche Regelungen sein können, im Sinne des *Public Health Action Cycle* [23] (Abbildung 4) ggf. anzupassen. Darüber hinaus sollten die Ergebnisse auch im Rahmen der Fachöffentlichkeit diskutiert werden.

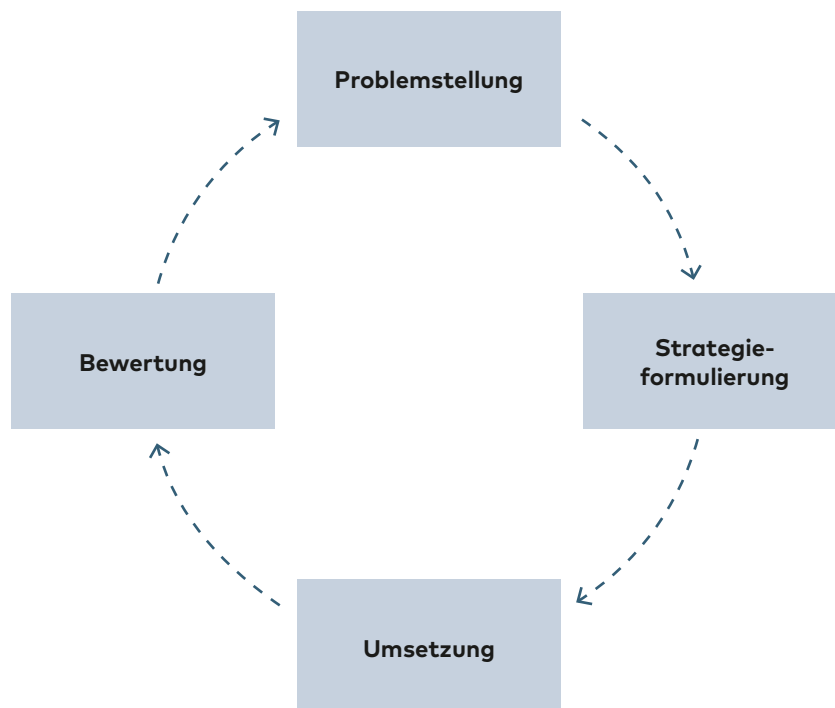


Abb. 4: Public Health Action Cycle [23]

Die Finanzierung einer solchen Evaluation soll aus Bundes-, bzw. Landesmitteln erfolgen und stellt als ein wesentliches Element einer Psychiatrieberichterstattung einen Teil der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder dar (*legal epidemiology* [24]).

Abschlussbemerkungen

Die DGPPN möchte abschließend betonen, dass sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Notwendigkeit sieht, die landesspezifischen Regelungen in den PsychK(H)Gs ausschließlich bezogen auf verschärfte Sicherheitsbedingungen zu ändern, wie es z.B. Ende 2025 im Bundesland Hessen erfolgte. Die DGPPN hat sich im Anschluss an diese Gesetzesänderung deutlich und kritisch dazu geäußert [25]. Sie erachtet aber eine Harmonisierung von Regelungen im Sinne der im vorliegenden Papier verfassten Grundsätze für sinnvoll.

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Expertise der DGPPN steht der Politik auch in Form von ehrenamtlich tätigen Länder-Trios in jedem Bundesland beratend zur Verfügung. Die Länder-Trios setzen sich aus je einer Vertreterin bzw. einem Vertreter aus dem stationären, ambulanten und universitären psychiatrischen Versorgungsbereich zusammen. Die DGPPN empfiehlt, bei konkreten, bundesland-spezifischen Fragestellungen auf diese Expertise zurückzugreifen.

Literatur

1. DGPPN (2025a): Prävention von Gewalttaten. Aggressives und gewalttätiges Verhalten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen: Wie hoch ist das Risiko und wie lässt es sich begrenzen?
https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/4a43e25e5cbdd478eabca991860146cdb4c501e5/DGPPN_Positionspapier_Pr%C3%A4vention%20von%20Gewalttaten_05022026_web.pdf
2. Deutscher Bundesrat (Beschluss vom 30.01.2026) Entschließung des Bundesrates: Menschen mit psychischen Erkrankungen schützen, Gefahrenpotenziale erkennen durch bundesweiten Austausch.
<https://dserver.bundestag.de/brd/2025/0717-25B.pdf>
(Zugegriffen: 20.02.2026)
3. Bundesverfassungsgericht (2011) 2 BvR 882/09.
https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Downloads/DE/2011/03/rs20110323_2bvr088209.pdf?__blob=publicationFile&v=1
(Zugegriffen: 23.01.2026)
4. Bundesverfassungsgericht (2011) 2 BvR 633/11.
https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2011/10/rs20111012_2bvr063311.html
(Zugegriffen: 23.02.2026)
5. Bundesgerichtshof (2012) XII ZB 99/12.
https://www.bundesgerichtshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bibliothek/Gesetzesmaterialien/17_wp/Betreuungsr_Einwilligung/xii_zb_99-12.pdf?jsessionid=ECF6197A9D8B1A7782D7F2BFDE2ECB0E.internet982?__blob=publicationFile&v=1
(Zugegriffen: 23.02.2026)
6. Bundesgerichtshof (2012) XII ZB 130/12.
https://www.bundesgerichtshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bibliothek/Gesetzesmaterialien/17_wp/Betreuungsr_Einwilligung/xii_zb_130-12.pdf?jsessionid=3A10AB218AF433EA7F7A681721046E11.internet981?__blob=publicationFile&v=1
(Zugegriffen: 23.02.2026)
7. Kirkbride J B et al. (2024) The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry* 23(1):58–90
8. Gutwinski S et al. (2021) The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med* 18(8):e1003750
9. Weightman A L et al. (2023) Exploring the effect of case management in homelessness per components: A systematic review of effectiveness and implementation, with meta-analysis and thematic synthesis. *Campbell Syst Rev* 19(2):e1329
10. Chen W et al. (2017) Pre-migration and post-migration factors associated with mental health in humanitarian migrants in Australia and the moderation effect of post-migration stressors: findings from the first wave data of the BNLA cohort stud. *Lancet Psychiatry* 4(3):218–229
11. DGPPN (2016): Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern.
https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/c03a6dbf7dcd0a77dbdf4ed3e50981431abe372/2016_03_22_DGPPN-Positionspapier_psychosoziale
12. DGPPN (2025b) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen.
https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/d6900df517a1958d5823990c44c44eaab09a80b4/038-0201_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2025-12.pdf
13. DGPPN (2025c) S3-Leitlinie Schizophrenie.
https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/a3691a191295cc21e79ca3dea76cf04303fdb29a/038-009m_S3_Schizophrenie_2025-10.pdf
14. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023) Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie („Psych-Fächer“): Reform und Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_8_Psych-Faecher.pdf
(Zugegriffen: 20.01.2026)
15. <https://www.berliner-krisendienst.de/>, <https://krisendienste.bayern/>
16. Der Sozialpsychiatrische Dienst – Lehrbuch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (2020) Die Aufgaben der SpDi.
https://akademie-oeffentliches-gesundheitswesen.github.io/SpDi/chapter_5.html
(Zugegriffen: 20.01.2026)
17. Sweet D et al. (2018) Personal well-being networks, social capital and severe mental illness: exploratory study. *Br J Psychiatry* 212(5):308–317
18. Henderson C et al. (2026) Social inclusion of people with severe mental illness: a review of current practices, evidence and unmet needs, and future directions. *World Psychiatry* 25(1):56–82
19. Albers M, Elgeti H, Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland (2018) Fachliche Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste.
<https://www.sozialpsychiatrische-dienste.de/kernaufgaben-leistungsstandards-personalbedarf>
(Zugegriffen: 20.01.2026)
20. DGPPN (2015): Eckpunkte für die Regelung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern.
https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/33864107d78401a1a4af2c858dde344a6fc5b920/2015-04-09_Eckpunkte%20der%20DGPPN%20Unterbringung_final.pdf

- 21.** DGPPN (2014): Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN.
https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/fdd86d68c78a92a09295cd02b6a9f0eb6488355f/2014-11-20_DGPPN-Stellungnahme_Ethik.pdf
- 22.** DGPPN (2018) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen.
https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/28165ed34c0c09d9e092cbfb138e6edcbcfcc277/S3-LL-PsychozTherapien_Langversion.pdf
(Zugegriffen: 20.01.2026)
- 23.** Rosenbrock R (1995). Public Health als soziale Innovation. Das Gesundheitswesen, 57(3), 140–144
- 24.** Pepin D A et al. (2024) A Narrative Review of Literature Examining Studies Researching the Impact of Law on Health and Economic Outcomes. J Public Health Mang Pract 30(1):12–35
- 25.** DGPPN (2025d) Hessen beschließt Änderung des PsychKHG | DGPPN sieht erhebliches Stigmatisierungspotenzial.
<https://www.dgppn.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-2025/hessen-beschliesst-aenderung-des-psychkhg-dgppn-sieht-erhebliches-stigmatisierungspotenzial.html>
(Zugegriffen: 20.01.2026)

DGPPN

Deutsche Gesellschaft für
Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und
Nervenheilkunde e.V.

Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 29
10117 Berlin
T 030 2404 772-0
F 030 2404 772-29
E sekretariat@dgppn.de

dgppn.de