

# **Behandlung und Begleitung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und in existentiellen seelischen Notlagen – Register, Datensammlungen und mehr Zwang sind keine Lösung**

**Katharina Ratzke**

## **Was wirkt gegen Gewalttaten im Kontext psychischer Erkrankungen?**

Nach den Anschlägen in verschiedenen deutschen Städten wurde über bekannte oder vermutete psychische Erkrankungen der mutmaßlichen Täter\*innen berichtet und diese als Erklärung für die furchtbaren Gewaltakte angeführt.

Es dauerte nicht lange bis im politischen Raum erste Rufe nach Registern für psychisch erkrankte Menschen oder die Weitergabe medizinischer Daten laut wurden. Wie es heißt, um Sicherheit zu schaffen. Die psychiatrische Fachwelt wie auch die Betroffenen und Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind sich einig: Die teilweise populistisch geführten Debatten und politischen Forderungen erhöhen die Sicherheit in keiner Weise. Stattdessen wird in Kauf genommen, Menschen mit psychischer Erkrankung einem Generalverdacht auszusetzen, sie auszugrenzen und unter Druck zu setzen. Viele sind erschüttert, wie schnell das Stigma psychischer Erkrankung als das Fremde, Nichtverstehbare und Gefährliche in die öffentlichen Diskussionen zurückgekehrt war.

Zahlreiche Verlautbarungen von Expert\*innen aus der psychiatrischen Szene verweisen einhellig auf folgende Positionen:

1. Die Gruppe der Menschen mit psychischer Erkrankung ist nicht gewalttätiger als andere;
2. sie werden sogar häufiger selbst Opfer von Gewalt;
3. eine psychiatrische Diagnose allein lässt nie Rückschlüsse auf eine mögliche Gefährlichkeit zu und
4. die Frage, wie die zahlenmäßig geringen Gewalttaten im Kontext psychischer Störungen wirksam verhindert oder reduziert werden können, erfordert differenzierte Analysen und umfassende Lösungsansätze.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) hat aktuell ein differenziertes Positionspapier vorgelegt, in dem zahlreiche Studien zum Thema „Aggressives und gewalttätiges Verhalten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen“ zusammengetragen und ausgewertet werden<sup>1</sup>. Hier wurde eine wichtige Grundlage geschaffen, um sachlich und faktenbasiert weitere Diskussionen zu führen und mögliche Gesetzgebungsprozesse verantwortlich zu gestalten.

Die Datenlage wird in dem Papier so zusammengefasst: „Die allermeisten Gewalttaten lassen sich nicht auf eine psychische Erkrankung zurückführen. Die weit überwiegende Mehrheit der mehr als 18 Millionen Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland ist nicht gewalttätig. Bei bestimmten psychischen Erkrankungen besteht ein statistisch

---

<sup>1</sup>[https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/1f667856be98bbe571b999d338a0fbc9ef506bdf/DGPPN\\_Positionspapier\\_Pr%C3%A4vention%20von%20Gewalttaten\\_07072025\\_web.pdf](https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/1f667856be98bbe571b999d338a0fbc9ef506bdf/DGPPN_Positionspapier_Pr%C3%A4vention%20von%20Gewalttaten_07072025_web.pdf)

erhöhtes Risiko, Gewalttaten zu begehen. Eindeutig gesichert ist dies für die Schizophrenie und andere Psychosen, Substanzkonsumstörungen (...) und schwere Persönlichkeitsstörungen. Aber: Die überwiegende Mehrheit der Menschen, die an diesen risikobehafteten Erkrankungen leiden, ist nicht gewalttätig. Allein aus einer psychiatrischen Diagnose kann niemals auf eine individuelle Gewaltbereitschaft geschlossen werden.... Das Risiko, dass ein Mensch mit psychischer Erkrankung gewalttätig wird, ist fast immer das Resultat aus der Interaktion bestimmter Symptome der Erkrankung .... mit weiteren Belastungs- und Risikofaktoren für Aggressionen und Gewalttätigkeit. Darunter fallen junges Alter, männliches Geschlecht, Konsum von Drogen oder Alkohol, eine Sozialisation mit Vernachlässigung und Gewalterfahrungen, soziale Isolation, Armut und Wohnungslosigkeit.“ (S. 4)

Die DGPPN zieht folgendes Fazit: „Die beste Maßnahme, um Gewalttaten durch Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verhindern, ist deren konsequente Behandlung“.

Warum dies für manche Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen nicht oder nur schlecht gelingt, adressiert ein ungelöstes Problem in der psychiatrisch-psychozialen Versorgung. Wie erreichen und begleiten wir Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und oftmals auch in schwierigen sozialen Notlagen, die das Unterstützungssystem ablehnen oder ambivalent bezüglich der Inanspruchnahme sind? Die sich nicht als krank erleben und definieren und die gleichzeitig in ihrer Biografie durch selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten aufgefallen sind?

Die DGPPN empfiehlt zur Gewaltprävention die Intensivierung und Flexibilisierung auch aufsuchender psychiatrischer Behandlungsangebote insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, sozial marginalisierte Betroffene sowie geflüchtete Menschen, die keine oder nur rudimentäre psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen erhalten. Des Weiteren wird der Ausbau sozialpsychiatrischer Dienste gefordert.

Da soziale Ausgrenzung und ein unsicheres Wohnumfeld als Belastungsfaktoren das Risiko erhöhen, psychisch zu erkranken bzw. vorhandene Symptome zu verstärken, wird die Bedeutung auskömmlich finanzierter und bedarfsgerechter Leistungen der sozialen und beruflichen Teilhabe sowie einer sozialgesetzbuchübergreifenden Vernetzung beteiligter Leistungserbringer in gemeindepsychiatrischen Verbundstrukturen betont.

Darüber hinaus wird der Aufbau forensisch-psychiatrischer Fachstellen bei den Polizeibehörden nach Schweizer Modell als eine zu überprüfende Maßnahme ins Spiel gebracht sowie die konsequentere Nutzung bestehender gesetzlicher Möglichkeiten. Hier kritisiert die DGPPN die Praxis, eine Unterbringung in einem Krankenhaus nach (Teil-)Besserung einer akuten Symptomatik (zu) schnell zu beenden. Ferner kritisiert sie die ihrer Ansicht nach zu große Zurückhaltung gegenüber einer unfreiwilligen medikamentösen Behandlung im Rahmen einer Unterbringung bzw. plädiert dafür, diese zu überdenken.

Weitere Maßnahmen, die die DGPPN empfiehlt, sind die Intensivierung der Forschung sowie Maßnahmen, die zur Reduktion der allgemeinen Risikofaktoren für gewalttätiges Verhalten beitragen.

## **Verbände positionieren sich gegen Ausgrenzung und Stigmatisierung**

Die Diakonie Deutschland teilt die Kritik an der Debatte um „Gefährder“ und Register, die die Stigmatisierung und Ausgrenzung bestimmter Personengruppen – hier sind es Menschen mit psychischer Erkrankung – billigend in Kauf nimmt und so gesellschaftliche Spaltungen vorantreibt. Aus diesem Grund wurde das im Koalitionsvertrag angekündigte Vorhaben „zur Verhinderung weiterer Gewalttaten ... die frühzeitige Erkennung entsprechender Risikopotentiale bei Personen mit psychischen Auffälligkeiten sicher(zu)stellen“ deutlich zurückgewiesen. Der evangelische Fachverband für Teilhabe (BeB) hat ein Positionspapier verabschiedet, in dem er sich ebenfalls gegen ein Register und die Überwachung von Menschen mit psychischer Erkrankung und einer Ausweitung von Zwangsmaßnahmen<sup>4</sup> ausgesprochen hat.

Vor Beginn der Gesundheits- und Innenministerkonferenzen Mitte 2025 verabschiedeten die Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie eine Resolution im Rahmen ihrer gemeinsamen Fachtagung „50 Jahre Psychiatrie-Enquete“<sup>2</sup>. Die Resolution entstand unter dem Eindruck der andauernden Debatte um das „Gefährdungspotenzial“ von Menschen mit psychischen Erkrankungen und dem Handlungsdruck, der durch ordnungs- und sicherheitspolitische Wortmeldungen aufgebaut wird.

Die Resolution macht deutlich, dass schwere Gewalttaten von psychisch erkrankten Menschen nicht zugenommen haben; anders als die Berichterstattung darüber, insbesondere auch in den sozialen Medien. Es wird ebenfalls ausgeführt, dass psychisch erkrankte Menschen deutlich häufiger Opfer als Täter werden und dass vermutlich im Unterschied zu anderen Straftaten bei Menschen mit Psychosen eine existentielle Notlage die Entwicklung zu einer schweren Straftat begünstigen kann.

Die Umsetzung des Grundrechts auf Wohnen, aufsuchende, nachgehende und ggf. intensive (Krankenhaus-)Behandlung sowie die verbindliche Kooperation aller Leistungserbringer einer Region mit regionaler Pflichtversorgung in Gemeindepsychiatrischen Verbänden werden gefordert. Zum Funktionieren solcher Verbände gehöre auch eine verbindliche Kommunikation – im akuten Notfall auch mit Sicherheitskräften – aber nicht mit dem Ziel der Ausgrenzung und der Verschiebung von Verantwortung. Auch hier lautet das Fazit: Gefährder-Listen sichern niemanden. Die pauschale Weitergabe von Daten macht psychisch erkrankte Menschen zu Bürgern zweiter Klasse und erhöht die Stigmatisierung von bis zu einem Drittel der Bevölkerung. Es schreckt gerade die von Hilfe ab, die sie am dringendsten brauchen.

### **Positionen der Diakonie**

In den psychiatriepolitischen Forderungen und Empfehlungen der Diakonie Deutschland<sup>3</sup> finden sich Aussagen und Forderungen, die im Zusammenhang mit der Vermeidung von Gewalttaten im Kontext psychischer Erkrankungen ebenfalls diskutiert werden. Dies betrifft beispielsweise die Entstigmatisierung psychischer Krisen und Erkrankungen, Zugänge zu

---

<sup>2</sup> <https://www.diakonie.de/informieren/blog/katharina-ratzke/2024/50-jahre-psychiatrie-enquete>

<sup>3</sup> [https://www.diakonie.de/diakonie\\_de/user\\_upload/2025-03-04\\_DD\\_Infopapier\\_Psychiatriepolitische-Forderungen\\_b\\_frei\\_neu.pdf](https://www.diakonie.de/diakonie_de/user_upload/2025-03-04_DD_Infopapier_Psychiatriepolitische-Forderungen_b_frei_neu.pdf)

Hilfen niedrigschwellig zu erhalten bzw. zu gestalten und Behandlungsleistungen in ihrer Intensität, Dauer und vom Setting her so zu flexibilisieren, dass sie den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen entsprechen. Die Diakonie Deutschland sieht deutlich die Defizite bei der Umsetzung des BTHG und sich daraus ergebende Exklusionsrisiken insbesondere für einen Teil der Menschen mit seelischer Beeinträchtigung und fordert Nachjustierungen.

Die Begleitung und Unterstützung für sozial marginalisierte Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind zentral für das Selbstverständnis der Diakonie. Es ist daher unser Anliegen, die Weiterentwicklung des Versorgungssystems aus der Perspektive dieser Personengruppen und ausgehend von ihren Bedarfen und Interessen zu gestalten. Der Alltag psychisch erkrankter Menschen ist durch sich verschärfende Problemlagen wie Armut, hohe Erwerbslosigkeit und Wohnraummangel gekennzeichnet. Immer häufiger landen psychisch erkrankte Menschen auf der Straße oder in Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe. Sie leben ohne Hoffnung in Unterkünften für Geflüchtete, in der Forensik, im Strafvollzug oder verbleiben ohne Perspektiven mit hoher Konfliktualität in ihren Familien. Andere leben völlig isoliert und vereinsamt, während sich die psychischen Symptome weiter verschlimmern.

Um allen Menschen mit psychischen Erkrankungen unabhängig von Art, Dauer und Schwere ihrer Erkrankung eine auf sie zugeschnittene Behandlung und Unterstützung zu ermöglichen, sind Kooperation, Vernetzung und Steuerung wesentliche Voraussetzungen. Dies erfordert eine gemeinsame Versorgungsverantwortung durch Gemeindepsychiatrische Verbände und Leistungsträger, die ihrer Infrastrukturverantwortung gerecht werden, in dem sie dafür Sorge tragen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen bedarfsgerecht aufzubauen und auszustatten. Von einer solchen Verbindlichkeit und Verantwortung sind wir in vielen Regionen jedoch nach wie vor weit entfernt

### **Voraussetzungen für eine zwangsfreie Psychiatrie schaffen – dieser Auftrag bleibt**

Die Unantastbarkeit der Menschenwürde und das daraus abgeleitete Selbstbestimmungsrecht verpflichten alle Akteure, die Leistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen auf der Grundlage von Freiwilligkeit, Selbstbestimmung und Partizipation weiterzuentwickeln. Die WHO formuliert es so: „Das in der UN-BRK definierte Recht auf Gesundheit verlangt, dass die Regierungen Menschen mit Behinderungen Zugang zu hochwertigen psychiatrischen Diensten gewährleisten, die ihre Rechte und ihre Würde achten. Dies bedeutet, dass ein personenzentrierter, recovery-orientierter und menschenrechtsbasierter Ansatz umgesetzt werden muss und dass Dienste entwickelt und bereitgestellt werden müssen, welche die Menschen nutzen wollen, anstatt dazu gezwungen zu werden.... In diesem Sinne hängt das Recht auf Gesundheit im Kontext der psychiatrischen Versorgung von zentralen Menschenrechtsgrundsätzen ab, namentlich der Achtung der Rechtsfähigkeit, der Vermeidung von Zwangsmaßnahmen, der Partizipation, der Einbeziehung in die Gemeinschaft und dem Recovery-Ansatz“<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Leitlinien für eine gemeindenahe psychiatrische Versorgung – Förderung von personenzentrierten und rechtebasierten Ansätzen (Übersetzung aus der WHO Guidance on community mental health services 2021, pro mente sana)

Diese Grundsätze werden in der Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die entweder sich oder andere gefährden, und die Behandlung und Unterstützung ablehnen, besonders auf die Probe gestellt. Umso wichtiger ist es, diese Grundsätze nicht Preis zu geben. In der Diskussion um die Frage, wie Gewalttaten verhindert werden können, wird von der DGPPN die derzeitige Praxis kritisiert, dass Menschen, die in einem Krankenhaus nach PsychKHG untergebracht sind, nach (Teil-)Besserung einer akuten Symptomatik zu rasch entlassen werden. Gleichzeitig wird eine in Teilen zu große Zurückhaltung gegenüber einer unfreiwilligen medikamentösen Behandlung gesehen, die es ebenfalls zu überdenken gelte (s.o.). Andere Praktiker problematisieren, dass in der Gesetzgebung der letzten Jahre Aspekte der Selbstbestimmung und der Zwangsvermeidung zunehmend und einseitig (?) betont wurden, was die Abwägung von Verhältnismäßigkeit erschwere. Die „Natur“ psychischer Erkrankungen, ihre manchmal gravierenden Auswirkungen auf die innere Freiheit von Betroffenen, die existierenden Belastungen für An- und Zugehörige und das soziale Umfeld würden nicht ausreichend in Entscheidungen einbezogen.

Was ist zu tun? Einfache Lösungen sind nicht in Sicht, da die (Versorgungs-)Situation von vielen verschiedenen Faktoren abhängt, die miteinander in Wechselwirkungen stehen. Da sind beispielsweise Rahmenbedingungen wie die Ökonomisierung gesundheitlicher und sozialer Dienste, die die Umsetzung fachlicher Notwendigkeiten erschweren, der Fachkräftemangel oder fehlende notwendige Reformschritte. Es geht aber auch um notwendige, inhaltliche Weiterentwicklungen, um Sprache und unser Sprechen über seelisches Leiden sowie um Haltungen und Menschenbilder.

Als Diakonie sehen wir Menschen auch in ihrer Verletzlichkeit und in ihrem Angewiesensein auf andere. Selbstbestimmung und Abhängigkeit schließen sich in dieser Perspektive nicht aus. Die Frage ist, wie Beziehungen, in denen jemand zeitweilig oder auch langfristig von anderen abhängig ist und/oder auf ihre Fürsorge vertrauen (muss), gestaltet werden und wie Selbstbestimmung unter diesen Bedingungen ermöglicht und gelebt wird. Für unseren Kontext heißt dies, Zwangsmaßnahmen dürfen – wenn überhaupt – erst nach Ausschöpfung aller anderen möglichen, milderer Mittel und nach kontinuierlichem, dialogischem Ringen um ein gemeinsam getragenes Vorgehen als ultima ratio durchgeführt werden.

Freiheit und Selbstbestimmung zu betonen und sich für eine zwangsfreie Psychiatrie einzusetzen, ist nicht damit gleichzusetzen, keine Verantwortung zu übernehmen. Wenn Menschen, obwohl sie nach Ansicht Dritter noch behandlungsbedürftig sind, (zu früh) entlassen werden, stellen sich – bevor ggf. über weitere, medikamentöse Zwangsbehandlungen nachgedacht wird – Fragen danach, welche anderen Angebote die Klinik unterbreiten kann oder welche Arrangements der weiteren Begleitung mit anderen Trägern möglich sind. Es geht um Unterstützungsangebote, die von Betroffenen angenommen werden (können). Entlassungen von psychisch erkrankten Menschen in ein Nichts bzw. in Verelendung und existentielle Not sind genau so wenig zu akzeptieren wie Grundrechtseingriffe in der Psychiatrie aufgrund von fehlenden Ressourcen. Mangelhafter Gestaltungswille und fehlendes Engagement für eine gemeinsame Versorgungsverantwortung und für den Ausbau von alternativen Behandlungsmethoden, Settings und Konzepten in der Politik, bei Leistungsträgern und bei Leistungserbringern dürfen nicht dazu führen, Schritte hin zu einer zwangsfreien Psychiatrie zur Disposition zu stellen.

Sind diese Positionen naiv oder zu weit entfernt von der Praxis? Verkennen sie die „Natur“ psychischer Erkrankungen und negieren die Dramatik und das große Leid, das diese für Betroffenen und ihr Umfeld bedeuten können oder die Gefahr für andere?

Solange wir nicht an dem Punkt sind, dass unser Wissen über eine umfassende, gute und bedürfnisorientierte Behandlung und Unterstützung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Alltag umgesetzt wird, solange nicht alle möglichen, mildereren Mittel zur Vermeidung von Zwang zur Verfügung stehen und angewendet werden können, solange sollten wir Rufen nach mehr Zwangsmaßnahmen eine klare Absage erteilen.

## **Ausblick**

Wie begegnen wir der gegenwärtigen politischen und gesellschaftlichen Situation mit einem wachsenden migrationsfeindlichen Klima sowie abwertenden und stigmatisierenden Debatten und Tendenzen gegenüber vulnerablen und gleichzeitig marginalisierten Personengruppen? Wie begegnen wir Diskussionen, die die Errungenschaften des Sozialstaates zur Disposition stellen? Diese Tendenzen tragen mit dazu bei, dass einige (schwer) psychisch Erkrankte nicht mehr vom Unterstützungssystem erreicht werden bzw. wie Geflüchtete keinen Zugang zu ausreichender Behandlung erhalten. In Kombination mit den oben erwähnten psychosozialen Belastungsfaktoren führt dies in zugespitzten Krisen zu einem erhöhten Risiko, Zwangsmaßnahmen zu erleiden, um andere Menschen zu schützen.

Was ist dann der Auftrag der Psychiatrie? Diese Zusammenhänge und die sozialen Probleme und gesellschaftlichen Konflikte, die außerhalb der Psychiatrie liegen, aber psychisch erkrankte Menschen oft besonders (be-)treffen, müssen als solche benannt und adressiert werden. Gleichzeitig brauchen wir vor Ort regionale Verantwortungsgemeinschaften aller psychosozialen Akteur\*innen mit Stärkung der Selbstvertretung und der Betroffenen und unter Einbeziehung der Zivilgesellschaft. Diese Notwendigkeiten dürfen nicht (länger) Lippenbekenntnisse bleiben, da die Lösungen nur gemeinsam gelingen. Die Alternativen wären Rückschritte im Umgang mit psychischen Erkrankungen und seelischen Erschütterungen.

Für den Herbst sind Novellierungen der Psychisch-Kranken-(Hilfe)-Gesetze in verschiedenen Bundesländern geplant bzw. angekündigt, in denen die Kooperation von Sicherheitsbehörden mit dem gesundheitlichen Versorgungssystem auf eine rechtsichere Basis gestellt werden soll. Wie das gehen soll, scheint vielen Verantwortlichen selbst noch nicht klar zu sein. Welche Risiken und Stigmatisierungen mit einer pauschalen Datenweitergabe verbunden sind, ist weiter oben beschrieben.

Wenn die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Sicherheitsbehörden und dem psychiatrisch-psychosozialen Unterstützungssystem verbessert werden sollen, bedeutet dies zunächst mehr Schulungen für die Polizei im Umgang mit psychischen Erkrankungen. Auch sind für den akuten und konkreten Notfall verbindliche Kommunikationen zwischen dem Gesundheitssystem und Sicherheitsbehörden umzusetzen. Vorrang haben jedoch notwendige Reformen im Versorgungssystem und die Wahrung der Grundrechte.