

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Referat IV A1
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf

Ihr Kontakt: Sandra Postel
Abteilung: PBE
Telefon 0211 822089 610
E-Mail pbe@pflegekammer-nrw.de
Datum 07.04.2026

Per E-Mail an: psychiatrie@mags.nrw.de

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Neufassung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen (PsychKG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken für die Übermittlung des Gesetzesentwurfes zur Novellierung des PsychKG NRW. Wir beteiligen uns hiermit gerne an der Verbändeanhörung und übermitteln Ihnen die gemeinsame Stellungnahme. Grundlegend ist zu konstatieren, dass eine Novellierung des PsychKG NRW zu begrüßen ist.

Das neue PsychKG enthält einige Elemente für die Weiterentwicklung der Versorgung, die wir begrüßen. Gleichzeitig werden in vielerlei Hinsicht Sicherheitsanliegen aufgegriffen, auch im Hinblick auf vergangene Attentate und andere gewaltsame Vorfälle, bei denen die Täter*innen (neben anderem) eine psychische Erkrankung hatten. Diese intensive Ausrichtung auf Sicherheit ist an vielen Stellen nicht sachdienlich. Im Gegenteil: viele Ansätze im neuen PsychKG könnten die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen befördern, und die Erreichbarkeit von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen weiter gefährden. Wir lehnen einige der diesbezüglich formulierten Vorschläge ab, da sie weder zur Verbesserung der Sicherheit noch zur angemessenen Versorgung beitragen. Die gilt auch für die angedachte Meldepflichten an die Kreispolizeibehörden, die wir scharf ablehnen.

Die erwartbare Zunahme an Einweisungen durch die erweiterte Definition der Gefahreinschätzung sowie die Möglichkeit, die vorläufige Unterbringung auf einen zusätzlichen Tag gerichtlich zu veranlassen, werden nicht in der Kostenfolgeabschätzung des Gesetzesentwurfs dargestellt. Hier bitten wir um eine entsprechende Prüfung. Darüber hinaus weisen wir darauf hin, dass durch die zusätzlichen Meldewege eine Bürokratiesteigerung zu erwarten ist. Die Zuständigkeiten der verschiedenen Meldeanlässe sind teilweise unübersichtlich und ziehen komplexe Fragestellungen der Umsetzbarkeit in Hinblick auf Datenschutz, sichere Übertragungswege und Zuständigkeiten nach sich. Es ist davon auszugehen, dass sich auf der Datenlage eine höhere Transparenz einstellen wird, die zahlreichen Meldungen und Informationsflüsse aber aufgrund der massiven Unterfinanzierung des ambulanten Sektors und der damit verbundenen Unterpersonalisierung nicht in der Intensität bearbeitet werden können, wie es das Gesetz vorsieht. Es ist somit eine Scheinsicherheit aufgrund von zusätzlichen Datenflüssen zu erwarten aber keine wirkliche Verbesserung der Versorgungsstrukturen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

**Pflegekammer
Nordrhein-Westfalen:**
Sandra Postel (Präsidentin)

BfLK:
Armin Heck (Vorsitzender)

DFPP:
Dorothea Sauter (Präsidentin)

Seite 1 von 12

Pflegekammer Nordrhein-Westfalen

Alte Landstraße 104, 40489 Düsseldorf, T. 0211 822089 0, info@pflegekammer-nrw.de
Stadtparkasse Düsseldorf, BIC: DUSSEDDXXX, IBAN: DE88 3005 0110 1008 4574 81
www.pflegekammer-nrw.de

Gemeinsame Stellungnahme der Pflegekammer NRW mit den Verbänden DFPP und BfLK zum Entwurf eines Gesetzes zur Neufassung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen (PsychKG)

Düsseldorf, den 07.04.2026



Weitere zentrale Aussagen der Stellungnahme

- Wir unterstützen die Bestrebungen die Behandlung von psychisch erkrankten Personen zu verbessern. Explizit die Schaffung von sektorenübergreifenden wohnortnahen Versorgungsangeboten erachten wir als hoch relevant. Dabei sind ein sicheres Finanzierungssystem und ein Strukturaufbau gerade im ambulanten Sektor unerlässlich.
- Wir weisen darauf hin, dass psychiatrische Fachkliniken und Einrichtungen primär den Behandlungsauftrag haben. Sie sind keine reinen Sicherheitseinrichtungen, sondern Fachkliniken mit hochspezialisiertem pflegerisch-therapeutischem Personal. Ein gutes Zusammenarbeiten mit den Sicherheitsbehörden ist zu begrüßen – jedoch mit klaren Zuständigkeiten abhängig von den Kompetenzen.
- Die Regelungen in §18 müssen im interdisziplinären Diskurs finalisiert werden, um kompetenzgeleitete Zuständigkeiten abzuleiten und Versorgungsrealitäten abzubilden. Die Einschränkung der Umsetzung der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben gemäß §4 PflBG ist zu verhindern.
- Wir plädieren für die Etablierung eines Registers in dem alle Zwangsmaßnahmen auf Grundlage des PsychKG, des BGB und StGB (§32 & 34) erfasst werden. Dies ermöglicht Vergleichbarkeit, Forschung - und dadurch auch die Verbesserung von Versorgung. Das Zwangsregister in Baden-Württemberg könnte als Vorbild dienen, es bietet Transparenz zur Häufigkeit von Zwang, ohne den Datenschutz zu verletzen.

Zu den Paragraphen und Details des Gesetzentwurfs

§2 Grundsatz

Wir begrüßen die starke Rolle von Patientenverfügungen auch im PsychKG. In der Praxis zeigen sich jedoch zeitweise Unklarheiten in der Auslegung in Situationen der gegenwärtigen Gefahr und somit bei der Umsetzung von Zwangsmaßnahmen. Im PsychKG Baden-Württemberg ist dies im §20 Absatz 6 bereits so geregelt.

Somit ergibt sich die notwendige Änderung:

§ 2 Abs. 3: Eine Patientenverfügung von betroffenen Personen nach §1827 des Bürgerlichen Gesetzbuches ist zu beachten nicht jedoch in Fällen gegenwärtiger erheblicher Fremdgefährdung.

§3 Vorsorgende und nachsorgende Hilfen

Wir fordern die Aufnahme der pflegerischen ambulanten Leistungen als eigenständige gleichberechtigte relevante Versorgungsstruktur. Die ambulante psychiatrische Fachpflege befähigt Personen ganzheitlich ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Sie sind wohnortnahe Versorgungsstrukturen, die durch ihren hochprofessionellen Charakter zahlreiche Versorgungslücken schließen könnten. Durch ihre strukturelle Unterrepräsentation kommt es jedoch zu systemischen Lücken in der Versorgung und zahlreiche Personen bleiben unversorgt. Wir fordern die Stärkung der ambulanten psychiatrischen Pflegedienste damit sie in Zukunft eine prägnantere Rolle im Versorgungssystem einnehmen können und Versorgungslücken geschlossen werden.

Somit ergibt sich die notwendige Änderung:



- §2 (1) 1. betroffene Personen aller Altersstufen durch rechtzeitige, der Art der Erkrankung angemessene, möglichst wohnortnahe interprofessionelle psychiatrische und psychosoziale, medizinische und pflegerische Vorsorge- und Nachsorgemaßnahmen (...)
- §2 (1) 2. darauf hinzuwirken, dass zusammen mit der ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung psychosoziale und pflegerische Maßnahmen und Dienste in Anspruch genommen werden,(...)
- §2 (2) als 4. neu „die Vermittlung an ambulante psychiatrische Pflegedienste“

Der Paragraph macht in (4) zudem deutlich, dass die Träger der Hilfen darauf hinzuwirken haben, dass ambulante Dienste und Einrichtungen die stationäre Versorgung ergänzen sollen. Hier fordern wir die Einführung einer datenbasierten Versorgungsplanung für die jeweilige Gebietskörperschaft. Nur somit ist sichergestellt, dass der Bedarf der Bevölkerung erfasst und ihm durch entsprechende Versorgungsmodelle begegnet wird.

Somit ergibt sich folgende notwendige Änderung:

Die Träger der Hilfen wirken darauf hin, dass neben den stationären Angeboten insbesondere ambulante Dienste und Einrichtungen, die die stationäre Versorgung_in Anspruch genommen werden können. Dies soll auf Basis einer datenbasierten Versorgungsplanung durch den gemeindepsychiatrischen Verbund erfolgen.

§4 Durchführung der Hilfen

In Anbetracht des zunehmenden Fachkräftemangels fordern wir die Öffnung der Leitung von Hausbesuchen eines Sozialpsychiatrischen Dienstes (SPDI) auch für Community (Mental) Health Nurses. Diese Berufsgruppe ist durch ihre ausführliche akademische Ausbildung in der Lage komplexe Bedarfe von Bevölkerungsgruppen zu erfassen und komplexe Versorgungsprozesse von Individuen zu steuern und Ersteinschätzungen vorzunehmen.

Die Novellierung des PsychKG überträgt zahlreiche neue Aufgaben an die SPDIs. Diese sind nur zu gewährleisten, wenn eine multiprofessionelle Öffnung stattfindet und alle qualifizierten Professionen der Gesundheitsversorgung Verantwortung übernehmen dürfen.

§5 Zusammenarbeit

Ebenso wie in §3 fordern wir die Ergänzung der ambulanten psychiatrischen Pflegedienste als eigenständige gleichberechtigte relevante Versorgungsstruktur. Eine Subsummierung der zahlreichen Pflegefachpersonen unter 14. lehnen wir ab. Die Profession der Pflege nimmt eine zentrale Rolle im psychiatrischen Versorgungsprozess ein. Ohne diese Fachexpertise ist psychiatrische Versorgung nicht fachlich und bedarfsgerecht im notwendigen Maße umzusetzen.

§6 Gemeindepsychiatrische Verbünde (GPV)

Wir begrüßen die verpflichtende Einführung von GPVs. Eine strukturierte Versorgungsplanung ist die notwendige Grundlage für eine lückenlose bedarfsorientierte Behandlung. Wie in §3 angekündigt fordern wir die Einführung einer Versorgungsplanung und die Generierung von Versorgungsdaten. Die Praxis zeigt, dass der Versorgungsbedarf von Bevölkerungsgruppen nicht ausreichend erfasst wird, wodurch ihm nicht in ausreichender Form strukturell begegnet wird. Immer wieder werden massive Versorgungslücken wahrgenommen, welche einer lückenlosen Anschlussbehandlung im ambulanten



Bereich entgegenstehen. Die regelmäßige Evaluation und Entwicklung von Versorgungsnetzwerken kann nur auf Grundlage einer datengestützten Versorgungsplanung erfolgen. Darüber hinaus wollen wir darauf hinweisen, dass die Einbindung aller ambulanten Pflegedienste gerade in Hinblick auf die sektorenübergreifende Versorgung von hoher Relevanz ist, auch von Menschen mit Demenz. Es gilt daher alle regionalen relevanten Akteure im Vorfeld zu identifizieren und kontinuierlich einzubinden.

§7 Krisendienste

Wir begrüßen die Etablierung von Krisendiensten. Die aktuelle KANN-Regelung wird sich jedoch nicht auf die Versorgungsrealität auswirken, sodass wir die verbindliche Etablierung mit gesicherter Finanzierung fordern. Dabei müssen Zuständigkeiten und Befugnisse konsequent geregelt werden – was zum derzeitigen Stand ebenfalls nicht der Fall ist. Bei der Etablierung von Krisendiensten ist zudem auf eine interprofessionelle Besetzung zu achten. Es ist unerlässlich die größte Berufsgruppe im Gesundheitssystem vermehrt in Verantwortung im ambulanten Sektor zu bringen. Pflegefachpersonen mit Fachweiterbildung oder Studium stellen eine enorme Ressource für das psychiatrische Versorgungssystem dar. Sie sind in der Lage Krisen im ambulanten Sektor abzufangen, fachlich kompetent einzuschätzen und die notwendigen Maßnahmen einzuleiten.

§10 Unterbringung

Durch die Veränderungen in §10 erwarten wir eine Zunahme der Einweisungen in die Psychiatrien in NRW. Die gewählten Formulierungen eröffnen einen weiten Spielraum, um Gründe für die Unterbringung zu finden und zu rechtfertigen. Eine Unterbringung gegen den persönlichen Willen stellt eine massive Grundrechtsverletzung dar. Wir verstehen uns an dieser Stelle als Anwaltschaft für die Betroffenen. Es ist stets sicherzustellen, dass massive Grundrechtseinschränkungen nur im Notfall und im Grenzfall vorgenommen werden. International zeigt sich, dass ambulante Versorgungsstrukturen in der psychiatrischen Behandlung günstiger, effektiver und nachhaltiger sind. Hier zeigt sich in NRW ein großes Defizit. Es ist daher sicherzustellen, dass Akutstationen der Psychiatrien nicht zu Unterbringungsorten für die Sicherheitsbehörden umfunktioniert werden, sondern der Ort bleiben, an dem schwerkranke Personen einen sicheren Behandlungsort finden.

Die Meldung an die Kreispolizeibehörde, wie sie in §10(6) geregelt ist, lehnen wir aufs Schärfste ab. Sie ist mit einer Stigmatisierung verbunden und wird daher für viele Betroffene die Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen erschweren. Doch ausschließlich die Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, erhöht tatsächlich die Sicherheit für Dritte. Zudem sehen wir einen unendlichen Datenaufwand. Es gibt nicht absehbare Risiken, beispielsweise bezüglich der Gefahr des Missbrauchs der Meldungen oder hinsichtlich langfristiger Folgen. Die juristischen und sozialen Folgen für die Betroffenen sind nicht abschätzbar. Wir erkennen den Nutzen dieser Meldungen nicht. Viele Menschen, die sich im Rahmen von z.B. depressivem Wahn, dementieller Verkennung, akutem Delir oder florider Psychose aggressiv verhalten, bedauern dies, sobald die Klärung der Situation für sie verstehbar wird. Niemandem ist geholfen, wenn die Polizei zu solchen Sachverhalten Informationen erhält oder gar ermittelt, umgekehrt haben Polizeidienststellen und Kliniken enorm viel Aufwand; neben dem Schaden für die Betroffenen. Psychiatrisch Tätige melden auch heute schon relevante Sachverhalte im Rahmen von PeRisikoP, sie bringen instrumentelles aggressives Verhalten regelmäßig zur Anzeige, sie geben der Polizei erforderliche Informationen zu Gefährdern und Straftätern. Die bestehenden Regelungen reichen dafür aus.



Die erwartbare Zunahme an Einweisungen durch die erweiterte Definition der Gefahren einschätzung und die damit verbundenen Mehrkosten, werden nicht in der Kostenfolgeabschätzung des Gesetzesentwurfs dargestellt. Hier bitten wir um eine entsprechende Prüfung.

§13 sofortige Unterbringung

Die Neuregelung in §13(6), welche die Option eröffnet eine sofortige Unterbringung, um einen weiteren Tag zu verlängern, wenn das Gericht eine Notwendigkeit darin erkennt, lehnen wir ab. Dies ist ein massiver Eingriff in die therapeutische Autonomie und stellt zudem eine Erhöhung der Bürokratie dar. Die bisherige Praxis zeigt, dass auch kurzfristige Unterbringungen möglich sind, wenn das therapeutische Team eine Notwendigkeit für die Klärung des Sachverhaltes sieht.

Die erwartbare Zunahme der verlängerten sofortigen Unterbringung auf einen zusätzlichen Tag und die damit verbundenen Mehrkosten, werden nicht in der Kostenfolgeabschätzung des Gesetzesentwurfs dargestellt. Hier bitten wir um eine entsprechende Prüfung.

§15 Aufnahme, Eingangsuntersuchung und Erforderlichkeit der weiteren Unterbringung

In §15 (3) fordern wir die Ergänzung der unverzüglichen Erhebung des Pflegebedarfs. Hintergrund dieser Forderung ist die Tatsache, dass gemäß §4 Pflegeberufegesetz die Pflegeanamnese Ausgangspunkt für den Pflegeprozess ist, welcher wiederum zentraler Bestand der gesetzlich vorgeschriebenen Therapieplanung ist.

Darüber hinaus sehen wir die Notwendigkeit der interprofessionellen Beratung im Vorgriff auf die Fortführung der Unterbringung. Hintergrund ist die Tatsache, dass Pflegefachpersonen 24 Stunden die Patientenbeobachtung durchführen und somit relevante Erkenntnisse für die Entscheidungsfindung beisteuern können.

Somit ergibt sich die notwendige Änderung:

(3) Nach der Aufnahme sind die untergebrachten Personen unverzüglich ärztlich zu untersuchen und der individuelle Pflegebedarf ist festzustellen. Es ist sicherzustellen, dass die Erforderlichkeit der weiteren Unterbringung grundsätzlich täglich ärztlich überprüft, begründet und dokumentiert wird. Die pflegerische Expertise ist in die ärztliche Entscheidung einzubeziehen.

§16 Behandlung

Der §16 regelt bisher ausschließlich die medizinische Behandlung. Dies entspricht nicht den fachlichen Standards und stellt keine bedarfsorientierte notwendige Behandlung dar. Es ist zwingend erforderlich, den Anspruch auf eine interprofessionelle Behandlung festzuschreiben, denn nur so ist sichergestellt, dass allen Professionen die gleiche Bedeutsamkeit zugeschrieben wird und eine stabile Versorgung gewährleistet wird. Pflegefachpersonen nehmen aufgrund ihrer Vorbehaltsaufgabe einen elementaren Bestandteil in der Behandlung ein. Es ist sicherzustellen, dass Patienten und Patientinnen auch einen gesetzlich legitimierten Anspruch darauf haben.

Somit ergibt sich die notwendige Änderung:

(1) Während der Unterbringung besteht ein Anspruch auf eine medizinisch, pflegerisch und therapeutisch notwendige und im Sinne dieses Gesetzes zulässige Behandlung. (...)



(2) Nach Aufnahme und erfolgter Anamnese ist mit den untergebrachten Personen zeitnah ein interprofessioneller individueller Behandlungsplan zu erstellen. (...)

§17 Behandlung ohne Einwilligung

Wir sehen die dringende Notwendigkeit der interprofessionellen Beratung im Vorgriff auf die Anordnung der Unterbringung. Hintergrund ist die Tatsache, dass Pflegefachpersonen 24 Stunden die Patientenbeobachtung durchführen und somit relevante Erkenntnisse für die Entscheidungsfindung beisteuern können.

§18 Besondere Sicherungsmaßnahmen

In §18 Abs. 6 S. 2 ist von „ständiger persönlicher Bezugsbegleitung“ die Rede. Dieser Begriff ist nicht definiert und findet im Fachdiskurs keine Verwendung. Wir empfehlen stattdessen von „Intensivbetreuung“, „Intensive Betreuung“ (für engmaschige Begleitung) bzw. von „1:1-Betreuung“ oder „Ständiger Intensivbetreuung“ (für ständige Begleitung) zu sprechen. „Intensivbetreuung“ ist ein in der Fachwelt etablierter Begriff der permanenten Ansprechbarkeit, der fortlaufenden bzw. in bedarfsgerechter Frequenz stattfindenden Kontaktaufnahme wie auch der permanenten Überwachung (vgl. DFPP, 2026, S. 7; DGPPN, 2018, S. 10).

Darüber hinaus weisen wir darauf hin, dass die derzeitigen Regelungen nicht im Einklang mit der Versorgungsrealität stehen und berufsrechtliche Herausforderungen mit sich bringen. Wir fordern daher **dringend diesen Sachverhalt in einem Austauschtermin noch vor der Gesetzesverabschiedung interdisziplinär (juristisch, medizinisch, pflegerisch, therapeutisch) zu beleuchten und zu klären. Ziel ist es die bestmögliche gesetzliche Regelung vorzunehmen.** Dieser Sachverhalt muss aber spätestens dann interdisziplinär geklärt werden, bevor ein neuer Erlass verabschiedet wird. Im Folgenden skizzieren wir die Herausforderungen, welche mit der derzeitigen Regelung einhergehen.

1. Die Möglichkeit des Einsatzes von Assistenzpersonal in der Durchführung der kontinuierlichen Intensivbetreuung erhöht das Risiko von Komplikationen und eines verlängerten Eingriffes in die Freiheit der Person und wird der Vulnerabilität der zu behandelnden Personen nicht gerecht. Es ist sicherzustellen, dass ausschließlich Fachpersonal diese hochkomplexen Aufgaben übernimmt – eine Involvierung des interprofessionellen Teams ist dabei unerlässlich. Die Intensivbetreuung stellt eine hochkomplexe Sicherheits- und damit einhergehend auch eine hochkomplexe Behandlungssituation dar. Diese Situation zeichnet sich durch einen hohen Personalaufwand, die medizinisch-pflegerischen Gesundheitsrisiken für Patient*innen und Fachpersonal sowie das benötigte hohe Fachwissen der Behandler*innen aus. Patient*innen, bei denen besondere Sicherungsmaßnahmen erfolgen, stellen die vulnerabelste und am stärksten erkrankte Personengruppe dar. Es bedarf daher einer qualitativ hochwertigen und ethisch reflektierten Behandlung und Betreuung. Dies ist nur durch Fachpersonal zu gewährleisten und aufgrund des hohen Personalbedarfs nur durch Beteiligung des interprofessionellen Teams sicherzustellen. Die derzeitige Erlasslage, welche die Ausführung des PsychKG konkretisiert, wird diesem Aspekt nicht gerecht. Durch den möglichen Einsatz von Assistenzpersonal werden die schwerkranken Patient*innen nicht mehr durch hochqualifiziertes Fachpersonal betreut. Auf einer somatischen Intensivstation wäre dies undenkbar. Wir fordern daher eine ebenbürtige Sensibilität und Fachlichkeit bei der Durchführung der besonderen Sicherungsmaßnahmen, denn auch hier



kann es um Leben und Tod gehen. Um die hohe Fachlichkeit der Betreuung in Zeiten von Personalmangel sicherstellen zu können, verstehen wir die Durchführung besonderer Sicherungsmaßnahmen als eine interprofessionelle Herausforderung. Derzeit scheint es so, dass die ärztlichen Kolleg*innen entscheiden sollen, welche Berufsgruppe die kontinuierliche Bezugsbegleitung durchführt. Insbesondere führt die Formulierung „ärztlich zu überwachen“ zu Unklarheiten hinsichtlich Zuständigkeit und Verantwortungszuordnung und suggeriert eine primär ärztliche Zuständigkeit. Dies entspricht nicht der Versorgungsrealität, in der die kontinuierliche Beobachtung, Einschätzung und Beziehungsarbeit durch Pflegefachpersonen erfolgt.

Ziel muss eine klare, praxisnahe und patientensichere Regelung sein, die die tatsächlichen Verantwortungsstrukturen abbildet und die pflegfachliche Steuerung im Rahmen des Pflegeprozesses berücksichtigt.

2. Die derzeitige Regelung verursacht zusätzliche Bürokratie, Doppeldokumentation sowie ein Spannungsfeld zwischen Landes- und Bundesgesetzgebung. Pflegefachpersonen müssen den Pflegeprozess gemäß der Vorbehaltsaufgaben in §4 PflBG auch bei Patient*innen in der Intensivbetreuung durchführen, wenn durch ärztliche Kolleg*innen die Durchführung der kontinuierlichen Intensivbetreuung an eine andere Berufsgruppe delegiert wurde. Dies begründet sich darin, dass Pflegefachpersonen immer die alleinige Verantwortung für den Pflegeprozess tragen, unabhängig davon, in welcher Situation sich Patient*innen befinden. Der Pflegeprozess von Intensivpatient*innen beinhaltet beispielsweise auch die Überwachung der Symptome, die Verhinderung der Entstehung von Wunden (z.B. durch Fixiergurte), die Überwachung der Vitalparameter sowie die Dokumentation von Absprachen und Gefährdungsaspekten. Übernimmt eine andere Berufsgruppe auf Basis ärztlicher Delegation die ständige Intensivbetreuung, müssen beide Berufsgruppen bspw. die Gefährdungsaspekte erfassen und dokumentieren. Dies geschieht, da beide Berufsgruppen für den jeweiligen Prozess entweder auf Grundlage des PflBG oder des PsychKG verantwortlich sind. Dies führt zu unnötiger bürokratischer Doppeldokumentation. Dies könnte bspw. verhindert werden, wenn die Ausgestaltung der Intensivbetreuung (also bspw. die oben genannten Aspekte) als Vorbehaltsaufgabe der Pflege gesetzlich im PsychKG verankert würde. Entscheidungen zur Gestaltung der Intensivbetreuung wären damit in der Hand der Berufsgruppe, die im klinischen Alltag die Krisen oder andere hochvulnerable Situationen in aller Regel einschätzt und (sofern möglich befähigend) begleitet. Die Pflegeprofession ist geschult und erfahren in der niedrigschwelligen und ggf. nonverbalen Kontaktaufnahme wie auch in der umfassenden (bio-psycho-sozialen) Wahrnehmung von Bedürfnissen oder Phänomenen. Pflegefachpersonen, die durch ihre ständige Präsenz auf Stationen eine professionelle Beziehung zu Patientinnen und Patienten aufbauen und über Expertise bspw. in den Bereichen der Resilienzförderung, der deeskalierenden Gesprächsführung und Suizidprävention verfügen, sind bestens qualifiziert zu entscheiden, wer die Bezugsbegleitung im Sinne der Patient*innen durchführen kann. Die ärztliche Letztverantwortung für Anordnung und Aufhebung der Intensivmaßnahme bliebe davon unberührt. Diese starke Veränderung des PsychKG gilt es zwingend interdisziplinär zu betrachten, um die daraus resultierenden Folgen für alle Beteiligten aus verschiedenen Perspektiven zu beleuchten.
3. Die Praxis zeigt, dass nur in sehr wenigen Fällen Ärzt*innen selbst diese Maßnahmen durchführen, steuern und evaluieren. Meistens sind es Pflegefachpersonen, welche einen fachlichen Hinweis an die ärztlichen Kolleg*innen zur Aufhebung der Sicherungsmaßnahme



geben. Dies geschieht, weil Pflegefachpersonen über die notwendige Expertise verfügen und die Patientenbeobachtung im Rahmen der kontinuierlichen Intensivbetreuung professionell durchführen. Ist kein Arzt/keine Ärztin verfügbar, verlängert sich der Eingriff in die persönliche Freiheit der Person aufgrund der fehlenden Befugnis für andere Berufsgruppen die Sicherungsmaßnahme nach intensiver fachlicher Einschätzung aufzuheben. Daher sollte es eine Option geben, dass Pflegefachpersonen oder andere Fachpersonen die Sicherungsmaßnahme eigenständig aufheben können, wenn nicht in kurzer Zeit ein/ eine Ärzt*in für die Begutachtung verfügbar ist. Diese Problematik besteht gerade in Randzeiten des Betriebs, in denen Ärzt*innen für die Betreuung mehrere Stationen zuständig sind.

4. Die Regelung der kontinuierlichen Vitalzeichenkontrolle führt zu Bürokratieaufwuchs ohne therapeutischen Nutzen. Daher plädieren wir dafür die kontinuierliche Vitalzeichenkontrolle in eine bedarfsgerechte Vitalzeichenkontrolle zu verändern. Grund dafür ist, dass es durch die kontinuierliche Vitalzeichenkontrolle gerade bei erregten Patienten und Patientinnen zu Konfrontationen kommt, welche vermeidbar wären. Es besteht die Gefahr, dass die therapeutische Beziehung gestört wird und dass sich Symptome wie Angst und Stress verstärken könnten. Es ist ein unverhältnismäßig großer Eingriff in die Privatsphäre der jeweiligen Person. Darüber hinaus erschwert es den Patienten und Patientinnen das zur Ruhe kommen. Die Beruhigung und die Regulation der gesicherten Patienten und Patientinnen ist jedoch zur Aufhebung der Sicherungsmaßnahme eine wesentliche Voraussetzung. Es ist unerlässlich regelmäßig zu kontrollieren, dass sich keine medizinischen Notfallsituationen durch die Sicherung ergeben. Eine regelmäßige Patientenbeobachtung und Einschätzung durch Fachpersonal in Form einer Kontaktaufnahme ist dabei ausreichend um Orientierung, Bewusstsein und Atmung zu kontrollieren und somit die Sicherheit der Person zu gewährleisten. Im Bedarfsfall erkennen Fachpersonen die Notwendigkeit der Vitalzeichenkontrolle und werden diese durchführen.

Ein erster Vorschlag für den interdisziplinären Austausch in dieser Sache wäre die folgende Änderung des §18:

§18 (3) Maßnahmen nach Absatz 1 sind:

1. den untergebrachten Personen vorher anzukündigen und zu begründen,
2. ärztlich anzuordnen und zu überwachen,
3. zu befristen sowie
4. durch den Arzt zu lockern oder aufzuheben, sobald die Voraussetzungen für ihre Anordnung entfallen. Die für die Intensivbetreuung zuständige Fachperson darf die Sicherungsmaßnahme lockern oder aufheben, wenn sich durch das Warten auf die ärztliche Entscheidung der Eingriff in die persönliche Freiheit unverhältnismäßig verlängern würde.

(...)

§18 (5) Die Intensivbetreuung der betroffenen Person darf nicht durch Einsatz technischer Mittel zur Anfertigung von Bildaufnahmen und Bildaufzeichnungen sowie zum Abhören und Aufzeichnen des gesprochenen Wortes vorgenommen werden. Sie darf ausschließlich durch den Einsatz von Personal erfolgen. Die personelle Besetzung der Intensivbetreuung ist



interprofessionell sicherzustellen. Die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben gemäß §4 PflBG bleiben von den Regelungen unberührt.

§18 (6) Maßnahmen nach Absatz 1 Nummer 4 haben getrennt von anderen Patientinnen und Patienten stattzufinden. Bei Maßnahmen nach Absatz 1 Nummer 2 und 4 ist eine Intensivbetreuung durch eine Fachperson aus dem interprofessionellen Behandlungsteam sicherzustellen, um eine engmaschige Kontaktaufnahme (Nummer 2) bzw. kontinuierliche Begleitung (Nummer 4) zu gewährleisten. Die durchgängige Beobachtung und die bedarfsgerechte engmaschige Kontrolle der Vitalfunktionen sind sicherzustellen. Nach Beendigung einer nicht nur kurzfristigen Fixierung oder einer Isolierung, die nicht richterlich angeordnet worden ist, sind die untergebrachten Personen über die Möglichkeit zu belehren, die Rechtmäßigkeit der durchgeführten Maßnahme gerichtlich überprüfen zu lassen.

§23 Beendigung der Unterbringung

Die neuen Regelungen in dem genannten Paragraphen lehnen wir ab. Hintergrund ist der enorme Bürokratieaufwuchs und die mit der Meldung verbundenen Stigmatisierung. Es ist davon auszugehen, dass Personen sich in der Behandlung nicht vollständig öffnen und somit ein therapeutischer Prozess nicht mehr gewährleistet ist, wenn Patienten und Patientinnen die Sorge haben müssen, dass Informationen an Behörden gemeldet werden. Darüber hinaus eröffnen sich zahlreiche Umsetzungsfragen hinsichtlich der Meldewege und Kommunikationskanälen.

§28 Kosten der Behandlung

Um der interprofessionellen Logik der Behandlung gerecht zu werden plädieren wir für die Ergänzung der pflegerischen Behandlung.

§29 Besuchskommissionen

Wir begrüßen die Aufnahme von Fachpflegepersonen in die Besuchskommission ausdrücklich! Die derzeitige Formulierung schließt jedoch weitere qualifizierte Fachpflegepersonen bspw. mit Bachelor- oder Masterabschlüssen in psychiatrischer Pflege aus und verringert somit den Personenkreis, welcher für die Besuchskommission erschlossen werden könnte. Zudem regelt die Hauptsatzung der Pflegekammer NRW die Veröffentlichung der Weiterbildungsordnung, sodass im Sinne der Lesbarkeit eine Streichung des Passus zur Veröffentlichung vorgenommen werden kann.

Somit ergibt sich die notwendige Änderung:

§29 5. einer Fachpflegeperson für psychische Gesundheit gemäß § 3 Absatz 1 der Weiterbildungsordnung der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen vom 24. Oktober 2023 in der jeweils geltenden Fassung, oder Pflegefachpersonen mit vergleichbarem oder höherem fachbezogenen



Abschluss die auf der Internetseite der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen veröffentlicht ist, soweit die Pflegekammer Nordrhein-Westfalen diese benannt hat.

Da durch die Einfügung die Lesbarkeit weiter erschwert wird plädieren wir für folgende Formulierung:

§29 5. einer auf dem Gebiet der Psychiatrie weitergebildeten Pflegefachperson, soweit die Pflegekammer Nordrhein-Westfalen diese benannt hat.

§31 Meldepflichten, Berichterstattung

Um einen vollständigen Überblick der vollzogenen Zwangsmaßnahmen zu erhalten ist die Erfassung der Zwangsmaßnahmen auf Grundlage des BGBs und StGBs (§32 & 34) ebenfalls in die Erfassungspflicht der Krankenhäuser aufzunehmen. Zusätzlich plädieren wir für die jährliche Berichterstattung und Beratung dieser Daten im Landesfachbeirat Psychiatrie des Land NRW. Hintergrund ist die massive Novellierung des PsychKG, auf deren Grundlage mit einer Zunahme an Zwangsmaßnahmen zu rechnen ist. Durch die Berichterstattung und Beratung im Landesfachbeirat ist gewährleistet, dass Erfahrungen aus der Praxis und Umsetzungsschwierigkeiten erfasst, missbräuchliche Nutzung von Zwangsmaßnahmen erkannt und durch Gesetzesnovellierungen behoben werden können. Somit ist ein Monitoring durch die Praxis sichergestellt und im Sinne der Patientensicherheit und der Wahrung der Menschenrechte sichergestellt.

§33 Datenschutz

In diesem Paragrafen sehen wir die Beeinflussung der ärztlichen und therapeutischen Schweigepflicht. Die Übermittlung von Gesundheitsdaten stellt einen massiven Eingriff in die Freiheit der Personen dar, der aufgrund einer vergleichsweise kleinen Personengruppe, sogenannte Extremfälle, für alle Patienten und Patientinnen in Kauf genommen wird. Wir erkennen die medizinische und therapeutische Schweigepflicht als ein sehr hohes Gut an, welches es unbedingt zu schützen gilt. Hinzu kommt die Tatsache, dass es erwiesen ist, dass sich Personen, wenn sie ihre Daten nicht mehr geschützt wissen, nicht oder nur mit großen Hemmungen in Behandlung begeben werden (vgl. DGPPN, 2025, S. 16-17). Es wird also zu einem verspäteten Behandlungsbeginn oder aber zu einer Behandlungsvermeidung führen. Es ist mit massiven Vertrauensproblemen zu rechnen, welche die Behandlung erschweren werden. Das konterkariert die Intention des Gesetzes eine verbesserte Versorgung zu erzielen. Wir plädieren daher für eine Verschärfung aller Paragrafen, welche die Meldung regeln, und die Einschränkung der Übermittlung nur in geprüften Einzelfällen, in denen kein milderer Maß gewählt werden kann. Ein Missbrauch der übermittelten Daten ist streng zu verhindern, weshalb die Menge der Daten ebenfalls so gering wie möglich gehalten werden sollte.



Literaturverzeichnis

Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP). (2026). *DFPP-Praxisempfehlung:*

Intensivbetreuung in der psychiatrischen Behandlung. Microsoft Word - DFPP-Praxisempfehlung-Intensivbetreuung-2026finalneu.docx

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

(DGPPN). (2018). *S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ (Kurzversion, AWMF-Register-Nr. 038-022).*

<https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/154528053e2d1464d9788c0b2d298ee4a9d1cca3/S3%20LL%20Verhinderung%20von%20Zwang%20LANG%20LITERATUR%20FINAL%2010.9.2018.pdf>

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

(DGPPN). (2025). *Positionspapier: 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/4a43e25e5cbbd478eabca991860146cdb4c501e5/DGPPN_Positionspapier_Pr%C3%A4vention%20von%20Gewalttaten_05022026_web.pdf