

16. September 2026

Stellungnahme

zum Gesetzentwurf der Landesregierung Nordrhein-Westfalen

Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen (PsychKG)

LT-Drs. 18/19690 Neudruck v. 03.06.2026

In dieser Stellungnahme werden in erster Linie grundsätzliche rechts- bzw. kriminalpolitische sowie weitere rechtliche Aspekte des vorliegenden Gesetzentwurfs für ein neues PsychKG NRW angesprochen. Die nachfolgenden Ausführungen beschränken sich dabei auf die Benennung und die Diskussion zentraler Punkte und auf Anregungen zur Prüfung aufgetauchter Fragen. Sie erheben nicht den Anspruch, der Tiefe und dem Umfang eines ausführlichen Rechtsgutachtens zu entsprechen.

1. Zur kriminalpräventiven Ausrichtung des Gesetzentwurfs

Anlass und Entstehungsgeschichte prägen offensichtlich und bemerkenswert auffällig den Inhalt des vorliegenden Gesetzentwurfs und die mitgelieferten Begründungen. Sowohl das sog. Eckpunktepapier des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) vom 02.10.2025¹ wie auch der Gesetzentwurf der Landesregierung eines neuen PsychKG NRW² begründen die Notwendigkeit für ein neues Gesetz mit der (bundesweiten) Zunahme von Gewalttaten durch Personen, die offensichtlich psychisch beeinträchtigt oder sogar psychisch erkrankt sind. Daraus werden zunächst zwei Schlüsse gezogen:

(1) Gegen Personen, von denen krankheitsbedingte Gewalttaten zu erwarten sind, die *möglicherweise* auf einer psychischen Störung oder Erkrankung beruhen, hat der Staat seine

¹ MAGS 2025.

² LT-Drs. 18/19690 Neudruck v. 03.06.2026

Schutzpflcht zu erfüllen. Er sieht sich zur Prävention gegen potenzielle Kriminalität durch polizei- bzw. ordnungsrechtliche Vorgaben verpflichtet. Diese Pflicht ist bereits in § 1 Abs. 1 PolG NRW normiert: "(1) Die Polizei hat die Aufgabe, Gefahren für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung abzuwehren (Gefahrenabwehr). Sie hat im Rahmen dieser Aufgabe Straftaten zu verhüten sowie vorbeugend zu bekämpfen und die erforderlichen Vorbereitungen für die Hilfeleistung und das Handeln in Gefahrenfällen zu treffen." In gleicher Weise formuliert auch das OBG NRW die Aufgaben der Ordnungsbehörden.

(2) Es ist aktuell offensichtlich von einer größeren Anzahl an Personen mit psychischen Auffälligkeiten auszugehen als bisher wahrgenommen.

Hintergrund und Ausgangspunkt der geplanten Gesetzesnovellierung in NRW ist, wie unter Punkt "A Problem" auf der Titelseite des Gesetzentwurfs und in der Begründung³ angemerkt, der Beschluss der 223. Sitzung der Innenministerkonferenz vom 11.-13.05.2025 in Bremerhaven. Darin wird unter "TOP 83: Integriertes Risikomanagement bei Menschen mit psychischen Erkrankungen" neben anderem festgehalten:

- "2. Sie [die IMK] hält es für erforderlich, ein zuverlässigeres und wirksameres System zur Früherkennung und Minimierung von Risiken bei Menschen mit psychischer Erkrankung zu etablieren. Relevante Erkenntnisse zu psychischen Erkrankungen müssen den zuständigen Behörden, ggf. auch der Polizei, zugänglich und ein Datenaustausch möglich gemacht werden."
- "5. Die IMK hält es darüber hinaus für erforderlich, die bestehenden rechtlichen Möglichkeiten insbesondere nach den Gesetzen der Länder über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) zu überprüfen und ggf. zu erweitern. Insbesondere ist zu prüfen, wie unterhalb einer – mit hohen rechtlichen Voraussetzungen versehenen – Unterbringung nach PsychKG zusätzliche Optionen, wie zum Beispiel eine verbindliche medizinische Überwachung oder auch die Verpflichtung zur Annahme von Therapieangeboten, rechtssicher verankert werden können."⁴

Diese Beschlüsse der IMK legen die Vermutung nahe, dass die Initiative für eine Novellierung des PsychKG auch in Nordrhein-Westfalen nicht – jedenfalls nicht in erster Linie – von Bemühungen um eine strukturelle Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) ausging, sondern auf eine kriminalpräventiv ausgerichtete Initiative des Innenministeriums zurückzuführen sein dürfte. Die Gewalttaten von Menschen mit psychischen Auffälligkeiten,

³ LT-Drs. 18/19690, 35.

⁴ Vgl. LT-Drs. 18/19690, 35.

eine richtungsweisende Umschreibung von Personen, die in anderen Kontexten und Äußerungen als "Gefährder" bezeichnet werden, dürften die vorliegende Gesetzgebung mit einer kriminalpolitischen Lösung der genannten Probleme in Gang gesetzt haben.

Die Kurzfassung dieses politischen Programms lässt sich so auf den Punkt bringen: Personen, von denen man vermutet, sie könnten mit Messern Gewalttaten verüben, wie auch solche mit (psychischen) Auffälligkeiten wie sonderbar erscheinendem, intolerablem oder herausforderndem Verhalten, sollen schneller als bisher in Freiheitsentzug genommen werden können und darin länger als durch eine konzentrierte stationäre Behandlung erforderlich, festgehalten werden. Für sie wird somit die Möglichkeit eines *Präventivgewahrsams* geschaffen. Dadurch soll – jetzt wieder neu im PsychKG NRW – zusätzlich auch der Schutz der Allgemeinheit⁵ gewährleistet werden. Als Institution dieses Gewahrsams wird die Psychiatrie bestimmt. Damit werden diese Personen zugleich "psychiatrisiert".

2. Gefährdung als psychiatrische Diagnose?

Im neuen und um signifikante Anwendungsbereiche erweiterten PsychKG NRW soll es vor allem und zielgerichtet darum gehen, "Gewalttaten von Menschen mit psychischen Auffälligkeiten" zu verhindern⁶. Dies erfordert offensichtlich zweierlei:

(1) Personen mit *psychischen Auffälligkeiten* und mit (behandlungsbedürftigen) psychischen Störungen müssen rechtzeitig als solche *erkannt* werden, und:

(2) Personen, auf die diese Merkmale – möglicherweise – zutreffen, müssen als potenzielle Gewalttäter, mindestens aber *als "Gefährder", identifiziert* werden.

Damit werden die staatlichen Handlungsbereiche *Kriminalprävention* und öffentliche psychiatrische *Gesundheitsfürsorge* und -behandlung deutlicher als bisher legislativ und organisatorisch zusammengeführt.

Damit stellt sich als erstes die Frage, wie gelangen die nach dem PsychKG zuständigen Behörden, insbesondere die Sozialpsychiatrischen Dienste, nicht zuletzt aber auch die Polizei,

⁵ Vgl. LT-Drs. 18/19690, 2, 37, und parallel hierzu den primären Zweck der Unterbringung nach Maßregelrecht in § 63 StGB. – Nach Lambert 2013, 12, diene bereits das Landesunterbringungsgesetz (LUG) NRW vom 16.10.1956 primär der Abwehr von psychisch Kranken ausgehenden Gefahren für die Allgemeinheit.

⁶ LT-Drs. 18/19690, 35, Ziff. 2.

an "relevante Hinweise zu psychisch bedingten Risikopotentialen"⁷ der Bürger und solcher Personen, die in § 10 Abs. 7 PsychKG NRW gesondert aufgeführt werden? Wird vom Gesetzgeber angenommen und erwartet, dass diesbezüglich künftig verstärkt Nachbarn, Mitbewohner und sonstige Bürger gleichsam als "Bürgerwacht", um nicht von "Denunzianten" zu sprechen, ihnen als potenzielle Gefährder erscheinende Personen melden⁸? Oder wird die Polizei mit der kriminalpolitischen Ausweitung des PsychKG NRW zu verstärkten Observationen auffällig erscheinender Bürger aufgefordert?

Nach § 10 Abs. 1 PsychKG NRW ordnet das Gericht die Unterbringung einer betroffenen Person an, wenn sie eine gegenwärtige und erhebliche Gefährdung verursacht. Nach Ziffer VII. des sog. Eckpunktepapiers⁹ soll die *Gegenwärtigkeit einer Gefährdung* "möglichst weit ausgelegt werden". Danach steht zu erwarten, dass in Zukunft mit einer größeren Zahl an Personen zu rechnen ist, die dem Gericht mit dem Ziel, eine Unterbringung anzuordnen, vorgestellt werden. Neben dem bisherigen "Kern" psychisch beeinträchtigter oder erkrankter Personen mit Selbst- oder Fremdgefährdungspotential ist deshalb damit zu rechnen, dass sich künftig gleichsam als "Beifang" vermehrt solche Personen vor dem Unterbringungsrichter wiederfinden, deren Verhalten an einer imaginären gesellschaftlichen Normalität gemessen zwar auffällig und ungewöhnlich erscheinen mag, die aber bisher keine psychiatrische Diagnose haben erkennen lassen.

Darüber hinaus steht damit einhergehend zu befürchten, die *Erheblichkeitsschwelle* für Einweisungen bzw. Unterbringungen in einem psychiatrischen Krankenhaus könnte signifikant abgesenkt werden¹⁰. Und hat der Gesetzgeber bedacht, ob solche Maßnahmen nicht dazu beitragen werden, die Angst von Bürgern vor unberechtigten Unterbringungen zu schüren? Andererseits können auch die Sozialpsychiatrischen Dienste in Rollenkonflikte geraten¹¹, wenn sie einerseits eine Vertrauensbasis zu Personen in Krisensituationen aufbauen wollen und gleichzeitig die möglicherweise erforderlich werdende und durch sie in Gang zu setzende freiheitsentziehende Unterbringung in den Blick nehmen müssen. Die Sozialpsychiatri-

⁷ LT-Drs. 18/19690, 1.

⁸ Ergänzend dazu: In der Anhörung zum PsychKHG im Hessischen Landtag, berichtete der Psychiater Schillen davon, "dass ihn schon heute Patienten fragten, ob er sie den Behörden melde", so Steppart 2026, und ergänzend: Es sei inzwischen auch "zu einer deutlichen Zunahme an Meldungen gekommen".

⁹ MAGS 2025.

¹⁰ Vgl. hierzu die jeweils eine rechtswidrige Unterbringung auslösenden lauten nachbarschaftlichen Auseinandersetzungen, VG Düsseldorf, R&P 2026, 119 ff., und die Verhaltensweisen einer weiblichen Person wie dem Einschließen und Rauchen auf einer Herrentoilette sowie ihrem "distanzlosen Verhalten" in Gestalt "aufdringlichen Hinterherlaufens", LG Frankfurt am Main, BtPrax 2026, 150 ff.

¹¹ Vgl. hierzu die Ausführungen in der 86. - öffentlichen - Sitzung des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung am 16.04.2026 im niedersächsischen Landtag in Hannover, S. 20 f.: "Es sollte gesetzlich klargestellt werden, dass eine angeordnete Unterbringung nur dann zulässig ist, wenn zuvor verfügbare und zumutbare Unterstützungsmaßnahmen geprüft wurden und nach fachlicher Bewertung keine geeignete Alternative besteht, um eine erhebliche, unmittelbar bevorstehende Gefahr abzuwenden. [...] Zudem bestehe die Gefahr eines Rollenkonflikts [...] Wenn Sozialpsychiatrische Dienste mehr als Schnittstelle für Gefahrenabwehr und Datenweitergabe wahrgenommen werden, dann leidet das Vertrauen der betroffenen Menschen in diese Institution."

schen Dienste müssen legislativ davor bewahrt werden, gleichsam als Hilfspolizei bzw. als polizeiliche Vollzugshelfer agieren zu müssen. Denn eine Entwicklung zu verstärkten Meldungen an Sicherheitsbehörden "könne dazu führen, dass das Hilfesystem weniger genutzt wird"¹².

Neben den Sozialpsychiatrischen Diensten und weiteren Gesundheitsbehörden wird künftig die Polizei ihren Blick verstärkt auf potenzielle Gefährder aufgrund einer zu vermutenden psychischen Beeinträchtigung oder Erkrankung richten (müssen). Anders als in Fällen einer vollendeten rechtswidrigen Tat, nach der strikt formalisierte strafprozess- und strafrechtliche Abläufe vorgegeben sind, und nach der sich die Frage der schuld mindernden oder ausschließenden Verursachung aufgrund psychischer Krankheit erst im Strafverfahren stellt und dort zu beantworten ist, sind *von der Polizei* vor einer Unterbringung nach dem PsychKG *prognostische Einschätzungen* vorzunehmen. Und diese sind nicht allein auf mögliche Rechtsgutsverletzungen bedeutender Rechtsgüter anderer Personen und eine wie auch immer vorgestellte Gefährdung der Allgemeinheit zu beziehen, sondern unmittelbar mit dem Verdacht bzw. der Prüfung verbunden, die vermutete Gefährdereigenschaft einer Person könnte ursächlich mit einer bei ihr vorliegenden psychischen Beeinträchtigung oder Erkrankung in Verbindung stehen. Die Polizei muss gleichsam auf nicht-fachlich qualifizierter Grundlage eine diagnostische Einschätzung vornehmen. Sie hat dabei auch zu berücksichtigen, dass aggressives und gewalttätiges Verhalten nicht immer aus psychischen Beeinträchtigungen oder Erkrankung hervorgehen¹³, sondern ihre Ursache auch in existenzieller Angst und Sorge haben können. Eine prekäre Wohnungs- und / oder Lebenssituation könnte in erheblichem Maße dazu beitragen. Die festzustellende Tatsachengrundlage ist daher in vielen Fällen durch eine hohe Ambivalenz einzelner Verhaltensumstände geprägt. An ihre Bewertung sind deshalb besonders hohe Anforderungen zu stellen.

Diese erweiterten Aufgabenzuweisungen an die Polizei im Rahmen des geplanten PsychKG NRW führen kriminalpolitisch und rechtlich in das *Vorfeld* strafrechtlicher Ermittlungen und Maßnahmen hinsichtlich von in ihren Konturen noch nicht absehbaren konkreten Gefahren für die Schutzgüter strafrechtlicher Normen. Den polizeirechtlichen Beobachtungs- und Überwachungsmaßnahmen sind hier jedoch enge Grenzen gezogen¹⁴. Dies gilt besonders

¹² Steppat 2026, mit Verweis auf Pollmächer.

¹³ In diesem Sinne hat der BGH NStZ-RR 2026, 273, die Unterbringung im Maßregelvollzug trotz krankheitsbedingter Änderungen des Normen- und Wertesystems eines Täters abgelehnt, da weitere drohende Delikte nicht die Erheblichkeitsschwelle überschreiten würden.

¹⁴ Siehe zum Verbot von heimlichen Überwachungsmaßnahmen: BVerfG, Urt. v. 01.10.2024 – 1 BvR 1160/19 (BKA-Gesetz II), Rz 108: "Eine Anknüpfung der Eingriffsschwelle an das Vorfeldstadium ist verfassungsrechtlich angesichts der Schwere des Eingriffs nicht hinnehmbar, wenn zu diesem Zeitpunkt nur relativ diffuse Anhaltspunkte für mögliche Rechtsgutsgefahren bestehen." – So auch BVerfG, Beschl. v. 14.11.2024 – 1 BvL 3/22 (PolG NRW), Rz 83. – Dazu ergänzend Gelinsky 2026: Laut Kingreen in der Verhandlung des BVerfG über erweiterte

dann, wenn der Polizei Informationen von Bürgern oder von Institutionen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung zugetragen werden, die den Kernbereich privater Lebensgestaltung und höchstvertrauliche Situationen berühren. Nach dem Bundesverfassungsgericht (BVerfG)¹⁵ hängt das Eingriffsgewicht einer Maßnahme davon ab, wie weitgehend die Persönlichkeit erfasst werden kann, ob besonders private Informationen erlangt werden können oder ob berechnete Vertraulichkeitserwartungen von Bürgern überwunden werden.

Um den notwendigen Grundrechtsschutz der Bürger vor den beobachtenden und ermittelnden Maßnahmen der Polizei zu gewährleisten, sind ihre Befugnisse zudem am Grundsatz der Bestimmtheit und Normenklarheit¹⁶ und damit an einer wirksamen Begrenzung zu messen¹⁷. Die Bürger müssen sich gerade im Blick auf möglicherweise psychisch auffällig erscheinendes Verhalten auf durch polizeiliche Beobachtung belastende Maßnahmen einstellen können¹⁸. Dazu bedarf es für das polizeiliche Handeln in diesem strafrechtlichen Vorfeld *Befugnisnormen*, die mit der Nennung von Tatbestandsmerkmalen oder -anhaltspunkten wenigstens *konkretisierte Gefahren* in den Blick nehmen. Die bloße Annahme, dass Personen bestimmte Straftaten "begehen wollen"¹⁹, reicht jedenfalls nicht hin. Sie müssen wenigstens den Schluss auf ein seiner Art nach konkretisiertes und zeitlich absehbares Geschehen zulassen²⁰. Ein erwarteter Schadenseintritt muss "verifizierbar unmittelbar bevorstehen"²¹. Auch wenn hierzu Anhaltspunkte formuliert werden, erlauben sie "im strengen Sinn längst noch keine Rückschlüsse auf Kausalitäten" oder eine irgendwie geartete Anrechenbarkeit von Gefährderverhalten²².

Dabei geht es auch um eine *prognostische Einschätzung*. In diesem Zusammenhang gibt das BVerfG zu bedenken, dass eine Prognose über die Zeit an Überzeugungskraft verliert²³. In gleiche Richtung weisen ebenfalls wiederholte Äußerungen des Bundesgerichtshofs

Befugnisse der bayerischen Polizei: "Niemand könne erklären, wofür man die vorverlagerte polizeiliche Eingriffsschwelle der drohenden Gefahr brauche".

¹⁵ BVerfG, Beschl. v. 14.11.2024 – 1 BvL 3/22 (PolG NRW), Rz 93.

¹⁶ BVerfG, Beschl. v. 14.11.2024 – 1 BvL 3/22 (PolG NRW), Rz 73.

¹⁷ Vgl. BVerfG, Beschl. v. 14.11.2024 – 1 BvL 3/22 (PolG NRW), Rz 92.

¹⁸ BVerfG, Ur. v. 01.10.2024 – 1 BvR 1160/19 (BKA-Gesetz II), Rz 94.

¹⁹ Nach OVG Münster, Ur. v. 17.10.2023 – 5 A 3548/20 = BeckRS 2023, 29516 stellt der polizeirechtliche Begriff der *gegenwärtigen Gefahr* im Vergleich zur einfachen (konkreten) Gefahr strengere Anforderungen an die zeitliche Nähe und den Wahrscheinlichkeitsgrad des Schadenseintritts. Er bedarf einer *zusätzlichen Qualifizierung*. Gegenwärtig ist eine Gefahr dann, wenn die Einwirkung des schädigenden Ereignisses *bereits begonnen hat* oder unmittelbar bzw. *in allernächster Zeit* mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit *bevorsteht*. Vgl. auch BVerwG, Ur. v. 26.02.1974 – IC3172 I C 31.72 –, BVerwGE 45, 51, juris, Rn. 32; OVG NRW, Ur. v. 12.12.2017, a. a. O., Rn. 27, und Beschl. v. 24.03.2021 – 5 B 1884/20 –, juris, Rn. 8.

²⁰ BVerfG, Beschl. v. 14.11.2024 – 1 BvL 3/22 (PolG NRW), Rz 101. – Nach Rupert 2026, 1645, stellen "lediglich unspezifisch vermutet tatgeneigte Personen noch nicht [...] eine derartige drohende Gefahr" dar.

²¹ Vgl. diesbezüglich die Ausführungen in der 86. - öffentlichen – Sitzung des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung am 16.04.2026 im niedersächsischen Landtag in Hannover, S. 14.

²² So Geyer 2026.

²³ Vgl. BVerfG, Ur. v. 01.10.2024 – 1 BvR 1160/19 (BKA-Gesetz II), LS 3. b.

(BGH)²⁴, wonach eine Person, die trotz ihrer psychischen Erkrankung lange Zeit strafrechtlich nicht in Erscheinung getreten ist, damit ein gewichtiges Indiz gegen die Wahrscheinlichkeit künftiger Begehung gefährlicher Straftaten liefert.

Allein die nicht näher konkretisierte Möglichkeit, dass jemand irgendwann in Zukunft Straftaten von erheblicher Bedeutung begehen will, wird dem *Bestimmtheitsgebot* nicht gerecht²⁵. Es kann nicht hingenommen werden, dass sich die Polizei die Grenzen der Freiheit des Bürgers selbst zurechtlegt. Sie ist nicht befugt, die Tatbestandsmerkmale kriminellen Verhaltens durch am Allgemeinverhalten der Bevölkerung gemessen psychisch abweichend bzw. auffällig erscheinende Verhaltensweisen oder gar psychiatrische Diagnosen zu ersetzen. *Gefährlichkeit* weist ggf. auf befürchtete Rechtsgutsverletzungen hin, kann aber *nicht* mit einer *psychiatrischen Diagnose* gleichgesetzt werden. Die Schaffung eingriffsbeschränkender Maßstäbe in dem hier in Rede stehenden Tätigkeitsfeld, vor allem hinsichtlich der geforderten Ausweitung der Annahme einer "gegenwärtigen Gefährdung", ist eindeutig und unzweifelhaft Aufgabe des Gesetzgebers²⁶. Er, der NRW-Gesetzgeber, steht in der Pflicht zu verhindern, dass die Polizei, hier das, was ihr das BVerfG hinsichtlich des Verfahrens zum Polizeigesetz NRW untersagte, in anderem Gewand, dem des geplanten PsychKG NRW, unter der Hand wieder ans Tageslicht bringt.

Anregung zur Prüfung:

Der NRW-Gesetzgeber sollte deshalb prüfen, wenn er das Aufgabenfeld der Polizei auf die Beobachtung auffälliger Verhaltensweisen auf möglicherweise potenziell kriminalrechtlich in Erscheinung tretende Bürger – auf "Gefährder" – erweitern will, ob dieser Bereich nicht nur im operativen Vollzugs polizeilicher Ermittlungen, sondern auch dann, wenn diesbezüglich freiheitseingreifende Maßnahmen vorgenommen werden (müssen), diese *getrennt von der psychiatrischen Gesundheitsversorgung* zu erfolgen haben. Auch in einem darauf bezogenen – separaten – Freiheitsentzug ist selbstverständlich das Angebot an psychiatrischer und sonstiger gesundheitlicher Versorgung zu gewährleisten.

3. Das PsychKG in Parallele zu Maßregelrecht und -vollzug

Die Unterbringung in der (psychiatrischen) Maßregel nach § 63 StGB dient dem Schutz der Allgemeinheit vor der Wiederholung der bereits strafrechtsrelevant hervorgetretenen Gefährlichkeit einer Person. Bei diesen Unterbringungen gilt es, befürchtete weitere rechtswidrige

²⁴ Vgl. BGH BeckRS 2020, 19970; BGH BeckRS 2020, 21346; BGH R&P 2025, 55 f.

²⁵ Vgl. BVerfG, Beschl. v. 14.11.2024 – 1 BvL 3/22 (PolG NRW), Rz 104 mwN.

²⁶ AaO., und ebenfalls mwN.

Taten auf "strafrechtlichem Niveau" zu verhindern²⁷. Eine hiermit strukturell vergleichbare Aufgabe²⁸ soll künftig das PsychKG NRW auf polizei- bzw. ordnungsrechtlichem Niveau erfüllen. Es soll Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung abwenden, den Schutz der Allgemeinheit und das Gemeinwohl und die Interessen der Bevölkerung als Ganzes, also das kollektive Wohl sowie die kollektive Sicherheit und Ordnung aller Menschen gewährleisten²⁹. Damit werden in der geplanten Neufassung des PsychKG NRW ebenfalls die Verhinderung von Straftaten als Erfüllung der staatlichen Schutzpflicht und der Gewährleistung der Sicherheit als hervorgehobene Ziele in gleicher Weise wie im Maßregelrecht normativ prioritär verankert. Das neue PsychKG NRW könnte damit auf den ersten Blick zu einem "Bürger-schutzgesetz"³⁰ mutieren.

In beiden Unterbringungsgesetzen stehen somit Schutzaspekte für die Öffentlichkeit und Sicherungsmaßnahmen gegenüber den betroffenen Personen mit Blick auf den jeweiligen Normzweck im Vordergrund der freiheitsentziehenden Maßnahmen, insbesondere der Unterbringung als Grundlage für weitere Eingriffe.

Für die psychiatrische Maßregel hat der BGH in ständiger Rechtsprechung die *Sicherung* als primären Zweck³¹ herausgestellt. Der Besserungsaspekt im Rahmen der Maßregelunterbringung ist erst im Rahmen der Strafrechtsreform des Jahres 1975 vor die Sicherung gerückt worden. Eine ähnliche Entwicklung nahm das PsychKG in NRW: Das erste PsychKG NRW im Jahr 1969 blieb noch polizeirechtlich geprägt. Es ging "weiterhin primär um Gefahrenabwehr", auch wenn in ihm zum ersten Mal eine ärztliche Heilbehandlung normiert wurde³². Und seit der Entscheidung des BVerfG zur umfassenden Geltung des Selbstbestimmungsrechts³³ in Behandlungsangelegenheiten im Jahr 2011 kommt nicht nur im Vollzug der Maßregel, sondern außer im vertraglichen Behandlungsrecht auch in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung nach dem PsychKG der *Selbstbestimmung in Behandlungsangelegenheiten* eine gegenüber einem ärztlichen Therapieversuch *hervorgehobene verfassungsrechtlich zu beachtende Stellung* zu³⁴. Die Wahrnehmung des Selbstbestimmungsrechts durch eine untergebrachte Person mindert aber nicht die staatlichen (polizeirechtlichen) Sicherungsver-

²⁷ Aus § 63 S. 1 StGB: "... daß von ihm [...] erhebliche rechtswidrige Taten [...] zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist."

²⁸ Zum gewollten Gleichlauf von Maßregelvollzug und Unterbringung nach dem PsychKG vgl. bereits NRW LT-Drs. 17/5011, 22 ff. am Beispiel des normativen Umgangs mit Fixierungen.

²⁹ Siehe die Begründung zu § 1 PsychKG NRW in: LT-Drs. 18/19690, 37.

³⁰ Diesen Begriff übernehme ich von Herrn Andreas Jung aus Hessen.

³¹ Vgl. BGH NStZ 1990, 122; BGH NStZ-RR 2016, 306: "nur die Belange der öffentlichen Sicherheit – nicht aber die Bemühungen um die Gesundheit des Patienten – können es rechtfertigen, einen Menschen auf unbestimmte Zeit einer Freiheitsentziehung zu unterwerfen" (vgl. LK-StGB-Schöck, 12. Aufl., 2008, § 63 Rn 1 mwN); BGH BeckRS 2016, 06144.

³² Vgl. Lamberz 2013, 12.

³³ BVerfGE 128, 282.

³⁴ Es kann deshalb nicht mehr pauschal von einem staatlichen Behandlungs-Auftrag gesprochen werden, außer bei der Erfüllung einer besonderen staatlichen Schutzpflicht.

pflichtungen ihr gegenüber, wenn und solange die untergebrachte Person in einem rechtlich und unter Verhältnismäßigkeitsgesichtspunkten hinnehmbarem Maße gefährlich ist.

Wenn in der Konsequenz dieser Intention damit im neuen PsychKG NRW die Sicherung durch längerfristig ermöglichten freiheitsentziehenden Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus in den Vordergrund treten soll, ist allerdings mit den gleichen *Unvereinbarkeiten* und *Divergenzen* wie im Maßregelvollzug zu rechnen:

- Das strafrechtliche *Vollstreckungsrecht* ist an den juristischen Kategorien von *Gefährlichkeit* und *Verhältnismäßigkeit* ausgerichtet. Ebenso das landesrechtliche Polizeirecht.
- Das *Vollzugsrecht* für die *Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus* orientiert sich dagegen in erster Linie an der ärztlich-psychiatrischen Einschätzung von *Behandlungsgesichtspunkten* und an *Behandlungsfortschritten* oder deren *Ausbleiben*, – ohne die Verhältnismäßigkeit als rechtliches Korrektiv der Unterbringungsdauer prognostisch beachten zu müssen.

Da diese Divergenzen – gerade im Maßregelvollzug des Landes NRW – im Vergleich mit den anderen Bundesländern zu überdurchschnittlich längeren Unterbringungsdauern führen (NRW: 2.652 Tage - Deutschland: 2.493 Tage), ist damit zu rechnen, dass dieser Effekt künftig erst recht auch bei Unterbringungen nach dem – neuen – PsychKG eintritt. Zusätzlich ist ein *Anstieg der Anzahl der Unterbringungen* zu erwarten: Diese Zahl betrug 2020 bereits 25.877 Personen³⁵; zu den damit auftretenden Platzproblemen siehe weiter unten.

Der Gesetzeszweck "Sicherung" des neuen PsychKG NRW überragt damit wertungsmäßig das Angebot zur Behandlung psychischer Erkrankungen, das, von der Ausnahme einer indizierten ärztlichen Zwangsmaßnahme abgesehen, am auch in der PsychKG-Unterbringung geltenden Selbstbestimmungsrecht³⁶ der untergebrachten Person in Behandlungsangelegenheiten seine Grenze findet. Damit nähert sich das jetzt geplante PsychKG nicht nur einem seiner frühen Vorläufer, dem "Landesunterbringungsgesetz (LUG)"³⁷ mit der Zulässig-

³⁵ Quelle: Tabellenanhang zum Bericht der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz 2023, Stand: 28.03.2023, S. 40. – Vgl. auch das Schreiben des MAGS NRW v. 27.08.2026 - Aktenzeichen IV B1 2026 – 0013080 an die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V., in dem parallel zu PsychKG-Unterbringungen mit einem steigenden Platzbedarf für Unterbringungen im Maßregelvollzug nach § 63 StGB gerechnet wird.

³⁶ Prägend und wegweisend herausgearbeitet am Beispiel der Behandlung im Maßregelvollzug durch BVerfGE 128, 282, vom 23.03.2011. - Siehe hierzu auch Staudinger-*Gutmann* 2021, Einleitung zu §§ 630a-h, Rz 17, der dieses Maßregelvollzugsurteil "als Durchbruch zu einem grundsätzlich antipaternalistischen Verständnis von Freiheitsgrundrechten" verstanden wissen will.

³⁷ In dem am 01.01.1957 in Kraft getretenen "Gesetz über die Unterbringung geisteskranker, geistesschwacher und suchtkranker Personen pp." [LUG] V. 16.10.1956, GVBl. NRW, 370, fanden sich erstmals auch gesonderte Regelungen für psychisch kranke Personen außerhalb des "klassischen" Polizei- und Ordnungsrechts. § 1 des LUG definierte den Begriff der "Unterbringung" in einem abgeschlossenen Teil einer Anstalt oder Einrichtung und

keit der Unterbringung geisteskranker, geistesschwacher und suchtkranker Personen wegen der von ihnen ausgehenden *Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung*. Sondern es tritt darüber hinaus zugleich in eine Parallele zum *Maßregelrecht* der *strafrechtlichen* Unterbringung nach § 63 StGB. Und diesem Anordnungsrecht folgend ebenfalls parallel zum landesrechtlichen *Maßregelvollzugsrecht*, in NRW zum "Strafrechtsbezogenen Unterbringungsgesetz (StrUG NRW)"³⁸.

Nach der bundesrechtlichen Maßregelrechtsreform des Jahres 2016 sind in vielen Fällen durch die Strafvollstreckungskammern Bewährungsaussetzungen und Erledigungen der Maßregelunterbringung aus Gründen der *Un-Verhältnismäßigkeit* der Unterbringungsdauer ausgesprochen worden. Und dies, obwohl von den Unterbringungseinrichtungen oder durch Sachverständige weiterhin Behandlungsbedarfe reklamiert oder eine immer noch anhaltende Unbehandelbarkeit angeführt wurden³⁹. Die Aufhebungen der Maßregelunterbringungen erfolgten letztlich deshalb, weil eine eventuell noch bestehende Gefährlichkeit nicht mehr mit einem Behandlungserfordernis oder mit einem defizitären Behandlungserfolg konnotiert werden konnte⁴⁰.

Das führt zu zwei Schlussfolgerungen:

- Eine medizinisch eingeschätzte und für ratsam oder gar erforderlich gehaltene Behandlung einer psychischen Erkrankung rechtfertigt für sich allein keinen am Erfordernis der Gefahrenabwehr zu messenden Freiheitseingriff.
- Schlimmer noch: Wenn Personen, deren Gefährlichkeitspotenzial keinen anhaltenden Freiheitseingriff mehr legitimiert, mit Argumenten einer erforderlichen Behandlung über den medizinischen "Behandlungsbedarf" hinaus weiterhin untergebracht bleiben, werden sie *rechtswidrig* in einem psychiatrischen Krankenhaus festgehalten, quasi "sicherungsverwahrt".

Hinsichtlich der vorgesehenen Novellierung des PsychKG NRW und den dann anzuwendenden neuen gesetzlichen Vorgaben kann dies zum Auftreten vergleichbarer Effekte der Verlängerung des Freiheitsentzugs führen. So kann nicht ausgeschlossen werden, dass da-

den dortigen Verbleib. § 2 LUG band die Zulässigkeit der Unterbringung geisteskranker, geistesschwacher und suchtkranker Personen an die von ihnen ausgehende Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung.

³⁸ GVBl. NRW 2021, 1494, idF vom 16.01.2026.

³⁹ Vgl. Hein/Querengässer/Schiffer 2022, 72, 79: "Es zeigte sich also, dass die neu definierten Gefährlichkeitsschwellen in der Novellierung zugunsten des Freiheitsrechts der Patienten »griffen« und die von den Kliniken und Gutachtern gesehene »Restgefährlichkeit« nun häufig »nicht mehr ausreichte«, um eine Fortdauer der Unterbringung nach sechs bzw. zehn Jahren juristisch zu rechtfertigen. Dies könnte auch Ausdruck dessen sein, dass Ärzte und Therapeuten im Gegensatz zu den Strafvollstreckungskammern nicht »nur« das Kriterium der »Ungefährlichkeit« im Auge haben, sondern immer auch den bestmöglichen Behandlungserfolg im Hinblick auf die psychische Erkrankung des Untergebrachten insgesamt."

⁴⁰ Vgl. Kammeier 2020, 169.

durch, dass einerseits eine größere Anzahl an Personen, "die in Behandlung gebracht werden", wie auch solcher, die künftig zur Vorbeugung einer "frühzeitigen Beendigung der Unterbringung" nach dem PsychKG NRW zur "präventiven Unterstützung der Inneren Sicherheit"⁴¹ länger in der Unterbringung festgehalten werden, im Kern also nicht behandlungs-, sondern *sicherungs*begründet im Freiheitsentzug verbleiben, also gewisse Zeiten einer – so betrachtet – rechtswidrigen Unterbringung hinnehmen müssen.

Anregung zur Prüfung:

Der NRW-Gesetzgeber sollte deshalb prüfen, ob es verfassungsrechtlich geboten und damit normativ erforderlich ist, bei den unter Sicherheitsaspekten für erforderlich gehaltenen *Dauern des Freiheitsentzug* in der PsychKG-Unterbringung zwischen krankheitsbedingten und primär sicherungsbedingten Anlässen und Gründen deutlicher zu unterscheiden als bisher im Gesetzentwurf erkennbar.

4. Zu geeigneten Unterbringungsplätzen und zu Vollzugsfragen

Wenn der mit dem Entwurf des PsychKG NRW gewünschte und beabsichtigte Effekt in den "Vordergrund"⁴² tritt, wonach mehr Personen als bisher "in Behandlung gebracht"⁴³ bzw. untergebracht und zahlreiche Personen länger⁴⁴ als bisher im Rahmen der PsychKG-Unterbringung festgehalten werden, stellt sich die Frage nach der *Anzahl* der hierfür zur Verfügung stehenden *Unterbringungsplätze*. Und dies in zweierlei Hinsicht.

Zum einen ist zu fragen, ob angesichts der zu erwartenden steigenden Zahl an unterzubringenden Personen und der ebenfalls zu erwartenden, weil beabsichtigten Verlängerung der Unterbringungsdauer, die in den Psychiatrischen Krankenhäusern und Fachabteilungen aktuell vorhandenen Plätze künftig ausreichen werden, oder ob *in diesen Einrichtungen* weitere Unterbringungsplätze zu schaffen sind.

Zum anderen gilt es zu prüfen, ob künftig tatsächlich alle in einem Psychiatrischen Krankenhaus untergebrachte Personen an dem für sie richtigen, d.h. *geeigneten* Ort untergebracht sind. Sind geschlossene Stationen in psychiatrischen Krankenhäusern oder Fachabteilungen, in denen sie sich evtl. gemeinsam mit dort auf freiwilliger Grundlage und zivilvertragsrechtlich befindlichen Personen in das Stationsarrangement einpassen müssen, die geeigne-

⁴¹ Vgl. MAGS, Eckpunktepapier v. 02.10.2025, I, S. 2.

⁴² Vgl. MAGS, Eckpunktepapier v. 02.10.2025, VIII., S. 4.

⁴³ Vgl. MAGS, Eckpunktepapier v. 02.10.2025, I., S. 2.

⁴⁴ Vgl. MAGS, Eckpunktepapier v. 02.10.2025, VII., S. 4; XI., S. 5.

ten Aufenthaltsorte für solche Personen, die überwiegend oder fast ausschließlich aus Gründen weiterhin angenommener Gefährlichkeit *sicherungsbedingt festgehaltenen* werden? Und umgekehrt: Ist den freiwillig bzw. zivilrechtlich dort befindlichen Personen sowie den Beschäftigten einer psychiatrischen Behandlungseinheit die gleichzeitige Anwesenheit solcher untergebrachten Personen zuzumuten, deren stationärer Aufenthalt überwiegend oder ausschließlich – nach dem vorliegenden Gesetzentwurf – nur noch mit dem Argument der Gefahrenabwehr legitimiert werden kann?

Anregung zur Prüfung:

Aus diesem Grund sollte das Land NRW prüfen und sich ggf. in die Pflicht nehmen, neue für diese Personen ihren Sicherungserfordernissen angepasste *separate Unterbringungsplätze* zu schaffen, in denen auf Wunsch dieser Personen auch eine (ggf. psychiatrische) Behandlung angeboten und vorgenommen werden kann. Sie könnten als neue, zusätzliche psychiatrische Krankenhausstationen oder in (neuartigen) Freiheitsentziehungseinrichtungen, etwa vergleichbar den Unterbringungseinrichtungen für Migranten (ZUE), unter ordnungs- bzw. polizeirechtlicher Ägide entstehen.

Zusätzlich ist die vorgelegte normative Struktur des PsychKG NRW-Entwurfs zu hinterfragen. Eine "gewisse Entspannung" der skizzierten stationären Unausgeglichenheiten könnte vorausgehend bzw. zusätzlich mit einer *normativen Trennung* bzw. einer deutlich sichtbaren Unterscheidung der Normkomplexe "Sicherung / Schutzgewährung" und "Angebote an multi-kontextueller psychiatrischer Behandlung" erreicht werden⁴⁵. Um diesem Ziel signifikant näher zu kommen, sollte ein neues PsychKG NRW in einen normativ durchstrukturierten Teil "*Unterbringung, Vollstreckung und Vollzug*" und in einen Teil "*Stationäre und außerstationäre Behandlung und Versorgung*" gegliedert werden. Für den ersten Teil könnten gleichsam als Orientierungshinweise strukturelle Aspekte dem Maßregel- und Maßregelvollzugsrecht entnommen werden. Der zweite Teil wäre durch Normen zum Behandlungs- und Rehabilitationsrecht (z.B. Eingliederungshilferecht nach SGB IX; Gemeindepsychiatrische Verbünde, Psychosoziale Dienste etc.) geprägt.

5. Wer hat welche Kosten für die Unterbringung zu tragen?

Nach geltendem wie nach vorgesehenem neuem Recht trägt die nach dem PsychKG NRW untergebrachte Person die Kosten der Unterbringung selbst, soweit nicht andere Personen oder Institutionen zur Zahlung verpflichtet sind, so § 27 Abs. 1 S. 1 PsychKG NRW. Soweit

⁴⁵ Vgl. hierzu bereits: Zinkler/von Peter 2019, 203 ff.; Kammeier 2019, 210 ff.

durch die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und im kontextuellen Zusammenhang mit der Behandlung einer psychischen Erkrankung, der Pflege und der Versorgung der *krankheitsbedingt stationär* untergebrachten Personen Aufwendungen entstehen, erscheint die diesbezügliche Regelung zur Tragung der Kostenlast weiterhin gerechtfertigt.

Nach der Neufassung des PsychKG NRW ist jedoch aufgrund des vorliegenden Gesetzentwurfs damit zu rechnen, dass es *einerseits* eine gewisse Zahl an Personen geben wird, die ärztlicherseits als behandlungsbedürftig (§ 1 Abs. 2) diagnostiziert werden, aber in Wahrnehmung ihres Selbstbestimmungsrechts eine *Behandlung ablehnen*.

Darüber hinaus wird es *andererseits* voraussichtlich künftig vermutlich eine gewisse Anzahl an untergebrachten Personen geben, die in erster Linie bzw. primär wegen psychischer Auffälligkeiten *als potenzielle Gefährder* "in-Behandlung-gebracht" werden. Bei ihnen muss zunächst offen bleiben, ob sie eine ihnen zugeschriebene behandlungsbedürftige psychiatrische Diagnose akzeptieren und in eine Behandlung einwilligen, oder ob sie letztlich *nur aus Gründen der Kriminalprävention* in der Unterbringung festgehalten werden. Gleiches betrifft Personen, die entsprechend ihrer Zuordnung zu den in § 10 Abs. 1 Nr. 2 lit. b und c PsychKG NRW aufgeführten Personen als "Gefährder" vor einer endgültigen Entlassung "in Behandlung" gehalten werden⁴⁶.

Im Blick auf den Aufenthalt dieser Personen, die nicht bzw. nicht primär zur Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus untergebracht sind, sondern als "Gefährder" *überwiegend oder ausschließlich* aus Gründen der Kriminalprävention und *zur Sicherung*, ist die Frage zu stellen, ob für die Aufwendungen, die durch diese Personen anfallen, Beitragsmittel der Krankenkassen⁴⁷ oder anderer Sozialleistungsträger herangezogen werden dürfen. Sachgerechter erscheint es, hierfür *Fiskalmittel* einzusetzen. Denn der Schutz der Allgemeinheit ist eine aus dem Gewaltmonopol des Staates hervorgehende Staatsaufgabe⁴⁸. Als Beispiel hierfür kann auf die bisher offensichtlich nicht in Frage gestellte Finanzierung von Straf- und Maßregelvollzug aus Haushaltsmitteln des Landes verwiesen werden⁴⁹.

Anregung zur Prüfung:

⁴⁶ Vgl. hierzu auch MAGS, Eckpunktepapier v. 02.10.2025, XI.

⁴⁷ Keine Leistungspflicht der GKV, wenn es um den Drittschutz geht, BSG, BeckRS 2005, 7

⁴⁸ Zum Vergleich kann auf das Gutachten des ehemaligen Präsidenten des Bundessozialgerichts R. Schlegel verwiesen werden, der lt. F.A.Z vom 24.04.2026 mit Blick auf die Gesundheitsleistungen für Empfänger von Bürgergeld von einer "verfassungswidrigen und sonst rechtswidrigen Heranziehung von *Beitragsmitteln* zur Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben" gesprochen hat.

⁴⁹ Siehe speziell hierzu bereits: Kammeier 2012 und Kammeier 2014.

Der NRW-Gesetzgeber sollte vor der Verabschiedung des geplanten neuen PsychKG durch den Landtag prüfen, ob der auf die Gefahrenabwehr und die Sicherheitsgewährleistung anzurechnende Aufwendungsanteil an den Kosten der stationären Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus weiterhin – verfassungsrechtlich legitimiert – von der untergebrachten Person bzw. seinem kostentragenden Sozialversicherungsträger (Krankenkasse) zu übernehmen ist.

6. Zur "Doppelfunktion" der Ärztlichen Leitung

zu § 12 Abs. 2 und 4; § 14 Abs. 1 und 2; § 19 Abs. 1 und 2; § 20

Soweit zur Durchführung von Unterbringungen und Behandlungen nach dem PsychKG NRW Krankenhäuser in freier Trägerschaft nach § 12 Abs. 3 PsychKG NRW mit hoheitlichen Befugnissen beliehen werden sollen, handelt es sich bei ihnen in dieser Hinsicht nicht "nur" um Krankenhäuser, sondern zugleich um öffentlich-rechtliche *Vollzugseinrichtungen*. Neben dem medizinisch-therapeutischen und sozial-rehabilitativen Angebot können im Rahmen der Unterbringung Grundrechts- und sonstige freiheitsrechtliche Eingriffe gegenüber den untergebrachten Personen zulässig oder sogar gefordert sein. Behandlung und Unterbringung sind insoweit Elemente bzw. Teilbereiche des Vollzugs-*Verwaltungshandelns*.

Bei dieser Rechtskonstruktion wird vom Landesgesetzgeber nicht trennscharf beachtet, dass die Leitungsperson eines PsychKG-Krankenhauses (wie auch einer Maßregelvollzugseinrichtung), gleich ob *Arzt* oder *Therapeut*, – soweit ersichtlich ist kein Volljurist mit der Befähigung zum Richteramt Leiter einer solchen Einrichtung –, in einer Person zwei inkompatible Funktionen⁵⁰ wahrzunehmen hat: Die Leitung ist in der Funktion als Behördenchef *Verwaltungsleitung der Vollzugsbehörde* und damit für die rechtmäßige Durchführung von PsychKG-Unterbringungen verantwortlich. Zugleich ist sie aufgrund ihrer persönlichen beruflichen Qualifikation und Tätigkeit als *Ltd. Arzt* bzw. als *Psychotherapeut* den untergebrachten Personen gegenüber als Vertrauensperson mit Schweigeverpflichtung (§ 203 StGB) tätig⁵¹. Soweit der Landesgesetzgeber bei einer Unterbringung nach dem PsychKG NRW den *polizeirechtlich* geprägten Anteil als Landes-Vollzugsverwaltung regelt, ist er hierin nach Art. 70 Abs. 1 GG frei. Eine solche Vollzugsverwaltungsregelung mit der personalen Identität von Vollzugsleitung und Ärztlicher Leitung muss jedoch zu weiteren Überlegungen führen, weil

⁵⁰ MLS-Marschner 2024, Rz B 178 f., spricht zurückhaltend von "gemischten Maßnahmen", die es in diesem Setting geben kann.

⁵¹ KL-Katzenmeier 2026, Rz XI. B. 43, ordnet diese Tätigkeiten den hoheitlichen Aufgaben zu.

ein Arzt hinsichtlich seiner ärztlichen Tätigkeit⁵² berufsrechtlich keinen vollzuglichen Weisungen der Einrichtungsleitung als verwaltungsrechtlicher Behördenleitung, einer Funktion, die er ebenfalls selbst einnimmt, unterworfen ist⁵³. Er müsste also sein der Schweigepflicht unterworfenen Wissen "innerlich" offenbaren, um in seiner anderen Funktion hoheitliche Eingriffsmaßnahmen anzuordnen. Offen bleibt darüber hinaus, ob die vollzugsrechtsbezogenen Maßnahmen zur Durchführung der Unterbringung auch originär dem Arzt *vorbehaltene* Tätigkeiten im Sinne des Arzt- bzw. Behandlungsrechts einschließen.

Eine Unterbringung erfolgt nach § 12 Abs. 1 PsychKG NRW in einem der dort genannten Krankenhaustypen bzw. in einer Fachabteilung eines Krankenhauses. In einem solchen Krankenhaus liegt üblicherweise die Leitung in den Händen eines Arztes. Die Parallelstellung eines solchen Arztes wie auch der Leitung einer Einrichtung des Maßregelvollzugs in der Doppelfunktion als *Behörden- bzw. Vollzugsverwaltungsleiter* und als *Ärztlicher Leiter* kann beispielhaft an den im PsychKG NRW vorgesehenen Regelungen dargestellt werden. Die Unterbringung nach §§ 10 und 11 dient neben dem Angebot einer Behandlung insbesondere der Gefahrenabwehr und damit dem Schutz der Allgemeinheit⁵⁴, also ganz im Sinne der Grundintention des Polizeirechts. Zur Unterbringung gehören der grundsätzliche Freiheitsentzug sowie weitere freiheitseingreifende wie sichernde Maßnahmen, um zu verhindern, dass sich die untergebrachte Person der Unterbringung entzieht und erneut als "Gefährder" in Erscheinung tritt.

Diese Hybrid- bzw. Doppelzuständigkeit⁵⁵ der einrichtungsleitenden Person einerseits als behördliche Vollzugsverwaltungsleitung mit hoheitlichen Eingriffsbefugnissen in Grundrechte, insbesondere in Freiheitsrechte, und andererseits als *Ärztliche Leitung*, die auch in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis dem ärztlichen Berufsrecht unterliegt, ist faktisch wie rechtlich als äußerst problematisch zu charakterisieren.

In der Funktion *als Behördenleitung* hat diese Leitungsperson die sich aus dem Vollzugsverwaltungsrecht ergebenden Anordnungs Kompetenzen und -befugnisse. In der anderen Funktion *als Ärztliche Leitung* ist ihre Leitungs- bzw. Anordnungsbefugnis *gegenüber anderen*

⁵² Vgl. QZC-Quaas 2018, § 13 Rz.10.

⁵³ Vgl. bereits die "Verordnung über den Vollzug von Freiheitsstrafen und von Maßregeln der Sicherung und Besserung, die mit Freiheitsentzug verbunden sind" v. 17.05.1934, RGBl. I, 383, wonach der Anstaltsbeamte in seiner Funktion als "Vorsteher" einer Heil- oder Pfleganstalt "tunlichst ein Facharzt" sein sollte.

⁵⁴ Vgl. zum Schutz der Allgemeinheit in B. Besonderer Teil die Begründung des Gesetzentwurfs, NRW LT-Drs. 18/19690, 37.

⁵⁵ Nach MLS-Marscher 2024, B 173 ff., ist das Unterbringungsrecht zugleich besonderes (Gesundheits-) Verwaltungsrecht.

Ärzten durch das ärztliche Berufsrecht, insbesondere die Geheimhaltungspflicht nach § 203 StGB, erheblich eingeschränkt⁵⁶.

Auch verglichen mit dem Recht des Strafvollzugs erscheinen die insbesondere in den vergangenen 50 Jahren sich allmählich, schleichend und weitgehend rechtlich unreflektiert gebliebenen Verquickungen des auf starkem *Vertrauensschutz* gründenden ärztlichen Behandlungsrechts mit unmittelbar daraus abgeleiteten hoheitlich-vollzuglichen *Eingriffen* in Grundrechte, ob bei Unterbringungen nach dem PsychKG oder im Maßregelvollzug, in dieser Gestalt nicht (mehr) legitimierbar. Die landesrechtlich erfolgten Einvernahmen des grundrechtlich begründeten Behandlungsrechts in das Polizeirecht des PsychKG (wie in das strafrechtsbezogene Maßregelvollzugsrecht) spalten die Person der ärztlich-therapeutischen Vollzugsleitung einerseits in eine rechtlich zum Schweigen verpflichtete "Hälfte" und zwingen sie zugleich mit ihrer anderen "Hälfte" dazu, ihre ärztlich-therapeutischen Kenntnisse und Vertrautheiten als Geheimnisse – ohne Schweigepflichtentbindung – in hoheitliche Eingriffsmaßnahmen umzusetzen⁵⁷. Durch diese Konstruktion kollidiert das Behandlungsrecht mit dem verwaltungsverfahrenrechtlich zu beachtenden Grundrechtsschutz, der verfassungsrechtlich betrachtet deshalb in der Gefahr steht, unter die Räder zu kommen.

Nach dem Vorgenannten drängt es sich auf, einen Blick auf die rechtliche Qualifikation von Ärzten zur verfassungsrechtlich korrekten Anordnung von (Grund-) rechtseingreifenden Maßnahmen vollzugsverwaltungsrechtlicher Art zu werfen.

Nach § 1 ÄApprO wird das Erlernen von rechtlichen Kenntnissen nicht verlangt. In § 27 Abs. 1 ÄApprO wird für die Zweite Prüfung unter den zu prüfenden Fächern unter Ziffer 20) die *Rechtsmedizin* aufgeführt. Nach § 37 Abs. 1 ÄApprO werden Kenntnisse in den *Rechtsfragen der ärztlichen Berufsausübung* geprüft. Ob allein die prüfungsrelevanten Kenntnisse in der Rechtsmedizin und der ärztlichen Berufsausübung eine Befähigung zu rechtssicheren Grundrechtseingriffen verschaffen, kann bezweifelt werden. Auch die Weiterbildungsordnung für Fachärzte, beispielsweise der Ärztekammer Westfalen-Lippe⁵⁸, kann an gefordertem Kenntnisstand des Rechts bei Psychiatern und Psychotherapeuten nicht wirklich überzeugen.

⁵⁶ Vgl. QZC-Quaas 2018, § 13 Rz 10.

⁵⁷ Vgl. symptomatisch Lewe 2022, 149, der die Äußerung einer untergebrachten Person wiedergibt: "Ihnen vertrauen? Da müsste ich ganz schön blöd sein, im Zweifel sind sie immer gegen mich".

⁵⁸ In der Fassung vom 15.11.2025, in Kraft getreten am 01.07.2026, S. 295 ff., Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie, sieht in Ziffer 4. als Inhalte der "Facharzt-Kompetenz" an "Kenntnissen" nur "Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien" vor.

Dem NRW-Gesetzgeber wird an dieser Stelle ein Blick in den Freistaat Sachsen empfohlen. Ebenso wie in NRW wird dort nach § 26 Abs. 3 SächsPsychKHG die *Beleihung* einer privaten Klinik vorgeschrieben. Weitergehend werden aber nach § 26 Abs. 4 S. 1 SächsPsychKHG die leitenden Personen für die Anordnung und Durchführung von Vollzugsaufgaben (sic) *bestellt*. Die Bestellung wird mit der Notwendigkeit der demokratischen Legitimationskette begründet (Sachs LT-Drs. 7/15722, 153). Die *Bestellung* setzt die fachliche und persönliche Eignung der Leitungskräfte voraus, – allerdings ohne dass dort die an die Eignung zu stellenden Erfordernisse im Einzelnen näher bestimmt werden.

Jedoch wird die hier angesprochene *Bestellung* in der "Verwaltungsvorschrift [...] über die Bestellung von Beschäftigten der nichtöffentlichen Krankenhäuser [...]" vom 24.09.2024 in einigen Punkten konkretisiert. Nach Ziffer D. II. 2. erfolgt die Bestellung bei Ärzten nach "erfolgreichem Abschluss einer Weiterbildung zum Facharzt". Außer der Vorlage eines Führungszeugnisses fordert Ziffer D. II. 3. b von allen zu bestellenden Personen "die Erklärung [...], dass sie für die freiheitliche demokratische Grundordnung des Grundgesetzes eintritt, dass sie insbesondere die Grundrechte der ihr anvertrauten Patientinnen und Patienten und den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit bei allen Maßnahmen der Unterbringung beachtet, und dass sie sich selbst beim Vollzug der Unterbringung vollumfassend an alle Weisungen der Aufsichtsbehörden nach § 26 Absatz 4 Satz 6 und 7 des Sächsischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz gebunden sieht." Damit hat der Freistaat Sachsen erkannt, dass wenigstens bei privaten, beliehenen Unternehmen gewisse Anforderungen an die Qualifikation der zu Grundrechtseingriffen vorgesehenen Personen erforderlich sind⁵⁹.

Zusätzlich ist mit Schauf⁶⁰ darauf hinzuweisen, dass es sich bei der hier aus der Staatsgewalt abgeleiteten Tätigkeit der leitenden Ärzte "um eine funktionelle Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben handelt und die behandelnden Ärzte [...] Amtsträger gemäß § 11 Abs. 1 Nr. 2 c) StGB sein dürften."⁶¹

Dennoch bleibt die Frage offen: Reichen die hier geforderten persönlichen bzw. fachlichen Voraussetzungen hoheitlich tätiger Personen wirklich als Qualifikationsnachweis für die rechtlich korrekte Handhabung von Grundrechtseingriffen aus?

⁵⁹ In Anlehnung an BVerfGE 130,76 = 2 BvR 133/10 und nds. StGH 2/07, R&P 2009, 99.

⁶⁰ Schauf 2024, 22.

⁶¹ Nach BGH NSTZ 2026, 548, ist Amtsträger, wer nach deutschem Recht dazu bestellt ist, bei einer Behörde oder bei einer sonstigen Stelle oder in deren Auftrag Aufgaben der öffentlichen Verwaltung unbeschadet der zur Aufgabenerfüllung gewählten Organisationsform wahrzunehmen. Es geht um die Gesamtbetrachtung als "verlängerter Arm" des Staates.

In vielen Situationen alltäglicher Vorgänge im Unterbringungsverlauf ist seitens der Vollzugsleitung *Ermessen* auszuüben: Der Sachverhalt ist umfassend zu ermitteln, die betroffene Person ist anzuhören, unbestimmte Rechtsbegriffe sind zutreffend auslegen, Beurteilungsspielräume sind zu klären und die Anforderungen an die Verhältnismäßigkeit anzuordnender Maßnahmen ist in allen Facetten zu beachten.

Dies bedeutet vor allem: Es sind eine besonders hohe Sensibilität und fundierte Kenntnisse in der Bedeutung der Grundrechte, deren Schutz und der zulässigen (oder geforderten) Eingriffe von den leitenden Personen im Vollzug der PsychKG-Unterbringung zu verlangen. Dies umso mehr, als viele Grundrechtseingriffe wie besondere freiheitsentziehende oder freiheitseinschränkende Maßnahmen wie z.B. Zwangsbehandlungen nicht, auch nicht kompensatorisch, rückgängig gemacht oder später wieder ausgeglichen werden können.

Die ärztliche bzw. therapeutische Behandlung – insbesondere im Bereich psychischer Erkrankungen – bedarf unbedingt des Vertrauensverhältnisses als Grundlage. Wenn jedoch die Person, die sich einerseits in helfender Funktion darstellt, andererseits zugleich diejenige ist, die in Rechte eingreifende Sanktionen vornimmt oder vornehmen muss, stellt sich die Frage, wie denn bei solcher Rollenverteilung ein *Vertrauensverhältnis* nachhaltig zustande kommen und tragfähig gestaltet werden kann? Kann ein Behandlungsangebot bei dieser Funktionsbeschreibung dazu überzeugen, sich auf eine, die eigene Persönlichkeitsstruktur möglicherweise schmerzhaft oder doch mit Anstrengung verbundene infrage stellende Therapie einzulassen und aktiv an ihr mitzuwirken? Die hier problematisierte "komplexe Verflechtung der Interessen und Verpflichtungen zwischen den Beteiligten"⁶² sollte deshalb zu einer anderen als der im PsychKG NRW vorgesehenen Funktionsverbindung führen.

Anregung zur Prüfung:

Der NRW-Gesetzgeber sollte deshalb prüfen, ob im PsychKG NRW nicht die Anordnungs-kompetenz und Durchführung von *Vollzugsmaßnahmen* und die eigenverantwortliche bzw. berufsrechtliche Zuständigkeit der *Behandlung* wie im Strafvollzug organisatorisch auf zwei (Leitungs-) Personen aufgeteilt werden kann. So könnte neben der Ärztlichen Leitungsperson mit der Zuständigkeit für die *Behandlung* daneben für den Aufgabenbereich der *Vollzugsleitung* entsprechend § 97 StVollzG NRW eine Person eingesetzt werden, die als Beamter oder als Tarif-Angestellter die Voraussetzungen der Laufbahngruppe 2, zweites Einstiegsamt, erfüllt oder diesen Voraussetzungen auf andere Weise qualitativ entspricht.

⁶² Schauf 2024, 89.

7. Zum Behandlungsrecht und der Gesetzgebungskompetenz des Landes

zu § 16 Abs. 1 S. 3 und zu § 17 Abs. 1, 6 und 7

Mit den §§ 16 Abs. 1 S. 3 und 17 Abs. 1 und 3 des Gesetzentwurfs will das Land das Recht der eingewilligten wie der zwangsweisen Behandlung einer nach PsychKG untergebrachten Person normieren.

Während der Gesetzentwurf in § 16 Abs. 1 S. 3 nur "deklaratorisch" auf die Beachtung von Bundesrecht (§§ 630a bis 630h BGB) hinweist, normiert er die Zwangsbehandlung weitgehend eigenständig. Zur *Beachtung* von Bundesrecht hier nur kurz: Der Begriff des "Beachtens" lässt sich dahin präzisieren, dass eine Erklärung, die die Tatbestandsmerkmale der Norm erfüllt, in Bezug auf die Rechte des Patienten verbindlich sein soll⁶³. Damit gelten die deklaratorisch in Bezug genommenen Normen des BGB-Bundesrechts sozusagen unmittelbar.

Anders ist § 17, Behandlung ohne Einwilligung (ärztliche Zwangsmaßnahme, Zwangsbehandlung), zu bewerten. Hier trifft der Landesgesetzgeber eine Unterscheidung zwischen "anlassgebender Erkrankung" (Abs. 1) und "sonstigen Erkrankungen" (Abs. 6). Danach wird in Abs. 6 hinsichtlich der zwangsweisen Behandlung von "sonstigen Erkrankungen" mit deklaratorischem Bezug auf die Geltung der §§ 1814 bis 1832 BGB verwiesen, die damit unmittelbar anzuwenden und nicht nur "zu beachten" sind.

Dagegen will der Landesgesetzgeber die zwangsweise Behandlung der "anlassgebenden Erkrankung" jedoch eigenständig normieren. Er legt abweichend vom bundesrechtlichen Betreuungsrecht fest, unter welchen Voraussetzungen und nach welchen Regeln bei einer Unterbringung aufgrund des PsychKG NRW ärztliche Zwangsmaßnahmen ohne Einwilligung der untergebrachten Person durchgeführt werden können.

Wenn nicht schon bei § 16, so stellt sich doch bei § 17 damit zwingend die Frage, ob dem Landesgesetzgeber die hier von ihm in Anspruch genommene Gesetzgebungskompetenz zusteht? Nach Art. 30 GG kommt den Ländern die Ausübung staatlicher Befugnisse und die Erfüllung staatlicher Aufgaben zu. Etwas anderes gilt nur, wenn das Grundgesetz andere Regelungen trifft oder zulässt. So haben nach Art. 70 Abs. 1 GG die Länder das Recht der Gesetzgebung, soweit das Grundgesetz nicht dem Bund Gesetzgebungsbefugnisse verleiht.

⁶³ So und mit weiteren Erläuterungen: BVerfG, Beschl. v. 08.06.2021 – 2 BvR 1866/17 u.a., Rz 85.

Ergänzend kann noch auf Art. 31 GG verwiesen werden, wonach Bundesrecht Landesrecht bricht.

Wenn im Kontext der hier angestellten Überlegungen nun vom *Behandlungsrecht* im PsychKG NRW gesprochen wird, sind damit als Kern des verfassungsrechtlich prägenden Selbstbestimmungsrechts die Bereiche der *Information*, der *Aufklärung* und der *Einwilligung* sowie die aus der verfassungsrechtlichen Schutz- bzw. Hilfepflicht abgeleitete Zulässigkeit einer *ärztlichen Zwangsmaßnahme* gemeint. Ergänzend kommt die *ärztliche Schweigepflicht* hinzu. Mit der gesellschaftlichen und judikativen Stärkung der Selbstbestimmung in Bezug auf den Patientenwillen gegenüber dem aus einer Indikation abgeleiteten Heil-"Auftrag" des Behandelnden zum "Wohl" des Patienten begannen Rechtsprechung und Bundesgesetzgeber damit, das Selbstbestimmungsrecht einer Person in Behandlungsangelegenheiten herauszustellen und in Gesetzesformen zu gießen. Die markantesten und umfassendsten Gestaltungen finden sich inzwischen im sog. Patientenverfügungsgesetz (§§ 1827, 1828 BGB), im sog. Patientenrechtegesetz (§§ 630a – 630h BGB) sowie in der normativen Regelung ärztlicher Zwangsmaßnahmen (§ 1832 BGB) und nicht zuletzt auch als "einfaches Bundesgesetz" in den Regelungen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)⁶⁴

Historisch und kompetenzrechtlich konnten sich die Länder diesbezüglich offensichtlich solange im Vorteil und im Recht sehen, wie der Bund nicht tätig geworden war und die Rechtsprechung und damit die faktische Normgeltung auf Richterrecht beruhte. Inzwischen aber hat sich der Bund bei seinen Normierungen auf seine im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung in Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG gründende Kompetenz zur Regelung des "bürgerlichen Rechts" berufen⁶⁵. Dabei ist die vom Gesetzgeber gewählte Bezeichnung nicht maßgebend⁶⁶. Der Kompetenztitel Bürgerliches Recht ist weit zu fassen bzw. zu verstehen. Auch die öffentlich-rechtliche Organisation eines (PsychKG-) Krankenhauses ändert nichts an dem grundsätzlich privatrechtlichen Charakter der unmittelbaren Rechtsbeziehung zwischen Arzt und Patient⁶⁷. Ob eine Regelung hierunter fällt, entscheidet sich am sachlichen Gehalt einer Regelung. Sollte diese Normierung des Behandlungsrechts durch den Bundesgesetzgeber

⁶⁴ Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen v. 13.12.2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll v. 13.12.2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen v. 21.12.2008, BGBl II, 1419, in Deutschland in Kraft getreten am 26.03.2009.

⁶⁵ Zum sog. Patientenverfügungsgesetz, §§ 1901a, 1901b, 1906a BGB aF. (jetzt §§ 1827, 1828, 1832 BGB), vgl. BT-Drs. 16/11360, 17; zum sog. Patientenrechtegesetz, §§ 630a ff. BGB, vgl. BT-Drs. 17/10488, 12. Ergänzend hierzu in der Begründung zum Gesetz: "Eine bundesgesetzliche Regelung ist zur Wahrung der Wirtschaftseinheit und der Rechtseinheit im gesamtstaatlichen Interesse erforderlich.", aaO. – Auch die UN-BRK ist unter diesen Kompetenztitel zu subsumieren.

⁶⁶ Vgl. BVerfG NJW 2021, 1377, 1381, Rz 105.

⁶⁷ Vgl. QZC-Quaas 2018, § 13 Rz 10; teilweise aA.: KL-Katzenmeier 2026, Rz XI. 43 f.

nun auch noch als "abschließend"⁶⁸ zu beurteilen sein, träte damit aufgrund von Art. 72 Abs. 1 GG eine Sperre⁶⁹ für landesrechtliche Normierungen desselben Sachverhalts ein⁷⁰. Darüber hinaus wäre eine entsprechend einschlägige Ländernorm verfassungswidrig und damit nichtig.

Der NRW-Gesetzgeber könnte dem hier angesprochenen Kompetenzkonflikt dadurch entgehen, dass er nicht nur für die "sonstigen Erkrankungen", sondern auch für die "anlassgebenden Erkrankungen" auf die Geltung der Normen des BGB verweist.

Wenn der NRW-Landesgesetzgeber diesen Überlegungen nicht folgen will, sollte er für die von ihm präferierten Normen zur Behandlung mit und ohne Einwilligung und anlassbezogen oder sonstig veranlasst eine andere Begründungsmöglichkeit seiner Gesetzgebungskompetenz prüfen.

Trotz der durch Marschner⁷¹ eingeführten abweichenden Bezeichnung als Gesundheitsstrukturrecht ist die öffentlich-rechtliche Unterbringung nach einem Landes-PsychKG weiterhin unzweifelhaft – mindestens, wenn nicht gar in der Hauptsache – dem Polizeirecht und damit der Gefahrenabwehr zuzuordnen.

Durch den Hauptzweck der präventiven Gefahrenabwehr⁷² der Maßregeln nach den §§ 63, 64 StGB bei nicht oder nur eingeschränkt schuldfähigen Rechtsbrechern kann auch diese freiheitseingreifende Sicherungsmaßnahme im weitesten Sinne als ins Sanktionenrecht des Strafgesetzbuchs inkorporiertes bzw. implementiertes Segment des Polizeirechts⁷³ aufgefasst werden. Am Klarsten findet diese Auffassung bei den Landesgesetzgebern ihren Ausdruck, die das Behandlungsrecht des Maßregelvollzugs weitgehend identisch mit dem Behandlungsrecht für nach PsychKG untergebrachte Personen und damit für beide Unterbringungsformate in ihren Psychischkrankengesetzen auf gleiche Weise geregelt haben.

⁶⁸ GG Art. 72 Abs. 1: "... solange und soweit der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit nicht durch Gesetz Gebrauch gemacht hat". – Zur grundgesetzlichen Kompetenzordnung vgl. ausführlich BVerfG NJW 2021, 1377, 1378 ff.

⁶⁹ "In sachlich-inhaltlicher Hinsicht reicht die Sperrwirkung soweit, wie der Bundesgesetzgeber eine erschöpfende, also lückenlose und abschließende Regelung getroffen hat bzw. treffen wollte (mwN.)", BVerfG NJW 2021, 1377, 1379.

⁷⁰ "Der Bund macht iSv Art. 72 I GG von seiner Gesetzgebungszuständigkeit Gebrauch, wenn ein Bundesgesetz eine bestimmte Frage hinreichend erkennbar geregelt hat oder wenn dem Gesetz durch Gesamtwürdigung zu entnehmen ist, dass es eine erschöpfende oder abschließende Regelung einer bestimmten Materie darstellt", Hebel 2023, mit Verweis auf Jarass/Pierrot/Kment, GG Art. 72 Rz 6 zur BVerfG-Judikatur.

⁷¹ Vgl. MLS-Marschner 2024, Rz B 22.

⁷² Zum vorrangigen Sicherungszweck der Maßregeln vgl. die ständige Rspr des BGH: LK-Schöch § 63 Rz 1 mwN; MüKoStGB-van Gemmeren § 61 Rz 1f.; BGH, Beschl. v. 15.03.2016 – 1 StR 526/15 = BeckRS 2016, 06144 Rz 28; BGH, Beschl. v. 22.07.2020 – 1 StR 166/20 = BeckRS 2020, 19970.

⁷³ Vgl. Kammeier 1996, 72, 158, 224; vgl. auch KP-Kammeier 2018, A 14.

Das Polizeirecht liegt unumstritten in der Gesetzgebungskompetenz der Länder, Art. 70 Abs. 1 GG⁷⁴. Wenn es hier jetzt unter einem seiner zentralen Aspekte, dem der Gefahrenabwehr⁷⁵, betrachtet wird, stellt sich die Frage, ob aus dieser Aufgabe und der damit verbundenen Kompetenz neben freiheitseingreifenden und ordnungsrechtlichen sowie weiteren Verwaltungsmaßnahmen heraus auch ein Recht oder gar eine Pflicht zur *medizinisch-ärztlichen Behandlung* einer dieser Maßnahme unterworfenen Person hergeleitet werden kann⁷⁶. Diese Frage bezieht sich sowohl auf die Normgebungskompetenz wie auf die faktische Einordnung einer in einer Unterbringungssituation vorgenommenen medizinischen Behandlung auf der Grundlage von Polizeirecht.

Wenn die Aufgabe der Gefahrenabwehr mit den hier in Betracht kommenden polizeilichen Maßnahmen, insbesondere den sichernden Freiheitsentziehungen, in Bezug auf die Anlasslage diese erledigend ausgeführt werden kann, wäre dann nicht eine darüber hinausgehende polizeirechtlich begründete ärztliche Behandlung als erstes am Kriterium des Übermaßverbotes⁷⁷ zu prüfen, – und im Ergebnis wohl als rechtswidrig zu verwerfen? Auch die oben angeführte öffentlich-rechtliche Organisation des (PsychKG-) Krankenhauses ändert nichts am privatrechtlichen Charakter der Arzt-Patient-Beziehung. Darüber hinaus wäre auch bei einer polizeirechtlichen Einordnung des Behandlungsrechts jede Behandlung mit dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten abzugleichen. Zusätzlich kommt hinzu: Aus dem Polizeirecht lässt sich unter dem Fokus der Gefahrenabwehr auch deswegen kein Behandlungsrecht für untergebrachte Personen ableiten, weil es keinen allgemeingültigen Satz gibt, nachdem Behandlung in jedem Fall kausal die konkret befürchtete Gefährlichkeit in Gestalt nicht akzeptablen bzw. herausfordernden oder gar strafrechtsrelevanten Verhaltens beseitigt. Zur Behandlung wäre dann doch auf geltendes Bundesrecht zurückzugreifen.

Außerdem ist zu beachten, dass nach Art. 70 Abs. 1 GG Doppelzuständigkeiten⁷⁸ für den Bund und die Länder ausgeschlossen sind. Darüber hinaus bestimmt die Bundeskompetenz die Reichweite der Länderkompetenz⁷⁹, und nicht umgekehrt. Daran ändert sich auch dann nichts, wenn die Länder zeitlich bereits vor dem Bund bestimmte Bereiche, zum Beispiel die Behandlung in einem PsychKG, geregelt haben. Diese verfassungsrechtliche Kompetenzver-

⁷⁴ Diese Kompetenz liegt nach MLS-Marschner 2024, Rzn B 26, B 28, jedoch bei den als PsychKG ausformulierten modernen Ländergesetzen fern. Seiner Ansicht nach kommt für das Unterbringungsrecht eher die Gesetzgebungskompetenz der Länder für das Gesundheitswesen nach Art. 70 GG in Betracht.

⁷⁵ Siehe prominent hierzu: § 1 Abs. 1 S. 1 PolG NRW: "Die Polizei hat die Aufgabe, Gefahren für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung abzuwehren (Gefahrenabwehr)".

⁷⁶ In diesem Kontext ist an fatale und menschenverachtende medizinische Maßnahmen und ihre Begründungen im vorigen Jahrhundert zu erinnern.

⁷⁷ Vgl. § 2 PolG NRW, in dem die Beachtung der Verhältnismäßigkeit ausdrücklich gefordert wird. – Nach Schoch 2013, 2. Kap. Rz 155 mwN., hat das Übermaßverbot Verfassungsrang. "Im Verwaltungsrecht verpflichtet es die gesetzesvollziehenden Behörden, nur geeignete, erforderliche und verhältnismäßige Maßnahmen zu ergreifen."

⁷⁸ BVerfG NJW 2003, 41, 44; BVerfG NJW 2021, 1377, 1378, Rz 81 (= Berliner Mietendeckel).

⁷⁹ BVerfG NJW 2021, 1377, 1378, Rz 82.

teilung ist unverfügbar⁸⁰. Ergänzend kommt hier noch das Argument der Kompetenz kraft Sachzusammenhangs hinzu. Wann ein zwingender Konnex zwischen einer ausdrücklich dem Bund zugewiesenen Kompetenz und der punktuellen Inanspruchnahme einer Landeskompetenz besteht, lässt sich nicht generell und abstrakt bestimmen. Es kommt auf die Besonderheiten des Regelungsgegenstandes an⁸¹. Dass eine Behandlung landesrechtlich anders durchgeführt werden kann als eine bundesrechtlich normierte Behandlung, erscheint als Argument nicht überzeugend.

Anregung zur Prüfung:

Der NRW-Gesetzgeber sollte deshalb anhand von Verfassungsrecht und Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts prüfen, ob die Normierung von Behandlungsrecht in seinem PsychKG-Gesetzentwurf nicht inzwischen aufgrund von Art. 72 Abs. 1 GG gesperrt und damit unzulässig und nichtig ist.

8. Weitere Anmerkungen zu einzelnen Paragraphen

Zu § 1:

Wenn mit der Aufnahme des "Schutzes der Allgemeinheit" in die Neufassung des PsychKG NRW ein "wesentliches Ziel" benannt wird und gleich das "Gemeinwohl und die Interessen der Bevölkerung als Ganzes"⁸² hinzugefügt werden, ist die Erinnerung an in früheren Zeiten als Aufgabe und Zweck politischen Handelns angestrebte "Allgemeine Volksgesundheit" nicht ganz von der Hand zu weisen. Rechtsstaatliches Bewusstsein und Beachtung der verfassungsrechtlich herausgehobenen Stellung der Geltung des Selbstbestimmungsrechts in Behandlungsangelegenheiten mahnen hier deshalb zur legislativen und administrativen Zurückhaltung.

Zu Abs. 2: Das Adjektiv "behandlungsbedürftig" mag zwar sozialrechtlich den Behandlungsanspruch bei einer Krankheit und die Vergütungspflicht des Leistungsträgers normieren, es untergräbt aber die Selbsteinschätzung der betroffenen Person hinsichtlich ihrer Beeinträchtigungen und schließlich ihr Recht auf Selbstbestimmung und damit ihre verfassungsrechtliche "Freiheit zur Krankheit", selbst darüber zu bestimmen, erstens "ob" sie sich als krank bezeichnet und zweitens "ob" sie sich behandeln lassen will. Es besteht ein gravierender – und damit rechtlich zu beachtender – Unterschied zwischen der Einschätzung des Arztes und des Sozialrechts, die der Gesetzgeber hier offenbar übernimmt, und der Selbsteinschät-

⁸⁰ BVerfG NJW 2021, 1377, 1378, Rz 84.

⁸¹ BVerfG NJW 2003, 41, 44.

⁸² Begründung zu § 1 PsychKG NRW in: LT-Drs. 18/19690, 37.

zung der betroffenen Person hinsichtlich einer Behandlungsbedürftigkeit. Das sollte der NRW-Gesetzgeber auseinanderhalten.

Zu § 2:

Abs. 1 S. 1: Das "Ziel der Maßnahmen" kann und darf grundsätzlich nur in einem Angebot bestehen. Dies erfordert die Beachtung des Selbstbestimmungsrechts. Ansonsten schimmert sofort der Zwang oder mindestens eine Duldungspflicht der Behandlung durch. – Vgl. hierzu die Parallele in § 8 StrUG NRW: "Behandlungs- und Eingliederungsangebot".

Abs. 1 S. 2: Die "Beachtung des Willens" erscheint bewusst (?) etwas versteckt. Soll damit ihre rechtliche Geltung geschmälert werden?

Zu § 3:

Abs. 1 Nr. 1: Mit der Vorgabe "Ziel der Hilfen" die betroffene Person "zu befähigen" klingt ein gewisser Zwang bzw. die Duldung von Hilfen an. Auch hier hat der Angebotscharakter von Hilfen leitend im Vordergrund stehen. Anklänge an einen *Staatspaternalismus* sind zu vermeiden.

Abs. 3: "Auflagen über eine ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung einschließlich der Medikation" sind geeignet, die verfassungsrechtliche Selbstbestimmung auszuhebeln. Die polizeirechtliche Schutzpflicht zur Gefahrenabwehr mittels eines PsychKG kann sich "mit Zwang" nur auf die Vornahme von freiheitseingreifenden Maßnahmen richten, nicht aber auf eine Kontrolle des Einhaltens ärztlicher "Behandlungsvorschläge oder -angebote". – Näheres unten bei den Anmerkungen zu §§ 20 und 21.

Zu § 4:

Abs. 1 S. 3: Die Fassung im Gesetzentwurf "ob und in welcher Weise geholfen werden kann" sollte durch die Formulierung: "in welcher Weise Hilfen angeboten werden können" ersetzt werden.

Abs. 3: Die Fassung im Gesetzentwurf "unter Mitwirkung der betroffenen Personen" ist kritisch zu betrachten. Was erfolgt, was kann getan bzw. angeboten werden, wenn sie nicht zur Mitwirkung bereit ist?

Zu § 8:

Abs. 1 Nr. 2: Das "Abschätzen von Gefahren(-momenten)" im Blick auf das Erfordernis einer ärztlichen Untersuchung ist eine polizei- bzw. kriminalrechtliche Angelegenheit und keine

medizinische Maßnahme. *Gefährlichkeit ist keine Diagnose!* Der Sozialpsychiatrische Dienst sollte davon freigehalten werden, polizeiliche Funktionen zu erfüllen und damit zu einer Art Hilfspolizei bzw. zu einem polizeilichen Vollzugshelfer zu werden (vgl. dazu bereits oben unter 2.).

Abs. 2 S. 3: Das Betreten einer fremden Wohnung ohne Einwilligung des Bewohners durch den Sozialpsychiatrischen Dienst ist verfassungsrechtlich (Art. 13 GG) bedenklich. Die Voraussetzungen hierzu bedürfen einer klaren und detaillierten normativen Vorgabe.

Zu § 10:

Abs. 1 und 2: Mit dem Bezug auf eine "gegenwärtige Gefährdung" wird der Kreis potenziell zur Unterbringung infrage kommender Personen im Hinblick auf Behandlungsangebote für psychisch beeinträchtigte oder erkrankte Personen zu weit gezogen. Was hier legislativ vorgesehen wird, gehört in den Bereich der Kriminalprävention als einer originär polizeilichen Aufgabe der Gefahrenabwehr.

Soweit nicht bereits dem Sozialpsychiatrischen Dienst Erkenntnisse über "Gefährdungsmomente" vorliegen, erscheint es fraglich, ob quasi per "Ferndiagnose" psychische Erkrankungen und / oder "gegenwärtige und erhebliche Gefährdungen" erkannt werden können, die eine Unterbringung gerechtfertigt erscheinen lassen.

Soweit es bei der Klärung der Unterbringungsnotwendigkeit primär um belastbar nachzuweisende "gegenwärtige und erhebliche Gefährdungen" und erst nachrangig um die Frage des Vorliegens einer psychischen Beeinträchtigung oder Erkrankung geht, braucht es klare "Indikatoren für nicht tolerables Verhalten", sozusagen "Tatbestände" (vgl. oben unter 2.), für ein *ordnungsrechtlich* zulässiges oder gar erforderliches Eingreifen.

Abs. 2: Zur "Gegenwärtigkeit der Gefährdung": Wenn das Verhalten der in den Blick genommenen Person in ihrem Wohnumfeld beobachtet wird, könnte man bereits von einer "Wohnraumüberwachung" reden. Diese ist bei einer "dringenden Gefahr" nach Art. 13 Abs. 4 GG zulässig. In Bezug zu nehmen sind dann nicht nur das Ausmaß, sondern auch die Wahrscheinlichkeit eines Schadens⁸³. – Es müssen zumindest "tatsächliche Anhaltspunkte für die Entstehung einer konkreten Gefahr für die Schutzgüter bestehen. [...] [Es] müssen bestimmte Tatsachen festgestellt sein, die im Einzelfall die Prognose eines Geschehens, das zu einer zurechenbaren Verletzung der hier relevanten Schutzgüter führt, tragen".⁸⁴ Und zu den be-

⁸³ BVerfG NJW 2016, 1781, 1785 Rz 110.

⁸⁴ BVerfG NJW 2016, 1781, 1785 Rz 112.

sonderen Anforderungen an den Schutz des Kernbereichs privater Lebensgestaltung vgl. ebenfalls noch einmal das BVerfG: "Selbst überragende Interessen der Allgemeinheit können einen Eingriff in diesen absolut geschützten Bereich privater Lebensgestaltung nicht rechtfertigen (mwN.)."⁸⁵

Ob tatsächlich eine psychische Erkrankung vorliegt, kann wohl erst *nach* der Diagnosestellung eines (Fach-) Arztes für Psychiatrie bzw. der Aufnahme in einem psychiatrischen Krankenhaus festgestellt werden, vgl. § 15 Abs. 3 des Gesetzentwurfs.

Entsprechend sind in gleicher Weise "Indikatoren" zu normieren, die keinesfalls einen weiteren bzw. längeren Freiheitseingriff mehr rechtfertigen können. Wenn die Nennung solcher "Indikatoren" nicht möglich oder nicht tunlich ist, gilt es, das Verfahren zur Feststellung des Entfallens der Voraussetzungen für eine freiheitsentziehende Unterbringung normativ zu regeln.

Abs. 6: Wenn schon die Polizei bei diesen Unterbringungen beteiligt wird, warum übernimmt sie dann nicht allein die volle Verantwortung und Kontrolle über die betroffenen Personen? Wie soll eine Vermischung von Krankheitsmerkmalen und solchen Anzeichen, die ohne Krankheitsindikation eine Rechtsgutsverletzung befürchten lassen, vermieden werden?

Zu § 11:

Der Begriff "Ziel" ist durch den sachlich korrekten Begriff "Zweck" zu ersetzen. So die vom Gesetzgeber richtig gewählte Bezeichnung in § 14 Abs. 1.

Zu §§ 12 und 14:

§ 12 Abs. 2: Aus dem Kontext der hier vorgeschlagenen Normierung des Begriffs "Unterbringung" ist zu schließen, dass sie *prinzipiell geschlossen* zu erfolgen hat. Dabei wird das mit Verfassungsrang⁸⁶ ausgestattete Gebot der Verhältnismäßigkeit bei Eingriffen missachtet. Ein Eingriff in das Freiheitsgrundrecht ist nur in dem Maße zulässig, wie er geeignet, erforderlich und zumutbar (verhältnismäßig i.e.S.) ist. Danach ist *von der geringsten Eingriffsintensität auszugehen*, die ggf. unter Schutz Gesichtspunkten zu erhöhen ist, vgl. die entsprechend korrekten Regelungen in § 4 StrUG NRW.

Um den leitenden Gesichtspunkt des *Angebots* einer Behandlung im Psychiatrischen Krankenhaus geltend in den Vordergrund zu stellen, sollte ein dort vorgesehener gerichtlich an-

⁸⁵ BVerfG NJW 2016, 1781, 1786 Rz 120.

⁸⁶ BVerfGE 103, 332, 366 f.

geordneter Aufenthalt so frei von freiheitseinschränkenden Maßnahmen sein, wie dies bei anderen Personen, die sich freiwillig in derselben Behandlungseinheit aufhalten, auch der Fall ist. Es hat der *Normalitätsgrundsatz* zu gelten. Vollzugliche Eingriffe können nur dann gerechtfertigt und legitimiert werden, wenn sie wegen erheblicher Selbst- oder Fremdgefährdung mit Schutzaspekten bzw. -erfordernissen begründbar sind.

Etwas anderes kann dann gelten, wenn der NRW-Gesetzgeber sich entscheiden sollte, den Aufenthalt von Personen, die ausschließlich oder weit überwiegend aus kriminalpräventiven Gesichtspunkten – und nicht mehr mit primär im Vordergrund stehenden Behandlungserfordernissen – Freiheitseingriffe hinzunehmen haben, in von psychiatrischen Krankenstationen gesonderten Einrichtungen vorzusehen (vgl. oben unter 3.). Hier könnten dann gesonderte, den maßregelvollzugsrechtlichen Regelungen (vgl. StrUG NRW) *entsprechende* Normen den täglichen Aufenthalt bestimmen.

§ 14 Abs. 1: Wenn die Unterbringung dem Schutz der betroffenen Person bzw. der Gefahrenabwehr dient, und wenn die Behandlung nur in Gestalt eines Angebots vorgehalten wird, ist es verfehlt, die *Rücknahme* der freiheitseingreifenden Maßnahmen *von einem Behandlungsfortschritt abhängig zu machen*. Die Bestimmung des Grades der Gefährlichkeit ist nicht mit definierten Krankheitsmerkmalen oder deren "Verblassung" identisch. Gefährlichkeit ist *keine medizinische* Kategorie.

Zu § 16:

Abs. 2: Soweit – unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechts der untergebrachten Person – ein Behandlungsplan anzufertigen ist, ist dieser in jedem Fall "*gemeinsam*" mit der betroffenen Person zu erstellen.

Zu § 17:

Die Regelungen zu "ärztlichen Zwangsmaßnahmen" (Zwangsbehandlungen) sollten normativ mit denen des Betreuungsrechts, § 1832 BGB, identisch sein bzw. "entsprechend" gelten.

Wenn in diesem Zusammenhang (wie oben unter 7. ausgeführt) davon auszugehen ist, dass der Bundesgesetzgeber von seiner Kompetenz gem. Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG mit seinen Normierungen des Behandlungsrechts im BGB "abschließend" Gebrauch gemacht hat, ist danach die Gesetzgebungskompetenz der Länder (Art. 72 Abs. 1 GG) gesperrt. Gleiches gilt mit Blick auf Art. 31 GG. – Danach könnte auch das Land NRW seine Gesetzgebungskompetenz in Behandlungsangelegenheiten allenfalls noch *auf das Polizeirecht* stützen. Dann aber stellt sich die verfassungsrechtliche Frage, ob als ein *Mittel zur Gefahrenabwehr* auch

ein zwangsweise vorgenommener *medizinisch-ärztlicher Eingriff* in die körperliche Integrität rechtlich zulässig ist (vgl. oben unter 7.).

Zu § 18:

Abs. 3 Nr. 2.: "Besondere Sicherungsmaßnahmen" der hier zur Normierung anstehenden Art stellen verfassungsrechtlich betrachtet den massivsten Eingriff in das Freiheitsgrundrecht einer Person dar. Aus der Perspektive einer so betroffenen in höchstem Maße vulnerablen und nicht (mehr) zur Abwehr fähigen Person muss ein solcher Zwangseingriff wie eine Gewalttat erscheinen, der sie ohnmächtig ausgeliefert ist. – Dass ein solcher Eingriff in ihr Persönlichkeitsrecht von einer Person, einem Arzt, *angeordnet* wird, der ihr im Kontext der Behandlungsbeziehung erwartungsgemäß zunächst mit Vertrauen begegnet und dem sie umgekehrt ebenfalls vertrauen soll, ruft zweierlei Kritikpunkte hervor:

- Zum einen steht die *rechtliche Qualifikation des Arztes*, hier nicht einmal eines leitenden Arztes, im Vollzugsverfahrensrecht in Frage (vgl. ausführlich hierzu oben unter Nr. 6.).
- Zum anderen geht es um die Beachtung der *ärztlichen Schweigepflicht* nach § 203 StGB. Wenn ein Arzt sein einerseits aus dem Behandlungsverhältnis resultierendes intimes Wissen über seinen Patienten dazu nutzt – oder hier nach dem Normvorschlag nutzen muss –, um andererseits unter Anwendung dieses Wissens auf intensive Weise in das Freiheitsgrundrecht seines Patienten einzugreifen, verletzt er entweder die Schweigepflicht oder die Norm des § 203 StGB läuft in dieser Konstellation ins Leere (vgl. hierzu ebenfalls oben unter Nr. 6.).

Deshalb sollte der NRW-Gesetzgeber die "*Anordnung durch den Arzt*" nach Abs. 3 Nr. 2 streichen und entsprechend dem Justizvollzug hierfür eine mit entsprechender juristischer Qualifikation ausgestattete Person vorsehen. Die in Abs. 3 Nr. 3 vorgesehene "*ärztliche Überwachung*" ist sachlich geboten und sollte in jedem Fall erhalten bleiben.

Abs. 8: Der untergebrachten Person ist das Angebot eines *Nachgesprächs* auch mit Blick auf möglicherweise wiederholt erforderlich erscheinende Freiheitseingriffe zu unterbreiten. Die Beteiligung des Verfahrenspflegers und der rechtlichen Vertretung ist zu ermöglichen.

Zu § 19:

Entsprechend den obigen Ausführungen zu § 18 sollten auch hier diese primär vollzugsrechtlich zu bewertenden Freiheitseingriffe durch eine entsprechend juristisch qualifizierte Person angeordnet werden.

Zu § 20:

Abs. 1.: Wenn hier, "um das angestrebte Behandlungsziel zu erreichen", vorgesehen ist, dass die ärztliche Leitung "Erleichterungen in der Unterbringung" als "*Belastungserprobung*" "*gewähren*" kann, werden mit dieser vorgesehenen Regelung in eklatanter Weise Verfassungsgrundsätze des Freiheitsrechts und der Beachtung der Verhältnismäßigkeit bei Eingriffen missachtet und verletzt. Nach der Logik einer solchen (Behandlungs-) Norm kommen der Freiheitsentzug wie auch die Einschränkung von Freiheitsrechten als der eine psychiatrische Behandlung begleitende "Normalfall" daher. Welches Menschenbild von einer psychisch beeinträchtigten und höchst vulnerablen Person steckt hinter dieser Normierungsabsicht des NRW-Gesetzgebers? Welches verfassungsrechtliche Freiheitsverständnis kommt hier zum Ausdruck? Eine Ansicht, wonach psychisch erkrankte Personen grundsätzlich unfrei sind – oder doch zumindest als solche anzusehen und entsprechend zu behandeln sind? Und meint der NRW-Gesetzgeber allen Ernstes, eine psychisch erkrankte Person werde mit der Wahrnehmung von Freiheit "belastet"? Diese Blickrichtung erscheint skurril und absurd!

Dieser Normierungsvorschlag bedarf aus menschen- und verfassungsrechtlicher Perspektive einer Umkehr der Blickrichtung, eines Paradigmenwechsels.

Eine Unterbringung nach dem PsychKG ist unter keinem Gesichtspunkt mit der prinzipiell geschlossenen Unterbringung des Strafvollzugs vergleichbar. Eher ist eine Parallele zum Vollzug von Maßregeln bei schuldunfähigen oder schuldgeminderten Personen – und dann auch noch zusätzlich unter der Beachtung der Erbringung eines *Sonderopfers* zum Schutz der Allgemeinheit – zu ziehen. Vgl. hierzu als typische Regelungsmaxime die Struktur des StrUG NRW. Und selbst aus der Perspektive des Polizei- bzw. Ordnungsrechts sind die Freiheitseingriffe gegenüber sog. "Gefährdern" nach den Strukturen und an den Grundsätzen der Verhältnismäßigkeit auszurichten (vgl. bereits oben ausgeführt). Auch die sog. "Belastungserprobungen" sind nach *vollzugsverwaltungsrechtlichen* Regelungen anzuordnen. Die Rücknahme von Freiheitseinschränkungen ist *nicht* "zu gewähren", ist keine Belohnung für Wohlverhalten oder für Demutsgesten. Wenn die Voraussetzungen vorliegen, besteht ein *Rechtsanspruch* darauf.

Insgesamt drängt sich bei § 20 des PsychKG-Entwurfs mit dem Begriff "Belastungserprobung" der Eindruck auf, als ginge es hierbei eher um die Erprobung eines sozialen oder rechtlichen "Wohl"-Verhaltens als um die Wahrnehmung von Genesungsfortschritten. Explizit deutlich ausgesprochen wird diese normative Absicht in Abs. 2 und dem darin stehenden Bezug auf § 10 Abs. 1 S. 1 Nr. 2. lit. b und c. mit der Begründung des "Sicherheitsinteresses der Allgemeinheit". Dieser polizeirechtliche Blick mit der Gefahrenabwehr "im Hinterkopf"

sollte nicht in dieser Weise auf psychisch beeinträchtigte oder erkrankte Personen angewandt werden.

Abs. 5.: Das "Einvernehmen mit dem Gericht" ist normativ zu unbestimmt. Wenn schon das Gericht bei Belastungserprobungen und Beurlaubungen mit einer Dauer von über 10 Tagen beteiligt werden soll, wäre der Begriff einer "Genehmigung des Gerichts" oder der "Zustimmung" präziser.

Zu § 21:

Abs. 2: Hinter dem Begriff des Erfordernisses einer "dauerhaften Einnahme von Medikamenten oder Behandlung" scheint eine *verdeckte mittelbare* ggf. auch ambulante *Zwangsbehandlung* durch, – mindestens aber eine "Nötigung" zur Einnahme von Medikamenten. Zugleich springt der strukturelle Vergleich mit der Erteilung von Weisungen im Rahmen der Führungsaufsicht, § 68b Abs. 1 Nr. 10 und 11 StGB, ins Auge. – Welche Reaktion erfolgt, wenn die betroffene Person der Weisung zur Medikamenteneinnahme oder der Behandlung nicht nachkommt?

Daneben ist bei der normativen Begrifflichkeit des "Erfordernis einer dauerhaften Einnahme von Medikamenten oder Behandlung" zu fragen, ob es sich hierbei um eine "*Behandlungsweisung*" handeln soll, für die möglicherweise kompetenzrechtlich allein der Bundesgesetzgeber zuständig ist.

Zu § 27:

Abs. 1: Zur Kostentragung vgl. oben die Ausführungen unter Ziffer 5.

9. Fazit

Dem NRW-Gesetzgeber wird empfohlen,

- die Normbereiche zur polizeilichen bzw. ordnungsrechtlichen Kriminalprävention gegen sog. Gefährder,
- den Bereich der stationären medizinisch-psychiatrischen Behandlung psychisch erkrankter Personen und
- den Bereich der ambulanten, gemeindebezogenen psychiatrischen Versorgung und der hierzu gehörenden kommunalen Hilfsangebote klarer voneinander zu trennen und die jeweils erforderlichen Normen den unterschiedlichen Voraussetzungen anzupassen.

Diese drei Bereiche könnten in drei Gesetzen getrennt voneinander geregelt werden: Gesetz zur gefahrenabwehrenden Unterbringung, Gesetz zur stationären Behandlung psychisch erkrankter Personen, und der dritte Bereich über die außerstationäre gesundheitliche Versorgung könnte im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖDGD NRW) seinen Platz finden. Wenn der NRW-Gesetzgeber auf diese Dreiteilung verzichten will, bietet es sich an, diese Bereiche im neuen PsychKG in diesem Sinne klar gegliedert nacheinander zu normieren und voneinander zu unterscheiden.

- Unterbringungen solcher Personen, die überwiegend als sog. "Gefährder" eingeschätzt werden, in von psychiatrischen Krankenstationen separat gelegenen Unterbringungseinrichtungen vorzusehen.

In solchen freiheitsentziehenden Einrichtungen ist die Erfüllung von Wünschen untergebrachter Personen nach somatischer oder psychiatrischer Behandlung zu gewährleisten.

Der NRW-Gesetzgeber sollte darüber hinaus prüfen, ob für diese vorwiegend nach polizei- bzw. ordnungsrechtlichen Gesichtspunkten kriminalpräventiv untergebrachten Personen der Rechtsweg zu den Verwaltungsgerichten als sachlich geeignetere Instanz eröffnet werden kann, anstelle des Rechtsweges zu den Amts- bzw. Betreuungsgerichten.

Literatur

- Ärzttekammer Westfalen-Lippe (2026), Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 21.09.2019, in der Fassung vom 15.11.2025, in Kraft getreten am 01.07.2026 inkl. Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung in den Gebieten, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen sowie Zusatz-Weiterbildungen
- Gelinsky, K (2026), Es geht um die Frage, wann die Polizei einschreiten darf. Das Bundesverfassungsgericht verhandelt über erweiterte Befugnisse für die bayerische Polizei, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 155, 08.07.2026
- Geyer, C (2026), Lose Enden. Risikobewertung: Wie ticken Gefährder? in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 175, 31.07.2026
- Hebeler, T (2023), Das Hinausschieben des Ruhestandseintritts von Richtern – Gesetzesvorlage und verfassungsrechtliche Bewertung, in: Neue Juristische Wochenschrift, 2974 – 2978
- Hein/Querengässer/Schiffer (2022), = Hein, N / Querengässer, J / Schiffer, B, Verhältnismäßigkeitserledigung als Ausdruck gescheiterter Maßregelbehandlung? Eine Analyse von Therapieverläufen, in: Recht & Psychiatrie, 72 – 80
- Kammeier, H (1996), Maßregelrecht. Kriminalpolitik, Normgenese und systematische Struktur einer schuldunabhängigen Gefahrenabwehr, de Gruyter, Berlin / New York
- Kammeier, H (2012), Der Schutzanspruch vor gefährlichen Personen und die Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Schutzgewährleistung, in: Haynert/Kammeier (Hg.), Weg-

- schließen für immer? Ethische, rechtliche und soziale Konzepte im Umgang mit gefährlichen Menschen auf dem gesellschaftlichen Prüfstand, Pabst Sience Publishers, Lengerich, 56 – 76
- Kammeier, H (2014), Fiskus und/oder Krankenkasse: Wer sollte eigentlich welche Kosten im Maßregelvollzug tragen? in: Saimeh N (Hg.), Das Böse behandeln, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 169 – 186
- Kammeier, H (2019), Psychiatrische Versorgung ohne Sicherungsauftrag und Zwang? – Eine Skizze dann notwendiger Strukturänderungen, in: Recht & Psychiatrie, 210 – 218.
- Kammeier, H (2020), Die psychiatrische Maßregel nach § 63 StGB im Spannungsfeld von Sicherungsauftrag und Freiheitsanspruch, in: Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft, 133 – 194
- KL-Bearbeiter (2026), = Katzenmeier, C / Lipp, V (Hg.), Arztrecht, 9. Aufl., C. H. Beck, München
- KP-Bearbeiter (2018), = Kammeier, H / Pollähne, H (Hg.), Maßregelvollzugsrecht, 4. Aufl., de Gruyter, Berlin / Boston
- Lamertz, M (2013), Die Unterbringung psychisch Kranker. Das Verhältnis der Unterbringung nach dem PsychKG NRW zu anderen Unterbringungsmaßnahmen, Boorber, Stuttgart
- Lewe, U (2022), Vorbeugende Anhaltung. Der Maßregelvollzug, Schmetterling Verlag, Stuttgart
- LK-StGB-Bearbeiter (2008), = Leipziger Kommentar zum Strafgesetzbuch, Laufhütte / Rissing van-Saan / Tiedemann (Hg.), 12. Aufl., de Gruyter, Berlin / Boston
- MAGS (2025), = Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Eckpunkte zum Entwurf einer Neufassung des PsychKG, 02.10.2025
- MLS-Bearbeiter (2024), = Marschner, R / Lesting, W / Stahmann R (Hg.), Freiheitsentziehung und Unterbringung. Materielles Recht und verfahrensrecht, 7. Aufl., C. H. Beck, München
- MüKoStGB-Bearbeiter (2025), Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch, von Heintschel-Heinegg (Hg.), Bd. 2, 5. Aufl., C. H. Beck, München
- QZC-Bearbeiter (2018), = Quaas, M / Zuck, R / Clemens, T (Hg.), Medizinrecht, 4. Aufl., C. H. Beck, München
- Rupert, F (2026), Disruptive Kommunikation, disruptive Strafverfolgung – Cybercrime-Prävention ohne Rechtsgrundlage? in: Neue Juristische Wochenschrift, 1643 – 1647
- Schauf, L (2024), Grundrechtsschutz im psychiatrischen Krankenhaus, de Gruyter, Berlin / Boston
- Schoch, F (2013), Besonderes Verwaltungsrecht, 15. Aufl., de Gruyter, Berlin / Boston
- Staudinger-Gutmann (2021), Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Buch 2, §§ 630a-630h (Behandlungsvertrag), otto schmidt-de Gruyter, Berlin
- Steppat, T (2026), Auf dem Heimweg erstochen. Sollten Psychiater der Polizei häufiger psychisch Kranke melden, weil sie gefährlich sein könnten? In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 166, 21.07.2026
- Zinkler/von Peter (2019), = Zinkler, M / von Peter, S, Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie, in: Recht & Psychiatrie, 203 – 209