

Antrag an die DGSP-Mitgliederversammlung im Oktober 2025

Die Unterzeichner beantragen:

Die DGSP setzt einen **Konsultationsprozess** unter ihren Mitgliedern und Unterorganisationen in Gang, zu dem bei Bedarf auch externe Experten (*aus Erfahrung, Angehörige, Wissenschaftler*) hinzugezogen werden können, mit den Zielen:

- sich kritisch mit dem Positionspapier der DGPPN "Prävention von Gewalttaten" vom Juni 2025 auseinanderzusetzen
- die Unterstützung des DGPPN-Papiers argumentativ und öffentlichkeitswirksam zurückzuziehen

Im Konsultationsprozess gilt es, folgende Aspekte zu bedenken, zu diskutieren und zu bewerten:

- Der Begriff des "Gefährders" ist innerhalb der DGSP im psychiatrischen und im kriminologischen Sinn zu diskutieren und diskriminierungsfrei zu bestimmen.
- Der Begriff "Assertive Community Treatment" (ACT) aus dem Positionspapier der DGPPN (S. 5) ist für den deutschen Gebrauch präziser zu erläutern, da es sich hierbei um die Bezeichnung für eine ambulante Zwangsbehandlung in England handelt.
- Die DGSP-Position zur drohenden Ausweitung der ambulanten Zwangsbehandlung in Deutschland ist verbandsintern zu klären und zu vereinheitlichen.
- Die Behauptung im Positionspapier der DGPPN "Die beste Maßnahme, um Gewalttaten durch Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verhindern, ist deren konsequente Behandlung" (S. 3) ist auf ihren medizinisch-wissenschaftlichen Wahrheitsgehalt und auf ihre psychiatriepolitische Bedeutung hin zu überprüfen (vgl. hierzu die Anmerkungen von Zinkler im Anhang zu diesem Antrag).

Dabei sind folgende Anmerkungen / *Rahmenbedingungen* zu berücksichtigen:

- Mit ihrem Positionspapier trägt die DGPPN dazu bei, dass "die Psychiatrie" zusätzliche polizeiliche und staatliche Sicherungsaufgaben an sich ziehen kann oder übertragen bekommt. Mit dem Stichwort "Behandlungsangebot" wird diese Strategie lediglich verbrämt. Behandeln lässt sich allenfalls eine Krankheit, aber keine Gefährlichkeit.
- Der Begriff der "psychischen Krankheit" sollte im Sprachgebrauch der DGSP durch "Beeinträchtigung" ersetzt werden (oder durch "*psychosoziale Behinderung*" im Sinne der UN-BRK).

- Seit mehr als 20 Jahren ist die deutsche Psychiatrie (Allgemeinpsychiatrie + Forensik) im Vergleich mit anderen europäischen Ländern Spitzenreiterin in der Anwendung von Zwangsmaßnahmen.
- Wer von der Gefährlichkeit einer Menschengruppe spricht, ohne auch quantitativ ihre Gefährdung ins Verhältnis zu anderen "Gefährdern" zu setzen, stigmatisiert diese Personen, um sein machtpolitisches Terrain zu sichern und sich als Ordnungsmacht anzubiedern.
- Die (Zwangs-) Psychiatriesierung des Strafvollzugs und die Expansion der forensischen Psychiatrie ist rechtspolitisch hoch problematisch, da immer mehr Menschen im Vergleich zum zeitlich begrenzten Strafvollzug unbefristet im strafrechtlichen Sanktionensystem zu verharren haben.
- In der deutschen Psychiatrie ist mittlerweile eine Entwicklung zu präventiv angelegter Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung zu beobachten, die diskriminierend auf eine gesellschaftliche Gruppe (Menschen mit bestimmten psychiatrischen Diagnosen) zielt und damit fatal an die Entwicklung der Psychiatrie in der Spätphase der Weimarer Republik erinnert.

Lübbecke, Bielefeld, Bremen, Münster, den 13.09.2025

Osterfeld Lewe Zinkler Kammeier

Anhang

1. Anmerkungen von Zinkler zum DGPPN Papier:

<https://www.dgppn.de/aktuelles/stellungnahmen-und-positionen/praevention-von-gewalttaten.html>

Die in der Anmerkung genannten Literaturstellen (39, 40 etc.) entsprechen jeweils den Nummern im Literaturverzeichnis des Positionspapiers.

"Die beste Maßnahme, um Gewalttaten durch Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verhindern, ist deren konsequente Behandlung". So eingängig diese Aussage aus dem Positionspapier ist, so wenig zutreffend ist sie. Jedenfalls liefern die zitierten Studien (im Literaturverzeichnis Nr. 39, 40 und 41) keine überzeugenden Belege dafür:

39: Giebel et al. untersuchen in einem Review die Psychopathologie von Amokläufern. Die meisten Daten stammen aus den USA und sagen nichts zur Behandlung. Die Fragestellung, ob *"konsequente Behandlung"* der Psychopathologie Gewalttaten verhindern kann, wird in den referierten Studien weder untersucht noch beantwortet.

40: Dieses Werk befasst sich ausschließlich mit *Risikoeinschätzung und Risikomanagement in einer forensischen Population*, also bei Personen, die schon gewalttätig geworden sind und dafür verurteilt oder in die Forensik eingewiesen wurden. Für die Einschätzung von Personen, um die es im DGPPN-Positionspapier geht (Patienten in allgemeinspsychiatrischer Behandlung), liefert das Buch keine verwertbaren Hinweise. Dabei haben die Autor:innen nicht einmal die neueste Auflage des Buchs (aus 2015) zitiert, sondern die veraltete von 2006. Die Erkenntnisse wurden somit nicht auf Aktualität überprüft.

41: In der US-amerikanischen Studie wurden retrospektiv Informationen über "mass shooters" gesammelt. Nur von 35 der 112 Fälle konnten verwertbare Informationen erhoben werden. Kein einziger der Täter wurde von den Autor:innen persönlich untersucht; es wurden lediglich Informationen vom Gerichtsverfahren und von Interviews mit Gerichtspsychiatern verwendet. Zuverlässige Rückschlüsse auf die allgemeine Möglichkeit, mit einer *"konsequenten psychiatrischen Behandlung"* Gewalttaten zu verhindern, können von einer so kleinen und selektiven Studienpopulation, die mit Informationen von Dritten beschrieben wird, sicher nicht gewonnen werden.

Zu den ambulanten Angeboten: *"Leider sind solche Angebote in der Regelversorgung aufgrund der aktuellen Finanzierungsstrukturen nur schwer realisierbar"*. Die Forderung nach mehr Ressourcen verwundert bei der Interessensvertretung der Psychiatrie nicht, überzeugt aber ebensowenig: Landauf, landab konzentrieren sich psychiatrische Kliniken nämlich nicht darauf, Personen mit komplexem Bedarf primär aufsuchend, vertrauensvoll, personenzentriert und ihren Wünschen und Präferenzen entsprechend zu unterstützen und zu behandeln. Die allermeisten Kliniken arbeiten unter hohem Ressourceneinsatz vorwiegend stationär und zeigen nur an einzelnen Standorten die Bereitschaft, stationäre Ressourcen in ambulante und aufsuchende Angebote zu überführen.

Für die die Empfehlung zum Ausbau der in Bayern gestarteten sogenannten *Präventionsambulanzen* fehlt der Wirksamkeitsnachweis bislang. Hier werden in der DGPPN-Stellungnahme zwar drei Studien zitiert (48, 49, 50), zwei davon vom gleichen Autorenteam. Nur eine der Studien hat ein quasi-experimentelles Design, allerdings mit einer kleinen Gruppe von 70 Teilnehmenden; die Studie lief über einen kurzen Zeitraum (12 Monate) und zur Wirksamkeitskontrolle wurden nur Skalen erfasst, nicht aber tatsächlich begangene Gewalttaten. Die Wirksamkeit dieser Intervention hinsichtlich einer Prävention von Gewalttaten lässt sich damit wohl nicht belegen.

Die Verweise auf die ambulante Zwangsbehandlung auf den Seiten 15 und 20 des Positionspapiers zeigen jedoch, worum es eigentlich geht: um mehr Durchsetzungsmöglichkeiten für

"konsequente Behandlung", hier als "unfreiwillig ambulant" beschrieben. Dabei fehlt jedoch auch für die ambulante Zwangsbehandlung (ebenso wie für die stationäre Zwangsbehandlung) der Wirksamkeitsnachweis. Die Weltgesundheitsorganisation und das Hochkommissariat für Menschenrechte der Vereinten Nationen sagen zu ambulanten Zwangsbehandlungen: "However, overwhelming evidence indicates that these orders are ineffective, with no reported decrease in hospitalization or benefits for persons using mental health services"(1).

Die m.E. wichtigste Information in dem Papier findet sich hingegen im Anhang, auf Seite 33 oben (Hervorhebung durch mich): "Für eine strukturierte Erhebung der verschiedenen Risikofaktoren und eine Abschätzung des Gesamtrisikos liegen standardisierte Instrumente wie die Violence Risk Appraisal Guide (VRAG), die Offender Group Reconviction Scale (OGRS), das Oxford Mental Illness and Violence Tool (OxMIV) oder die Historical Clinical Risk-20 Scale (HCR-20) vor. **Diese Skalen sind jedoch vor allem geeignet für den Einsatz bei Personen, die bereits in der Vergangenheit Gewalttaten ausgeübt haben und bei denen das Risiko für zukünftige Gewalttaten hoch ist, z. B. bei Häftlingen oder bei forensischen Patientinnen und Patienten. Bei Menschen, die (noch) keine schweren Straftaten verübt haben, erlauben die Instrumente hingegen keine sichere Vorhersage [13, 115, 121, 122]. Wollte man Interventionen und Maßnahmen auf Grundlage der Testergebnisse bei der großen Gruppe der Menschen mit schweren psychischen Störungen initiieren, hätte man aufgrund der relativen Seltenheit der Gewaltereignisse und der hohen Empfindlichkeit der Testinstrumente einen sehr hohen Anteil falsch positiver Ergebnisse [123, 124]."**

Leider hat das Dokument jedoch, vermutlich durch eine Reihe von Überarbeitungen, einen ganz anderen Duktus bekommen.

Aus den im Positionspapier zitierten Untersuchungen könnte man auch andere Schlüsse ziehen: das Erstellen von Risikoprofilen und intensives Risikomanagement sind in der Allgemeinpsychiatrie nicht wirksam; stattdessen sollte sich die Psychiatrie auf die Unterstützung und Behandlung i.S. der WHO/UN-Leitlinien konzentrieren: *personenzentriert, rechtbasiert, gemeindebasiert und recovery-orientiert.*

(1) WHO/UNHCHR (2023) Mental health, human rights and legislation: guidance and practice. <https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/mental-health-human-rights-and-legislation>

2. Ergänzende Anmerkung von Kammeier

Zum Vergleich zur Rede über die Gefährlichkeit psychisch beeinträchtigter oder kranker Personen – selbst wenn man die von "tatsächlich" psychisch erkrankten begangenen Tötungsdelikte betrachtet – sollte man bzw. sollte auch die DGPPN einmal auf die **Tötungsdelikte** unter der BKA-**"Fallgruppe Häusliche Gewalt"** schauen:

- Anzahl weiblicher Opfer Häuslicher Gewalt: 180.715;
- darunter "innerfamiliäre Gewalt": 47.749;
- "partnerschaftliche Gewalt": 132.966.
- Dabei "Mord und Totschlag" gesamt: **509**;
- innerfamiliär: 178;
- partnerschaftlich: 331.

(Quelle: BKA, Geschlechtsspezifisch gegen Frauen gerichtete Straftaten, Bundeslagebild 2023)

Ironische Frage: Sollte die DGPPN nicht vielleicht auch diese Täter als "psychisch krank" definieren und bei ihnen auf "Besserung durch Behandlung" setzen? Dann hätte sie noch eine weitaus größere Klientel unter ihren Fittichen ...