GRUNDRECHTE KOMITEE.de

Sicherheitsbehörden wollen den Zugriff auf Menschen mit psychiatrischen Diagnosen.
Eine kritische Bestandsaufnahme der aktuellen Maßnahmen von Politik und Sicherheitsbehörden gegen Menschen in psychischen Krisen.

Stand: Okt 2026

Einleitung

Menschen in psychischen Ausnahmezuständen sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt, physische Gewalt zu erfahren, wie etwa häusliche Gewalt und Gewalt durch Polizei und Einsatzkräfte.[1] Sie sind außerdem der Gefahr von Zwangsanwendung ausgesetzt, etwa der Zwangseinweisung in eine psychiatrische Klinik, ärztlicher Zwangsbehandlung, Fixierungen, Zwangssedierung sowie Isolation. Sie sind also potentiell von erheblichen Verletzungen der körperlichen und seelischen Unversehrtheit und eine Aberkennung der Selbstbestimmung betroffen.

Doch insbesondere Personen mit psychiatrischen Diagnosen stehen seit einiger Zeit vermehrt im Visier von Politik und Sicherheitsbehörden. Mit der aktuell vorangetriebenen Verschärfung der Psychiatriegesetze der Länder werden sie unter Generalverdacht gestellt,[2] pauschal zur Gefahr erklärt, "präventiv" durchleuchtet und erfasst. Die schwerwiegenden Eingriffe in die Selbstbestimmung von Personen mit psychiatrischen Diagnosen und die damit einhergehende Entrechtung wird mit einzelnen herausragenden Gewalttaten wie in Aschaffenburg oder Magdeburg gerechtfertigt. So werden langlebige Vorurteile über Menschen in psychischen Krisen entfacht bzw. befeuert, nach denen sie als unberechenbar und potentiell gefährlich gelten, das Narrativ wird schamlos zur Durchsetzung sicherheitspolitischer Verschärfungen benutzt.
Doch nicht die Gewalt durch Menschen in psychischen Ausnahmezuständen hat zugenommen, sondern die Menge und Art der Berichterstattung darüber. Die Ausübung physischer Gewalt monokausal auf eine vermutete oder diagnostizierte psychische Erkrankung zurückzuführen, ist zudem wissenschaftlich nicht haltbar.

[1] Wittmann S. 25

[2] Die Formulierung "psychiatrische Diagnose" soll aufzeigen, dass es sich um Symptombeschreibungen handelt und nicht um Ursachenbeschreibung.

1. Sondergesetze und Aberkennung der Selbstbestimmung

Die BRD bemüht sich seit mehreren Jahren, die Maßgabe umzusetzen, nach der Menschen mit (psychosozialen) Be_hinderungen[1] als gleichberechtigt in ihrer rechtlichen Handlungsfähigkeit anzuerkennen sind[2]. Laut der von Deutschland ratifizierten UN-Be_hindertenrechtskonvention (BRK) dürfen Menschen in psychischen Ausnahmezuständen demnach nicht anders behandelt werden als andere. Der langwierige Prozess einer gesellschaftlichen Entstigmatisierung auf dem Weg hin zu mehr Gleichberechtigung wird allerdings durch den vorherrschenden sicherheitspolitischen Vorstoß zunichte gemacht und das altbekannte Narrativ des "gefährlichen Irren" durch politisch Verantwortliche bedient und verbreitet. Das Vorgehen ist Teil eines generellen Trends hin zu einer zunehmend abwertenden, be_hindertenfeindlichen Politik. Letztere schlägt sich etwa in konkreten Einschränkungen der Selbstbestimmung nieder, aber auch in finanziellen Einsparungen.

Worum geht es?
Menschen in psychischen Ausnahmezuständen werden im aktuellen Diskurs per se als "gefährlich" gelabelt. Die eigentlichen Gefahren stellen aber vielmehr der sicherheitspolitische Fokus sowie die Registrierung und sicherheitsbehördliche Kontrolle bis hin zur potentiellen Zwangsunterbringung dar.

Polizeibehörden arbeiten seit geraumer Zeit auf Hochtouren daran, in den Bundesländern sämtliche Personen in den Polizeidatenbanken mit einem polizeilichen Eintrag und mit dem personengebundenen Hinweis "Psychische und Verhaltensstörung" zu überprüfen.
Unter dem vorgeblichen Ziel der „Früherkennung psychisch kranker Gewalttäter“ wollen Polizei- und Gesundheitsbehörden über die Lockerung von Datenschutzbestimmungen an Gesundheitsdaten von als psychisch krank diagnostizierten Personen gelangen und außerdem die Anwendung von automatisierter Datenanalysen ermöglichen. Die Pläne gehen bis hin zu einer Registrierung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, die in Konsequenz bis zur präventiven Zwangsunterbringung und -behandlung reichen.
Die Sicherheitsbehörden drängen auf diesem Wege somit aktuell in besonders sensible Bereiche. Dafür erweitern mehrere Bundesländer aktuell ihre Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG). Diese regeln als solche bereits Zwangsbehandlungen und freiheitsentziehende Zwangsunterbringung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen im Falle "akuter Selbst- und Fremdgefährdung".

[1] Die Schreibweise soll verdeutlichen, dass Menschen mit Be_hinderung durch eine ableistische Gesellschaft be_hindert werden.
[2] Artikel 12 UN-BRK Abs. 2

Anders als bei einer Haftstrafe, bei der die Zeit bis zur Entlassung durch das Urteil bekannt ist, steht bei der Zwangseinweisung in einer psychischen Klinik zunächst nicht fest, wann ein Mensch wieder in Freiheit kommt. Die Zwangseinweisung ist von maximal drei Monaten (§333 FamFG) bis in manchen Fällen zu mehreren Jahren (§329 Abs. 2 FamFG) möglich, die Dauer ist von der Entscheidung der Ärzt*innen abhängig.
Von dieser präventiven Zwangseinweisung zu unterscheiden ist der sog. Maßregelvollzug bzw. die forensische Klinik, dort werden Personen mit psychiatrischen Diagnosen und Suchterkrankte nach einer Straftat bei Schuldunfähigkeit nach §63 und §64 StGB zeitlich unbegrenzt in der geschlossenen Abteilung einem psychiatrischen Krankenhaus inhaftiert.

2. Übersicht der Maßnahmen auf Bundes-und Länderebene

Die nachfolgend dargelegten Pläne und Konzepte in den einzelnen Ländern enthalten bewusst vage Formulierungen von "psychischer Auffälligkeit" bis hin zu einer diagnostizierten schweren Erkrankung und sind damit in höchstem Maße alarmierend.

2.1 Maßnahmen auf Bundesebene

Die Innenministerkonferenz berät sich seit einigen Sitzungen unter dem harmlos daherkommenden Titel „integriertes Risikomanagement“, wie den Sicherheitsbehörden relevante Informationen der Gesundheitsbehörden zugänglich zu machen sind. Schon der Koalitionsvertrag enthält Pläne für ein behördenübergreifendes "Risikomanagement": Zur "*Verhinderung weiterer Gewalttaten soll die frühzeitige Erkennung entsprechender Risikopotenziale bei Personen mit psychischen Auffälligkeiten sichergestellt"* werden.
Auf einen Entschließungsantrag des Niedersächsischen Landtags hin fordert der Bundesrat die Bundesregierung auf, *"Anpassungen im Sinne eines modernen Daten- und Informationsmanagements sowie einer besseren bundesweiten Vernetzung der Erkenntnisse zwischen Sicherheits-, Gesundheits-, Waffen- und gegebenenfalls anderen relevanten Behörden zu kommen, um Risikopotenziale bei Personen mit psychischen Auffälligkeiten möglichst frühzeitig zu erkennen"*. Der Bundesrat stimmte dem Antrag am 30. Januar 2026 zu.
Auch die Gesundheitsminister*innen haben 2025 beschlossen, rechtliche Rahmenbedingungen sowie erforderliche Anpassungen und Verantwortlichkeiten zu prüfen, etwa *um "Gesundheitsdaten und Erkenntnisse der Gefahrenabwehrbehörden auszutauschen*". Die dortigen Beschlüsse sind äußerst besorgniserregend: Eine *„vertiefte und ressortübergreifende Kooperation zur Verbesserung des Informationsaustausches“ mit den Sicherheitsbehörden über gefährdete Menschen mit psychischen Erkrankungen soll unter bestimmten*

Bedingungen ermöglichen, ***Daten auf einer gemeinsamen bundeseinheitlichen „Plattform“ zu hinterlegen"***, erklärte die Hamburger Gesundheitssenatorin Melanie Schlotzhauer (SPD). Detaillierte Vorstellungen über die Plattform sind nicht verfügbar.

2.2 Maßnahmen in den Bundesländern

Auch auf Landesebene werden diesbezüglich seit einiger Zeit massive sicherheitspolitische Verschärfungen vorangetrieben. Die Innenministerkonferenz hatte im Sommer 2025 die Bundesländer aufgefordert zu prüfen, inwieweit in deren Psychisch-Kranken-Gesetzen (PsychKG) Regelungen geschaffen werden können, um den Sicherheitsbehörden *"gefährdungsrelevante Informationen von Personen mit psychischen Auffälligkeiten"* zugänglich zu machen. Psychische Beschwerden sind allerdings weit verbreitet: Im Laufe eines Lebens erlebt in Deutschland fast jede zweite Person eine diagnostizierte psychische Krise (42,6 Prozent).

2.3 Polizeiliche Suche und Erfassung

Auf polizeilicher Ebene finden in mehreren Bundesländern jetzt schon Überprüfungen von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen statt. Das Bundeskriminalamt (BKA) führt "personengebundene Hinweise" (PHW) in ihrem Verbundsystem INPOL, der zentralen Datenbank der Polizeibehörden. Die "personengebundenen Hinweise" sind stigmatisierende Kategorisierungen, deren Vergabe schon lange Thema grundrechtlicher Auseinandersetzungen mit polizeilichen Datenerfassungspraxen sind. Ein PHW kann vergeben werden, "*wenn zu einer Person bereits Daten im Verbundsystem eingestellt sind und der PHW zum Schutz dieser Person und/oder zur Eigensicherung von Polizeibediensteten erforderlich ist.*" Das Verbundsystem INPOL enthielt 2025 16.043 Menschen mit dem Vermerk „Psychische und Verhaltensstörung“ (PSYV).

Die Vergabe des PHW PSYV orientiert sich an Katalogwerten und zugehörigen Vergabekriterien des bundeseinheitlich abgestimmten „Leitfadens zur Vergabe personengebundener Hinweise im INPOL-Verbund“ des BKA. Einen Leitfaden stellt man sich detailliert vor, aber dort heißt es lediglich knapp, dass "*der PHW Psychische und Verhaltensstörung nur vergeben werden darf, wenn ärztlich festgestellt ist, dass die betroffene Person an einer psychischen Erkrankung leidet und daraus Gefahren für ihn selbst oder andere, insbesondere für Polizeibedienstete, resultieren können und die Information über das Vorliegen einer solchen Erkrankung in schriftlicher Form vorliegen muss (z.B. Attest, Gutachten)*".[1] Auf die Vermerke können auch die INPOL-Teilnehmer (BKA, Bundespolizei (BPOL), Zollkriminalamt

[1] der Leitfaden zur Vergabe personengebundener Hinweise im INPOL-Verbund stammt vom 27.10.2023.

(ZKA) und die Polizeien der Länder) zugreifen, diese einsehen und Änderungen an den Datensätzen (z. B. hinzufügen von PHW) vornehmen.
Eine proaktive Unterrichtung betroffener Personen, die mit dem PHW PSYV gespeichert werden, durch die Polizei erfolgt nicht.[1] Die Menschen wissen von ihrer Speicherung in einer Polizeidatenbank demzufolge nichts.

Weil in INPOL nur diejenigen Menschen gespeichert sind, die bereits "polizeilich bekannt sind", und die gesetzlichen Regelungen des PsychKG außerdem jeweils nur für das einzelne Bundesland gelten, drängen Sicherheitsbehörden auf Änderungen auf Bundesebene. Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe arbeitet seit 2023 an dem Thema „Früherkennung und Bedrohungsmanagement“ (BLAG FEBM), u.a. an einer bundesweiten Vernetzung zwischen Sicherheits-, Gesundheits-, Waffen- und ggf. Ausländerbehörden. Ihr Abschlussbericht befindet sich seit längerem in der Gremienbefassung.

2.4 Die Maßnahmen in den einzelnen Bundesländern

Über die Verschärfungen der Psychisch-Kranken-Gesetzen (PsychKG) und die Erfassung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen in polizeilichen Datenbanken ist für die einzelnen Bundesländer bislang folgendes bekannt:

In **Nordrhein-Westfalen** wurde 2022 das Projekt "PeRiskoP" ("Person mit Risikopotenzial") bei der Polizei NRW-weit eingeführt. Nach Daten des Landeskriminalamtes wurden seit Projektbeginn 7.431 Prüffälle in den 47 Kreispolizeibehörden in NRW bearbeitet und für 5.035 unterschiedliche Personen im Zeitraum vom 1. Februar 2021 bis 30. November 2024 erfasst. Zum 30. November 2024 seien 362 Menschen als "Personen mit Risikopotential" eingestuft gewesen.[2]
Das Projekt **reagiert auf Hinweise von Institutionen und aus der Bevölkerung über auffälliges Verhalten** und will damit insbesondere Personen erkennen, die bislang nicht polizeilich in Erscheinung getreten sind. Wird eine Person gemeldet, überprüft die Polizei, ob eine Waffenbesitzkarte oder Zugriff auf Schusswaffen im häuslichen Umfeld vorliegt. Die Profile in sozialen Medien werden nach verdächtigen Äußerungen durchsucht – unter dem Klarnamen und möglichen anderen Identitäten.[3] Sieht man Anhaltspunkte für eine mögliche zukünftige Gewalttat, wird ein Präventivgespräch mit der Person durchgeführt, und wenn sich die Hinweise für die Polizei verdichten, wird die Person schließlich als "Risikopotenzial" eingestuft. Ziel sei es, *"mögliche Gewalttäter herauszufiltern und*

[1] Betroffene Personen haben grundsätzlich gemäß § 91 Absatz 1 PolG ein Auskunftsrecht im Hinblick auf die über sie gespeicherten personenbezogenen Daten, zu denen auch ein PHW PSYV gehört. laut Drucksache 17 / 8764: Kl. Anfrage Die Grünen Landtag BW, 5.5.2025

[2] Geschwärzter Abschlussbericht des Projekts 2021 https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV17-6371.pdf

[3] Drucksache 18/3229 Sitzung des Innenausschusses NRW am 07.11.2024

frühzeitig zu stabilisieren". Dem Bund der Kriminalbeamten (BDK) geht das nicht weit genug, sie wollen Datenschutz und ärztliche Schweigepflicht für ein Sicherheitsgefühl opfern. NRW arbeitet außerdem aktuell an einer Verschärfung des dortigen PsychKG. Die DGPPN bewertet in ihrer zweiten Stellungnahme auch den überarbeiteten Gesetzentwurf als weiterhin äußerst problematisch, insbesondere *"die erhebliche Ausweitung des Datenaustausches mit Sicherheitsbehörden und den kommunalen oder Zentralen Ausländerbehörden",* die zu einer *"breiten Datensammlung bei Sicherheitsbehörden"* werden kann. Erleichtert werden sollen laut Entwurf auch die Abschiebungen von kranken Geflüchteten aus der Psychiatrie, das ist ein menschenrechtliches Desaster.

In **Bayern** sieht das PsychKG bereits vor, dass Kliniken die Polizei über die Entlassung von Patient*innen informieren müssen, wenn diese wegen Fremdgefährdung untergebracht waren und bei Entlassung für potenziell weiterhin gefährlich erachtet werden. Dafür gibt es eine Kooperation zum "Bedrohungsmanagement" mit dem Polizeipräsidium München. Von etwa 15.500 Aufnahmen werden etwa 20 Personen pro Jahr dort registriert. Artikel 12 des bayerischen PsychKG ermöglicht außerdem eine 48-stündige Zwangseinweisung durch die Polizeibehörden selbst. Auch darf die Polizei bei Zwangeinweisungen Unterstützung leisten. Das erst vor wenigen Jahren massiv verschärfte PsychKG soll auf Wunsch der bayrischen Regierung aber weiter verschärft werden und wird seit 2025 dazu evaluiert. Das LKA Bayern hat zudem die Stelle "Risikoanalyse und -bewertung" eingerichtet, um Menschen "mit Risikopotential" zu überprüfen.

Auch **Hessen** erweiterte zuletzt Ende 2025 sein Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz. Auch hier verpflichtet es Ärzt*innen bereits dazu, bei Entlassung derjenigen Patient*innen, die wegen Fremdgefährdung nach § 9 Abs. 1 untergebracht waren, die *„örtliche Ordnungsbehörde und Polizeibehörde von der bevorstehenden Entlassung unverzüglich zu unterrichten, wenn es zum Zeitpunkt der Entlassung aus medizinischer Sicht* ***Anhaltspunkte*** *gibt, dass von der untergebrachten Person in absehbarer Zeit ohne ärztliche Weiterbehandlung eine erhebliche Gefahr für das Leben, die Gesundheit oder andere bedeutende Rechtsgüter Anderer ausgehen könnte. Dabei ist eine Gefährdungseinschätzung zu übermitteln. (...) Die Verarbeitung personenbezogener Daten,* ***einschließlich besonders schutzwürdiger Gesundheitsdaten*** *(...) ist zulässig".*

Zuvor hatte eine *Task Force PAVG ("Psychisch Auffällige / Vielschreiber / Gewalttäter")* alle Personen in Hessen mit dem polizeilich gespeicherten Merkmal "Psychische und Verhaltensstörung (PSYV)" überprüft, zu dem Zeitpunkt rund 1.600 Menschen. Dazu waren *"alle polizeilich verfügbaren" Informationen erhoben und ausgewertet worden, an die schlossen sich "individuell gezielte polizeiliche*

Maßnahmen" an, wie etwa die Informationsweitergabe an zuständige Behörden, sog. Gefährderansprachen, Strafverfolgung, Aufenthaltsverbote, Observationen, Ingewahrsamnahmen, „falls erforderlich“ eine medizinische oder psychiatrische Betreuung und Zwangsunterbringung. Woran sich diese „Erforderlichkeit“ festmacht und wer diese bewertet, bleibt unklar.
Zur Frage des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht heißt es, die Übermittlung von Daten durch die Polizei an andere Behörden und Institutionen sei *„nach rechtlicher Prüfung im Einzelfall in Gefahrenlagen möglich“*. Schwieriger sei der umgekehrte Weg: „Die rechtliche Möglichkeit zur Datenübermittlung durch andere Behörden und Institutionen an die Polizei, zum Beispiel seitens der Gesundheitsämter, ist bislang begrenzt.“

Die Arbeitsgruppe "Gefahren- und Bedrohungsmanagement" des LKA **Baden-Württemberg** prüfte im Mai 2025 die Inhalte der *Task Force* Hessen im Hinblick auf eine mögliche Adaption entsprechender Regelungen und Prozesse. Baden-Württemberg ist auch mit Nordrhein-Westfalen im Austausch für eine mögliche Adaption des dortigen "PerisKoP". Das PsychKG_BW (§ 53 Abs. 2) erlaubt die Weitergabe personenbezogener Daten der untergebrachten Person und Dritter u.a. für die Abwehr von Gefahren für die Sicherheit sowie das geordnete Zusammenleben in der Einrichtung und Fahndungsmaßnahmen, aber bislang nicht nach der Entlassung. Die bisher geltenden Persönlichkeitsrechte werden von den Sicherheitsbehörden als einschränkend und hinderlich empfunden.
Im polizeilichen Auskunftssystem Baden-Württemberg (POLAS-BW) ist der personengebundene Hinweis (PHW) "Psychische und Verhaltensstörung" (PSYV) für 4.986 gespeicherte Personen erfasst (Stand 12. Mai 2025).[1] Davon sind 2.860 Datensätze im Besitz der Polizei. Bei den übrigen 2.126 gespeicherten Personen handelt es sich um Datensätze anderer Polizeien der Länder und des Bundes, die im POLAS-BW beispielsweise aufgrund von Personenfahndungen abgebildet sind.

Ein – nach massiver Kritik inzwischen entschärfter – Gesetzentwurf in **Niedersachsen** sieht vor,[2] Personen zwangseinzuweisen, *"falls eine Gefahr für Leib oder Leben (§ 2 Nr. 5 NPOG) für Dritte, bei der der Eintritt des schädigenden Ereignisses zwar unvorhersehbar, aber wegen besonderer Umstände des Einzelfalls jederzeit zu erwarten ist"*. Gesundheitseinrichtungen sollen personenbezogene Daten einschließlich *"zur Beschreibung der von ihm ausgehenden Gefahr erforderlichen Daten, zum Gesundheitszustand und zum Krankheitsbild, zum Behandlungsverlauf sowie zu Behandlungsinhalten"* an die örtlich zuständigen Polizeibehörde weitergeben, *falls aus medizinischer Sicht Anhaltspunkte vorliegen, dass von der Person in absehbarer Zeit ohne Behandlung eine erhebliche Gefahr für das Leben, die Gesundheit oder andere hochrangige Rechtsgüter Dritter* ***ausgehen***

[1] Drucksache 17 / 8764: Kl. Anfrage Die Grünen Landtag BW, 5.5.2025
[2] Drucksache 19/8542 Nds Landtag.

könnte *und konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass der Mensch mit einer psychischen Erkrankung eine zur Abwehr der Gefahr notwendige Behandlung nicht wahrnehmen wird"*. Auch der überarbeitete Gesetzentwurf hatte bei der Anhörung im April zu umfassender Kritik geführt.

In **Sachsen Anhalt** überprüfen seit Februar 2025 die Polizeiinspektionen Dessau-Roßlau, Halle, Magdeburg und Stendal sowie das Landeskriminalamt Personen mit dem personengebundenen Hinweis "Psychische und Verhaltensstörung" (PHW PSYV), dies betraf 180 Menschen, obwohl bei ihnen nicht einmal Erkenntnisse vorlagen. Von den überprüften Personen befanden sich laut Innenministerin Tamara Zieschang (CDU) zu dem Zeitpunkt mehr als 70 in einer "Haft- oder Unterbringungsanstalt"; sie sollen vor ihrer Entlassung erneut überprüft werden. Inhalt und Kriterien einer solchen Überprüfung und möglichen Maßnahmen sind nicht öffentlich bekannt.

In **Thüringen** hat das Thüringer Landeskriminalamt im Mai 2025 die Besondere Aufbauorganisation (BAO) „Risiko – Früherkennung und Bedrohungsmanagement“ ins Leben gerufen, um *"potenzielle Gefährder frühzeitig zu erkennen, Risiken zu bewerten und schwere zielgerichtete Gewalttaten zu verhindern"*. Die Einrichtung der BAO folgt einem Beschluss der Innenministerkonferenz (IMK) und sollte nach 6 Monaten, also ab 2026, in den Regelbetrieb übernommen werden. Genauere Informationen zu deren Arbeit und den Ergebnissen liegen noch nicht öffentlich vor.

In **Hamburg** führt das Landeskriminalamt (LKA) seit Oktober 2024 das *Kompetenzzentrum für Risikobewertung* (KoRis), das Risikobewertungen von Personen vornimmt, unter Einbindung psychologischer Fachkräfte. 2025 haben Innen-, Sozial- und Justizbehörde außerdem das „Hamburger Netzwerk für personenbezogenes Risikomanagement“ gegründet. Bereits ein *"einzelner Hinweis einer beteiligten Behörde genügt, um eine behördenübergreifende Fallkonferenz einzuberufen"*. Dort sollen *"individuelle Risiken bewertet und abgestimmte Maßnahmen beschlossen werden"* – von der Vermittlung therapeutischer Hilfe, Gefährderansprachen bis hin zu gerichtlichen Zwangseinweisung, je nach Konstellation "*können zudem weitere Beteiligte, insbesondere die Ausländerbehörde, die Waffenbehörde oder bezirkliche Gesundheitsämter, eingebunden werden"*, *heißt es dort*. Der Datenaustausch werde derzeit in Hamburg verbessert, sodass Polizei und die Gesundheitsbehörden sich austauschen können. Die betroffene Person ist weder an der Einberufung einer Fallkonferenz beteiligt, noch ist sie selbst Teil davon.

Auch in **Berlin** will die Polizei psychiatrisch diagnostizierte Menschen in einem Pilotprojekt erfassen. *„Menschen mit Risikopotenzial, die die Allgemeinheit gefährden“*, sollen daran gehindert werden, „schwere Straftaten“ zu begehen.

Betroffen sind *„Verhaltensauffällige, also [Personen, die] unter Drogen stehen oder psychische Erkrankungen aufweisen“*. Dafür will die Berliner Polizei nach einem Drei-Punkte-Plan vorgehen: *"In einem ersten Schritt sollen Polizist*innen „Menschen mit Risikopotenzial“ identifizieren und anhand „kurzer und prägnanter Kriterien“ ihre Gefährlichkeit evaluieren (...). Im Zweifel würden die Personalien an eine zentrale Stelle bei der zuständigen Polizeidirektion weitergeleitet, wo eine Risikoanalyse vorgenommen werde. Im dritten Schritt würden dann das LKA und psychotherapeutische Expertise hinzugezogen, um über mögliche weitere Maßnahmen – von einer Fallkonferenz über die Einschaltung des sozialpsychiatrischen Dienstes bis hin zu einer richterlich angeordneten Zwangseinweisung – zu beraten"*. Auch hier werden Entscheidungen über eine betroffene Person nicht mit ihr getroffen, sondern über sie. Der zunächst anvisierte Beginn des Projekts im April 2026 verschiebt sich aktuell noch.

In **Rheinland-Pfalz** will das Pilotprojekt *sensor.rlp* seit Dezember 2025 *"Anzeichen für schwere Gewalttaten frühzeitig erkennen"* und *"durch ein umfassendes Bedrohungsmanagement potenzielle Gefahren bereits im Vorfeld identifizieren und abwehren."* SENSOR ist die Abkürzung für Sensibilisieren (Polizei und Behörden), Erkennen (von Warnverhalten), Nachhalten (standardisierte Erfassung mit Checkliste), Steuern (an den Fallmanager bei der Polizei wenden), Operationalisieren (Risikobeurteilung, möglicherweise Landeskriminalamt einschalten) und Reagieren (Gefahrenabwehr). Höre die Polizei etwa von einem *"pubertierenden kleinen Bruder, der sich gerade sozial isoliert, Probleme in der Schule hat, sich für Waffen interessiert und schon mal eine komische Andeutung gemacht habe"...*, dann wird einfach ein *"standardisierter Fragebogen ausgefüllt und damit das Risiko schon mal vorgeklärt. Anschließend können sie sich an den Fallmanager bei der Polizei wenden, der die Situation analysiert und sich gegebenenfalls an die Fachleute im LKA wenden, die ihre Einschätzung rückkoppeln. Was dann für eine Aktion folgt, ist ganz unterschiedlich.*"

In **Bremen** tagt seit April 2025 monatlich die "Ständige Konferenz zu psychisch kranken Menschen mit Gefährdungspotential" (StäKo). Sie *"soll einen institutions- und behördenübergreifenden Informationsaustausch in einem standardisierten Verfahren durchführen und Absprachen über den Umgang mit psychisch kranken Menschen mit besonderem Gefährdungspotential treffen, um in Gefährdungssituationen durch kooperatives Vorgehen Schaden/Gefahr für die betroffene Person und/oder für Dritte zu verhindern oder zu minimieren. Die StäKo besteht aus SIS (Inneres), SGFV (Gesundheit) und SASJI (Soziales, Integration) sowie dessen Vertreter*innen der zuständigen Fachabteilungen, die Behördenleitungen oder von dieser beauftragte Fachleute von Polizei Bremen, des Ordnungsamts, des sozialpsychologischen Dienstes sowie Vertreter*innen der psychiatrischen Abteilungen der Krankenhäuser in Bremen.* Sie soll u.a. Vorschläge erarbeiten zu

"Kommunikation bei bevorstehender Entlassung nach Fremdgefährdung zu Gefährdungseinschätzung BravO, Klinik, Tagesklinik, sozialpsychologischer Dienst, PIA und Polizei, zu Niedrigschwelliger Datenübermittlung der Polizei an die Gesundheitsdienste und -behörden, der Abklärung der Möglichkeiten zur Datenübermittlung mit der Datenschutzbeauftragten und klären, ob und inwieweit Ermittlungsdefizite bestehen und wie das Ermittlungsverfahren der Ortspolizeibehörden durch verbesserte Kommunikation außerpolizeilicher Behörden und Stellen beschleunigt und effektiviert werden könnte".

In **Mecklenburg-Vorpommern** gilt bisher das PsychKG aus dem Jahr 2000 mit dem üblichen Passus, dass *"Erkenntnisse (...) außer für den mit der Überwachung verfolgten Zweck nur für die Behandlung des Betroffenen und zur Abwehr von Gefahren für die Sicherheit und das geordnete Zusammenleben in der Einrichtung verwendet werden. Die Erkenntnisse dürfen außerdem Polizeidienststellen mitgeteilt werden, soweit konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine der in § 138 Abs. 1 des Strafgesetzbuches aufgeführten Straftaten oder eine gefährliche oder schwere Körperverletzung, eine Kindesentziehung, eine Freiheitsberaubung, ein besonders schwerer Fall des Diebstahls, eine Erpressung, eine gemeinschädliche Sachbeschädigung oder eine Straftat nach dem Betäubungsmittelgesetz begangen werden soll".* Mecklenburg-Vorpommern prüft aber mögliche Änderungen am PsychHG.

Schleswig-Holstein betreibt mehrere Gewaltpräventionsambulanzen. In Kiel, Elmshorn, Flensburg und Lübeck sollen damit "Warnzeichen früh erkannt und rechtzeitig eingegriffen" werden, sie richten sich an psychisch Erkrankte. Die Teilnahme ist freiwillig, zum Angebot gehören Gruppentraining, Einzelbehandlung und sozialpädagogische Beratung. Durch regelmäßigen Telefonkontakt und Hausbesuche soll ein Abbruch der Behandlung verhindert werden. Kritik an den Plänen gab es bereits im Vorfeld. Inzwischen wird deutlich, dass es vordringlich um wohnungslose, psychisch kranke, drogenabhängige, meist vorbestrafte und gewaltbereite Personen geht. Als Lösungsansatz werden neben Alltagshilfen allerdings vor allem lediglich Therapien zur Verhinderung möglicher Gewalttaten angeboten. Schleswig-Holstein prüft gleichzeitig außerdem mögliche Änderungen des PsychHG.

Brandenburg prüft ebenfalls mögliche Änderungen des PsychKG. Eine ressortübergreifende Arbeitsgruppe zum „Umgang mit verhaltensauffälligen Geflüchteten“ befasst sich speziell mit *„psychisch belasteten, unterstützungsbedürftigen oder sicherheitsrelevant auffälligen Geflüchteten*“. Im **Saarland** sieht das PsychKG die Zwangseinweisung durch die Polizeibehörden als möglich vor (§19 2 Saarl. PsychKHG), an einer Novelle wird gearbeitet. Für **Sachsen** sind keine inhaltlich weiterführenden Informationen verfügbar.

3. Gesundheitsdaten, Register und Datenanalyse

Die bestehenden PsychKGs werden also aktuell dahingehend verändert, dass Polizeibehörden einbezogen werden, sobald Personen, die wegen Fremdgefährdung untergebracht waren, (bei der Entlassung) potenziell für weiterhin gefährlich erachtet werden. Diese werden registriert und können in einigen Bundesländern durch die Polizeibehörden selbst für 48 Stunden zwangseingewiesen werden (Bayern). Entscheidungen über Zwangseinweisungen liegen bislang bei Ärzt*innen, Gerichten oder der Betreuung. Im Jahr 2022 gab es bundesweit 55.664 Zwangseinweisungen nach PsychKG, eine deutliche Steigerung, denn 2015 waren es noch 83.418.

Es ist davon auszugehen, dass eine derartige Anordnung **zu einer Zunahme von Prognosen** einer potentiellen Fremdgefahr einer Person durch das ärztliche Personal führen wird. Arzt*innen werden sich vermutlich eher vor möglicher Fehler- und Schuldzuweisung schützen wollen, für den Fall, dass sich ein*e ehemalige Patient*in zu irgendeinem Zeitpunkt nach der Entlassung fremdgefährdend verhält.
Als Folge der Prognose können dann weitreichende persönliche Gesundheitsdaten über psychische Auffälligkeiten und Erkrankungen erfasst und zwischen Behörden geteilt werden. Bei den Durchleuchtungen der Personen mit personenbezogenen Hinweisen (PHW) durch die Landespolizeien und bei den Konzepten einiger Bundesländer verschwimmen häufig die Formulierungen hinsichtlich "psychischer Auffälligkeit" und diagnostizierter Erkrankung. Es bleibt teilweise auch unklar, wer sie definiert. **Die Sicherheitsbehörden haben auf diese Weise freie Hand, Vorgaben großzügig zu ihren Gunsten auszulegen, wirksame rechtliche Mittel bleiben Betroffenen zudem verwehrt.**

3.1 Gesundheitsdaten an die Polizei

Die Gesundheitsdaten sind durch eine drohende Untergrabung des Datenschutzes massiv gefährdet. Der Bund der Kriminalbeamten (BDK) kritisiert ganz konkret; *"Um beurteilen zu können, wie gefährlich eine auffällige Person tatsächlich ist, müsste die Polizei auch auf Erkenntnisse der Patientenakte zugreifen können“*, sagte der BDK-Landesvorsitzende, "*Nach derzeitiger Rechtslage werde aber „der Datenschutz beziehungsweise die ärztliche Schweigepflicht höher gewichtet als das Bedürfnis der Bürger nach Schutz und Sicherheit.*" In der elektronischen Patient*innenakte etwa sind Diagnosen zu psychischen Erkrankungen, wie Depression oder Schizophrenie, gespeichert sowie die medizinische Vorgeschichte. Der polizeiliche Zugriff auf derartige Daten bedeutet ein unverantwortliches Risiko.

Im aktuellen Gesetzentwurf des PsychKG für Niedersachsen vom 26.1.2026 heißt es § 38, dass den örtlichen Polizeibehörden konkrete Informationen zum ***"Gesundheitszustand und zum Krankheitsbild, zum Behandlungsverlauf sowie zu Behandlungsinhalten"*** durch die Unterbringungseinrichtung und den örtlich zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst übermittelt werden, wenn aus medizinischer Sicht Anhaltspunkte vorliegen, dass *"von dem Menschen mit einer psychischen Erkrankung in absehbarer Zeit ohne Behandlung eine erhebliche Gefahr für das Leben, die Gesundheit oder andere hochrangige Rechtsgüter Dritter ausgehen könnte"* und "*der Mensch mit einer psychischen Erkrankung eine zur Abwehr der Gefahr notwendige Behandlung nicht wahrnehmen wird."*

3.2 Die Erfassung von Personen in Registern

Im Dezember 2024 forderte Carsten Linnemann, damals CDU-Generalsekretär und inzwischen aufgestiegen zum Bundesgesundheitsminister, neben erweitertem Datenzugriff für Sicherheitsbehörden ein *"Register für psychisch Kranke"*. Sowohl Betroffenenverbände, als auch Fachverbände lehnen eine Register-Erfassung von Menschen in psychischen Ausnahmezuständen kategorisch ab. Sie weisen einhellig darauf hin, dass "*der wirksamste Schutz vor gewalttätigem Verhalten im Kontext psychischer Erkrankungen nicht in einer Ausweitung der sicherheitspolitischen Gefahrenabwehr liege, (...) Maßnahmen, die primär oder ausschließlich auf Kontrolle, Registerbildung oder weitreichende Informationspflichten setzen, erhöhen das Gefahrenrisiko, weil sie Hilfesuchende abschrecken, Stigmatisierung verstärken und Behandlung erschweren".*

Das Wort "Register" wurde nach umfassendem Protest inzwischen von den politisch Verantwortlichen im Sprachgebrauch proaktiv zurückgenommen, ein Register von psychisch erkrankten Menschen solle nicht angelegt werden. Doch diese Behauptung ist reine Augenwischerei: Bereits bei den INPOL-Datenbanken und die Datenbanken der Länderpolizeien handelt es sich um Register mit personengebundenen Hinweisen (PHW), die aktuell abgefragt und überprüft werden.
Die nach PsychKG an die Polizeibehörden gemeldeten Daten stellen darüber hinaus sogar detaillierte sensible Personen- und Gesundheitsdaten dar, sie werden gespeichert und bilden damit ein Register, auf die neben den zuständigen Ärzt*innen auch Sicherheitsbehörden zugreifen können. Diese Art der Erfassung verstößt gegen rechtsstaatliche Prinzipien wie die Unschuldsvermutung (Art. 6 Abs. 2 EMRK), das Verhältnismäßigkeitsprinzip und das Recht auf informationelle Selbstbestimmung nach Artikel 2 Absatz 1 GG.

Als Komitee für Grundrechte und Demokratie richten wir uns entschieden den Datenaustausch mit bzw. Herausgabe von Gesundheitsdaten an Sicherheits-

behörden und eine Aufweichung von Datenschutz und Schweigepflicht. Wir fordern ein Ende der Polizeiregister und der diskriminierenden Personenvermerke in Polizeidatenbanken.

4. Automatisierte Datenanalyse

In Hessen, Bayern und NRW werden seit mehreren Jahren Versionen der KI-Analysesoftware "Palantir" eingesetzt, auch Baden-Württemberg nutzt sie seit April 2026. In anderen Bundesländern sowie auf Bundesebene wird über die Nutzung von Palantir nachgedacht, trotz schwerwiegender Datenschutz- und Sicherheitsbedenken. In Hessen und NRW dürfen aufgrund einer Entscheidung des BVerfG 2023 (1 BvR 1547/19 und 1 BvR 2634/20) die Palantir-Versionen VeRA und HessenData zwar derzeit weder Wahrscheinlichkeiten für Straftaten berechnen, noch automatisiert soziale Medien durchsuchen. Viele Daten werden seitdem weiter in die Software eingespeist und – derzeit – vor den Ermittlern verborgen. Personen, gegen die kein erhärteter Verdacht vorliegt, werden geschwärzt und können auch nicht aufgerufen werden – eine Einschränkung, die unter veränderten politischen Vorzeichen freilich jederzeit verändert werden kann. Auch rückwirkend können einmal geschwärzte und versteckte Daten wieder zugänglich werden.
Der Einsatz von automatisierter Datenanalyse und KI mit Programmen wie Palantir sind gerade vorliegenden Kontext höchst alarmierend und unverantwortlich.

5. Wer ist hier gefährlich?

Der (sicherheits)politischen Diskurs von "Risikopotenzial" und "Risikomanagement" bei Menschen in psychischen Ausnahmezuständen unterstellt eine pauschale Gefahr, verbrämt in neoliberalem Gewand. Nach andauernder, massiver Kritik von Fachverbänden und Fachvertreter*innen wird in den politischen Konzeptpapieren inzwischen zwar auf die Erwähnung des Wortes "Hilfe" für Betroffene Wert gelegt, es findet inhaltlich stets jedoch wenig Raum in den konkreten Konzepten. Diese Formulierungen kaschieren kaum, dass mit der "Hilfe" weiterhin vor allem Zwangsmaßnahmen gemeint sind.

Und nicht ausschließlich Personen mit psychiatrischen Diagnosen stehen im Fokus. In den sicherheitspolitischen Konzepten ist vage die Rede von Menschen "mit psychischen Auffälligkeiten", dies betrifft potentiell unzählige Menschen. Denn was psychisch auffällig ist, bestimmen kaum die Menschen in psychischen Ausnahmezuständen selbst oder fachliche Expert*innen, sondern zunehmend Sicherheitsbehörden und Politik.

Es besteht bei der sicherheitspolitischen Erfassung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen zudem die Gefahr, dass sie von Hilfsangeboten absehen aus Furcht vor Stigmatisierung, Ausgrenzung, Kriminalisierung und Zwangsbehandlung. Das wiederum führt dazu, dass viele Betroffene deutlich mehr und länger unter den gesundheitlichen Problemen leiden werden. Und es erhöht das Risiko, dass sich bestimmte psychische Probleme in Aggression oder Gewalt ausdrücken – d.h. das Gegenteil von dem, was eigentlich erreicht werden soll.

6. Polizeigewalt

Schon heute sind Menschen in psychischen Ausnahmezuständen oder Verhaltensauffälligkeiten überproportional häufig Opfer polizeilicher Gewalt. Gewaltförmige Polizeieinsätze gegen Menschen im psychischen Ausnahmezustand nehmen zu. Die massiv stigmatisierenden Debatten und neuen gesetzlichen Regelungen verstärken diese Tendenzen und werden zu noch mehr Gewalt gegen diese besonders vulnerablen Gruppen führen.

7. Konstruierte Kausalität

Anlässlich der Forderungen der Sicherheitsbehörden weisen Betroffene, Ärzt*innen und Fachverbände regelmäßig darauf hin, dass ein allgemeiner Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose und einem erhöhten Risiko für Gewaltstraftaten nicht belegbar ist.[1] Vielmehr sind Menschen in psychischen Ausnahmezuständen selbst vermehrt Gewalt ausgesetzt, insbesondere in den Kliniken. Auch in Polizeieinsätzen sind Menschen in psychischen Krisen als besonders gefährdet. Das Vorliegen einer Schizophrenie erhöht das Risiko durch Polizeikräfte verletzt zu werden um das 8,5fache, das Vorliegen einer Depression um das 2,4fache. Die Polizei leistet üblicherweise "Vollzugshilfe" bei der Durchsetzung einer Zwangseinweisung, was in den Polizeigesetzen der Länder angelegt ist.

Richtig ist, dass nur ein ganz geringer Teil von Menschen in psychischen Ausnahmezuständen ein erhöhtes Risiko hat, aggressiv oder gewalttätig zu werden. Als Risikofaktoren gelten Substanzmissbrauch (Drogen/Alkohol).
Aggressionen und Gewalt haben zudem jeweils vielfältige Ausprägungen (etwa Autoaggression), sie sind komplex und kaum vorhersagbar. So haben Menschen in psychischen Ausnahmezuständen ein höheres Eigengefährdungsrisiko als das stets betonte Fremdgefährdungsrisiko. Eine adäquate psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung aufgrund von freiwilliger Entscheidung sind

[1] Wittmann Seite 419.

neben Drogenabstinenz zentrale risiko-minimierende Faktoren für gewalttätiges Verhalten.[1]
Insbesondere Menschen mit Fluchterfahrung stehen im sicherheitspolitischen und medialen Diskurs besonders im Fokus. Einige Attentate in der jüngeren Vergangenheit wurden von Männern verübt, die zuvor als Geflüchtete nach Deutschland gekommen waren. Sie werden pauschal besonders oft als „Gefahr“ diffamiert – trotz gegenteiliger Datenlage, denn empirisch ist diese Zuschreibung nicht haltbar. Viele sind aufgrund ihrer Vergangenheit und ihrer Fluchtgeschichte traumatisiert, woraus sich psychische Krisen entwickeln können. Trotzdem erhalten Menschen mit Fluchtgeschichte selten die Möglichkeit einer Therapie.

Bei Attentaten ohne direkt ersichtliches Motiv greifen Politik und Medien auf Vorurteile und Stigmatisierungen zurück. Auslöser für eine Gewalttat sind allerdings komplex und können kaum auf einen einzelnen Anlass zurückgeführt werden, so ist nicht zu sagen, ob eine Tat mehrheitlich ideologisch oder psychisch motiviert ist.
Weiterhin ist eine eindeutige Unterteilung in "gesund" und "krank" als solches problematisch: So haben etwa rund ein Viertel aller Menschen eine psychiatrische Diagnose, die Zahl Menschen in psychischen Ausnahmezuständen steigt insgesamt; im Laufe des Lebens betreffe dies sogar – nach Zahlen aus Bayern – die Hälfte aller Menschen, Frauen seien dabei häufiger betroffen als Männer. Jede fünfte minderjährige Person ist psychisch belastet. Viele Menschen in psychischen Ausnahmezuständen warten aber monatelang auf einen Therapieplatz – im Durchschnitt 20 Wochen, und im ländlichen Raum noch länger.
Die Auswirkungen etwa der Corona-Pandemie, der Verheerungen der zunehmenden Klimakatastrophe, zunehmenden Vereinzelung, wachsendem Druck im Arbeitsleben und politischen Krisen fördern die Zunahme psychischer Leiden. Diese Symptome einer vereinzelnden, entfremdeten und krank machenden Gesellschaft dürfen nicht mit (mehr) Gewalt und Autoritarismus bekämpft werden, sondern mit ausreichenden und adäquaten Unterstützungs- und Versorgungsangeboten – und vor allem mit einer grundlegenden Veränderung unserer gesellschaftlichen Lebensbedingungen.

Auch ist die Interpretation, was als (psychische) Krankheit verstanden wird, keineswegs neutrales Wissen, sondern ist gesellschaftlichen Veränderungen unterworfen. So galten bis vor kurzem sexuelle Orientierungen und Identitäten als psychisch krank, erst 1990 strich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Homosexualität von der Liste der menschlichen Krankheiten.

[1] Wittmann, Seite 419.

"Im einen Fall wird die Idee einer Geisteskrankheit dazu benutzt, eine schuldige Person von der Verantwortung für ihr Verbrechen freizusprechen;
im anderen Fall wird die Idee einer Geisteskrankheit dazu benutzt,
eine unschuldige Person anzuklagen, »auf gefährliche Weise krank« zu sein und sie in einer psychiatrischen Klinik einzusperren.
Die Psychiatrie beruht auf diesen beiden Verfahren und würde ohne sie verschwinden."
Thomas Szasz, Der Kampf der Psychiatrie gegen strafrechtliche Verantwortlichkeit.

8. Pathologisierung von Gewalt

Das BKA stellte für 2021 bei schwerer Gewaltkriminalität (PKS-Definition) im Vergleich zum Bezugsjahr 2004 einen deutlichen Rückgang beim Fallaufkommen und bei der Häufigkeitszahl fest. Aber obwohl die Zahl schwerer Gewalttaten rückläufig ist, werden massiv Ressourcen in den Ausbau von Kontroll- und Sicherheitsmaßnahmen bereitgestellt. Während dessen sind Therapieplätze knapp, obwohl die Nachfrage nach psychotherapeutischen Angeboten weiter steigt. Aktuell kürzen die Krankenkassen die Honorare für ambulante Psychotherapien.
Der mediale und sicherheitspolitische Fokus auf Menschen in psychischen Krisen lässt vergessen, dass es sehr viel wahrscheinlicher ist, von einem psychisch gesunden Menschen verletzt zu werden. **Merkmale wie männliches Geschlecht oder jüngeres Alter haben erheblich mehr Einfluss auf ein Gewaltrisiko als eine Erkrankung**. Besonders soziale Belastungen als Ursachen oder Begleiterscheinungen der Erkrankung sind ausschlaggebend für ein etwaiges Gewaltrisiko. Darunter fallen Wohnungslosigkeit, fehlende soziale oder medizinische Unterstützung sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch.

Gewaltförmige Ideologien von Tätern werden außerdem in vielen Fällen vernachlässigt: Bei dem Anschlag auf den Magdeburger Weihnachtsmarkt am 20.12. 2024 etwa starben sechs Menschen und 338 weitere wurden verletzt, indem der Täter mit einem Auto in die Menge fuhr. Eine psychische Diagnose hatte er nicht, er galt als "sozial auffällig" und hat viele Beschwerden geschrieben. Während laut einem Gutachten seine ideologische Grundlage aber in einem verschwörungs-ideologischen und islamfeindlichen Weltbild lag, das offensichtlich über die Jahre durch von ihm rezipierte Inhalte aus der „Echokammer“ des transnationalen Rechtsextremismus beeinflusst wurde, geht die Bundesanwaltschaft von persönlicher Frustration als Tatmotiv aus. Auch der Täter des Attentats auf das Münchener Oktoberfest von 1980 wurde seinerzeit einem psychisch auffälligen, jedenfalls suizidverdächtigen Einzeltäter zugeschrieben – erst 40 Jahre später musste Bayern einräumen, dass es sich um einen rechten Terrorakt gehandelt hatte.

Betrachtet man, wie sich die gesellschaftliche Vorstellung von "Gefahr", aber auch von „Krankheit“ bzw. „psychischer Krankheit“ über die Zeit verändert und wie eng verknüpft der Begriff des "Gefährders" mit politischen Entwicklungen und Einordnungen ist, wird auf der anderen Seite die Brisanz des aktuellen

sicherheitspolitischen Vorstoßes besonders offensichtlich. Mit der Aufweichung dieser Definition kann letztendlich zukünftig auch politischer Extremismus noch vermehrt als psychische Disposition gelabelt werden. Noch 2003 wurde das Gehirn von RAF-Mitglied Ulrike Meinhof neurochirurgisch nach physischen Ursachen für ihre Radikalität seziert. Die Suche nach Zusammenhängen zwischen Extremismus und psychischer Krankheit ist auch sonst nicht neu und spielt für Strafmaß und Prävention längst eine Rolle.

9. Männlichkeit und Gewalt

Schwerste Gewalttaten wie jene auf dem Stadtfest in Solingen, dem Magdeburger Weihnachtsmarkt, in Aschaffenburg und anderen **werden fast ausschließlich von Männern verübt**. Bei registrierten Straftaten sind ebenfalls 90 % der Täter*innen Männer. Die Rollenvorstellung, was männlich ist, wie ein Mann zu sein hat und welche Eigenschaften, Tätigkeiten und Ansichten ihn auszeichnen sollten, wird ständig neu gezeichnet und über die Medien und die Erziehung transportiert. Das Ringen um Dominanz und Ehre ist vielfach Bestandteil der männlichen Sozialisation, dabei ist Gewalt als letzte konsequente Option omnipräsent im männlichen Alltag. Männlichkeit wird unter anderem über die Ausübung von Gewalt hergestellt. Die Vorstellung von Männlichkeit und seine Herstellung ist ein sozialer Prozess, es gibt verschiedene Formen von Männlichkeit, die sich in ihrem Handeln unterscheiden lassen. Auf ihre Entstehung haben die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ebenso Einfluss wie persönliche Entscheidungen. Die Auseinandersetzung um das Verhältnis von Männlichkeit und Gewalt ist in der Debatte jedoch völlig unterbelichtet, Gewalt wird pathologisiert.

In der Berichterstattung und von Seiten der Sicherheitsbehörden werden die Taten mit psychischen Erkrankungen erklärt, was nicht dem Stand der Wissenschaft entspricht, statt dessen werden alte Vorurteile bedient und diese befeuert. Die Diskriminierung von psychisch Kranken ist damit Teil der systematischen Abwertung von Menschen mit Be_hinderungen. Insbesondere die AfD greift diese mit ihrer Rhetorik und Politik gezielt an und würdigt sie herab. Doch die Gleichberechtigung stellen auch andere Parteien zunehmend in Frage, so argumentieren führende CDU-Politiker*innen die Streichung von staatlichen Leistungen für be_hinderte Menschen.

Die medizinischen Krankheitsbilder erfüllen eine gesellschaftliche Funktion. Unangepasstes Verhalten wird pathologisiert und "störende" Individuen aus der Gesellschaft ausgeschlossen.
Direkte sichtbare Gewalt verschwindet zunehmend aus Gesellschaften, brutale und körperliche Gewalt wird subtiler ausgeübt. Autoritäre Gesetze geben dem

staatlichen Gewaltmonopol größere Spielräume, Taser ergänzen tödliche Schusswaffen, der Absatz von Psychopharmaka boomt, es gibt eine höhere soziale Akzeptanz psychiatrischer Deutungen und eine steigende Bereitschaft, die eigenen Probleme als individuelle Defekte wahrzunehmen und eine psychiatrische Behandlung in Anspruch zu nehmen.

10. Zwangsunterbringung: Verwahrt und nicht nachhaltig geholfen

Menschen mit akuten und schweren psychischen Erkrankungen, die einer kurzfristigen Notfall- und intensivpsychiatrischen Versorgung bedürfen, werden in (geschlossenen) Akutstationen zwangsuntergebracht. Diese sind häufig hoch ausgelastet oder gar überbelegt. Dazu kommt ein eklatanter Personalmangel. Stress und Zeitmangel begünstigen Zwangsanwendung: Menschen werden fixiert und gefesselt, sie erleben Missbrauch und Gewalt. Werden nach den Vorstellungen der Sicherheitsbehörden zukünftig noch mehr Menschen in psychiatrischen Kliniken "präventiv" zwangsuntergebracht, würden auch sie der herrschenden Überbelegung mit all ihren beschriebenen Konsequenzen ausgesetzt. Menschen werden verwahrt, ihnen wird nicht nachhaltig geholfen.
Für Menschen in psychischen Ausnahmezuständen bedeutet es eine enorme Anstrengung, sich in einer psychischen Krisensituation Hilfe zu suchen. Personen in dieser Lage zusätzlich als gefährlich zu markieren, stigmatisiert sie und führt zu einer stärkeren gesellschaftlichen Ausgrenzung, als sie ohnehin ausgesetzt sind.
Die chronische Unterfinanzierung im Gesundheitssektor ist Schuld an einem Mangel an ambulanten Versorgungsstrukturen, niedrigschwelligen Krisenhilfen und barrierearmen Unterstützungsangeboten. Das Behandlungsangebot bleibt gerade für Menschen mit schweren Beeinträchtigungen auf eine medikamentöse Symptombekämpfung reduziert und ist mit wiederholten Aufenthalten in der stationären Psychiatrie verbunden.
Zunehmend kommt es zu Entlassungen aus der Klinik in die Wohnungslosigkeit. Die finanziellen Streichungen in allen sozialen Bereichen verstärken die eigentlichen Ursachen psychischer Krisen, dazu gehören Armut, Rassismus, Ableismus und weitere Ausgrenzungsmechanismen. Die finanziellen Kürzungen sind deutlicher Ausdruck einer zunehmend be_hindertenfeindlichen Politik und Gesellschaft.

11. Abschaffung aller Sondergesetze!

Die zwangsweise Unterbringung von Menschen in psychischen Ausnahmezuständen verstößt gegen das „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Be_hinderungen“ (UN-Be_hindertenrechtskonvention, UN-BRK). Es ist in Deutschland seit 26. März 2009 in Kraft und seitdem geltendes Recht, welches von

allen staatlichen Stellen umgesetzt werden muss. Menschen mit psychischen Erkrankungen stehen dem Schutz dieser Konvention, weshalb die Abschaffung aller Sondergesetze erfolgen muss, die nur für „psychisch Kranke“ gelten und ihre Grundrechte einschränken.
Nach Artikel 12 UN-BRK besteht die Verpflichtung, die Unterstützung für Menschen mit Be_hinderungen zu gewährleisten, sie in die Situation zu bringen, selbst frei und informiert zu entscheiden. Diese anspruchsvolle Form der Unterstützung im Sinne von Assistenz darf weder per gesetzlicher Vertretung, noch über eine zwangsweise durchgesetzte Entscheidung durch Dritte für eine betroffene Person, ersetzt werden, diese Forderung von 2013 gilt bis heute unvermindert fort.

12. Zwang beenden, Alternativen aufbauen

Die gesellschaftliche Lösung für Menschen in psychischen Krisen erfordert das Ende von Zwangsmaßnahmen und eine Entstigmatisierung, es braucht flächendeckende Beratungsangebote, Krisendienste und schnell erhältliche individuelle Versorgung. Es braucht einen proaktiven Abbau von Vorurteilen und Stigmatisierung. Statt Ängste zu schüren, sollten wir als Gesellschaft Hilfe und Unterstützung bieten.

Von einem System der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung, das ausschließlich auf Freiwilligkeit und Unterstützung basiert und sich an dem Willen und den Präferenzen derjenigen ausrichtet, die Unterstützung benötigen, sind wir allerdings weit entfernt.
Die strikte Auslegung der UN-Be_hindertenrechtskonvention wird ausschließlich von Selbstorganisationen gefordert, denn Fachverbände räumen die Anwendung von Zwang als letztes Mittel unter bestimmten Voraussetzungen ein. So verteidigt Deutschland im Wesentlichen die Praxis der Zwangsunterbringung und Zwangsmedikation als unvermeidbares und letztes Mittel („ultima ratio“) und hält am Konzept der „krankheitsbedingten Einwilligungsunfähigkeit“ fest.

Die Monitoringstelle zur UN-Behindertenrechtskonvention stellte 2015 fest, dass *"weder die Politik noch die in der psychiatrischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen, etwa die Ärzteschaft, Alternativen, um von Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung wegzukommen, entwickeln."* Es fehle "an einer nachhaltigen und systematischen Entwicklung, die zu Strukturveränderungen, neuen Strategien, Gesetzen und Programmen führt, mit denen Zwang verhindert werden kann." Die Monitoring-Stelle regt an, "*das System in allen Teilen praktisch zu befähigen, Zwang im Zusammenhang mit Unterbringung und Behandlung zu vermeiden und stattdessen die freie und selbstbestimmte Entscheidung der Person durch geeignete Unterstützung zu fördern. Der Vertragsstaat (Legislative) sollte eine vom Bundestag veranlasste und*

getragene Initiative durchführen (etwa in Form einer Enquete mit Empfehlungen) mit dem Ziel, den erforderlichen Strukturwandel einzuleiten."
Die WHO vertritt den Standpunkt, dass sich die Länder **eine Beendigung aller Zwangsmaßnahmen zum Ziel setzen** müssen, anstatt nur nach Alternativen zu suchen. Zwangsmaßnahmen sollten nicht einmal als letztes Mittel erwogen werden.

Das "Russell-Tribunal zur Frage der Menschenrechte in der Psychiatrie" erklärte bereits 2001: "*Die Fiktion psychischer Krankheit erzeugt unausweichlich ihr Korrelativ, die Fiktion psychiatrischer Behandlung. In Kombination mit Zwang (Zwangseinweisung), wird das Konzept psychiatrischer Behandlung zur bereitstehenden Waffe in der Hand der Familie oder des Staates, um solche Personen zu kontrollieren, zu bestrafen und zu zerstören, die von denen unerwünscht sind, die das psychiatrische Vokabular besetzt haben und es beherrschen, insbesondere von den politischen Herrschenden. Außerhalb der Fiktion der Behandlung einer Krankheit, würde solches Verhalten als Folter erachtet werden".*

Mexiko hat 2022 die Zwangspsychiatrie abgeschafft und seine Gesundheitsversorgung per Gesetz an den Menschenrechten ausgerichtet. Es heißt dort: "*Unter psychischer Gesundheit versteht man "einen Zustand des körperlichen, geistigen, emotionalen und sozialen Wohlbefindens, der durch die Interaktion des Einzelnen mit der Gesellschaft bestimmt wird und mit der uneingeschränkten Ausübung der Menschenrechte verbunden ist."* Damit setzt Mexiko – zumindest auf dem Papier – die Vorgaben der UN-Be_hindertenrechtskonvention um, ein wichtiger erster Schritt. Mexiko plant zudem ab 2027 eine der größten Gesundheitsreformen Lateinamerikas: Alle Personen sollen unabhängig vom Einkommen einen Anspruch auf kostenlose medizinische Versorgung in allen öffentlichen Einrichtungen bekommen.

Eine konsequente Umsetzung von Unterstützung von Menschen in psychischen Kriesen, die strikt auf Freiwilligkeit basiert, verlangt ganz andere Aufmerksamkeiten und Kapazitäten sowie eine Gesellschaft der gegenseitiger Fürsorge. Zuvorderst müssten sich die Strukturen ändern, die überhaupt zu psychischen Belastungen führen und Erkrankungen auslösen und fördern. Die Konzept eines sozialen Krankheitsmodells müsste stattdessen auch die sozialen Bedingungen für die Patient*innen einbeziehen und so verändern, dass einer gesellschaftlichen Ausgrenzung durch Beziehungsgestaltung, Veränderung des sozialen Umfelds und hoffnungsvolle Zuwendung entgegen gewirkt wird.

Als eine **praktische Alternative zu Zwangspsychiatrisierung** gelten sogenannte Weglaufhäuser. Sie dienen seit den 1980er Jahren als Anlaufstellen für Menschen in akuten psychischen Krisenzuständen, die sich dort auf freiwilliger Basis Hilfe holen können, ohne sich sofort dem medizinischen und bürokratischen Apparat

ausliefern zu müssen. Wie in einem Modellprojekt in Italien richten sie sich idealerweise weniger auf die Behandlung von psychischen Krankheiten als vielmehr auf eine dauerhafte Unterstützung der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Doch die Abhängigkeit von den Zwängen des bestehenden Gesundheitssystems zeigt auf, etwa am Beispiel des Weglaufhauses in Berlin, dass ein System ohne Zwang umfassender Veränderungen bedarf als nur der ergänzenden Installation einzelner unterstützendender Einrichtungen in das Bestehende.

13. Weiterführende Literatur

Aktualisierte Übersichten über bundesweite Entwicklungen von Anna Biselli in Netzpolitik:

CILIP, Bürgerrechte und Polizei Heft Nr. 137, März 2025: Me-nschen in psychosozialen Krisen.

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP) Fact Sheet: Gewaltrisiko und psychische Erkrankung (Januar 2022)

Cora Schmechel, Fabian Dion, Kevin Dudek, Mäks* Roßmöller (Hg.) Gegendiagnose. Beiträge zur radikalen Kritik an Psychologie und Psychiatrie.

IMI-Analyse 2025/33: Psychiatrische Diagnosen als „Sicherheitsrisiko“. Stigmatisierung, Echtzeitüberwachung und Repression gehen Hand in Hand.

W.D. Narr/T. Saschenbrecker, Zur Frage der Verfassungskonformität der geplanten Neufassungen der Gesetze zur Unterbringung psychisch kranker Menschen (2013)

Thesing, Peet: Feministische Psychiatriekritik. Über Diagnosen, Zwang und Patriarchat (2017)

Pannemann, Malte: Männlichkeit, Gewalt und Misogynie. In: Institut für Demokratie und Zivilgesellschaft (Hg.). Wissen schafft Demokratie. Schwerpunkt Antifeminismus und Hasskriminalität, Band 13 (2023). Online-Ausgabe. Jena, 74-85.

Informationen zur Patient*innenverfügung

Linus Wittmann, Braucht die Polizei multiprofessionelle Ansätze für die Interaktion mit psychisch erkrankten Menschen? Polizei und Wissenschaft 1, 2021, 24 ff.