

DBfK Nordwest e.V. · Beethovenstraße 32 · 45128 Essen

An

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales  
des Landes Nordrhein-Westfalen  
Referat IV A 1 – Universitätskliniken,  
Psychiatrische Krankenhäuser

– per E-Mail –

**DBfK Nordwest e.V.**

Geschäftsstelle  
Bödekerstraße 56  
30161 Hannover

Regionalvertretung Nord  
Am Hochkamp 14  
23611 Bad Schwartau

Regionalvertretung West  
Beethovenstraße 32  
45128 Essen

Zentral erreichbar  
T +49 511 696 844-0  
F +49 511 696 844-299

nordwest@dbfk.de  
www.dbfk.de

07.04.2026

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

Sehr geehrter Herr Bröhl,  
sehr geehrte Damen und Herren,

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e.V. (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit, im Rahmen der Verbändeanhörung nach § 35 GGO NRW zum oben genannten Gesetzesentwurf Stellung zu beziehen.

Der DBfK Nordwest begrüßt, dass das PsychKG NRW grundlegend neu gefasst werden soll. Gerade in einem so sensiblen Handlungsfeld muss das Gesetz den Schutz der betroffenen Menschen, ihr Recht auf Selbstbestimmung, den Anspruch auf fachgerechte Behandlung und das Ziel von Teilhabe und Genesung ausgewogen sichern.

Der Gesetzesentwurf greift wichtige Anliegen auf, bleibt jedoch aus unserer Sicht in zentralen Punkten hinter dem Anspruch einer modernen, menschenrechtsorientierten psychiatrischen Versorgung zurück. Insbesondere dort, wo es um Krisenbewältigung, Zwangsvermeidung, Behandlung und Nachsorge geht, wird die Rolle der Profession Pflege noch nicht ausreichend berücksichtigt.

Der DBfK Nordwest sieht daher an mehreren Stellen deutlichen Nachbesserungsbedarf, was wir in der nachfolgenden ausführlichen Stellungnahme ausführen.

# Stellungnahme des DBfK Nordwest e.V.

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

07. April 2026

## Vorbemerkungen

Die Neufassung des Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen (PsychKG NRW) betrifft ein besonders sensibles Handlungsfeld: den Ausgleich zwischen dem Schutz der betroffenen Person und Dritter, dem Recht auf Selbstbestimmung, dem Anspruch auf fachgerechte Behandlung sowie dem Ziel, Teilhabe und Genesung zu fördern. Der DBfK Nordwest teilt ausdrücklich die von der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen gemeinsam mit Fachgesellschaften formulierten Bedenken gegen eine sicherheitslogische Zuspitzung des Gesetzentwurfs. Psychiatrische Versorgung ist Teil des Gesundheitssystems und darf nicht durch Regelungen überformt werden, die vor allem Stigmatisierungsrisiken erhöhen, zusätzliche Bürokratie erzeugen und das Vertrauen in Hilfesysteme schwächen.

Aus Sicht des DBfK Nordwest ist es dennoch richtig und notwendig, das PsychKG NRW grundlegend weiterzuentwickeln. Ein modernes PsychKG muss Hilfen, Krisenintervention, Behandlung, Unterbringung und Nachsorge so ausgestalten, dass Zwang vermieden, Rechte wirksam geschützt und gemeindenaher Unterstützung gestärkt werden. Zugleich muss das Gesetz die tatsächliche Versorgungsrealität abbilden. Dazu gehört insbesondere, die Rolle der Profession Pflege in der psychiatrischen Versorgung angemessen und verbindlich zu berücksichtigen.

Pflegefachpersonen sind in psychiatrischen Versorgungsstrukturen kontinuierlich präsent und übernehmen wesentliche Aufgaben in Beobachtung, Beziehungsarbeit, Deeskalation, pflegerisch-therapeutischer Behandlung, Krisenbegleitung, Entlassplanung und sektorenübergreifender Koordination. Gerade in zugespitzten Situationen tragen sie wesentlich dazu bei, Eskalationen zu verhindern, Zwang zu vermeiden und die Würde sowie Sicherheit der betroffenen Menschen zu wahren. Diese professionelle Verantwortung muss sich auch in den gesetzlichen Strukturen, Beteiligungsrechten und Finanzierungslogiken widerspiegeln.

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält hierfür wichtige Ansatzpunkte, etwa bei der Stärkung gemeindepsychiatrischer Verbände, der Entlassplanung und der Beteiligung psychiatrischer Fachpflege in der Besuchskommission. Er bleibt jedoch an mehreren Stellen hinter diesem Anspruch zurück, insbesondere dort, wo pflegefachliche Verantwortung nur implizit mitgemeint ist, wo Behandlung zu eng medizinisch verstanden wird oder wo eingriffsintensive Maßnahmen wie Fixierung und Zwangsbehandlung geregelt werden, ohne die dafür entscheidenden personellen und fachlichen Voraussetzungen ausreichend abzusichern. Vor diesem Hintergrund nimmt der DBfK Nordwest im Folgenden zu den einzelnen Regelungen Stellung.

## **Zu den Regelungen im Einzelnen**

### **Zu § 1 – Anwendungsbereich**

Aus Sicht des DBfK Nordwest sollte bereits in den allgemeinen Regelungen des Gesetzes deutlicher zwischen freiwillig in Anspruch genommenen Hilfen und hoheitlichen Schutzmaßnahmen unterschieden werden. Eine zu pauschale Sprache birgt das Risiko, psychische Erkrankung und Gefährdungslagen sprachlich zu eng miteinander zu verknüpfen. Ein modernes PsychKG sollte deshalb klarer zwischen Unterstützungsbedarf, Krisensituationen und freiheitsentziehenden Eingriffen differenzieren.

### **Zu § 2 – Grundsatz**

Der DBfK Nordwest begrüßt ausdrücklich, dass Würde, Rechte und Wille der betroffenen Personen in den Mittelpunkt gestellt und Schutz vor Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch ausdrücklich normiert werden. Dies entspricht einer personenzentrierten, menschenrechtsorientierten psychiatrischen Versorgung.

Aus pflegfachlicher Sicht sollte der in § 2 angelegte Grundsatz der Zwangsvermeidung in der Gesetzesanwendung konsequent leitend sein. Das bedeutet: Der Einsatz von Beziehungsgestaltung, Deeskalation, Milieuthapie, enger Beobachtung, Krisenintervention und frühzeitiger Unterstützung muss im Vollzug stets Vorrang vor freiheitsentziehenden oder sonstigen eingriffsintensiven Maßnahmen haben. Gerade diese Ansätze werden in der Praxis in besonderem Maße von Pflegefachpersonen getragen.

Zudem regen wir an, Zielbestimmungen, die auf „Heilung“ abstellen, differenziert zu fassen. Psychische Erkrankungen verlaufen häufig episodisch, chronisch oder in langen Stabilisierungsprozessen. Zweck von Hilfen, Behandlung und - soweit unvermeidbar - Unterbringung kann daher nicht pauschal Heilung sein, sondern insbesondere Krisenbewältigung, Symptomlinderung, Stabilisierung, Wiedergewinnung von Selbstbestimmung, Förderung von Teilhabe und Sicherung von Behandlungskontinuität. Eine moderne psychiatrische Versorgung sollte deshalb stärker recovery- und teilhabeorientiert beschrieben werden.

### **Zu § 3 – Vorsorgende und nachsorgende Hilfen**

Die Zielrichtung der vorsorgenden und nachsorgenden Hilfen wird vom DBfK Nordwest grundsätzlich begrüßt. Positiv ist insbesondere, dass Schutzmaßnahmen und Unterbringungen vermieden werden sollen und, dass Beratung, Einzelfallkonferenzen, Vermittlung in Behandlung, Hilfeleistungen und Selbsthilfeangebote ausdrücklich genannt werden.

Aus Sicht des DBfK Nordwest sollte allerdings deutlicher werden, dass psychiatrische Pflegefachpersonen in diesen Hilfen nicht nur unterstützend, sondern mit eigener fachlicher Zuständigkeit tätig sind. Psychiatrische Pflege umfasst im ambulanten wie im stationären Bereich personenbezogene Hilfe, Unterstützung, Anleitung, Psychoedukation, Gesundheitsförderung, Rückfallprophylaxe sowie die Beratung von Betroffenen und Angehörigen. Diese Kompetenzen sollten im Gesetzesvollzug systematisch genutzt werden.

Für die nachsorgenden Hilfen ist zudem wesentlich, dass die Überwachung von Auflagen und die Sicherung von Behandlungskontinuität nicht allein formal verstanden werden. Sie erfordern tragfähige Beziehungsarbeit, regelmäßigen Kontakt, alltagsnahe Unterstützung und eine realistische Einschätzung von Ressourcen und Risiken. Das gelingt nur in multiprofessionellen Strukturen mit starker pflegfachlicher Beteiligung.

Der DBfK Nordwest unterstützt deshalb ausdrücklich die gemeinsame Forderung der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen mit den Fachgesellschaften, die ambulante psychiatrische Pflege im Gesetz als eigenständige und gleichwertige Versorgungsstruktur deutlicher sichtbar zu machen. Ambulante psychiatrische Pflege leistet einen wesentlichen Beitrag zu Krisenprävention, Beziehungsarbeit, Kontinuität der Versorgung, alltagsnaher Unterstützung und Vermeidung stationärer Eskalationen. Ihre Rolle sollte daher in den Regelungen zu vorsorgenden und nachsorgenden Hilfen, zur Zusammenarbeit, zu den gemeindepsychiatrischen Verbänden und zu Krisendiensten klarer abgebildet werden.

#### **Zu § 4 – Durchführung der Hilfen**

Die gesetzliche Verankerung regelmäßiger Sprechstunden und von Hausbesuchen ist sachgerecht. Auch die engere Verknüpfung mit Entlassmanagement und Entlassplanung ist ausdrücklich zu begrüßen.

Kritisch sieht der DBfK Nordwest jedoch, dass Hausbesuche nach § 4 Absatz 1 weiterhin primär unter Leitung ärztlicher oder psychotherapeutischer Professionen beschrieben werden und andere Berufsgruppen nur als „qualifizierte Mitarbeitende“ in delegierter Rolle erscheinen. Diese Konstruktion bildet die heutige Versorgungsrealität und die fachlichen Kompetenzen psychiatrischer Pflege nicht angemessen ab. Pflegefachpersonen mit einschlägiger psychiatrischer Expertise sind für Hausbesuche, Kriseneinschätzung, Beziehungsaufbau, Beratung, Psychoedukation, Rückfallprophylaxe und Koordination in besonderer Weise qualifiziert.

Der DBfK Nordwest regt deshalb an, in § 4 Absatz 1 ausdrücklich klarzustellen, dass Hausbesuche und einzelfallbezogene Hilfen auch unter fachlicher Verantwortung entsprechend qualifizierter Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Expertise durchgeführt werden können. Die Pflege sollte im Gesetz nicht auf delegierte Mitwirkung reduziert werden.

#### **Zu § 5 – Zusammenarbeit**

Die vorgesehene rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit ist richtig und notwendig. Die ausdrückliche Einbeziehung zahlreicher Akteurinnen und Akteure trägt dazu bei, Schnittstellenprobleme zu reduzieren und Hilfen passgenauer zu organisieren.

Aus Sicht des DBfK Nordwest reicht es jedoch nicht aus, die Profession Pflege nur implizit unter „weiteren Akteurinnen und Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens“ mit zu erfassen. Wenn die Zusammenarbeit im psychiatrischen Hilfesystem verbindlich geregelt wird, sollte die psychiatrische Pflege auch im Normtext ausdrücklich benannt werden. Dies gilt sowohl für Pflegefachpersonen in Krankenhäusern und Sozialpsychiatrischen Diensten als auch für ambulant psychiatrische Pflege, aufsuchende Hilfen und weitere pflegerische Unterstützungsangebote.

Der DBfK Nordwest regt daher an, Pflegefachpersonen beziehungsweise pflegerische Leistungserbringer:innen ausdrücklich in den Katalog des § 5 aufzunehmen. Das würde die tatsächliche Rolle der Pflege im Versorgungsgeschehen angemessen abbilden und ihre verbindliche Einbindung stärken.

#### **Zu § 6 – Gemeindepsychiatrische Verbände**

Die verpflichtende Einführung gemeindepsychiatrischer Verbände ist aus Sicht des DBfK Nordwest ein wesentlicher Fortschritt. Gerade für Menschen mit schweren, chronifizierten oder komplexen psychischen Erkrankungen braucht es verlässliche kommunale Kooperationsstrukturen, damit Hilfen nicht an Sektorengrenzen, Zuständigkeitslogiken oder fehlender Abstimmung scheitern.

Wichtig ist aus unserer Sicht jedoch, dass die Verbände nicht nur formal eingerichtet, sondern fachlich wirksam ausgestaltet werden. Dazu gehört eine verbindliche Beteiligung der Profession Pflege. Pflegefachpersonen und pflegerische Angebote sind für die Einschätzung des Unterstützungsbedarfs, die Begleitung in Krisen, die Stabilisierung im Alltag, die Rückfallprophylaxe und die Koordination von Hilfen unverzichtbar. Sie sollten deshalb in den Verbänden, in Kooperationsvereinbarungen und in Einzelfallkonferenzen verbindlich vorgesehen werden.

Außerdem sollte sichergestellt werden, dass die Finanzierung der Verbände nicht auf ein Minimum begrenzt bleibt. Der in der Kostenfolgeabschätzung vorgesehene Ausgleich ist ein wichtiger Schritt. Zugleich erscheint eine einzige Vollzeitstelle pro Kreis beziehungsweise kreisfreier Stadt als Mindestansatz für Koordination und Vernetzung. Für die nachhaltige Weiterentwicklung, Qualitätsarbeit und sektorenübergreifende Fallsteuerung wird eine kontinuierliche Evaluation und gegebenenfalls Nachsteuerung erforderlich sein.

### **Zu § 7 – Krisendienste**

Der DBfK Nordwest begrüßt ausdrücklich, dass psychosoziale Krisendienste als wichtige Ergänzung des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems hervorgehoben werden. Niedrigschwellige Krisenhilfe außerhalb üblicher Dienstzeiten kann einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, Eskalationen, Schutzmaßnahmen und Unterbringungen zu vermeiden.

Aus fachlicher Sicht geht der Entwurf hier allerdings nicht weit genug. Die Formulierung, Krisendienste „können“ auf kommunaler Ebene eingerichtet werden, belässt ein zentrales Versorgungsangebot im Bereich bloßer Freiwilligkeit. Das birgt die Gefahr eines regional sehr ungleichen Zugangs zu Krisenhilfe.

Der DBfK Nordwest regt daher an, die Krisenversorgung landesweit verbindlicher zu gestalten. Erforderlich sind mindestens verlässliche landesweite Standards für Erreichbarkeit, Niedrigschwelligkeit, mobile Einsätze, Vernetzung mit Sozialpsychiatrischen Diensten und Einbindung pflegefachlicher Expertise. Digitale und telefonische Kontaktformate können Krisendienste sinnvoll ergänzen, dürfen persönliche Hilfen jedoch nicht ersetzen.

### **Zu § 8 – Schutzmaßnahmen**

Der DBfK Nordwest hält es für wichtig, dass das Gesetz die Unterschiede zwischen freiwilligen Hilfen, Schutzmaßnahmen und Unterbringung klar konturiert. Schutzmaßnahmen dürfen nicht zu einer unscharfen Zwischenkategorie werden, in der Grundrechtseingriffe faktisch abgesenkt werden.

Schutzmaßnahmen müssen strikt am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ausgerichtet bleiben und auf Deeskalation, Krisenunterstützung und die Vermeidung weiterer Eingriffe zielen. Pflegefachpersonen tragen hierzu wesentlich durch Beobachtung, Beziehungsarbeit, Kriseneinschätzung, Gesprächsführung und alltagsnahe Stabilisierung bei.

Aus Sicht des DBfK Nordwest sollte im Vollzug des Gesetzes sichergestellt werden, dass Schutzmaßnahmen nicht isoliert ordnungsrechtlich, sondern stets eingebettet in ein fachlich verantwortetes Hilfesgeschehen verstanden werden. Wo immer möglich, sind freiwillige, unterstützende und gemeindenaher Hilfen vorrangig.

## **Zu § 10 – Unterbringung**

Die Systematik der Unterbringungs Voraussetzungen und die Festhaltung an dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit sind grundsätzlich sachgerecht. Freiheitsentziehende Maßnahmen bleiben ein schwerwiegender Grundrechtseingriff und müssen auf das zwingend Erforderliche begrenzt werden.

Kritisch zu prüfen ist aus Sicht des DBfK Nordwest jedoch, dass die bislang vorgesehene Inbehaltenssetzung mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst im Rahmen der Entbürokratisierung entfällt. Gerade in Konstellationen, in denen Unterbringung erwogen wird, ist die fachliche Einschätzung des Sozialpsychiatrischen Dienstes regelmäßig von hoher Bedeutung. Sie kann dazu beitragen, Alternativen zur Unterbringung zu identifizieren, die Situation differenzierter einzuordnen und die Verhältnismäßigkeit besser zu prüfen.

Der DBfK Nordwest regt deshalb an, die Einbindung des Sozialpsychiatrischen Dienstes jedenfalls für Regelfälle beizubehalten oder mindestens eine qualifizierte dokumentierte Beteiligung vorzusehen, soweit dies zeitlich möglich ist. Unterbringung darf nicht allein aus Vollzugs- und Gefahrenabwählperspektive betrachtet werden, sondern muss stets auch als Teil eines fachlich verantworteten Hilfesgeschehens verstanden werden.

Hinsichtlich der in § 10 vorgesehenen zusätzlichen Melde- und Informationslogiken schließt sich der DBfK Nordwest den von der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen gemeinsam mit Fachgesellschaften vorgetragenen Bedenken an: Aus pflegfachlicher Sicht besteht die Gefahr, dass der Fokus des Gesetzes zu stark in Richtung Gefahrenabwehr und Sicherheit verschoben wird und dadurch Menschen mit psychischen Erkrankungen in pauschalisierender Weise mit Fremdgefährdung in Verbindung gebracht werden. Dies würde das Ziel einer menschenrechtsorientierten, vertrauensbasierten und an Behandlung ausgerichteten psychiatrischen Versorgung unterlaufen.

Der DBfK Nordwest teilt insbesondere die Einschätzung, dass zusätzliche Meldungen an Sicherheitsbehörden sorgfältig auf ihre Erforderlichkeit, Verhältnismäßigkeit und ihre möglichen stigmatisierenden Folgen hin überprüft werden müssen. Regelungen, die vor allem Scheinsicherheit erzeugen, zugleich aber Vertrauen in Behandlung und Hilfeangebote beeinträchtigen können, sind aus Sicht des DBfK Nordwest kritisch zu bewerten.

## **Zu § 12 – Unterbringungseinrichtungen, Pflichtversorgung**

Der DBfK Nordwest begrüßt, dass die Pflichtversorgung systematisch klarer geregelt wird. Kritisch sehen wir jedoch § 12 Absatz 4, wonach das Krankenhaus die Verantwortung für die Wahrnehmung des Pflichtversorgungsauftrags an die ärztliche Leitung überträgt.

Diese exklusive Zuordnung greift zu kurz. Die Versorgung von nach PsychKG untergebrachten Menschen ist eine hochkomplexe multiprofessionelle Aufgabe. Pflegefachpersonen tragen hierbei eigenständige Verantwortung insbesondere für Beobachtung, Beziehungsarbeit, Deeskalation, Milieugestaltung, Risikoabschätzung, pflegerisch-therapeutische Interventionen, Umsetzung und Evaluation von Sicherungsmaßnahmen, Behandlungsplanung, Entlassplanung und Nachsorgekoordination. Entscheidungen über pflegfachliche Konzepte, Personaleinsatz und pflegerische Qualität können deshalb nicht fachgerecht ausschließlich in ärztlicher Verantwortung verortet werden.

Der DBfK Nordwest fordert daher, die pflegfachliche Leitungsverantwortung im Gesetz ausdrücklich mit abzubilden. Für pflegerische Belange braucht es eine entsprechend qualifizierte pflegerische Leitung mit Verantwortung für Personalbemessung, pflegfachliche Standards, Deeskalationskonzepte und die Qualität der psychiatrischen Pflege.

Darüber hinaus sollte deutlicher abgesichert werden, dass die Pflichtversorgung nur mit einer qualitativ und quantitativ angemessenen multiprofessionellen Personalausstattung erfüllt werden kann. Aus pflegfachlicher Sicht ist insbesondere eine auskömmliche, bedarfsorientierte Ausstattung mit qualifizierten Pflegefachpersonen unverzichtbar.

### **Zu § 13 – Sofortige Unterbringung**

§ 13 Absatz 1 knüpft die sofortige Unterbringung zu Recht an ein ärztliches Zeugnis über einen entsprechenden Befund. Aus Sicht des DBfK Nordwest bleibt jedoch unklar, welche inhaltlichen Anforderungen an dieses Zeugnis zu stellen sind und wie in akuten Ausnahmesituationen verfahren werden soll, in denen eine ärztliche Einschätzung nicht unverzüglich verfügbar ist.

Der DBfK Nordwest regt daher an, in § 13 klarzustellen, dass in die Einschätzung und Dokumentation vor einer sofortigen Unterbringung auch die fachlichen Beobachtungen und Bewertungen der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen einzubeziehen sind, insbesondere die pflegfachliche Einschätzung qualifizierter psychiatrischer Pflegefachpersonen. Diese verfügen aufgrund ihrer kontinuierlichen Präsenz, ihrer Expertise in Beobachtung, Kriseneinschätzung und Deeskalation sowie ihrer unmittelbaren Kenntnis des Verlaufs häufig über entscheidungsrelevante Informationen.

Vor dem Hintergrund der aktuellen bundesrechtlichen Entwicklungen zur Erweiterung pflegerischer Kompetenzen hält der DBfK Nordwest es für sachgerecht, pflegfachliche Expertise auch im Landesrecht sichtbarer und verbindlicher zu berücksichtigen. Wir fordern daher nicht die Aufhebung des ärztlichen Zeugnisses, wohl aber eine gesetzliche Präzisierung dahingehend, dass qualifizierte pflegfachliche Einschätzungen verbindlich zu berücksichtigen und zu dokumentieren sind. Perspektivisch sollte geprüft werden, ob bei entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen eine weitergehende formelle Einbeziehung eröffnet werden kann.

### **Zu § 14 – Stellung der untergebrachten Personen**

Die Regelung stärkt zu Recht die Rechte der untergebrachten Personen. Positiv bewerten wir insbesondere die Dokumentationspflicht bei Eingriffen und die Information über Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher.

Ergänzend regen wir an, dass Informationen über Rechte, Beschwerdemöglichkeiten und Unterstützungsangebote konsequent barrierearm, verständlich und bei Bedarf in geeigneten Sprachfassungen oder mit Dolmetscherunterstützung zur Verfügung gestellt werden. Dies ist insbesondere bei akuten Krisen, kognitiven Einschränkungen, Minderjährigen sowie Menschen mit geringen Deutschkenntnissen relevant.

### **Zu § 15 – Aufnahme, Eingangsuntersuchung und Erforderlichkeit der weiteren Unterbringung**

Die Regelungen zur frühzeitigen Unterrichtung über Rechte und Pflichten, zur Information von Vertrauenspersonen sowie zum Angebot von Behandlungsvereinbarungen sind fachlich sinnvoll und ausdrücklich zu begrüßen.

Der DBfK Nordwest regt an, die Praxis von Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen im Vollzug gezielt zu fördern. Solche Instrumente können erheblich zur Zwangsvermeidung beitragen, wenn sie rechtzeitig, strukturiert und unter Mitwirkung aller relevanten Berufsgruppen – insbesondere auch der Pflege – erarbeitet und im weiteren Verlauf tatsächlich beachtet werden.

## **Zu § 16 – Behandlung**

Der § 16 ist aus Sicht des DBfK Nordwest eine der zentralen Regelungen des Gesetzentwurfs. Positiv ist die ausdrückliche Berücksichtigung der Langzeitanamnese sowie die Verpflichtung zu einem individuellen Behandlungsplan.

Nicht überzeugend ist jedoch, dass der Anspruch in Absatz 1 weiterhin allein als Anspruch auf eine „medizinisch notwendige“ Behandlung formuliert wird. Psychiatrische Versorgung erschöpft sich nicht in ärztlicher Behandlung. Gerade unter den Bedingungen einer Unterbringung umfasst eine fachgerechte Behandlung auch psychotherapeutische, pflegerische, psychosoziale und milieutherapeutische Interventionen. Die psychiatrische Pflege ist dabei eine eigenständige Therapiepartnerin und keine bloße Hilfsfunktion.

Der DBfK Nordwest fordert deshalb, § 16 Absatz 1 so zu fassen, dass ein Anspruch auf eine medizinisch, psychotherapeutisch, pflegerisch, psychosozial und milieutherapeutisch notwendige sowie im Sinne dieses Gesetzes zulässige Behandlung besteht. Nur so wird der tatsächlichen Versorgungsrealität Rechnung getragen.

Auch der Behandlungsplan nach § 16 Absatz 2 sollte ausdrücklich multiprofessionell angelegt sein. Der Behandlungsplan sollte nicht nur mit den Betroffenen abgestimmt, sondern auch unter regelhafter Einbeziehung der psychiatrischen Pflege erstellt, fortgeschrieben und evaluiert werden. Die kontinuierliche Präsenz der Pflege im Alltag der untergebrachten Personen macht ihre Perspektive für realistische, tragfähige und deeskalierende Behandlungsziele unverzichtbar.

Wesentlich ist darüber hinaus, dass Informationen zum Behandlungsplan verständlich, barrierearm und erforderlichenfalls unter Einsatz qualifizierter Dolmetscher:innen vermittelt werden. Sprachbarrieren dürfen nicht dazu führen, dass Einwilligung, Ablehnung oder Mitwirkung nur scheinbar vorliegen. Verständliche Kommunikation ist eine Voraussetzung wirksamer Beteiligung und rechtssicherer Behandlung.

## **Zu § 17 – Behandlung ohne Einwilligung**

Die strengen Voraussetzungen für Zwangsbehandlungen sind verfassungsrechtlich und ethisch geboten. Der DBfK Nordwest begrüßt, dass der ernsthafte Versuch, eine auf Vertrauen gegründete Zustimmung zu erreichen, ausdrücklich vorausgesetzt wird.

Gerade dieser Versuch beruht in der Praxis in hohem Maße auf der Arbeit der psychiatrischen Pflege. Beziehungsgestaltung, kontinuierliche Gesprächsangebote, Beobachtung, motivationale Interventionen, Psychoedukation und Deeskalation sind zentrale Voraussetzungen dafür, Zwang möglichst zu vermeiden. Diese pflegfachliche Leistung bleibt im Normtext allerdings weitgehend unsichtbar.

Der DBfK Nordwest regt deshalb an, im Rahmen der Anordnung und Dokumentation von Zwangsbehandlungen die pflegfachliche Einschätzung ausdrücklich einzubeziehen. Vor einer Zwangsbehandlung sollte dokumentiert werden, welche multiprofessionellen und insbesondere pflegfachlichen Maßnahmen zur Einwilligungsanbahnung, Krisenbewältigung und Deeskalation erfolgt sind. Ebenso sollte eine strukturierte Nachbesprechung unter Einbeziehung der Pflege verbindlich vorgesehen werden.

Zwangsbehandlung muss auch nach der Neufassung unmissverständlich Ultima Ratio bleiben. Der gesetzliche Maßstab, wonach eine weniger eingreifende Maßnahme aussichtslos sein muss, darf nicht formal, sondern nur unter realen fachlichen Bedingungen geprüft werden. Dazu gehört, dass zuvor alle deeskalierenden, beziehungsorientierten und pflegerisch-therapeutischen Möglichkeiten

unter angemessenen personellen und zeitlichen Voraussetzungen tatsächlich ausgeschöpft worden sind.

Aus Sicht des DBfK Nordwest sollte ausdrücklich klargestellt werden, dass Personalmangel, unzureichende Qualifikation, fehlende Zeit für Beziehungsarbeit oder strukturelle Defizite in der Versorgung niemals eine Zwangsbehandlung rechtfertigen dürfen. Zwang darf nicht zum funktionalen Ersatz für unzureichende Personalausstattung werden.

Kritisch bewerten wir zudem, dass im Zuge der Entbürokratisierung die Meldepflicht für bestimmte Zwangsbehandlungen von einer monatlichen auf eine halbjährliche Meldung reduziert werden soll. Gerade bei tief eingreifenden Maßnahmen braucht es nicht weniger, sondern verlässliche Transparenz, engmaschige Kontrolle und systematische Auswertung.

### **Zu § 18 – Besondere Sicherungsmaßnahmen**

Der DBfK Nordwest bewertet positiv, dass besondere Sicherungsmaßnahmen als Ultima Ratio eingegrenzt werden, dass mildere Mittel vorrangig sind und dass bei Fixierungen eine ständige persönliche Bezugsbegleitung sowie die bedarfsgerechte, engmaschige Kontrolle der Vitalfunktionen sichergestellt werden müssen. Auch die Stärkung der Rechte minderjähriger untergebrachter Personen ist ausdrücklich zu begrüßen.

Gerade diese Anforderungen zeigen aber auch, wie zentral qualifizierte Pflegefachpersonen für die rechtmäßige und sichere Durchführung sowie Überprüfung solcher Maßnahmen sind. Besondere Sicherungsmaßnahmen setzen eine hinreichende pflegefachliche Personalausstattung, fundierte Deeskalationskompetenz und eine belastbare Teamstruktur voraus. Ohne diese Voraussetzungen steigt das Risiko für Eskalationen, für unverhältnismäßige Eingriffe und für Beeinträchtigungen der Patient:innensicherheit.

Der DBfK Nordwest regt an, die pflegefachliche Verantwortung in diesem Kontext stärker sichtbar zu machen. Nach jeder nicht nur kurzfristigen besonderen Sicherungsmaßnahme sollte eine strukturierte Nachbesprechung mit den betroffenen Personen vorgesehen werden, an der die beteiligten Pflegefachpersonen regelhaft mitwirken.

Fixierungen sind aus Sicht des DBfK Nordwest nur als äußerstes Mittel zulässig. In vielen Fällen sind sie nicht unvermeidbar, sondern Ausdruck struktureller Defizite: fehlende personelle Ressourcen, zu geringe pflegefachliche Präsenz, unzureichende Deeskalationsmöglichkeiten und zu wenig Zeit für tragfähige Beziehungsarbeit. Ein modernes PsychKG muss deshalb klar benennen, dass freiheitsentziehende Maßnahmen niemals an die Stelle einer bedarfsgerechten Personalausstattung treten dürfen.

Die in § 18 Absatz 6 vorgesehene ständige persönliche Bezugsbegleitung geht einher mit der Erfassung und Feststellung des aktuellen pflegerischen Bedarfs, der Durchführung und Gestaltung des Pflegeprozesses sowie der Evaluation der Maßnahmen und obliegt somit den vorbehaltenen Aufgaben nach § 4 Pflegeberufegesetz. Diese anspruchsvolle Leistung ist nicht nur im Hinblick auf die Wahrung der Würde der betroffenen Person und die schnellstmögliche Beendigung der Maßnahme, sondern auch in der Personalausstattung verbindlich abzubilden.

Dass der Gesetzentwurf zwar persönliche Begleitung und Vitalzeichenkontrolle verlangt, aber keine Qualifikationsanforderungen an diese 1:1-Betreuung formuliert, ist aus unserer Sicht ein wesentlicher Mangel. Der DBfK Nordwest hat bereits in früheren Stellungnahmen darauf hingewiesen, dass es hierfür nachweisbare zusätzliche Kenntnisse und Fähigkeiten braucht und diese Leistung in der Personalausstattung rechnerisch berücksichtigt werden muss.

Besonders kritisch sehen wir die Begründung zu § 18 Absatz 6, wonach wegen knapper Raumressourcen auch Raumteiler, Schiebetüren oder Paravents als Ultima Ratio in Betracht kommen sollen. Bei einer so eingriffsintensiven Maßnahme dürfen Schutz der Intimsphäre, Würde und Sicherheit nicht von Improvisationslösungen abhängen. Erforderlich sind verbindliche strukturelle Standards und räumliche sowie personelle Voraussetzungen, die eine geschützte und fachgerechte 1:1-Betreuung tatsächlich ermöglichen.

### **Zu § 23 – Beendigung der Unterbringung**

Mit Blick auf § 23 teilt der DBfK Nordwest die Bedenken der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen und der beteiligten Fachgesellschaften, dass zusätzliche Meldepflichten und Informationsflüsse das Risiko von Stigmatisierung erhöhen und therapeutische Prozesse belasten können. Psychiatrische Behandlung ist in besonderem Maße auf Vertrauen, Offenheit und tragfähige therapeutische Beziehungen angewiesen. Regelungen, die geeignet sind, diese Grundlage zu schwächen, begegnen aus pflegfachlicher Sicht erheblichen Bedenken.

### **Zu § 24 – Entlassplanung**

Die neue Regelung zur Entlassplanung ist aus Sicht des DBfK Nordwest sehr zu begrüßen. Die frühzeitige Vorbereitung des Übergangs in nachsorgende Hilfen und die ausdrückliche Verknüpfung mit dem Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a SGB V sind sachgerecht und wichtig, um Behandlungskontinuität zu sichern und Drehtüreffekte zu vermeiden.

Für eine wirksame Entlassplanung ist allerdings entscheidend, dass die beteiligten Berufsgruppen nicht nur punktuell informiert, sondern tatsächlich in die Planung eingebunden werden. Pflegefachpersonen haben hier eine Schlüsselrolle: Sie kennen die Alltagsbewältigung, Belastungsfaktoren, Frühwarnzeichen, Unterstützungsbedarfe und Ressourcen der untergebrachten Personen häufig besonders genau. Das gilt ebenso für die Vorbereitung von Medikamentenmanagement, Terminorganisation, Krisenplänen und die Einbindung von An- und Zugehörigen.

Der DBfK Nordwest regt an, die Einbeziehung pflegerischer Angebote und pflegfachlicher Expertise in die Entlassplanung ausdrücklich zu stärken. Dies betrifft sowohl stationäre psychiatrische Pflege als auch ambulante, aufsuchende oder digital unterstützte pflegerische Versorgungsformen. Entlassplanung muss sektorenübergreifend, praxisnah und verbindlich organisiert sein; reine Verweisstrukturen genügen nicht.

### **Zu § 28 – Kosten der Behandlung**

Aus Sicht des DBfK Nordwest ist die Kostenregelung in ihrer derzeitigen Fassung nicht konsistent mit den fachlichen Anforderungen an eine moderne psychiatrische Versorgung. Wenn das Gesetz Behandlung regelt, darf es die pflegerische Behandlung nicht ausblenden.

Der Entwurf nennt in § 28 ausdrücklich nur die Kosten einer ambulanten oder stationären ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung. Damit bleiben psychiatrische Pflege sowie psychosoziale und milieuthérapeutische Leistungen erneut unsichtbar, obwohl sie für Behandlung, Stabilisierung und Zwangsvermeidung zentral sind. Diese Ausblendung sollte korrigiert werden.

Der DBfK Nordwest fordert deshalb, § 28 entsprechend zu ergänzen. Eine rechtliche Stärkung pflegerischer und multiprofessioneller Versorgung ohne korrespondierende Abbildung in der Kostenregelung bliebe unvollständig und wäre geeignet, bestehende strukturelle Schief lagen fortzuschreiben.

### **Zu § 29 – Besuchskommissionen**

Die Erweiterung der Besuchskommissionen um eine Fachpflegeperson für psychische Gesundheit ist ausdrücklich zu begrüßen. Der DBfK Nordwest hatte eine solche Beteiligung bereits in seiner Stellungnahme zum PsychKG NRW aus dem Jahr 2016 gefordert. Dass die besondere Bedeutung des pflegefachlichen Sachverständigen nunmehr gesetzlich anerkannt wird, ist ein wichtiger und richtiger Schritt.

### **Zu § 30 – Landesfachbeirat Psychiatrie, Landespsychiatrieplan**

Dass der Landesfachbeirat Psychiatrie als zentrales Beratungs- und Koordinierungsgremium fortgeführt und mit dem Landespsychiatrieplan sachlich zusammengeführt wird, ist sinnvoll. Der Schwerpunkt auf Zwangsvermeidung und Teilhabe ist fachlich richtig.

Aus Sicht des DBfK Nordwest genügt es jedoch nicht, die Zusammensetzung des Landesfachbeirats nur allgemein über „Kammern“ sowie „Sozial- und Fachverbände“ zu beschreiben. Die Profession Pflege sollte im Gesetz ausdrücklich benannt werden. Psychiatrisch Pflegende müssen systematisch in politische und planerische Entscheidungen einbezogen werden, die sie fachlich wesentlich mittragen.

Der DBfK Nordwest fordert daher, die Pflegekammer Nordrhein-Westfalen sowie die maßgeblichen Berufsverbände der Pflege ausdrücklich als zu beteiligende Akteure im Landesfachbeirat zu verankern. Dies gilt ebenso für die Erarbeitung und Fortschreibung des Landespsychiatrieplans. Ein Landespsychiatrieplan, der die Rolle der Pflege nur mittelbar mitdenkt, würde hinter den realen Versorgungsstrukturen zurückbleiben.

### **Zu § 31 – Meldepflichten, Berichterstattung**

Die Regelung zu Meldepflichten und Berichterstattung ist grundsätzlich sinnvoll. Transparente Daten zu Unterbringungen, sofortigen Unterbringungen, Zwangsbehandlungen und besonderen Sicherungsmaßnahmen sind unverzichtbar, um Entwicklungen zu beobachten, Zwang zu reduzieren und Qualität weiterzuentwickeln.

Aus Sicht des DBfK Nordwest sollte bei der Konkretisierung der zu meldenden Daten darauf geachtet werden, dass die Berichterstattung nicht nur verwaltungsförmig erfolgt, sondern einen echten fachlichen Erkenntnisgewinn ermöglicht. Dazu gehören aus unserer Sicht differenzierte Angaben etwa zu Dauer und Häufigkeit von Maßnahmen, zu Minderjährigen, zu verletzungsrelevanten Vorkommnissen, zu Nachbesprechungen sowie – soweit datenschutzrechtlich und methodisch möglich – zu strukturellen Rahmenbedingungen einschließlich der personellen Ausstattung.

Wichtig ist außerdem, dass eine Entbürokratisierung der Meldewege nicht zu Lasten von Patientensicherheit und Qualitätsentwicklung geht. Der DBfK Nordwest regt an, die nähere Ausgestaltung der Berichtspflichten unter Beteiligung der Profession Pflege vorzunehmen.

### **Zu § 34 – Belastungsausgleich, Verordnungsermächtigung**

Der vorgesehene Belastungsausgleich für die Einführung verpflichtender Gemeindepsychiatrischer Verbände ist folgerichtig und zu begrüßen. Ohne eine entsprechende Gegenfinanzierung würde die gesetzliche Verankerung ins Leere laufen.

Aus Sicht des DBfK Nordwest sollte jedoch von Beginn an mitgedacht werden, dass der Aufbau und die Weiterentwicklung funktionsfähiger Verbände ein dynamischer Prozess sind. Der Finanzierungsansatz darf deshalb nicht statisch bleiben. Es sollte geprüft werden, ob die Mittel nach einer Einführungsphase auf Basis einer Evaluation angepasst werden müssen, insbesondere wenn sich zeigt, dass Koordinations-, Vernetzungs- und Fallsteuerungsaufgaben über den kalkulierten Mindestansatz hinausgehen.

### **Zusammenfassung der wesentlichen Punkte aus Sicht des DBfK Nordwest**

Der DBfK Nordwest begrüßt die Neufassung des PsychKG NRW in ihrer Grundrichtung, insbesondere die stärkere kommunale Vernetzung, die Regelung der Entlassplanung und die Einbeziehung einer Fachpflegeperson in die Besuchskommissionen.

Die Profession Pflege muss im Gesetz an zentralen Stellen ausdrücklich benannt und verbindlicher verankert werden. Das gilt insbesondere für Zusammenarbeit, Gemeindepsychiatrische Verbände, Krisendienste, Behandlungsplanung, Zwangsvermeidung, Entlassplanung sowie Landesfachbeirat und Landespsychiatrieplan.

Die Zielperspektive des Gesetzes sollte stärker recovery-, teilhabe- und stabilisierungsorientiert formuliert sein. Pauschale Heilungsorientierungen greifen im Kontext psychischer Erkrankungen und psychiatrischer Unterbringung zu kurz.

Die exklusive Zuordnung des Pflichtversorgungsauftrags zur ärztlichen Leitung in § 12 Absatz 4 greift zu kurz. Für pflegfachliche Belange braucht es eine ausdrücklich abgesicherte pflegerische Leitungsverantwortung.

§ 16 und § 28 sollten die psychiatrische Pflege sowie psychosoziale und milieutherapeutische Leistungen ausdrücklich als Bestandteil der notwendigen Behandlung und ihrer Finanzierung aufnehmen. Eine moderne psychiatrische Versorgung ist medizinisch, psychotherapeutisch, pflegerisch, psychosozial und milieutherapeutisch.

Krisendienste sollten landesweit verbindlicher ausgestaltet werden. Niedrigschwellige, verlässliche Krisenhilfe ist ein zentrales Instrument zur Vermeidung von Zwang und Unterbringung. Zugleich sollte die Einbindung des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Vorfeld von Unterbringungen nicht aus Gründen bloßer Entbürokratisierung geschwächt werden.

Zwangsbehandlung muss auch nach der Neufassung unmissverständlich Ultima Ratio bleiben. Personalmangel, unzureichende Qualifikation, fehlende Zeit für Beziehungsarbeit oder andere strukturelle Defizite dürfen Zwang weder rechtfertigen noch begünstigen. Die vorgesehene Reduzierung zusätzlicher Meldeanforderungen bei bestimmten Zwangsbehandlungen ist daher aus unserer Sicht nicht sachgerecht.

Bei Fixierungen muss gesetzlich klargestellt werden, dass fixierte Patient:innen ununterbrochen im Verhältnis 1:1 durch fachlich hierfür qualifizierte Personen zu betreuen sind. Die in § 18 Absatz 6 vorgesehene ständige persönliche Bezugsbegleitung geht einher mit der Erfassung und Feststellung des aktuellen pflegerischen Bedarfs, der Durchführung und Gestaltung des Pflegeprozesses sowie der Evaluation der Maßnahmen und obliegt somit den vorbehaltenen Aufgaben nach § 4 Pflegeberufegesetz. Diese anspruchsvolle Leistung ist nicht nur im Hinblick auf die Wahrung der Würde der betroffenen Person und die schnellstmögliche Beendigung der Maßnahme, sondern auch in der Personalausstattung verbindlich abzubilden. Fixierungen dürfen nicht zum Ersatz für fehlendes

Personal, unzureichende Deeskalationskompetenz oder ungeeignete strukturelle Rahmenbedingungen werden.

Die Umsetzung gemeindepsychiatrischer Verbände und weiterer gesetzlicher Anforderungen braucht nicht nur eine formale Verpflichtung, sondern auch eine dauerhaft auskömmliche, evaluierte Finanzierung sowie eine systematische Beteiligung der Profession Pflege an Qualitätsentwicklung, Berichterstattung und untergesetzlicher Ausgestaltung.

Der DBfK Nordwest teilt darüber hinaus die von der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen und den beteiligten Fachgesellschaften formulierten Bedenken gegen eine sicherheitslogische Verschiebung des PsychKG NRW sowie gegen Regelungen, die Stigmatisierungsrisiken und zusätzliche bürokratische Belastungen erzeugen können. Ebenso unterstützt der DBfK Nordwest die Forderung, ambulante psychiatrische Pflege als eigenständige und gleichwertige Versorgungsstruktur im Gesetz deutlicher zu verankern.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Essen, 07. April 2026

Dr. Martin Dichter

Vorsitzender des DBfK Nordwest e.V.

Daniel Richter

Vorstandsmitglied DBfK Nordwest e.V.

**Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordwest e.V.**

Regionalvertretung West | Beethovenstraße 32 | 45128 Essen | Telefon: +49 511 696844-0 |

E-Mail: nordwest@dbfk.de | [www.dbfk.de](http://www.dbfk.de)

## Dieser Stellungnahme zugrunde liegende Publikationen

DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2023): Stellungnahme des DBfK Nordwest e.V. zu der Initiative „Eine umfassende Herangehensweise an die psychische Gesundheit“ der Europäischen Kommission. Online unter: [https://www.dbfk.de/media/docs/regionalverbaende/rvnw/positionen/stellungnahmen/laenderuebergreifend/nw\\_2023-02-14\\_dbfk-nordwest\\_stellungnahme\\_europ-kommission\\_eine-umfassende-herangehensweise-an-die-psychische-gesundheit.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/regionalverbaende/rvnw/positionen/stellungnahmen/laenderuebergreifend/nw_2023-02-14_dbfk-nordwest_stellungnahme_europ-kommission_eine-umfassende-herangehensweise-an-die-psychische-gesundheit.pdf) (20.03.2026).

DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe; DFPP, Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (2022): Positionspapier des DBfK Nordwest e.V. und der DFPP: Psychiatrisch Pflegende sind systemrelevant!. Online unter: [https://www.dbfk.de/media/docs/regionalverbaende/rvnw/positionen/positionspapiere/laenderuebergreifend/nw\\_2022-02-02\\_dbfk-nordwest\\_dfpp\\_positionspapier\\_covid-19-pandemie\\_psychiatrisch-pflegende-sind-systemrelevant.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/regionalverbaende/rvnw/positionen/positionspapiere/laenderuebergreifend/nw_2022-02-02_dbfk-nordwest_dfpp_positionspapier_covid-19-pandemie_psychiatrisch-pflegende-sind-systemrelevant.pdf) (20.03.2026).

DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2020): Stellungnahme des DBfK Nordwest e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Durchführung strafrechtsbezogener Unterbringungen in einem psychiatrischen Krankenhaus und einer Entziehungsanstalt in Nordrhein-Westfalen (Strafrechtsbezogenes Unterbringungsgesetz NRW – StrUG NRW).

DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2016): Stellungnahme des DBfK Nordwest e.V. zum Gesetzentwurf der Landesregierung, Drucksache 16/12068: Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG). Online unter: [https://www.dbfk.de/media/docs/regionalverbaende/rvnw/positionen/stellungnahmen/nrw/nrw\\_2016-08-24\\_dbfk-nordwest\\_stellungnahme\\_psychkg.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/regionalverbaende/rvnw/positionen/stellungnahmen/nrw/nrw_2016-08-24_dbfk-nordwest_stellungnahme_psychkg.pdf) (20.03.2026).

DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2015): Position des DBfK zum Beitrag psychiatrischer PflegeexpertInnen in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit depressiven Erkrankungen. Online unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Position-zu-Psychiatrische-Pflege-2015-03-18.pdf> (20.03.2026).

G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss (2019): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Erstfassung. Online verfügbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6078/2019-09-19\\_PPP-RL\\_Erstfassung\\_TrG.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6078/2019-09-19_PPP-RL_Erstfassung_TrG.pdf) (31.10.2020).

Mayer, Michael; Witzmann, Markus (2020): Zwang gegenüber Patienten – Über den Umgang mit ethischen Herausforderungen in der psychiatrischen Pflege. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 25, Heft-Nr. 4, S. 306-319.

Sauter, Dorothea et al. (2020): Die Tätigkeiten der Pflege in der klinischen Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik – ein Update. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 25, Heft-Nr. 4, S. 293-305.