dgppn
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.

Stellungnahme
16.04.2024

Stellungnahme der DGPPN zur verfassungsrechtlichen Prüfung zum Aussetzungs- und Vorlagebeschluss des Bundesgerichtshofs vom 8. November 2023 – XII ZB 459/22

Die DGPPN dankt für die Möglichkeit einer Äußerung zur Verfassungsbeschwerde gegen §1906a BGB und gibt im Folgenden Auskunft zu den Fragen des Bundesverfassungsgerichts.

I. Welche empirischen Erkenntnisse gibt es zu Fallzahlen, Gruppen von Betroffenen, Arten und zu Genehmigungsquoten ärztlicher Zwangsmaßnahmen gegenüber Betreuten? Es wird insbesondere um Stellungnahme gebeten

1. zur bundesweiten bzw. landesweiten Anzahl der Fälle ärztlicher Zwangsmaßnahmen gegenüber Betreuten, soweit möglich unter gesonderter Ausweisung der verschiedenen betroffenen Personengruppen (z.B. psychisch Erkrankte etc.) und der verschiedenen Arten ärztlicher Zwangsmaßnahmen (z.B. Verabreichung von Medikamenten etc.);

2. zur Anzahl der Fälle, in denen die Verabreichung von Medikamenten verdeckt erfolgt, insbesondere zum Vorliegen von Anhaltspunkten dafür, dass eine solche Verabreichung in erheblichem Umfang außerhalb von Krankenhäusern durchgeführt wird;

3. zum Anteil derjenigen Fälle, in denen Betreuungsgerichte die Genehmigung der Einwilligung in ärztliche Zwangsmaßnahmen ablehnen.

Sofern keine hinreichend validen Daten bekannt sind, wird um die Angabe von Schätzwerten und deren Grundlage gebeten.

Antwort:

Zu 1. Es existiert keine bundesweite Statistik über ärztliche Zwangsmaßnahmen gegenüber Betreuten, in der verschiedene Personengruppen sowie verschiedene Arten ärztlicher Zwangsmaßnahmen ausgewiesen werden. Das Bundesministerium für Justiz hat auf seiner Website Daten zu Betreuungen und Zwangsbehandlungen nach Betreuungsrecht veröffentlicht, die allerdings nur bis ins Jahr 2016 reichen (Bundesministerium für Justiz, 2018). Demnach gab es im Jahr 2016 bundesweit 3.376 genehmigte ärztliche Zwangsmaßnahmen nach

Betreuungsrecht. Im selben Jahr wurden 193 ärztliche Zwangsmaßnahmen nach Betreuungsrecht abgelehnt (Bundesministerium für Justiz, 2018).

Die Bundesländer haben in ihren PsychK(H)Gs unterschiedliche Regelungen zur Erfassung von Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen. Einige Bundesländer erfassen diese Daten, andere nicht. Auch die Bundesländer, die derartige Daten erfassen, tun dies nicht einheitlich, was einen Vergleich erschwert. Auch wenn es im vorliegenden Fall um eine zivilrechtliche Zwangsbehandlung geht, können auch statistische Daten aus den Bundesländern interessant sein, auch wenn dort in den jeweiligen PsychK(H)G unterschiedliche Regelungen getroffen sind.

Zu Baden-Württemberg liegen detailliertere Daten vor, da seit 2015 Unterbringungs- und Zwangsmaßnahmen von einer Ombudsstelle in einem Melderegister erfasst werden. In den Jahren 2015 und 2016 erfuhren 1,1% der Patienten in den psychiatrischen Kliniken des Landes eine Zwangsbehandlung. Der Anteil von F2-Hauptdiagnosen (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen) war bei den Fällen mit Zwangsbehandlung signifikant höher als in der Gesamtpopulation der behandelten Patienten (73,7% versus 17,5%, $p < .001$) (Steinert & Wiedmer, 2023). Bezüglich des Geschlechterverhältnisses gab es keine signifikanten Unterschiede. Die von Zwangsbehandlungen betroffenen Patienten leiden vorwiegend an psychotischen Störungen und haben eine lange psychiatrische Vorgeschichte mit durchschnittlich acht stationären Voraufenthalten. Bei den meisten Fällen kam es auch zu anderen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen; aggressive Übergriffe sind häufig (Steinert & Wiedmer, 2023). Im Berichtsjahr 2017 erfolgten 6.653 Unterbringungen nach PsychKHG oder BGB, was 5,8 % aller Behandlungsfälle entsprach. Es wurden insgesamt 1.164 Zwangsmedikationsmaßnahmen durchgeführt, davon 292 Zwangsmedikationsmaßnahmen nach BGB (Weitz, 2018). In Baden-Württemberg wurden im Jahr 2017 von insgesamt 1.164 Zwangsmedikationsmaßnahmen 118 (also rund 10 %) an Patienten mit einer F0-Diagnose, wozu Demenzen, aber auch andere organische psychische Erkrankungen zählen, durchgeführt. Es wird an dieser Stelle nicht nach der Rechtsgrundlage differenziert, d. h. hierunter fallen Notfallmedikationen i. S. d. übergesetzlichen Notstandes (§ 34 StGB) oder PsychKHG, sowie Zwangsbehandlungen nach BGB oder PsychKHG (Weitz, 2018). Patienten mit einer organisch bedingten psychischen Störung (F0-Diagnose) bilden laut diesen Daten zusammen mit Patienten mit einer affektiven Störung die zweitgrößte Gruppe der zwangsweise medikamentös behandelten Patienten, nach solchen mit einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis.

Zu 2. Die verdeckte Verabreichung von Medikamenten mit der Nahrung stellt eine Art der Zwangsbehandlung dar, die derzeit nicht genehmigungsfähig ist. Dennoch finden sich Berichte darüber, dass Derartiges im privaten Bereich und in Pflegeheimen vorkommt. Erkenntnisse über genaue Zahlen gibt es hierzu nicht. Angesichts der hohen Zahl von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen infolge von Demenzen oder im Rahmen geistiger Behinderungen, die einerseits keine Einsicht in die Notwendigkeit einer medinischen Behandlung haben und

diese andererseits mittels ihres natürlichen Willens ablehnen, ist zu erwarten, dass die verdeckte Medikamentengabe in praxi in erheblichem Umfang vorkommt.

Zu 3. Hierzu sind uns nur für das Jahr 2016 Daten bekannt. In diesem Jahr wurden 193-mal ärztliche Zwangsmaßnahmen vom Gericht abgelehnt; in 3.376 Fällen wurden sie genehmigt (Bundesministerium für Justiz, 2018).

II. Welche Erkenntnisse gibt es zur praktischen Durchführung der zwangsweisen Verabreichung von Medikamenten, insbesondere an psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten? Es wird insbesondere um Stellungnahme gebeten

1. zu den verschiedenen Medikamentengruppen und deren Auswirkungen (Behandlungseffekte, Nebenwirkungen etc.);

2. zu den jeweils üblichen Modalitäten der zwangsweisen Verabreichung (insbesondere Art und Dauer der Verabreichung; Aufenthaltsdauer im Krankenhaus; beteiligte Personen einschließlich Funktion; Notwendigkeit begleitender weiterer Zwangsmaßnahmen; Notwendigkeit einer Vor- und/oder Nachbehandlung; Frequenz der Verabreichung);

3. zur Notwendigkeit aus medizinischer Sicht, die zwangsweise Verabreichung – einschließlich eventuell erforderlicher Vor- und/oder Nachbehandlung – jeweils in einem Krankenhaus (unter vollstationärer Aufnahme) durchzuführen, sowie zu der Frage, inwieweit die erforderlichen Rahmenbedingungen (z.B. sachliche Ausstattung, multiprofessionelle Behandlungsteams) jeweils auch im ambulanten Bereich (z.B. im häuslichen Bereich, in einem Pflegeheim bzw. einer vergleichbaren Einrichtung) gleichwertig gegeben sind (vgl. BTDrucks 18/11240, S. 15).

Antwort:

Zu 1. Grundsätzlich kann für eine Vielzahl unterschiedlicher Medikamente die Notwendigkeit einer zwangsweisen Medikation bestehen, wenn das zur Abwendung schwerwiegender Gesundheitsgefahren notwendig ist. Es werden nicht nur Psychopharmaka, insbesondere Antipsychotika und Anxiolytika, verabreicht, sondern auch Medikamente, die zur Behandlung körperlicher Erkrankungen dringend benötigt werden (z. B. Antidiabetika, Antibiotika, Thromboseprophylaxe etc.). Zusätzlich werden bei stark unterernährten Patienten auch Flüssigkeit und Nahrung zwangsweise, dann meist als Infusion, verabreicht. Die Wirkungen und Nebenwirkungen sind für alle diese medikamentösen und nicht-medikamentösen Maßnahmen äußerst vielfältig und können hier nicht im Detail beschrieben werden.

Falls dies für bestimmte Arzneimittel oder Gruppen von Arzneimitteln gewünscht würde, können wir aber detaillierte Informationen nachliefern.

Zu 2. Aus fachlichen und rechtlichen Gründen wird schon vor Beantragung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme durch den Betreuer oder den Bevollmächtigten immer intensiv versucht, die Zustimmung des nicht einwilligungsfähigen Patienten zur Behandlung zu erlangen. Dies wird auch entsprechend dokumentiert. Bleibt dies erfolglos und ist die Behandlung weiterhin zur Abwendung schwerwiegender gesundheitlicher Gefahren zwingend im Sinne des Ultima-ratio-Prinzips indiziert, wird dem rechtlichen Vertreter ärztlicherseits empfohlen, einen Antrag an das Betreuungsgericht zu stellen, um eine Genehmigung für eine Zwangsbehandlung einzuholen. Vor der Zwangsbehandlung wird dem Patienten der Gerichtsbeschluss eröffnet und erklärt. Vor jeder einzelnen Behandlungsmaßnahme, deren Durchsetzung unmittelbaren Zwang erforderlich machen würde, wird der Patient auf Möglichkeiten hingewiesen, wie der unmittelbare Zwang vermieden werden kann (z. B. durch die orale Einnahme). Erst wenn es nicht gelingt, den Patienten entsprechend zu motivieren, erfolgt die Durchführung der Maßnahme, z. B. einer Injektion, unter Anwendung unmittelbaren Zwanges.

Die Verabreichungsform hängt von der Art des Medikaments und den verfügbaren Darreichungsformen ab. Ist die Anwendung unmittelbaren Zwanges notwendig, dann eigenen sich nur Präparate, deren Injektion intramuskulär oder intravenös möglich ist.

Zur Notwendigkeit begleitender weiterer Zwangsmaßnahmen: Wenn die Anwendung unmittelbaren Zwangs nicht vermeidbar ist, wird der Patient entweder vom Pflegepersonal festgehalten – hierzu existieren spezielle Techniken – oder der Patient wird fixiert, um eine Injektion verabreichen zu können. Nach der Injektion wird der Patient unter Kontrolle der Vitalparameter beobachtet. Notwendige Fixierungen müssen separat richterlich genehmigt werden.

Zu den beteiligten Personen einschließlich ihrer Funktion: Die Verabreichungen hat auf ärztliche Anordnung unter ärztlicher und pflegerischer Aufsicht zu erfolgen. Bei begleitenden Fixierungen muss entsprechend qualifiziertes Personal eine 1:1-Betreuung leisten, und Ärzte müssen vor Ort sein, um die Notwendigkeit der Fixierung regelmäßig zu überprüfen. Ärzte bzw. Pflegekräfte müssen außerdem die Vitalparameter nach Injektionen kontrollieren können.

Die Frequenz der Verabreichung hängt erstens von den Verabreichungsvorschriften der Medikamente ab, zweitens von der Dauer der genehmigten zwangsweisen Verabreichung. In der Regel werden Zwangsbehandlungen vorläufig für einen Zeitraum von zwei Wochen genehmigt, nach ärztlicher Begutachtung für höchstens sechs Wochen. Außerhalb der forensischen Psychiatrie kommen Zwangsbehandlungen über mehr als sechs Wochen nur selten vor. Bei Depotmedikamenten muss meist eine einzige zwangsweise Verabreichung im Abstand von mehreren Wochen erfolgen.

Die Aufenthaltsdauer von Patienten im Krankenhaus von Patienten, bei denen eine Zwangsbehandlung durchgeführt wird, hängt sehr stark vom Einzelfall ab. Sie kann dann, wenn der Patient ausschließlich zu einer vorher genehmigten und geplanten Durchführung einer

einzelnen Medikamentengabe ins Krankenhaus aufgenommen wird, nur wenige Stunden betragen. Wenn die Zwangsbehandlung im Rahmen einer stationären Behandlung erst erwogen und dann nach Ausschöpfung aller Alternativen genehmigt und dann durchgeführt wird, beträgt die Aufenthaltsdauer typischerweise mehrere Wochen bis Monate.

Zu 3. Diese Frage ist nicht pauschal zu beantworten. Die Antwort hängt u.a. von den Antworten auf die folgenden Fragen ab:

(1) Wird die Zwangsbehandlung voraussichtlich unter Anwendung unmittelbaren Zwanges durchgeführt, und wenn ja, welche Art von Zwang wird voraussichtlich eingesetzt? Für die verdeckte Medikamentengabe wäre weder qualifiziertes Personal, das einen Patienten festhält oder fixieren kann, erforderlich, noch eine besondere Ausstattung. Sie könnte nach ärztlicher Anleitung auch durch Angehörige oder Pflegekräfte erfolgen. Dagegen müssen für Patienten, die ggf. für die Medikation fixiert werden müssen, dafür qualifiziertes Personal und Fixierbetten vorhanden sein.

(2) Ist bei dem verabreichten Medikament mit akuten Nebenwirkungen zu rechnen, die ein ärztliches Eingreifen erfordern? Für Medikamente, die die Patienten bereits regelmäßig ohne akute Nebenwirkungen einnehmen, sowie für Medikamente, die praktisch keine schwerwiegenden akuten Nebenwirkungen haben können, ist kein ärztliches Personal vor Ort erforderlich. Dagegen muss ärztliches Personal vor Ort sein, wenn Medikamente verabreicht werden, die beispielsweise einen allergischen Schock oder andere schwere Komplikationen (z. B. Blutdruckanstieg, Herzrasen, Panikzustände) auslösen können.

Je nach bereits stattgefundenen Behandlungen und je nach Diagnose müssen vor der Behandlung diagnostische Maßnahmen durchgeführt werden. Dazu gehören insbesondere körperliche Untersuchungen, Blutuntersuchungen, ggf. radiologische Untersuchungen und/oder Liquorpunktion. Diese Untersuchungen sind aber in der Regel nur vor Beginn der Behandlung und nicht vor jeder einzelnen Medikamentenverabreichung erforderlich. Viele Untersuchungen können i. d. R. auch in Arztpraxen durchgeführt werden.

III. Wie werden Medikamente an psychisch erkrankte Betreute üblicherweise verabreicht, wenn sie der Medikation nicht widersprechen?

Antwort: Die Verabreichungsform hängt vom Medikament ab. Die meisten Medikamente zur Behandlung psychischer Krankheiten sind für eine orale Einnahme vorgesehen und sind i.d.R. als Tabletten, Tropfen oder Lösung verfügbar. Eine Depotmedikation wird dagegen intramuskulär injiziert.

IV. Welche Maßnahmen werden ergriffen, wenn Betreute ärztliche Zwangsmaßnahmen verweigern, um sie doch noch von der Notwendigkeit der Maßnahmen zu überzeugen? Bestehen standardisierte Konzepte?

Antwort: Soweit es die klinische Situation erlaubt, sollten alle verfügbaren psychosozialen Interventionen ausgeschöpft werden, um eine freiwillige Annahme der Maßnahmen zu erreichen. Es gibt keine standardisierten Konzepte, vielmehr ist gerade in einer solchen Situation ein individuelles Vorgehen notwendig. Ein wiederholtes Anbieten, eine ruhige Atmosphäre und die Gabe von Zeit sind häufig zielführend. Hilfreich kann auch die Verwendung von einfacher Sprache sein. Auch die Hinzuziehung von Vertrauenspersonen oder von Peers kann dazu beitragen, dass ein Patient sich überzeugen lässt. Eine Besonderheit der Situation bei Menschen mit Demenz ist die dabei typischerweise vorhandene Merkfähigkeitsstörung. Dies führt dazu, dass eine im Gespräch erfolgte Ablehnung (allerdings auch eine Zustimmung) häufig nach kurzer Zeit vergessen wird und, z. B. in anderer emotionaler Situation und z. B. durch eine andere Person, unbelastet ein neuer Versuch unternommen werden kann.

V. Gibt es Anhaltspunkte dafür, dass Medikamente, insbesondere Psychopharmaka, an eine signifikante Anzahl der psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten auch dann verabreicht werden, wenn keine medizinische Notwendigkeit besteht, etwa, um diese „ruhig zu stellen", (1.) in einem Krankenhaus, (2.) in einem Pflegeheim bzw. einer vergleichbaren Einrichtung und/oder (3.) im häuslichen Umfeld?

Antwort:

Die DGPPN-Task Force „Geschlossene Heime" hat sich unter anderem mit dieser Frage beschäftigt und eine Positionsbestimmung zur Komplexbehandlung bei schweren psychischen Erkrankungen im Alter verfasst (Holthoff-Detto et al., 2021). Sie hat festgestellt, dass zusätzlich zu strukturellen und individuellen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen auch Antipsychotika und Sedativa in der stationären Altenhilfe genutzt werden, um die Freiheit der Bewohner zu beschränken. Die Autoren zitieren mehrere Studien, in denen Verschreibungsprävalenzen für Antipsychotika bei 35% bis über 50% der Bewohner stationärer Altenhilfeeinrichtungen dokumentiert werden (Bohlken et al., 2015; Huber et al., 2012; Majic et al., 2010). Sie stellen fest, dass selbst der hohe Anteil von Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe und die Prävalenz körperlich aggressiven Verhaltens allein diese hohen Prävalenzraten nicht erklären könnten. Sie monieren, dass den hohen Raten an auch dauerhaften Antipsychotikagaben ein geringes Angebot an nichtmedikamentösen Therapieverfahren (z. B. Ergotherapie, Physiotherapie, Logotherapie) gegenüberstehe. Nichtmedikamentöse Therapieverfahren und die milieutherapeutische Pflege und Intervention erlaubten es, Türen offen zu

halten und Freiräume zu gewähren. Diese seien jedoch personalintensiv (Holthoff-Detto et al., 2021).

VI. Welche Auswirkungen haben die (zwangsweise) Verbringung in ein Krankenhaus zur zwangsweisen Verabreichung von Medikamenten und der Aufenthalt dort auf Betreute?

1. Erfolgt die Verbringung regelmäßig gegen den natürlichen Willen der Betreuten? Wie werden Verbringungen gegen den natürlichen Willen der Betreuten üblicherweise konkret durchgeführt?

2. Welche konkreten Auswirkungen haben Verbringung und Krankenhausaufenthalt üblicherweise auf Betreute? Wie häufig treten diese auf?

3. Gibt es Anhaltspunkte dafür, dass die zwangsweise Verabreichung von Medikamenten in erheblichem Umfang deshalb unterbleibt, weil die durch eine (zwangsweise) Verbringung in ein Krankenhaus zu erwartenden Beeinträchtigungen der Patientinnen und Patienten aus medizinischer Sicht zu erheblich sind?

Antwort:

Zu 1. und 2. Hierzu existieren keine belastbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse. Es ist aber davon auszugehen, dass in den Fällen, in denen die Verbringung ins Krankenhaus ausschließlich zur Verabreichung eines Medikamentes erfolgt, dies zumeist gegen ihren natürlichen Willen geschieht. Ob dies mit einer Gegenwehr einhergeht, hängt vom Einzelfall ab. Davon dürften auch die Auswirkungen abhängen, die natürlich gravierender sind, wenn zur Verbringung unmittelbarer Zwang angewendet werden muss.

Zu 3. Auch hierzu gibt es keine belastbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse. Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass die zu erwartende Notwendigkeit der Anwendung unmittelbaren Zwanges zur Verbringung ins Krankenhaus das Nutzen-Schaden-Verhältnis zuungunsten einer Behandlungsentscheidung verschiebt, dass also tatsächlich im Einzelfall allein deshalb von einer Zwangsbehandlung abgesehen wird bzw. werden muss, weil der Nutzen für den Patienten nicht in einem günstigen Verhältnis zur zu erwartenden Belastung steht.

VII. Inwieweit ist die ambulante Durchführung ärztlicher Zwangsmaßnahmen aus fachwissenschaftlicher Sicht mit den Grundsätzen moderner Psychiatrie vereinbar (vgl. BTDrucks 18/11240, S. 15; 18/11617, S. 6)? Wie erheblich beeinträchtigen sie das Vertrauensverhältnis zu den im ambulanten Bereich eingesetzten Hilfspersonen bzw. das Wohnumfeld und das persönliche Umfeld? Wäre, insbesondere in einem Pflegeheim oder einer vergleichbaren Einrichtung, vor Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme eine (zwangsweise) Verbringung in einen besonderen Bereich der Einrichtung erforderlich? Wie ist es konkret in Bezug auf die zwangsweise Verabreichung von Psychopharmaka an psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten?

Antwort:

Die moderne Psychiatrie basiert auf der Achtung der Selbstbestimmung des Patienten und einer Behandlung, die seinem Wohl dient (DGPPN, 2014). Deswegen kommen Zwangsmaßnahmen jeder Art immer nur als ultima ratio in Betracht. Wenn allerdings Zwangsmaßnahmen und insbesondere Zwangsbehandlungen nach Ausschöpfung aller anderen Möglichkeiten und im Einklang mit dem vorausverfügten bzw. mutmaßlichen Willens des Patienten durchgeführt werden müssen, um erheblichen Gesundheitsgefahren entgegenzuwirken oder die Selbstbestimmungsfähigkeit wiederherzustellen, dann ist es zwingend erforderlich, bei der Durchführung darauf zu achten, dass die Zwangsmaßnahmen den Patienten möglichst wenig belasten und beeinträchtigen. Zweifelsohne kann in bestimmten Situationen eine ambulante Durchführung weniger belastend sein als eine stationäre, und sie kann sicher durchgeführt werden. Daher sind ambulante Zwangsbehandlung mit den Grundsätzen einer modernen Psychiatrie prinzipiell vereinbar.

Unter Psychiatern gibt es allerdings keine einheitliche Position zu ambulanten Zwangsbehandlungen, weil dieses Thema nicht isoliert, sondern in einem größeren gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Kontext zu betrachten ist. Beispielhaft für die unterschiedlichen Positionen steht die Pro-Kontra-Diskussion über ambulante Behandlungsweisungen in der Fachzeitschrift „Psychiatrische Praxis“ (2024).

Für ambulante Behandlungsweisungen argumentieren Frank Schwärzler und Udo Frank (Schwärzler & Frank, 2024). Sie weisen darauf hin, dass die beschränkten rechtlichen Möglichkeiten in Deutschland zu erheblich steigenden Zahlen der Neuanordnungen für die Unterbringung im Maßregelvollzug geführt haben. Für Personen, die in nicht einwilligungsfähigem Zustand aus Gefährdungsgründen öffentlich-rechtlich untergebracht und erfolgreich behandelt wurden, aber absehbar wieder in einen solchen krankheitsbedingten Zustand gelangen werden, sei eine ambulante Behandlungsweisung ein deutlich milderes Mittel gegenüber weiteren Unterbringungen nach PsychK(H)G oder langjähriger Unterbringung im Maßregelvollzug (Schwärzler & Frank, 2024). Sie weisen darauf hin, dass die Erfahrung aus der forensischen Nachsorgepraxis zeige, dass die Behandlung, die im Rahmen einer Weisung in der

Führungsaufsicht angeordnet ist, auch ohne unmittelbaren Zwang durchgeführt werden kann, auch unter Erhalt des Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Behandler (Schwärzler & Frank, 2024). Wichtig sei dabei, eine solche Weisung mit einem intensiven Betreuungs- und Behandlungsangebot im ambulanten Rahmen zu verbinden (Schwärzler & Frank, 2024).

Gegen ambulante Behandlungsweisungen sprechen sich dagegen Thomas Bock und Gwen Schulz aus (Bock & Schulz, 2024). Sie sagen, dass es keine wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit von ambulanten Zwangsbehandlungen gebe; diese reduzierten nicht stationäre Aufnahmen, Aufenthaltsdauer in Kliniken sowie Symptome und verbesserten nicht das soziale Funktionsniveau. Sie weisen außerdem auf die Nebenwirkungen von Antipsychotika hin. Statt der Drohung mit Zwang solle man eine politische Weisung an die Psychiatrie bzw. an die Kostenträger der Versorgung stellen, um die Versorgung psychisch Kranker umfassend zu verbessern.

Es gibt inzwischen viele Studien dazu, wie Patienten ambulante Zwangsmaßnahmen erleben und bewerten. Pridham et al. (2016) haben in einem Literaturreview die Ergebnisse von 14 Studien aus sieben Staaten zusammengefasst, in denen sich sowohl die Gesetze als auch die Praxis ambulanter Zwangsmaßnahmen allerdings erheblich unterschieden. Sie fanden deutliche, aber inkonsistente Unterschiede in der Wahrnehmung von Zwang durch die Patienten in Abhängigkeit von den verschiedenen Regionen, Rechtssystemen und Patientengruppen. Deutlich wurde allerdings, dass die Patienten weniger Zwang empfanden, wenn sie gut über ihre Rechte und die gesetzlichen Grundlagen der ambulanten Zwangsmaßnahmen informiert waren. Die Autoren fanden, dass der empfundene Zwang umso geringer war, je höher die prozedurale Gerechtigkeit war.

Die Durchführung einer Zwangsmaßnahme belastet naturgemäß stets das Verhältnis von Behandelnden und Patienten. Deshalb müssen, ganz unabhängig davon, ob die Behandlung stationär oder ambulant durchgeführt wird, immer Maßnahmen ergriffen werden, die dem entgegenwirken. Hierzu gehören nicht nur Überzeugungsversuche vor Durchführung einer Zwangsbehandlung, sondern auch Nachbesprechungen, die die Beweggründe und Notwendigkeit der aktuellen Behandlung, aber auch die Frage umfassen, wie denn in Zukunft Zwangsmaßnahmen vermieden werden können (sog. Vorausschauende Behandlungsplanung, einschließlich Patientenverfügungen).

Es gibt keine Erkenntnisse dazu, ob die Belastung des Vertrauensverhältnisses zu den im ambulanten Bereich eingesetzten Hilfspersonen oder zu den Behandelnden bei einer Zwangsbehandlung im ambulanten Setting ausgeprägter als im stationären Setting ist.

Ob, und wenn, welche, besonderen Maßnahmen einschließlich der Einrichtung eines gesonderten Bereichs in einer Pflegeeinrichtung notwendig wäre, hängt stark von den konkreten Maßnahmen ab, die dort durchgeführt werden. Grundsätzlich scheinen besondere

Vorkehrungen vor allem dann entbehrlich, wenn eine Zwangsbehandlung, insbesondere eine solche mit Medikamenten, ohne Anwendung unmittelbaren Zwanges möglich ist. Wenn unmittelbarer Zwang angewendet werden muss, dann erscheinen Vorkehrungen zur sicheren Durchführung und Überwachung notwendig, und dann wird in aller Regel auch die Durchführung im Krankenhaus notwendig sein.

VIII. Sind nach dem Stand der Wissenschaft Aussagen dazu möglich, ob und inwieweit die Auswirkungen der ambulanten Durchführung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme (vgl. VII.) oder jene der (zwangsweisen) Verbringung in ein Krankenhaus und des Aufenthalts dort (vgl. VI.) eine erheblichere Beeinträchtigung für die Betroffenen darstellen? Wie ist es konkret in Bezug auf psychisch, insbesondere an Schizophrenie, erkrankte Betreute?

Antwort:

Siehe hierzu auch die Antwort zu VI.3. – Jede ärztliche Zwangsmaßnahme kann, insbesondere wenn sie unter Anwendung unmittelbaren Zwanges erfolgt, unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär durchgeführt wird, eine erhebliche Beeinträchtigung für die betroffene Person bedeuten. Eben deswegen sind die rechtlichen und medizinischen Hürden für ein solches Vorgehen hoch, um sicherzustellen, dass solche Maßnahmen Ultima-ratio-Maßnahmen sind und nur dann erfolgen, wenn damit zu rechnen ist, dass ihr Nutzen ihren potenziellen Schaden überwiegt. Hierbei spielt die Diagnose der betroffenen Person keine spezifische Rolle, auch nicht die einer Schizophrenie. Eine Rolle spielt hingegen, ob und inwieweit der Betroffene wahrnimmt und später erinnert, dass er gegen seinen Willen behandelt worden ist. Dies ist tatsächlich auch bei Patienten mit einer Schizophrenie interindividuell sehr unterschiedlich, ohne dass es Erkenntnisse dazu gibt, warum das so ist.

IX. Welche Erkenntnisse gibt es zu den zu erwartenden Auswirkungen einer etwaigen Ausweitung ärztlicher Zwangsmaßnahmen auf Pflegeheime oder vergleichbare Einrichtungen bzw. den häuslichen Bereich?

1. Führte eine Ausweitung zu einer nicht unerheblichen Zunahme der Anzahl ärztlicher Zwangsmaßnahmen (vgl. BTDrucks 18/11617, S. 5)? Gibt es Anhaltspunkte dafür, dass das Erfordernis der Verbringung einer Patientin oder eines Patienten in ein Krankenhaus zur Durchführung ärztlicher Zwangsmaßnahmen deren Anzahl in erheblichem Umfang reduziert?

2. Führte eine Ausweitung zu einer weniger sorgfältigen Prüfung der Voraussetzungen ärztlicher Zwangsmaßnahmen sowie von weniger eingriffsintensiven Alternativen (vgl. BTDrucks 18/11240, S. 15; 18/11617, S. 5 f.)?

Antwort:

Zu 1. Zu dieser Frage lässt sich nur spekulieren, da eine Ausweitung der Genehmigungsfähigkeit ärztlicher Zwangsmaßnahmen auf Pflegeheime o.ä. unterschiedliche Folgen haben könnte, die jeweils teilweise die Zahlen steigen, teilweise aber sinken lassen könnte. Erstens ist zu unterscheiden zwischen der Zahl tatsächlich durchgeführter Zwangsbehandlungen und der Zahl offiziell durchgeführter Zwangsbehandlungen. Wenn ambulante Zwangsbehandlungen genehmigungsfähig werden, ist zu erwarten, dass dadurch das Dunkelfeld aufgehellt wird. Dann steigen zwar die offiziellen Zahlen, aber nicht unbedingt die tatsächlichen Zahlen. Zweitens ist es möglich, dass die Zwangsbehandlungen nur örtlich verschoben werden, also im Pflegeheim statt im Krankenhaus durchgeführt werden. Allerdings ist es für Pflegeheime nicht unbedingt einfacher, die Patienten in der eigenen Einrichtung mit Zwang behandeln zu lassen, statt sie ins Krankenhaus zu überweisen. Sie müssten dafür geeignete Räume, Geräte und qualifiziertes Personal bereitstellen. Unklar ist bisher auch, ob und wie Pflegeheime die dafür anfallenden Kosten abrechnen könnten. Da Pflegeheime unter erheblichem Kostendruck stehen und vielfach gewinnorientiert arbeiten, ist zu erwarten, dass zukünftige Regelungen zur Finanzierung ambulanter Zwangsbehandlungen der entscheidende Faktor sind, der darüber bestimmt, wie viele Patienten ambulant oder stationär behandelt werden. Des Weiteren wird eine Rolle spielen, ob die Krankenkassen überhaupt noch stationäre Behandlungen bezahlen werden, die genauso gut ambulant durchgeführt werden könnten. Solange die organisatorischen und finanziellen Fragen nicht geklärt sind, ist die Prognose sehr schwierig.

Zu 2. Die Ausweitung sollte nicht zu einer weniger sorgfältigen Prüfung der Voraussetzungen ärztlicher Zwangsmaßnahmen führen. Dazu gäbe eine Gesetzesänderung jedenfalls keinerlei Rechtfertigung, denn an der Eingriffstiefe in die Grundrechte ändert sich nichts dadurch, dass dieser Eingriff an einem anderen Ort durchgeführt wird. Der Unterschied zur aktuellen Situation besteht nicht darin, dass die Hürden für die Zwangsbehandlung niedriger würden oder die Anforderungen an die Gerichte reduziert würden, sondern darin, dass es eine Option mehr gibt, deren Angemessenheit für jeden Einzelfall zu prüfen ist. Falls es in der Praxis aber doch dazu kommen sollte, dass die Voraussetzungen weniger sorgfältig geprüft würden, könnte es dennoch sowohl zu mehr als auch zu weniger Genehmigungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen kommen, je nachdem, ob die zuständigen Gerichte grundsätzlich eher zur Ablehnung oder eher zur Zustimmung tendieren.

Unseres Erachtens sollte auch nach einer Ausweitung dafür gesorgt werden, dass die gerichtlichen Prüfungen von Zwangsbehandlungen mindestens genauso gründlich erfolgen wie bisher.

X. Gibt es Erkenntnisse dazu, ob im Ausland, insbesondere im europäischen Ausland, ärztliche Zwangsmaßnahmen außerhalb von Krankenhäusern durchgeführt werden (1.) in Pflegeheimen bzw. vergleichbaren Einrichtungen und/oder (2.) im häuslichen Umfeld?

Antwort:

Behandlungsweisungen und ambulante Zwangsbehandlungen sind unterschiedliche Maßnahmen, die in der Praxis zusammen vorkommen können, aber nicht müssen. Behandlungsweisungen (Community treatment orders, CTOs) können mit ambulanten Zwangsbehandlungen verbunden sein, aber auch mit einer zwangsweisen stationären Unterbringung und Behandlung, wenn der Behandlungsweisung nicht gefolgt wird. In der wissenschaftlichen Diskussion werden Behandlungsweisungen und ambulante Zwangsbehandlungen häufig gemeinsam diskutiert.

Die obligatorische Überwachung außerhalb von Krankenhäusern wurde international für die Behandlung psychisch kranker Menschen nach der weit verbreiteten Deinstitutionalisierung entwickelt (Burns et al., 2013). Ambulante Behandlungsweisungen sind in den USA, Kanada, Neuseeland, Israel und mehreren europäischen Staaten (Großbritannien, Spanien, Niederlande, Norwegen, Schweden, Schweiz) fest implementiert (Burns et al., 2013; Pridham et al., 2016). Beispielsweise sind Behandlungsweisungen (Community Treatment Orders, CTOs) für psychiatrische Patienten seit 2008 in England und Wales möglich (Burns et al., 2013). In Schweden wurden CTOs im Jahr 2008 durch eine Gesetzreform eingeführt, die u. a. intendierte, die Zahl langer Beurlaubungen untergebrachter Patienten zu ersetzen (Kjellin & Peltro-Piri, 2014). In der Schweiz kann seit 2013 jeder Kanton eigene Regeln für ambulante Zwangsbehandlungen einführen; seit 2014 hat jeder Kanton solche Regelungen implementiert (Morandi & Burns, 2014). In den Niederlanden wurden im Rahmen einer neuen Gesetzgebung ambulante Zwangsbehandlungen ab 2020 erlaubt (Gemsa et al., 2022).

Die Anwendungshäufigkeit von Behandlungsweisungen und ambulanten Zwangsbehandlungen unterscheidet sich aber erheblich in den verschiedenen Staaten.

Die Evidenzlage bezüglich der Wirksamkeit hinsichtlich verschiedener Outcome-Werte ist bestenfalls mäßig. Dies hängt auch mit teilweise unvermeidbaren Problemen mit den Studiendesigns zusammen.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass Behandlungsweisungen vermutlich um so eher hilfreich sind, wenn erstens die Zielgruppe gut ausgewählt wird, und zweitens, wenn eine intensive begleitende Betreuung erfolgt.

Im Folgenden fassen wir wichtige Studien zu ambulanten Behandlungsweisungen und ambulanten Zwangsbehandlungen kurz zusammen und nehmen dazu Stellung.

Burns et al., Lancet, 2013: In einer nicht verblindeten, parallelen, randomisierten, kontrollierten Studie (OCTET Study) wurde untersucht, ob CTOs die Zahl der Einweisungen im Vergleich zu einer Beurlaubung verringern, wenn Patienten in beiden Gruppen ein gleiches Maß an klinischem Kontakt, aber eine unterschiedlich lange Zwangsüberwachung erhalten. Die Gesamtstichprobe umfasste 333 Patienten. Nach 12 Monaten unterschied sich die Zahl der Patienten, die erneut aufgenommen wurden, nicht zwischen den beiden Gruppen, obwohl die Dauer der anfänglichen obligatorischen ambulanten Behandlung signifikant unterschiedlich war.

Kommentar: Zum einen sind die eingeschlossenen Patienten nicht repräsentativ für die Gruppe der psychotischen Patienten in Kliniken, insbesondere, weil sie in der Lage waren, ihr informiertes Einverständnis zur Studienteilnahme zu geben. Zum anderen wurden in der Studie zwei Formen einer verpflichtenden ambulanten Behandlungsmaßnahme verglichen, die beide keine ambulanten Zwangsbehandlungen zuließen.

Kjellin & Peltro-Piri, BMC Research Notes, 2014: In Schweden wurden 2008 im Rahmen einer Gesetzesreform CTOs implementiert, und zwar für Patienten sowohl aus der Allgemeinpsychiatrie als auch der forensischen Psychiatrie. Die Studie vergleicht die Daten aller untergebrachten Patienten aus einer schwedischen Region aus einem Zweijahreszeitraum vor der Reform und einem Zweijahreszeitraum nach der Reform. Sie stellten fest, dass es insgesamt eine Abnahme der Zahl von Zwangsunterbringungen in der Psychiatrie um 9 % gab. Die Anzahl von Beurlaubungstagen sank um 60 %. Die Zahl aller Tage mit Zwangsmaßnahmen (Unterbringung, Beurlaubung und CTO zusammen) stieg um 5 %. Die Autoren schlussfolgern, dass die Reform das Ziel erreicht habe, die Zahl der Beurlaubungen aus der Unterbringung zu reduzieren.

Gemsa et al., Frontiers in Psychiatry, 2022: Anfang 2020 trat in den Niederlanden der Compulsory Care Act in Kraft, der den Special Admissions Act ersetzte. Ein wesentliches Ziel war, die Zahl stationärer Behandlungstage in psychiatrischen Kliniken radikal zu reduzieren. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden ambulante Behandlungsweisungen sowie stationäre und ambulante Zwangsbehandlungen erlaubt. Die Studie verglich landesweit die Gesamtstunden in stationärer Unterbringung und die Gesamtzahl von Zwangsbehandlung im Zeitraum vor Inkrafttreten des neuen Gesetzes (2012-2019) und danach (2020). Die Autoren zeigten eine signifikante und starke Reduktion der Gesamtstunden stationärer Unterbringung (Reduktion um 82%). Die Zahl der Zwangsbehandlungen war 2020 höher als im Vergleichszeitraum, aber etwas niedriger als im Jahr 2019. Interessanterweise gab es im Jahr 2020 nur insgesamt acht ambulante Zwangsbehandlungen (gegenüber 294 stationären Zwangsbehandlungen).

Kommentar: Ob der Anteil ambulanter Zwangsbehandlungen so gering bleiben wird wie im ersten Jahr nach der Gesetzesänderung, bleibt abzuwarten.

Kisley et al.: Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017: Der systematische Review fast drei Studien mit insgesamt 749 Patienten zusammen. Zwei der drei Studien verglichen Compulsory Community Treatment (CCT) mit einer standardmäßigen Behandlung oder einer freiwilligen Behandlung; eine Studie verglich CCT mit einer überwachten Entlassung aus der Unterbringung. Dabei konnte kein klarer Unterschied zwischen den verglichenen Gruppen hinsichtlich Inanspruchnahme von psychiatrischer Behandlung, sozialem Funktionieren oder Lebensqualität gefunden werden. Allerdings wurden die Patienten der CCT-Gruppe signifikant seltener Opfer gewaltsamer oder nicht-gewaltsamer Straftaten.

Kommentar: Die Autoren des Reviews bemerken, dass die Studien relativ klein und von geringer bis mittlerer Qualität sind. Sie stellen fest, dass sich aus diesen klinischen Studien keine validen Schlussfolgerungen ziehen ließen.

Frank et al., Canadian Journal of Psychiatry, 2020: Aufgrund der methodologischen und ethischen Probleme von randomisierten, kontrollierten Studien zu ambulanten Behandlungsweisungen wurde in Quebec eine naturalistische Langzeitstudie durchgeführt, in der alle Patienten mit schwerer, persistierender psychischer Krankheit der Region eingeschlossen waren. In dieser Studie wurden die Patienten jeweils vor und nach der ambulanten Behandlungsweisung (CTO) verglichen; außerdem wurde die Gruppe der Patienten mit ambulanter Behandlungsweisung (77 Patienten; CTO-Gruppe) mit der Gruppe ohne ambulante Behandlungsweisung (290 Patienten; Non-CTO-Gruppe) verglichen. Die beiden Gruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich signifikant demographischer Kriterien (Alter, Geschlecht, Ethnie), aber die CTO-Gruppe war deutlich schwerer erkrankt und wies vor der CTO einen deutlich stärkeren Drogenkonsum, eine deutlich höhere Kriminalitätsrate, deutlich mehr Langzeit-Antipsychotika-Injektionen sowie deutlich mehr Notambulanz-Aufnahmen und Hospitalisierungen auf. Die Auswirkungen der CTO waren erstens eine stark erhöhte Adhärenzrate der Langzeit-Antipsychotika-Injektionen (10,7% vor Beginn der CTO; 42,2% nach Beginn der CTO). Außerdem wurden die Patienten nach Beginn der CTO deutlich seltener stationär aufgenommen (Hospitalisierung im Durchschnitt 0,96-mal pro Jahr vor der CTO, 0,56-mal pro Jahr nach CTO). Die statistische Analyse zeigte, die höhere Adhärenz der Langzeit-Antipsychotika-Injektionen sowie die Häufigkeit der ambulanten Behandlungskontakte die Ursache für den Rückgang der entscheidende Faktor waren, die Hospitalisierungszahlen zu senken. Außerdem hat die CTO bei einigen der Patienten die Häufigkeit von Straftaten verringert. Entscheidend für den Erfolg der ambulanten Behandlungsweisung war den Autoren zufolge, dass in Quebec Behandlungsweisungen i. d. R. drei Jahre dauern und ggf. auf 5 Jahre verlängert werden können, was erheblich länger ist als in den meisten anderen Regionen, wo nur 6 bis 12 Monate erlaubt sind. Die lange Dauer sei aber notwendig, die entscheidenden Veränderungen zu erreichen, da man

Zeit brauche, um das psychosoziale Milieu der Patienten zu erreichen, die notwendigen rechtlichen Schritte einzuleiten, eine therapeutische Allianz aufzubauen und Genesungs- und Rehabilitationsmaßnahmen anzustoßen.

Kommentar: Diese gut gemachte Studie ist realistischer und aussagekräftiger als einige der kontrollierten, randomisierten Studien, bei denen aufgrund der Einschlusskriterien unrealistische Patientenkollektive verwendet wurden, und bei denen meist sehr ähnliche Vorgehensweisen (z. B. CTO und Beurlaubung mit Auflagen) verglichen wurden. Als nicht randomisierte Studie hat sie aber den Nachteil der fehlenden Verblindung.

De Waardt et al., Frontiers in Psychiatry, 2022: Eine umfassende Literaturrecherche zu den Haltungen unterschiedlicher Stakeholder zu ambulanten Zwangsbehandlungen ergab ein gemischtes Bild. Insgesamt wurden 55 Studien in den Review eingeschlossen. Von den 29 Studien, die die Position von Betroffenen untersuchten, waren 14 Studien befürwortend, 8 ambivalent und 7 ablehnend. Von den 31 Studien, die Professionelle untersuchten, waren 24 befürwortend, 4 ambivalent und 3 ablehnend. Von den 14 Studien, die Angehörige untersuchten, waren 12 befürwortend, eine Studie war ambivalent und eine ablehnend. Studien, die die Haltung von Politikern dazu untersuchten, wurden nicht gefunden. Die Patienten bevorzugten insgesamt ambulante Zwangsbehandlungen im Vergleich zur zwangsweisen Unterbringung. Die Stakeholder sehen die wichtigsten Vorteile von ambulanten Zwangsbehandlungen im Zugang zur Versorgung und in der Möglichkeit, mit den Patienten in Kontakt zu bleiben und ihren Gesundheitszustand zu überwachen, insbesondere in Krisenzeiten oder bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustands. Als wichtigster Nachteil der ambulanten Zwangsbehandlungen wurde genannt, dass diese die Freiheit und Autonomie der Patienten einschränken. Weitere Nachteile betreffen die Stigmatisierung und die Konzentration auf den Einsatz von Medikamenten.

Fazit: Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Evidenz für die positiven und negativen Wirkungen von ambulanten Zwangsbehandlungen gemischt ist. Das hat zum einen damit zu tun, dass die Maßnahmen und die Gesetzgebungen sich deutlich unterscheiden. Zum anderen liegt es daran, dass es wissenschaftlich viel schwieriger ist, die Auswirkung derart komplexer Maßnahmen zu erfassen, als beispielsweise die Wirkung von zwei Medikamenten miteinander zu vergleichen. Statt zu fragen: „Wirken ambulante Zwangsmaßnahmen?“, sollte man fragen: „Unter welchen Bedingungen und für welche Patienten können sie wirksam, nicht wirksam oder schädlich sein?“

Referenzen

Bock T, Schulz G: Eine ambulante Behandlungsweisung wäre hilfreich für die Behandlung und Deliktprävention bei Menschen mit Psychosen. Contra. *Psychiatrische Praxis* 2024; 51: 66-67

Bohlken J, Schulz M, Rapp MA et al.; Pharmacotherapy of dementia in Germany: Results from a nationwide claims database. *European Neuropsychopharmacology* 2015; 25: 2333-2338

Bundesministerium für Justiz: Betreuungsverfahren. https://www.bundesjustizamt.de/DE/Service/Justizstatistiken/Justizstatistiken_node.html#AnkerDokument44016. Stand: 30. November 2018 (letzter Abruf: 12.04.2024)

Burns T, et al.: Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *Lancet* 2013; 381: 1627-33

DGPPN: Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. *Der Nervenarzt* 2014, 11: 1-10

De Waardt DA et al.: Use of compulsory community treatment in mental healthcare: An integrated review of stakeholders' opinions. *Frontiers in Psychiatry* 2022; 13:1011961

Frank D et al.: Community treatment order outcomes in Quebec: A unique jurisdiction. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2020, 65(7): 484-491

Gemsa S et al.: The Compulsory Care Act: Early observations and expectations of in- or outpatient involuntary treatment. *Frontiers in Psychiatry* 2022; 12:770934

Holthoff-Detto V et al.: Komplexbehandlung bei schweren psychischen Erkrankungen im Alter – eine Positionsbestimmung. *Der Nervenarzt* 2021; 92, 948-954

Huber M, Kölzsch M, Rapp M et al.: Antipsychotic drugs predominate in pharmacotherapy of nursing home residents with dementia. *Pharmacopsychiatry* 2012; 45: 182-188

Kisley SR et al.: Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, 17;3(3):CD004408

Kjellin L et al.: Community treatment orders in a Swedish county – applied as intended? *BMC Research Notes* 2014; 7: 879

Majic T, Pluta J-P, Mell T et al.: The pharmacotherapy of neuropsychiatric symptoms of dementia: a cross-sectional study in 18 homes for the elderly in Berlin. *Deutsches Ärzteblatt International* 2010; 107: 320

Morandi S, Burns T: Involuntary outpatient treatment for mental health problems in Switzerland: a literature review. *International Journal of Social Psychiatry* 2014; 60(7): 695-702

Pridham KMF et al.: Perception of coercion among patients with a Psychiatric Community Treatment Order: A literature review. *Psychiatric Services* 2016; 67: 16-28

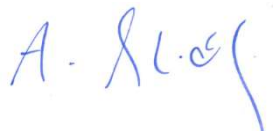
Schwärzler F, Frank U: Eine ambulante Behandlungsweisung wäre hilfreich für die Behandlung und Deliktprävention bei Menschen mit Psychosen. Pro. *Psychiatrische Praxis* 2024; 51: 66-67

Steinert T, Wiedmer J: Ärztliche Zwangsbehandlung: Wer, wie, wie lange? Eine retrospektive Fallanalyse an sechs Klinikstandorten in Baden-Württemberg. *Psychiatrische Praxis* 2023; 50: 1-6

Weitz H-J: Bericht der Ombudsstelle beim Ministerium für Soziales und Integration nach § 10 Abs. 4 PsychKHG, 2018. https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/filead-min/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Medizinische_Versorgung/Ombudsstelle_Landtagsbericht-2018.pdf (Zugriff: 20.04.2019)

Ich hoffe, diese Informationen sind Ihnen hilfreich, und danke Ihnen nochmals für die Anfrage.

Mit den besten Grüßen



Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg
Präsident der DGPPN

Korrespondenzadresse
Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg
DGPPN-Präsident
Reinhardtstr. 29
10117 Berlin
Telefon: 030 240 4772 0
E-Mail: praesident@dgppn.de