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

Stellungnahme
08.07.2025

Überlegungen der DGPPN zum Ort der Durchführung ärztlicher Zwangsmaßnahmen

Die DGPPN nimmt im Folgenden unter Bezug auf das Bundesverfassungsgerichtsurteil vom 26. November 2024 (1 BvL 1/24) zum geeigneten Ort der Durchführung ärztlicher Zwangsmaßnahmen Stellung.

Behandlungen gegen den natürlichen Willen nicht einwilligungsfähiger Patientinnen und Patienten (Zwangsbehandlung, juristisch: "ärztliche Zwangsmaßnahme") zählen zu den rechtlich und ethisch komplexesten medizinischen Eingriffen. Sie stehen stets im Spannungsfeld zwischen dem Recht des schwer kranken Patienten auf Behandlung und der ethischen Fürsorgepflicht des Arztes einerseits, sowie andererseits den Rechten auf Freiheit und körperliche Unversehrtheit des Betroffenen und der ethischen Verpflichtung des Arztes, die Autonomie des Patienten zu achten, zu fördern und ggf. wiederherzustellen (DGPPN, 2014).

Zurecht hat deshalb der Gesetzgeber hohe Hürden für Zwangsbehandlungen festgelegt; sie sind zivilrechtlich (§ 1832 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 1 - 6 BGB) nur unter strikter Beachtung der Verhältnismäßigkeit als ultima ratio erlaubt, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden von einem einwilligungsunfähigen Patienten abzuwenden (Steinert et al., 2016). Dabei müssen eine etwaige Patientenverfügung, die zuvor geäußerten Behandlungswünsche oder hilfsweise der mutmaßliche Wille des Patienten beachtet werden (Müller et al., 2024). Es muss außerdem intensiv versucht worden sein, den Patienten von der Notwendigkeit der Maßnahme zu überzeugen, und der zu erwartende Nutzen muss die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegen. Schließlich dürfen keine milderen Mittel zur Verfügung stehen.

Zusätzlich beschränkt § 1832 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 BGB in der aktuellen Fassung Zwangsbehandlungen auf die Durchführung im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus, in dem die gebotene medizinische Versorgung des Betreuten einschließlich einer erforderlichen Nachbehandlung sichergestellt ist.

Mit Urteil vom 26. November 2024 hat das Bundesverfassungsgericht (1 BvL 1/24) die letztgenannte Vorschrift (in Gestalt ihrer Vorgängerfassung als § 1906a Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 BGB) für verfassungswidrig erklärt und festgestellt, dass eine ausnahmslose Bindung von Zwangsbehandlungen an einen stationären Krankenhausaufenthalt unangemessen sei. Das Bundesverfassungsgericht hat deshalb den Gesetzgeber verpflichtet, bis Ende 2026 eine neue Regelung zu verabschieden. Dabei hat das Gericht dem Gesetzgeber sowohl die Möglichkeit eröffnet,

Ausnahmen zu definieren, als auch die Möglichkeit, auf den Krankenhausvorbehalt zu verzichten. Sichergestellt werden muss aber jedenfalls, dass die Durchführung der Behandlung außerhalb des Krankenhauses qualitativ nicht hinter der Krankenhausbehandlung zurückbleibt. In den Worten des Gerichts muss der "Krankenhausstandard" gewährleistet sein.

Dieses Urteil (mit einem abweichenden Sondervotum, siehe zudem Henking, 2025) ist im Wesentlichen vereinbar mit der Position, die die DGPPN in dem genannten Verfahren dem Gericht gegenüber vertreten hat (DGPPN, 2024), dass nämlich in einigen Fällen die Durchführung einer Zwangsbehandlung außerhalb des Krankenhauses die angemessene Lösung sein kann.

Im Folgenden äußert sich die Fachgesellschaft zur Frage, wo und unter welchen Kautelen aus medizinischer und medizinethischer Sicht eine Zwangsbehandlung durchführbar erscheint, wie also der Krankenhausstandard gewährleistet werden kann.

Dabei geht die DGPPN davon aus, dass die in § 1832 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 1 - 6 BGB dargelegten materiellen Voraussetzungen ausnahmslos und immer erfüllt sein müssen, wenn eine Zwangsbehandlung durchgeführt wird. Der Durchführungsort hingegen sollte sich nach Erwägungen zu drei unterschiedlichen Komponenten der Behandlungsentscheidung richten: erstens die sichere Durchführbarkeit der Behandlung, zweitens die Minimierung der Belastungen für den Patienten und drittens die Berücksichtigung seiner Wünsche bezüglich des Durchführungsortes. In jedem Einzelfall sollten diese drei Perspektiven gegeneinander abgewogen und eine für die jeweilige Situation beste Lösung gefunden werden. Diese Abwägung wird in vielen, aber nicht in allen Fällen zu dem Ergebnis führen, dass der richtige Ort für die Durchführung einer Zwangsbehandlung auch weiterhin das Krankenhaus ist.

Im Folgenden wird zunächst für alle drei Perspektiven dargestellt, welche unterschiedlichen Anforderungen an den Durchführungsort sich bei einer Zwangsbehandlung ergeben können. Danach wird an einzelnen Beispielen erläutert, zu welchem Ergebnis hinsichtlich des besten Durchführungsortes die gemeinsame Betrachtung von Sicherheit, Belastung und Patientenwünschen führt. Und schließlich wird dargestellt, welche Schlussfolgerungen sich hieraus für die Umsetzung des BVerfG-Urteils ergeben.

Anforderungen an den Durchführungsort einer ärztlichen Zwangsmaßnahme

1. Sicherheit

Wie für alle medizinischen Maßnahmen gilt auch für Zwangsbehandlungen, dass am Durchführungsort die apparativen und personellen Voraussetzungen für die geplante Behandlung durchgehend verfügbar sein müssen. Dies, um sicherstellen, dass der Eingriff selbst dem Facharztstandard entsprechend durchgeführt werden kann, dass die notwendige Überwachung gewährleistet ist, dass Nebenwirkungen möglichst vermieden und ggf. sicher beherrscht werden können und auf etwaige Komplikationen in angemessener Weise reagiert werden kann.

Im deutschen Sozialrecht gilt grundsätzlich ein Vorrang der ambulanten vor der stationären Behandlung (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2017). War eine stationäre Behandlung nicht notwendig, kann die Krankenkasse insoweit die Kostenübernahme ablehnen. Die Behandlung muss aber immer dann stationär erfolgen, wenn sie wegen Gefährdung von Gesundheit und Leben des Patienten nicht (oder nicht rechtzeitig) ambulant durchgeführt werden kann. Das schließt ggf. die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Überwachung der Vitalparameter des Patienten ein. Diese sozialrechtlichen Überlegungen lassen sich auch für die hier zu beantwortende betreuungsrechtliche Fragestellung fruchtbar machen.

Die stationäre Krankenhausbehandlung zeichnet sich durch die durchgehende Verfügbarkeit ärztlicher Kompetenz auf dem Niveau des Facharztstandards aus. Dabei ist der Aufenthalt entweder von vornherein auf Teile des Tages beschränkt (teilstationär), oder er umfasst auch die Nacht (vollstationär). Vollstationäre Behandlungen sind insbesondere dann angezeigt, wenn die Schwere möglicher Komplikationen und/oder die Dauer der notwendigen Überwachung nicht sicher vorhersehbar sind.

Auch wenn es sich bei Zwangsbehandlungen in der Praxis, insbesondere in der Psychiatrie, überwiegend um medikamentöse Behandlungen handelt, ist für die Frage nach dem passenden Durchführungsort das gesamte Spektrum medizinischer Maßnahmen zu bedenken. Es kann sich z. B. auch um Operationen handeln, um eine Zwangsernährung oder um eine Elektrokonvulsionstherapie, aber auch um einfache oder komplexe diagnostische Maßnahmen wie Blutabnahmen und körperliche Untersuchungen oder bildgebende radiologische Untersuchungen bis hin zu einer Liquorpunktion, die ggf. gegen den natürlichen Willen des Patienten umgesetzt werden müssen.

Sicherheitserwägungen müssen dabei immer sowohl hinsichtlich der durchzuführenden Maßnahme (z. B. einer Operation oder der Verabreichung einer Medikation) an sich, als auch hinsichtlich der Umsetzung gegen den natürlichen Willen der betroffenen Person angestellt werden.

Bei Patientinnen und Patienten, die mit der Medikation einverstanden sind, erfolgt beispielsweise die intramuskuläre Verabreichung eines Depot-Antipsychotikums in der Versorgungspraxis in aller Regel ambulant in Psychiatrischen Institutsambulanzen oder kassenärztlichen Praxen. Eine Überwachung nach der Injektion findet dabei in der Regel nicht statt und gilt auch nicht als erforderlich, anders als bei der erstmaligen intramuskulären Verabreichung eines Antipsychotikums ohne Depotformulierung.

Wird eine intramuskuläre Injektion hingegen gegen den natürlichen Willen des Betroffenen durchgeführt, ergeben sich hieraus zusätzliche Sicherheitsaspekte, die für die Wahl des geeigneten Durchführungsortes relevant sind. Insbesondere, wenn eine Injektion mit unmittelbarem Zwang gegen den natürlichen Willen einer Person durchgeführt werden muss, ergeben

sich hohe Anforderungen an die Vorbereitung, Durchführung, Begleitung und Nachbetreuung, die typischerweise nur von einem geschulten Team unter Leitung einer erfahrenen Ärztin oder eines erfahrenen Arztes zu erfüllen sind. Dies beginnt beim Versuch, die Anwendung unmittelbaren Zwanges doch noch dadurch zu vermeiden, dass man den Patienten dazu bewegt, die Behandlung zu akzeptieren. Die Durchführung selbst und ihre Vorbereitung, möglicherweise durch eine Fixierung, sowie die nachgehende Überwachung und Betreuung erfordern hohe Professionalität und u. U. die Möglichkeit des Rückgriffs auf weitere personelle Ressourcen. Daher sollte selbst eine an sich unproblematische intramuskuläre Injektion unter Anwendung unmittelbaren Zwanges in aller Regel nur im Rahmen eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes durchgeführt werden.

Andererseits muss die Injektion eines Antipsychotikums gegen den Willen einer Patientin oder eines Patienten dann, wenn diese die Maßnahme aufgrund vorausgehender Erfahrungen zwar ablehnen, aber dulden, nicht zwingend in einem Krankenhaus erfolgen, weil die Vorbereitung und Nachbetreuung unproblematisch sein können.

Hingegen sollten Maßnahmen wie zum Beispiel eine Elektrokonvulsionstherapie, die zwar aus medizinischer Sicht grundsätzlich ambulant, also außerhalb eines Krankenhauses, durchführbar sind, als ärztliche Zwangsmaßnahme nur (teil-)stationär durchgeführt werden, selbst wenn die Patientin oder der Patient bereit ist, die Maßnahme zu dulden, weil die notwendige Narkose und die anschließende Aufwachphase bei einer möglichen Dynamik in der Kooperativität des Betroffenen zusätzliche Risiken bergen.

Zusammenfassend ergibt sich aus der Perspektive der Patientensicherheit der für eine Zwangsbehandlung angemessene Durchführungsort aus Überlegungen zu den Risiken der Behandlung an sich sowie aus Überlegungen zu zusätzlichen Risiken, die mit der Durchführung der Maßnahme gegen den Willen des Patienten verbunden sind.

2. Belastungen

Neben den Überlegungen zur Sicherheit der Behandlungen ist es wichtig, die Belastungen zu minimieren, die eine Zwangsbehandlung für die betroffenen Patientinnen und Patienten mit sich bringt. Solche Belastungen können aus der Verbringung ins Krankenhaus resultieren, insbesondere, wenn sie gegen den Willen der Betroffenen oder sogar unter Anwendung unmittelbaren Zwanges erfolgt, aus dem Krankenhausaufenthalt selbst, aber auch daraus, dass die Durchführung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme im Wohnumfeld als möglicherweise besonders belastend empfunden wird, weil Dritte in den persönlichen Rückzugsort der Betroffenen eindringen. Allerdings tun sie dies auch dann, wenn die Betroffenen zwar nicht im Wohnumfeld behandelt, aber von dort mit Gewalt in die Klinik gebracht werden.

Je nach Situation und Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten können weitere Belastungen durch eine Verbringung in ein Krankenhaus auftreten. So kann bei Demenzpatienten die Verbringung in eine fremde, für sie beunruhigende Umgebung eine deutliche Verschlechterung der Symptomatik bewirken. Für immungeschwächte Patienten kann ein Krankenhausaufenthalt unkalkulierbare Risiken durch Krankenhauskeime bedeuten. Für Menschen, die zu Hause für Kinder oder Haustiere verantwortlich sind, kann es zusätzliche emotionale und organisatorische Belastungen bedeuten, wenn sie ihr Zuhause verlassen müssen und ggf. eine gute Betreuung der Kinder oder Tiere nicht gewährleistet ist.

Es gibt inzwischen mehrere Studien dazu, wie Patientinnen und Patienten nicht-stationäre 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 nicht-stationärer Zwangsmaßnahmen allerdings erheblich unterschieden. Sie fanden bedeutsame, aber inkonsistente Unterschiede in der Wahrnehmung von Zwang durch die Patienten in Abhängigkeit von den verschiedenen Regionen, Rechtssystemen und Patientengruppen. Deutlich wurde allerdings auch, 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.

Abgesehen davon, dass es schwierig ist, evidenzbasiert zu entscheiden, welcher Durchführungsort einer Zwangsbehandlung für Patienten und Patientinnen im Allgemeinen am wenigsten belastend ist, sind vor allem individuelle Faktoren für das Belastungserleben des Betroffenen im Einzelfall relevant.

3. Patientenwünsche

Insbesondere bei Patientinnen, die bereits Erfahrungen mit Unterbringung und Zwangsbehandlung haben, scheint deren persönliche, idealerweise schriftlich fixierte Präferenz für den einen oder anderem Durchführungsort eine wichtige Richtschur zu sein, wenn es um die Frage einer möglichst geringen Belastung geht. Aber auch wenn keine solche Erfahrungen gemacht wurden und keine entsprechende Vorausverfügung vorliegt, erscheint es angebracht, eine von einer Patientin oder einem Patienten geäußerte Präferenz zu berücksichtigen. Das gilt auch und gerade für den aktuell geäußerten Willen des nicht einwilligungsfähigen Patienten, wenn nicht Sicherheitsaspekte die Durchführung an einem anderen Ort nahelegen.

Viele Patientinnen und Patienten können oder wollen im Vorfeld einer Zwangsbehandlung, die sie ja ablehnen, keine Präferenz für einen bestimmten Behandlungsort äußern. Dennoch sollten Menschen, die schon einmal eine freiheitsentziehende Unterbringung oder eine Zwangsbehandlung erlebt haben, ermutigt werden, solche Wünsche für zukünftige

Situationen im Rahmen einer Patientenverfügung oder Behandlungsvereinbarung schriftlich festzuhalten.

Praxisbeispiele für die Wahl des Durchführungsortes

Im Folgenden schildern wir exemplarisch einige klinische Situationen, um praktisch deutlich zu machen, wovon die Wahl des Durchführungsortes einer Zwangsbehandlung abhängen kann. Grundsätzlich kann bei jeder denkbaren ärztlichen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme deren zwangsweise Durchführung notwendig werden. Dennoch handelt es sich bei der überwiegenden Zahl von Zwangsbehandlungen um die Gabe von Medikamenten (in einer Studie an psychiatrischen Kliniken in Deutschland 80 %, Adorjan et al., 2017).

Wenn eine **Medikation** zwangsweise verabreicht werden soll, dann kann dies entweder oral in fester oder flüssiger Form oder parenteral als intramuskuläre oder intravenöse Injektion erfolgen. Wenn unmittelbarer Zwang angewendet werden muss, ist nur eine parenterale Gabe sinnvoll, weil nur so sichergestellt werden kann, dass das Medikament vollständig und sicher appliziert werden kann. Allerdings ist in der klinischen Praxis die Anwendung unmittelbaren Zwanges häufig nicht notwendig, weil sich die Betroffenen zur Einnahme einer oralen Medikation bereit erklären, wenn ihnen in Aussicht gestellt wird, dass die Verabreichung des Medikaments andernfalls durchgesetzt wird. Studien gibt es zu dieser Frage wenige, bei 25 bis 61 % der Patienten ist die Anwendung unmittelbaren Zwanges im Rahmen einer medikamentösen Zwangsbehandlung nicht notwendig (Steinert et al., 2015; Steinert & Wiedmer, 2024; Pollmächer et al., im Druck). Wenn aber die Anwendung unmittelbaren Zwangs, typischerweise durch eine Fixierung oder Festhalten des Patienten zur Umsetzung einer Behandlungsmaßnahme notwendig ist, dann erfordern die Verabreichung des Medikaments und die Nachbetreuung einen hohen Personaleinsatz und große Erfahrung der Handelnden. Die Gefahr einer psychischen Traumatisierung des Patienten und möglicherweise auch von Nebenwirkungen ist größer als bei einer oralen Gabe. Darüber hinaus können bei der Anwendung unmittelbaren Zwangs Erregungszustände auftreten, die nur durch ein erfahrenes Team in einer Klinik beherrschbar sind. Im Rahmen maximaler Erregung sind auch schwerwiegende somatische Komplikationen denkbar. Deshalb sollte jede Verabreichung eines Medikamentes, bei der die Anwendung unmittelbaren Zwanges zu erwarten ist, in einer Klinik und im Beisein einer Ärztin oder eines Arztes erfolgen. Dies trifft regelhaft auf den Beginn einer Behandlung zu, der immer im klinischen Setting erfolgen sollte.

Wenn im weiteren Verlauf der Behandlung mit der Notwendigkeit der Anwendung unmittelbaren Zwanges nicht mehr zu rechnen ist, kann aus ärztlicher Sicht eine Zwangsbehandlung auch bei einem Arztbesuch in der betreuten Wohneinrichtung oder im häuslichen Umfeld erfolgen. Allerdings sollte auch hier ein Team einschließlich eines Arztes oder einer Ärztin vor Ort sein. Die Patientin oder der Patient gibt dabei in der Regel zu verstehen, dass sie bzw. er

mit der Maßnahme weiterhin nicht einverstanden ist. Nach Erklärung der rechtlichen Situation, der sich sonst ergebenden Alternativen und der Versicherung, dass die ablehnende Haltung zur Kenntnis genommen und dokumentiert wurde, lässt sie bzw. er sich die Injektion aber widerstandslos verabreichen. Die Dauer einer evtl. Nachbeobachtung oder Betreuung hängt dann von der aktuellen Situation und der angewandten Substanz ab. Sollte sich bei einer geplanten ambulanten Zwangsbehandlung herausstellen, dass wider Erwarten doch unmittelbarer Zwang zur Durchführung notwendig wäre, müsste der Versuch abgebrochen werden und eine Krankenhauseinweisung erfolgen.

Relativ häufig kommt es zur Notwendigkeit medikamentöser Behandlungen bei an Demenz leidenden Menschen in Pflegeheimen, die nicht mehr einwilligungsfähig sind, den Sinn der beabsichtigten Maßnahmen nicht verstehen und dagegen mit ihrem natürlichen Willen Widerstand leisten. Ein typisches Beispiel wäre eine schmerzhafte Infektion, bei der der Verzicht auf eine antibiotische Behandlung unethisch wäre. Eine Verbringung in ein Krankenhaus zu diesem Zweck wäre aber mit unverhältnismäßigen zusätzlichen Belastungen verbunden. In der Praxis versucht man meist, dies zu vermeiden, und betrachtet die Behandlung als nicht genehmigungspflichtige Notfallmaßnahme, was aber nicht mehr zutreffend sein kann, wenn die Behandlung länger als nur wenige Tage andauern soll.

Die **Elektrokonvulsionstherapie (EKT)** wird in Kurznarkose durchgeführt und erfordert deshalb die Mitwirkung eines Anästhesisten. Grundsätzlich kann eine EKT, wie auch manche Operationen, ambulant durchgeführt werden. Eine EKT als ärztliche Zwangsmaßnahme sollte allerdings selbst dann im Rahmen eines (teil-)stationären Krankenhausaufenthaltes durchgeführt werden, wenn nicht mit der Notwendigkeit der Anwendung unmittelbaren Zwanges zu rechnen ist. Dies unter anderem, weil es schwierig und gefährdend sein kann, wenn im Laufe der Vorbereitung der Behandlung und in der Aufwachphase nach der Narkose plötzlich Gegenwehr auftritt.

Ähnlich wie bei der EKT scheint es ratsam, alle Operationen und auch alle invasiven diagnostischen Maßnahmen, wie z. B. eine Liquorpunktion, im (teil-)stationären Rahmen durchzuführen.

Während also ein stationärer Aufenthalt überwiegend den besten Rahmen für die Durchführung von Zwangsbehandlungen darstellt, gibt es durchaus Situationen, in denen auch außerhalb des Krankenhauses die Durchführung in der gleichen medizinischen Qualität, einschließlich der notwendigen Vorbereitung und Nachbetreuung möglich ist.

Über die medizinische Gleichwertigkeit hinaus kann eine Zwangsbehandlung außerhalb des Krankenhauses in bestimmten Fällen Belastungen der Betroffenen vermindern und deren persönlichen Wünschen entgegenkommen. So kann u.U. eine gewaltsame Verbringung ins

Krankenhaus vermieden werden, insbesondere dann, wenn die Betroffenen bereit sind, außerhalb des Krankenhauses die ärztliche Zwangsmaßnahme ohne Gegenwehr zu dulden.

Konsequenzen für die Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils

In seinem Urteil vom 26. November 2024 stellt das Bundesverfassungsgericht fest, dass die ausnahmslose Bindung der ärztlichen Zwangsmaßnahme an einen stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus unangemessen ist, und fordert den Gesetzgeber auf, bis Ende 2026 die Regelungen des § 1832 BGB entsprechend anzupassen.

Ziel soll dabei sein zu vermeiden, dass Patientinnen und Patienten durch die Verbringung in das Krankenhaus zum Zweck der Durchführung der Zwangsbehandlung oder durch den Aufenthalt dort Nachteile erleiden, z.B. durch zusätzliche Eingriffe in ihre Grundrechte, die mit dem gewaltsamen Transport ins Krankenhaus oder der Verbringung dorthin (nur) gegen ihren natürlichen Willen verbunden sind.

Dabei eröffnet das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber sowohl die Möglichkeit, die Vorgabe der Krankenhausbehandlung grundsätzlich beizubehalten und Ausnahmen zu definieren, als auch die Möglichkeit, das Erfordernis des stationären Aufenthaltes aufzuheben und durch eine für alle Anwendungsfälle flexiblere Regelung zu ersetzen. Der letztgenannte Weg erscheint aus Sicht der DGPPN der geeignete, da er die tatsächliche Möglichkeit eröffnet, für jeden Patienten und jede Patientin den individuell besten Durchführungsort für die Zwangsbehandlung zu wählen. Die Regelung von Ausnahmen bei grundsätzlich fortbestehender Erfordernis des Krankenhausaufenthalts birgt angesichts der vielfältig unterschiedlichen Situationen, die in der Praxis vorkommen, die Gefahr, nur einem Teil der Patientinnen und Patienten gerecht werden zu können. Dagegen eröffnet eine flexiblere Regelung den Betreuerinnen und Betreuern in Zusammenarbeit mit Ärzten, Gerichten und Patienten die Möglichkeit, über jeden Fall individuell und unter Berücksichtigung des Patientenwillen zu entscheiden.

Auf jeden Fall sollte aus ärztlicher Sicht eine gesetzliche Neuregelung des § 1832 BGB sicherstellen, dass Zwangsbehandlungen außerhalb des Krankenhauses in den Fällen möglich sind, in denen auf diese Weise Belastungen der Betroffenen vermieden bzw. reduziert und/oder deren Wünschen entsprochen werden kann, ohne dass relevante Einbußen in der Behandlungsqualität und –sicherheit entstehen. Letzteres ist am besten dadurch zu erreichen, dass Zwangsbehandlungen immer und ausschließlich von geschulten Teams durchgeführt werden, die an dem gewählten Ort in der Lage sind, den Krankenhausstandard zu gewährleisten. Aus fachlicher Sicht ist der Krankenhausstandard dann gewährleistet, wenn im Einzelfall alle apparativen und personellen Voraussetzungen gegeben sind, die für eine dem Facharztstandard entsprechende Behandlung notwendig sind.

Literatur

Adorjan K, Steinert T, Flammer E, Deister A, Koller M, Zinkler M, Herpertz SC, Häfner S, Hohl-Radke F, Beine KH, Falkai P, Gerlinger G, Pogarell O, Pollmächer T: Zwangsmaßnahmen in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Eine Pilotstudie der DGPPN zur Erprobung eines einheitlichen Erfassungsinstrumentes. Der Nervenarzt 2017; 88: 802-810

Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 26. November 2024, 1 BvL 1/24

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

DGPPN: Stellungnahme der DGPPN zur verfassungsrechtlichen Prüfung zum Aussetzungs- und Vorlagebeschluss des Bundesgerichtshofs vom 8. November 2023 – XII ZB 459/22. 16.04.2024

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA): Richtlinie über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisungs-Richtlinie/KE-RL) in der Neufassung vom 22. Januar 2015, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 29.04.2015 B2, in Kraft getreten am 30. April 2015, zuletzt geändert am 16. März 2017, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 07.06.2017 B2, in Kraft getreten am 8. Juni 2017

Henking T: BVerfG erklärt Krankenhausvorbehalt bei ärztlichen Zwangsmaßnahmen teilweise für verfassungswidrig. verfassungsblog.de/bverfg-erklart-krankenhausvorbehalt-bei-arztlichen-zwangsmasnahmen-teilweise-fur-verfassungswidrig/ (2.01.2025) (letzter Abruf: 27.05.2025)

Müller S, Gather J, Gouzoulis-Mayfrank E, Henking T, Koller M, Saß H, Steinert T, Pollmächer T: Patientenverfügungen und psychische Erkrankung – eine Praxisempfehlung der Kommission Ethik und Recht der DGPPN. Der Nervenarzt 2024; 95: 861-867

Pollmächer T, Schweitzer F, Sarropoulos A, Schuld A. Durchführungsmodalitäten ärztlicher Zwangsmaßnahmen. Der Nervenarzt, im Druck

Pridham KMF et al.: Perception of coercion among patients with a psychiatric community treatment order: a literature review. Psychiatric Services 2016; 67: 16-28

Steinert T, Zinkler M, Elsässer-Gaißmaier H-P, Starrach A, Hoppstock S, Flammer E: Langzeittendenzen in der Anwendung von Fixierungen und Isolierungen in fünf psychiatrischen Kliniken. Psychiatrische Praxis 2015; 42: 377-383

Steinert T, Heinz A, Hohl-Radke F, Müller J, Koller M, Müller S, Zinkler M: Was ist ein „erheblicher gesundheitlicher Schaden“ im Sinne des § 1906 BGB? Psychiatrische Praxis 2016; 43: 395-399

Steinert T, Wiedmer J: Ärztliche Zwangsbehandlung: Wer, wie, wie lange? Eine retrospektive Fallanalyse an sechs Klinikstandorten in Baden-Württemberg. Psychiatrische Praxis 2024; 51(04): 189-194