



75 Jahre
Demokratie
lebendig



Deutscher Bundestag
Wissenschaftliche Dienste

Dokumentation

Ambulante Behandlungsweisungen in der psychiatrischen Versorgung
Aktuelle Studien zur Evidenz

Ambulante Behandlungsweisungen in der psychiatrischen Versorgung
Aktuelle Studien zur Evidenz

Aktenzeichen: WD 8 - 3000 - 092/23
Abschluss der Arbeit: 12.03.2024
Fachbereich: WD 8: Gesundheit, Familie, Bildung und Forschung,
Lebenswissenschaften

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
2.	Ambulante Behandlungsweisungen im internationalen Kontext	6
3.	Positionen internationaler Organisationen zu Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie	7
4.	Studien zur Wirksamkeit von ambulanten Behandlungsweisungen	10

1. Einleitung

Die Ausübung von Zwang in der Psychiatrie ist ein von jeher umstrittenes Thema. Anders als in früheren Phasen der Geschichte besteht in der Bundesrepublik Deutschland heute Konsens darüber, dass der freiheitliche Staat die Würde und die Autonomie des Menschen auch im Falle einer psychischen oder somatischen Krankheit oder einer Behinderung zu schützen hat.¹ Kranke Menschen haben einen Anspruch auf Behandlung, die nur nach Aufklärung und Einwilligung des Patienten erfolgen darf.² Eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit und eine medikamentöse Behandlung gegen den Willen des Patienten stellen erhebliche Eingriffe in dessen Freiheitsrechte dar.³ Neben der Frage, ob solche Eingriffe medizinisch begründet und notwendig sind, geht es dabei immer auch um die Frage, ob sie rechtlich erlaubt und ethisch gerechtfertigt sind – etwa durch den notwendigen Schutz vor einer Selbst- oder Fremdgefährdung.

Medizinische Zwangsbehandlungen sind in Deutschland nur im stationären Rahmen zulässig.⁴ Allerdings gelten sie – nicht zuletzt aufgrund der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und entsprechender Anpassung der Rechtslage, insbesondere in den Psychisch-Kranken-(Hilfe-)Gesetzen der Länder – als Ultima Ratio;⁵ das heißt, dass vorher alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft werden müssen, um eine kranke Person davon zu überzeugen, dass eine Behandlung für sie hilfreich und erforderlich ist, und sie müssen gerichtlich angeordnet werden. Von medizinischer Seite grundlegend ist die S3-Leitlinie zu psychosozialen Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, die 2018 von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde herausgegeben wurde. Sie verweist auf die traumatisierende Wirkung von Zwangsmaßnahmen und hält psychosoziale Fachkräfte dazu an, die am

-
- 1 Lipp, Volker (2022). Rechtliche Entwicklungen zu Zwang und zur Vermeidung von Zwang, in: Förderung der Selbstbestimmung und Vermeidung von Zwang, Dokumentation einer Tagung vom 6.-8. September 2021 in Berlin, hg. von Aktion Psychisch Kranke Bonn, 2022, abrufbar unter https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Jahrestagung_2021/apk_tagungsband_48_02.06.pdf.
 - 2 Gesetz zur Verbesserung der Rechte der Patientinnen und Patienten vom 20. Februar 2013 (BGBl I Nr. 9).
 - 3 Luderer, Hans-Jürgen, (2023). Freiheit und Zwang im Umgang mit schwer psychisch kranken Menschen, in: Fuchs, Marko J., Martin Hähnel und Danae Simmermacher (Hg.), Der Patientenwille und seine (Re-)Konstruktion. Historische Genese, normative Relevanz und medizinethische Aktualität, Philosophische Herausforderungen der angewandten Ethik und Gesundheitswissenschaften/Philosophical Challenges of Applied Ethics and Health Sciences, Wiesbaden 2023, S. 129-145, abrufbar unter https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-40192-4_7.
 - 4 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002, BGBl. I S. 42, 2909, 2003 I S. 738, zuletzt geändert durch Artikel 34 Absatz 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 2023, BGBl. 2023 I Nr. 411), §1832 Ärztliche Zwangsmaßnahmen (ehemals §1906a BGB). Im Maßregelvollzug sind Therapieweisungen nach § 56c Abs. 2 Nr. 6 Strafgesetzbuch (StGB) möglich, für die Führungszeit nach § 68b Abs. 1 Nr. 11 StGB.
 - 5 Zur Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts vgl. Lipp, Volker, (2021). Rechtliche Entwicklungen zu Zwang und zur Vermeidung von Zwang, in: Förderung der Selbstbestimmung und Vermeidung von Zwang, Dokumentation einer Tagung vom 6.-8. September 2021 in Berlin, hg. von Aktion Psychisch Kranke Bonn, 2022, abrufbar unter https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Jahrestagung_2021/apk_tagungsband_48_02.06.pdf.

wenigsten in die Freiheit des Betroffenen eingreifende Maßnahme zu ergreifen.⁶ Modelle der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) werden empfohlen, da sie geeignet seien, „den breiten und oft wechselnden Hilfebedarfen von Menschen mit schweren psychischen Störungen und ihren Angehörigen im direkten Lebensumfeld mit einer großen Vielfalt wirksamer Interventionen zu begegnen.“ (S. 25).

Von solchen aufsuchenden Modellen zu unterscheiden sind ambulante Behandlungsweisungen, auch als gemeindenaher Behandlungsanordnungen (Community Treatment Orders, CTOs) bezeichnet. Um psychisch erkrankten Personen nach einem oder statt eines Krankenhausaufenthaltes zu unterstützen, können diese durch CTOs dazu verpflichtet werden, notwendige Behandlungen durch gemeindenahere psychosoziale Dienste anzunehmen. In rund 75 Ländern weltweit werden solche ambulanten Behandlungsweisungen in unterschiedlichen Ausprägungen praktiziert. Die Option einer Einführung solcher ambulanter Behandlungsweisungen wird in Deutschland immer wieder diskutiert – zuletzt im Jahr 2023 auf der 33. Ethiktagung des Zentrums für Psychiatrie (ZfP) Südwürttemberg. Voraussetzung dafür seien entsprechende rechtliche Rahmenbedingungen unter Berücksichtigung ethischer und verfassungsrechtlicher Aspekte.⁷ Dagegen hält etwa der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg ambulante Behandlungsweisungen für rechtswidrig. Es gebe keine Evidenz einer Wirksamkeit, die ambulante Behandlungsweisungen rechtfertigen würde.⁸

Als unfreiwillige Behandlungen stehen CTOs auch international in der Kritik. Angesichts der teils gravierenden Einschränkung von Würde und Autonomie der Patienten wird vielfach versucht abzuwägen, ob ein zusätzlicher Nutzen für das Gesundheitssystem und für die psychisch Kranken diese Einschränkung rechtfertigen könnte. Vor diesem Hintergrund ist die Rolle der CTOs in der evidenzbasierten Praxis in der Gemeindepsychiatrie⁹ mit ihren klinischen, ethischen, rechtlichen und wirtschaftlichen Aspekten Gegenstand zahlreicher wissenschaftlicher Studien. Die vorliegende Arbeit gibt einen Einblick in den Stand der Forschung und der Diskussion über ambulante Behandlungsweisungen im internationalen Kontext.

6 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik Nervenheilkunde (DGPPN), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen, 2. Aufl. 2018, AWMF-Registernummer 038-022, abrufbar unter <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-022>, https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-020p1_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-04.pdf, in Überarbeitung.

7 Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg (2023). „33. Ethiktagung befasst sich mit komplexer Problemlage“, Pressemitteilung vom 13.10.2023, abrufbar unter <https://www.zfp-web.de/news-media/pressemitteilungen/33-ethiktagung-befasst-sich-mit-komplexer-problemlage>.

8 Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e. V. (2023). Ambulante Behandlungsweisung - So nicht – bitte anders! abrufbar unter <https://lvpebw.org/2023/10/13/ambulante-zwangswweisung-so-nicht-bitte-anders/>

9 Die öffentliche und gemeindenahere Psychiatrie ist ein Teilgebiet der Psychiatrie, das sich mit der Untersuchung und Behandlung von Menschen mit komplexen psychischen Erkrankungen in der Gemeinde und nicht in psychiatrischen Kliniken oder Krankenhäusern befasst. Mit „public“ oder auch „community psychiatry“ ist die ambulante Psychiatrie gemeint, vgl. <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/community-psychiatry>.

2. Ambulante Behandlungsweisungen im internationalen Kontext

Der Begriff „ambulante Behandlungsweisungen“ umfasst eine Reihe von gesetzlich geregelten Maßnahmen und Therapieoptionen, die teilweise nebeneinander zur Anwendung kommen. Die Art und die Ausführung dieser Maßnahmen variieren zwischen den Staaten: Einige Länder praktizieren verzögerte oder überwachte Entlassungen aus Kliniken mit Auflagen zur Nachbehandlung und der Möglichkeit zur erneuten stationären Aufnahme bei Nichtbefolgung; andere Länder setzen auf ambulante Zwangsbehandlungen, um Krankenhausaufenthalte zu verhindern und frühe Entlassungen zu erleichtern. Eine Medikation unter Zwang ist in den meisten Ländern verboten oder nicht vorgesehen. Zu den weltweit 75 Staaten, in denen es ambulante Behandlungsweisungen gibt, gehören Australien (alle 7 Bundesstaaten/Territorien), Belgien, Kanada (9 von 13 Provinzen/Territorien), England und Wales, Fidschi, Gibraltar, Hongkong, Israel, Luxemburg, Neuseeland, Norwegen, Portugal, Samoa, Schottland, Spanien (obwohl es keine ausdrücklichen Rechtsvorschriften gibt, werden sie an einigen Orten praktiziert), Schweden, Schweiz (alle 26 Kantone), Taiwan, Tonga und die USA (46 Bundesstaaten/Bezirke).¹⁰

Eine Tabelle liefert eine Zusammenstellung zur Anzahl der CTOs pro Einwohner, die gesetzlichen Verantwortlichkeiten für deren Anwendung sowie Regularien in ausgewählten Staaten und Regionen wie Australien, Neuseeland, den USA, Kanada, der Schweiz, Schottland, England sowie Wales.¹¹

Im Zuge der Diskussion über die Einführung von CTOs wurden zahlreiche Argumente für und gegen die Anwendung dieser Maßnahmen geäußert. Befürworter sind davon überzeugt, dass CTOs – insbesondere in Fällen von Selbst- oder Fremdgefährdung – eine sinnvolle Alternative zur Zwangseinweisung in eine Klinik sein und dabei helfen könnten, einen Kreislauf von Zwangseinweisung in eine Klinik, Entlassung nach Behandlung und erneuter Zwangseinweisung („Revolving Door“) zu durchbrechen. CTOs könnten, so wird teilweise vertreten, Patienten den Zugang zu psychiatrischen Dienstleistungen erleichtern und helfen, das Risiko für Patienten und andere Personen zu verringern und damit auch die Angst der Öffentlichkeit vor dem von Patienten ausgehenden Risiko abzubauen.

10 Rugkåsa, Jorun und Tom Burns (2017). Community treatment orders: Are they useful?, in: The British Journal of Psychiatry 23(4), S. 222-230, abrufbar unter <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-advances/article/community-treatment-orders-are-they-useful/3729AB1BC2DE3E105D0A0BF83C4B84CF>, Box 1.

11 In: Mikellides, Georgios u.a. (2019). Community treatment orders: international perspective, in: The British Journal of Psychiatry 16 (4), S. 83-86, abrufbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7054326/>. Vgl. auch die Länderberichte in: Mapping & Understanding Exclusion in Europe: institutional, coercive and community-based services and practices across Europe, Mental Health Europe (Hg.), Brüssel 2017, abrufbar unter <https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/01/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>

Kritiker sehen dagegen Zwangsbehandlungen im Widerspruch zu den internationalen Menschenrechten.¹² Sorgen der Öffentlichkeit seien keine ausreichende Rechtfertigung für Restriktionen von Patienten, die nicht gegen das Gesetz verstoßen hätten. Diese hätten das Recht, rechtmäßige Entscheidungen über ihr eigenes Leben zu treffen, sofern sie dazu in der Lage seien. Zwang könne nicht als einfache Alternative zu einer menschenwürdigen, angemessenen Behandlung angewandt werden, und schließlich sei die Evidenz der CTOs nicht nachgewiesen.¹³

Die Vielfalt an Modellen und Modifikationen ambulanter Zwangsmaßnahmen erschwert einen internationalen Vergleich. Darüber hinaus zeigen Metastudien, dass die Evidenz in den letzten Jahren zwar intensiv untersucht wurde, die Ergebnisse jedoch kaum eindeutige Rückschlüsse auf die Wirksamkeit zulassen. Dies liegt im Wesentlichen an der Vielfalt der Einflussparameter wie medizinische Diagnose, Alter, Geschlecht, Status, Therapiekonzept, Anzahl und Dauer der Krankenhausaufenthalte, Selbst- und Fremdgefährdung, Verhaftungen, Obdachlosigkeit, Behandlungszufriedenheit, Infrastruktur der psychosozialen Dienste, sowie dem Studiendesign wie statistische Auswertungen oder Befragungen, Beobachtungszeitraum, Vorhandensein von Kontrollgruppen, Vorher-Nachher-Vergleiche. In der Literatur gibt es zahlreiche Hinweise darauf, dass CTOs nicht die erwünschte Wirkung hätten – vor allem im Hinblick auf einen Rückgang der Krankenhausaufenthalte sowie gesundheitliche Vorteile für Patienten, die psychosoziale Dienste in Anspruch genommen haben.¹⁴ In den folgenden Kapiteln werden Standpunkte internationaler Organisationen und ausgewählte Studien vorgestellt, um Hinweise zur Evidenz ambulanter Behandlungsweisen zu geben.

3. Positionen internationaler Organisationen zu Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie

Im Fokus der Position internationaler Organisationen zu Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie steht die Wahrung der Menschenrechte und damit die Forderung, die Regelungen zu psychischen Behandlungen menschenrechtskonform zu gestalten. Der UN-Menschenrechtsrat sprach

-
- 12 Definitionen und kurze Zusammenfassung der Thematik in: Mental Health Europe (MHE) (2011). Ein Leitfaden zur Abschaffung von Zwang und Fixierung in der psychiatrischen Versorgung, abrufbar unter https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2022/03/Short-Guide-on-Alternatives-to-Coercion_DE_new.pdf, MHE (2015). „Compulsory psychiatric treatment and its alternatives – the facts“, abrufbar unter <https://www.mentalhealtheuropa.org/library/compulsory-psychiatric-treatment-and-its-alternatives-the-facts/> sowie Nossek, A. (2018). „Natürlicher Wille, Zwang und Anerkennung – Medizinethische Überlegungen zum Umgang mit nicht selbstbestimmungsfähigen Patienten in der Psychiatrie“, abrufbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s00481-018-0478-8>.
- 13 Rugkåsa, Jorun und Tom Burns (2017). Community treatment orders: Are they useful?, in: The British Journal of Psychiatry 23(4), S. 222-230, abrufbar unter <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-advances/article/community-treatment-orders-are-they-useful/3729AB1BC2DE3E105D0A0BF83C4B84CF>, Box 3.
- 14 Rugkåsa, Jorun (2016). „Effectiveness of community treatment orders: The international evidence“, The Canadian Journal of Psychiatry 61 (1), S. 15-24, abrufbar unter <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0706743715620415>; Simon, J., u.a. (2021). „Cost and quality-of-life impacts of community treatment orders (CTOs) for patients with psychosis: economic evaluation of the OCTET trial“, in: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 56, S. 85-95, abrufbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-020-01919-4>; Barbui C., u. a. (2020). „Efficacy of interventions to reduce coercive treatment in mental health services: Umbrella review of randomised evidence“, in: British Journal of Psychiatry 218, S. 185-195, abrufbar unter <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/efficacy-of-interventions-to-reduce-coercive-treatment-in-mental-health-services-umbrella-review-of-randomised-evidence/4D39414A27F6E7B0892209C11E09974B>.

sich 2013 dafür aus, angesichts zahlreicher Menschenrechtsverletzungen an Menschen mit Behinderung sämtliche freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu verbieten und Zwangsbehandlungen durch gemeindenahere Behandlungsangebote zu ersetzen.¹⁵ Die World Health Organization (WHO) fordert, die Menschenrechte in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung zu wahren und Menschen mit psychischen Erkrankungen in einer Weise zu behandeln, die ihrem Wohlbefinden entspricht und ihre Rechte respektiert:

World Health Organization (WHO), Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches, 2021, abrufbar unter [9789240025707-eng.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/guidance-on-community-mental-health-services)

Die WHO hat im Jahr 2021 einen grundlegenden Bericht zu Fragen des Umgangs mit psychisch Erkrankten vorgelegt. Dieser Leitfaden – teilweise auch als „Leitlinie“ bezeichnet – soll die Dringlichkeit des Themas aufzeigen und weltweit dazu ermutigen, psychisch erkrankte Patienten bestmöglich zu unterstützen und zugleich die internationalen Menschenrechte-Standards zu wahren – sowohl im Rahmen der stationären als auch im Rahmen einer vor Ort-Versorgung. Er hebt die Notwendigkeit hervor, Zwangsbehandlungen zu unterbinden („*eliminating the use of coercive practices such as forced admission and forced treatment*“, S. XVIII). Dabei nimmt der Leitfaden insbesondere Bezug auf die UN-Behinderten-Konvention aus dem Jahr 2006. Er stellt fest, dass es in vielen Ländern nach wie vor Zwangsbehandlungen gebe. Gleichwohl hätten in den letzten Jahren eine Reihe von Ländern Regelungen erlassen, die eine bessere und respektvolle Behandlung psychisch Erkrankter zum Ziel haben (S. 186). Besonders hervorgehoben wird dabei die Gesetzesreform in Italien, der Erlass des sog. Basaglia-Gesetzes¹⁶, mit dem neue Regelungen zur stationären Versorgung und zur Schaffung enger Grenzen für unfreiwillige Behandlungen geschaffen worden seien. Diese Reform habe insbesondere einige südamerikanische Länder zu entsprechenden Neuregelungen veranlasst, darunter Peru im Jahr 2018. Das dortige Gesetz werde international als beispielhaft gesehen, es nimmt im Übrigen ausdrücklich Bezug auf die UN-Behindertenkonvention.

Vor diesem Hintergrund stellt der Leitfaden eine Reihe von Best-Practice-Beispielen aus verschiedenen Ländern vor und entwickelt entsprechende Vorschläge für künftige Reformen, wobei immer wieder betont wird, dass gerade die Förderung der Autonomie der Erkrankten besonders wichtig für die geistige Gesundheit sei (S. XVII, S. 6). Im Rahmen der Vorschläge von „Key national actions“ wird für die Praxis gefordert, dass die Wünsche und Vorlieben der Patienten für ihre Behandlung stets respektiert und insbesondere frei von Zwang sein müssten (S. 184). In einigen Ländern müsse durch Gesetzesänderung sichergestellt werden, dass psychisch Kranke nicht länger diskriminiert würden.

15 United Nations General Assembly, Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Mendez, vom 1. Februar 2013 (A/HCR/22/53), abrufbar unter https://www.hr-dp.org/files/2014/07/20/Report_of_the_Special_Rapporteur_on_Torture_1_February_2013.pdf.

16 Vgl. dazu: Badano, Valentina, The Basaglia Law. Returning dignity to psychiatric patients: the historical, political and social factors that led to the closure of psychiatric hospitals in Italy in 1978, in: History of Psychiatry. 9. Februar 2024, abrufbar unter <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0957154X231224650>.

World Health Organization (WHO), Mental Health, human rights and legislation: Guidance and practice, 2023, abrufbar unter [9789240080737-eng.pdf \(who.int\)](#).

Dieser Bericht greift die Forderungen des Berichts von 2021 auf und nimmt ebenfalls Bezug auf die Behindertenrechtskonvention. Demnach sollten alle Mitgliedstaaten jede Form von Zwang beenden und nötigenfalls die entsprechenden Gesetze ändern, um das Prinzip der Freiwilligkeit zu wahren. Insbesondere Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlungen sollten verboten werden: *„To ensure a complete paradigm shift away from coercion in mental health care, legislation can prohibit all involuntary measures and mandate that all services, outpatient or inpatient, implement non-coercive responses“* (S.66). Das Verbot von Zwangseinweisungen und -Behandlungen sollte mit der Entwicklung psychosozialer Dienste einhergehen, die gemeindenah und personenzentriert seien.

Gemeindenaher Behandlungsanordnungen (CTOs) definiert die WHO als rechtliche Anordnungen, die die ausführenden Gesundheitsdienste dazu verpflichten, ambulant psychiatrische Medikamente und Behandlungen fortzusetzen. Im Rahmen der Behandlung des Themenkomplexes „community treatment orders“ resümieren die Autoren des Berichts, dass die Kriterien für die Anwendung von CTOs aufgrund von psychischen Erkrankungen von Staat zu Staat variierten. Zusätzlich zum Vorliegen einer psychischen Erkrankung und der medizinischen Notwendigkeit der Behandlung sei vielfach eine Selbst- oder Fremdgefährdung Voraussetzung, in einigen Staaten reichten aber auch fehlende Behandlungskapazitäten für die Anwendung von Zwangsbehandlungen. Obwohl mehrere Staaten ihre Kriterien für nicht freiwillige Einweisungen verschärft hätten, seien die Einweisungsraten auch in gut ausgestatteten psychosozialen Versorgungssystemen gestiegen. Um ein Verbot nicht freiwilliger Krankenhauseinweisungen und Behandlungen zu forcieren, empfiehlt der Bericht, dass die Staaten ihre rechtlichen Rahmenbedingungen überprüfen, um Anordnungen zur gemeindenahen Behandlung (ambulante Behandlungsweisungen) aufzuheben.

WHO (2023). Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders, abrufbar unter <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374250/9789240084278-eng.pdf?sequence=1>.

Dieser Leitfaden enthält 30 aktualisierte und 18 neue Empfehlungen sowie 90 bereits bestehende Empfehlungen. Er soll damit helfen, die Diskrepanz zwischen notwendigen und zur Verfügung stehenden Behandlungsmaßnahmen zu verringern.

Mental Health Europe (MHE) (2017). Position Paper on Article 12 of the UN CRPD – Legal Capacity, Autonomy, choice and the importance of supported-decision making for persons with psychosocial disabilities: MHE Position Paper on Article 12 UN CRPD on legal capacity, <https://www.mentalhealtheurope.org/library/position-paper-on-article-12/>.

Im Jahr 2017 hat sich das Netzwerk Mental Health Europe (MHE) – bezogen auf Artikel 12 des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) – für die Umstellung aller psychiatrischen Versorgungssysteme und Gesetze auf vollständig konsensuale Praktiken ausgesprochen. Zwangsmaßnahmen missachteten oder umgingen den üblichen medizinischen Grundsatz, dass eine vollständig informierte Einwilligung zur Behandlung erforderlich sei. MHE setzt sich daher für die Reduktion und Abschaffung jedweder

Form von Zwang in der psychiatrischen Versorgung ein, und zwar sowohl durch die Überwachung der Anwendung von Zwangsmaßnahmen als auch durch die Förderung alternativer Methoden.

4. Studien zur Wirksamkeit von ambulanten Behandlungsweisungen

Kisely, Steve u. a. (2023). Benefits following community treatment orders have an inverse relationship with rates of use: meta-analysis and meta-regression, in: *The British Journal of Psychiatry Open* 14; 9 (3), April 2023, S. 1-12, abrufbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10134313/>.

Diese Metastudie untersucht in einer Regressionsanalyse¹⁷, inwieweit in Australien und Neuseeland eine unterschiedlich ausgeprägte Anwendung von CTOs – die Anwendungsrate schwankt zwischen 40 und 100 Fällen pro 100.000 Einwohner – zu unterschiedlichen Wirkungsgraden der CTOs führt. Dazu wurden 29 relevante Publikationen aus 16 Studien ausgewertet. Die Wissenschaftler kommen zu dem Ergebnis, dass es – jedenfalls bei CTOs von unter zwei Jahren Dauer – nur eine geringe Evidenz für eine Wirkung von CTOs auf den „revolving door“-Effekt gebe, obwohl genau dies „one of the main justifications for supervised community treatment“ in England and Wales gewesen sei. Ein gezielterer Einsatz der CTOs könne deren Wirkung verbessern.

Dey, Sangeeta u. a. (2022). Compulsory treatment order and rehospitalisation: A New Zealand study, in: *Australasian Psychiatry* 30 (3), S. 346-351, abrufbar unter <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10398562211057080>.

Diese Studie untersucht den Zusammenhang zwischen CTOs und anschließender Krankenhauseinweisung bei Patienten mit Schizophrenie oder verwandten Störungen. Daten von 326 konsekutiven Patienten¹⁸ aus der Datenbank „Programme for the Integration of Mental Health Data database (PRIMHD)“, die in den Jahren 2013 und 2014 entlassen wurden, unterzogen die Wissenschaftler einer Regressionsanalyse hinsichtlich der Krankenhauseinweisungen. Die Autoren kommen zu dem Schluss, es könne nicht nachgewiesen werden, dass Patienten mit CTOs weniger Krankenhauseinweisungen hätten. Um die Wirksamkeit von CTOs beurteilen zu können, empfehlen sie weitere Analysen, die über einen längeren Beobachtungszeitraum gehen.

Dawson, Suzanne u. a. (2021). Risk versus recovery: Care planning with individuals on community treatment orders, in: *International Journal of Mental Health Nursing* 30, S. 1248-1262, abrufbar unter <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.12877>.

Die gesetzlichen Regelungen zu CTOs in Südaustralien sehen vor, dass die Behandlung und Versorgung auf die Genesung der Patienten ausgerichtet sein sollten. Im Rahmen einer Studie zur Betreuungsplanung für Patienten mit Gefährdungspotential untersuchten die Autoren anhand von Interviews, wie sich das Risikomanagement (v.a. mit Blick auf die Gefahr einer Selbst- und Fremdgefährdung) bei der Behandlung aus Sicht der Patienten, ihrer Familien und der

17 Die Regressionsanalyse ist ein statistisches Verfahren, mit dem die Abhängigkeit einer Kriteriumsvariablen von einer oder mehreren unabhängigen Variablen bestimmt werden kann. <https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/regressionsanalyse/12688>.

18 Patienten, die nicht willkürlich ausgewählt wurden.

behandelten Ärzte auswirken. Die Untersuchung wurde über einen Zeitraum von 18 Monaten in zwei gemeindenahen Teams für psychische Gesundheit in Südaustralien durchgeführt. Die Ergebnisse zeigten, dass die Behandlungsplanung risikoorientiert und weniger genesungsorientiert erfolgte. Die Autoren fordern eine Neupositionierung der Diskussion weg von der klinischen Genesung hin zur Wiederherstellung der Bürgerrechte.

Simon, Judit u. a. (2021). Cost and quality-of-life impacts of community treatment orders (CTOs) for patients with psychosis: economic evaluation of the OCTET trial, in: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 56, S. 85-95, abrufbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-020-01919-4>.

Im Rahmen dieser Studie analysierten die Wissenschaftler die Auswirkungen von CTOs auf Behandlungskosten und Lebensqualität. Ihre Ausgangsthese war es, dass die angenommenen positiven Auswirkungen von CTOs auf die Lebensqualität der Patienten und eine Senkung der Krankenhauskosten potenziell im Widerspruch zur Patientenautonomie stünden. Für die Studie wurden 328 Patienten mit einer Psychose aus einer stationären Zwangsbehandlung entweder in eine CTO oder in eine freiwillige gemeindenaher Behandlung überführt. Der Vergleich beider Gruppen ergab, dass die CTOs – unter Einbeziehung der höheren informellen Betreuungskosten und der höheren Belastungen durch gerichtliche Verfahren – nicht kosteneffektiver seien. Auch mit Blick auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und das allgemeine Wohlbefinden sei ein Unterschied zwischen den Gruppen nicht feststellbar.

Hunt, Isabelle M. u.a. (2021). Suicide rates among patients subject to community treatment orders in England during 2009–2018, in: *The British Journal of Psychiatry Open* 7, S. 1-6, abrufbar unter <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/suicide-rates-among-patients-subject-to-community-treatment-orders-in-england-during-20092018/E544162D2D6694BE0D0A640DA09A82FC> .

Diese Untersuchung verglich die Suizidraten von Patienten im Zeitraum von 2009 bis 2018, die bei ihrem Tod entweder einer CTO unterlagen, eine CTO bereits abgeschlossen hatten oder die CTO-geeignet waren. Die Wissenschaftler kommen zu dem Ergebnis, dass die Suizidraten bei CTO-Patienten signifikant geringer waren als die der beiden anderen Gruppen. Da die Studie vorhandene Daten (aus dem National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health, NCISH) auswertete, ohne kausale Zusammenhänge und andere möglicherweise relevante weitergehende Faktoren einbeziehen zu können, seien aber weitere Studien notwendig, um das Ergebnis zu bestätigen.

Kisely, Steve u.a., (2021). A systematic review and meta-analysis of predictors and outcomes of community treatment orders in Australia and New Zealand, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 55 (7), Juli 2021, S. 650–665, abrufbar unter <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0004867420954286>.

Australien und Neuseeland gehören zu den Ländern, die weltweit die höchsten Anwendungsraten von CTOs aufweisen. Diese Meta-Studie wertete 24 Publikationen aus 12 Studien aus, nur eine davon aus Neuseeland. Zu den Hauptzielen gehörte es zu untersuchen, ob Menschen mit kultureller und sprachlicher Diversität bzw. mit Migrationshintergrund häufiger zu einer gemeindenahen Behandlung eingewiesen werden, und wie hoch der Nutzen der CTOs ist. Im Ergebnis

sei eine positive Wirkung allenfalls bei CTOs mit einer Dauer von mindestens zwei Jahren zu erkennen. Der restriktive Charakter der Anordnungen werde durch die zweifelhafte Evidenz für positive Ergebnisse nicht aufgewogen.

Weich, Scott u.a. (2020). Use of community treatment orders and their outcomes: an observational study, in: National Institute for Health and Care (NIHR) Journals Library, Februar 2020, abrufbar unter <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32119232/>.

Diese Studie aus England untersuchte mögliche Unterschiede bei der Anwendung von CTOs sowie deren Behandlungsergebnisse und -kosten anhand der Daten von knapp 70.000 Patienten des Mental Health Service. Die Wissenschaftler fanden deutliche Unterschiede in der Anwendung ambulanter Behandlungsweisungen je nach Patienten, Versorgungseinrichtung sowie Region. Mit Blick auf die Häufigkeit einer Wiedereinweisung in Kliniken wurde eine etwas höhere Zahl an Patienten mit CTO wiedereingewiesen als an Patienten ohne (36,9 Prozent gegenüber 35,6 Prozent). Es gab auch keinen signifikanten Unterschied in der Verweildauer oder bei den Kosten im Zeitraum bis zur ersten Wiedereinweisung, der bei beiden Gruppen im Durchschnitt bei etwa 32 Monaten lag. Die Ergebnisse stützten die Ansicht, dass CTOs in England nicht dazu geeignet seien, künftige Einweisungen oder Krankenhausaufenthalte zu reduzieren; sie gäben jedoch Hinweise auf eine geringere Sterblichkeitsrate bei Patienten mit CTO.

Mikellides, Georgios u. a. (2019). Community treatment orders: international perspective, Tabelle 1, in: The British Journal of Psychiatry 16/4, November 2019, abrufbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7054326/>.

Diese Studie analysiert die Wirksamkeit von CTOs in verschiedenen Regionen weltweit. Die Häufigkeit der Anwendung, die gesetzlichen Grundlagen und die Umsetzung variieren dabei. Nach Ansicht der Autoren nehme die Anwendung von CTOs weltweit trotz ungenügender empirischer Belege über deren Evidenz zu. Sie schlagen deshalb weitere randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) vor. Um Patienten mit wirksamen CTOs behandeln und gleichzeitig auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten eingehen zu können, wären nach Meinung der Autoren zusätzlich zu den traditionellen Studiendesigns pluralistische Ansätze nötig.

Barnett, Phoebe u. a. (2018). Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis, in: Lancet Psychiatry, 5 (2018), S. 1013-1022, abrufbar unter <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215036618303821?via%3Dihub>.

Diese groß angelegte Meta-Studie identifizierte 1931 Studien zum Thema „compulsory community treatment“, die zwischen Januar 1806 und Januar 2018 in englischer Sprache veröffentlicht wurden. 41 davon entsprachen den Auswahlkriterien. Als problematisch werden die Variabilität zwischen den Studien und die großen Unterschiede in der Studienqualität angesehen. Trotz dieser Einschränkung lautet das Fazit der Autoren, dass keine konsistenten Belege dafür gefunden wurden, dass CCTs die Zahl der Wiedereinweisungen oder die Dauer der stationären Aufenthalte verringert hätten. Ein leichter Einfluss auf die Inanspruchnahme gemeindenaher Therapieangebote sei feststellbar.

Vergunst, Francis u. a. (2017). Community treatment orders and social outcomes for patients with psychosis: a 48-month follow-up study, in: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52 (2017), S. 1375–1384, abrufbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-017-1442-5>.

Ansatz dieser Studie ist es, die Dauer von CTOs ins Verhältnis zu setzen zum langfristigen Nutzen mit Blick auf Sozialkontakte und Wohlbefinden der Patienten. Dazu wurden mit einer randomisierten Gruppe von CTO-Patienten aus der Oxford Community Treatment Order Evaluation Trial (OCTET) über 48 Monate Interviews geführt. Die Auswertung nach dem Objective Social Outcome Index und dem Oxford Capabilities Questionnaire for Mental Health ergab, dass die Dauer einer CTO langfristig keinen Einfluss auf eine Verbesserung der sozialen Bindungen und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität für die Patienten hatte.

Corring, Deborah u. a. (2017). A Systematic Review of the views and experiences of subjects of community treatment orders, in: *International Journal of Law and Psychiatry* 52, 2017, S. 74-80, abrufbar unter <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252716301583?via%3Dihub>.

Für diese Studie wurden 22 Publikationen zu CTOs ausgewertet, die Aussagen von 581 Patienten aus sieben Ländern enthielten. Die am häufigsten gefundenen Einschätzungen waren ein Gefühl von Zwang und Kontrolle, Medikation als Hauptgrund für CTOs und die Wahrnehmung von CTOs als ein sicheres Netz. Die Ergebnisse offenbarten eine Ambivalenz zwischen der Bedeutung der therapeutischen Beziehung für den Erfolg und der problematischen Rolle von Zwang.

Kisely, Steve u. a. (2017). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders, in: *Cochrane Database of systematic reviews*, 17. März 2017, abrufbar unter <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28303578/>.

Für diese Studie wurden Daten aus drei RCT-Studien von 749 Patienten mit Schizophrenie und anderen schweren psychischen Erkrankungen aus den USA und aus England ausgewertet. Das Ergebnis zeigte, dass CTOs im Vergleich zu einer freiwilligen Behandlung keinen eindeutigen Unterschied in der sozialen Funktionsfähigkeit oder der Lebensqualität aufwiesen. Personen, die eine CCT-Behandlung erhielten, wurden jedoch seltener Opfer von Gewaltverbrechen oder gewaltlosen Straftaten. Es sei aber unklar, ob dieser Vorteil auf die Intensität der Behandlung oder auf ihren obligatorischen Charakter zurückzuführen sei.

Rugkåsa, Jorun und Tom Burns (2017). Community treatment orders: Are they useful?, in: *British Journal of Psychiatry Advances*, 23(4), S. 222-230, abrufbar unter <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-advances/article/community-treatment-orders-are-they-useful/3729AB1BC2DE3E105D0A0BF83C4B84CF>.

Im Rahmen dieser Metastudie wurden rund 60 Studien betrachtet. Alle Studien, die methodisch einen Rückschluss auf Kausalitäten zuließen, kamen demnach zu dem Ergebnis, dass CTOs nicht die erhoffte Wirkung hätten, Rückfälle zu verhindern und Krankenhauseinweisungen zu reduzieren. Die Autoren weisen auf die sehr unterschiedlichen Studiendesigns hin, die eine vergleichende Auswertung erschwerten. Die häufigsten der untersuchten Wirkungen seien – in insgesamt 37 Studien – die Wiedereinweisung in eine Klinik, die Aufenthaltszeit in der Klinik und die Inanspruchnahme von psychosozialen Diensten. Dabei sei aber auch die Qualität der Studien

sehr unterschiedlich. Betrachte man lediglich die Studien von hoher Qualität (systematische Übersichten und Meta-Studie bzw. randomisierte und kontrollierte Studien – RCT), sei das überwiegende Ergebnis, dass kein Unterschied bei den oben beschriebenen Wirkungen festzustellen sei. Die systematischen Übersichten zeigten, dass nicht-randomisierte Studien zumeist keine Antwort auf die Frage der Effektivität von CTOs geben könnten.

Eine aussagekräftige RCT-Studie aus North Carolina zeige weder bei der Wiedereinweisung in eine Klinik noch bei anderen Wirkungen wie Befolgung der Behandlung, Lebensqualität, Betreuungsintensität, Arrest und Obdachlosigkeit Unterschiede. Der einzige messbare Unterschied liege in einer vergleichsweise geringeren Wahrscheinlichkeit, Opfer einer Straftat zu werden. Auch in den anderen RCT-Studien sowie den systematischen Übersichten seien keine klinischen oder sozialen Vorteile festgestellt worden. Das Fazit der Autoren lautet daher: Wenn Verbesserungen festgestellt werden könnten, sei dies auf die Qualität der nachklinischen Betreuung zurückzuführen, nicht auf den Zwang.

* * *