



## Positionspapier zur aktuellen Diskussion über ärztliche Zwangmaßnahmen im Betreuungsrecht

### Keine ärztlichen Zwangmaßnahmen außerhalb eines geeigneten stationären Krankenhauses

#### Zur Verfassungsmäßigkeit von § 1832 Abs. 1 Nr. 7 BGB (§ 1906a Abs. 1 Nr. 7 BGB a.F.)

#### I. Einleitung

Der BGT nimmt den Schlussbericht der Evaluation zu § 1832 BGB („Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017“ vom 31.01.2024)<sup>1</sup> und den Vorlagebeschluss des BGH vom 08.11.2023 (Az. XII ZB 459/22)<sup>2</sup> sowie die seit Jahren geäußerte Forderung, eine Zwangsbehandlung nach Betreuungsrecht auch außerhalb eines Krankenhauses zuzulassen, zum Anlass, seine Stellungnahme vom Juli 2019<sup>3</sup> zu aktualisieren.

2018 hatte sich eine Verfassungsbeschwerde gegen § 1906a Abs. 1 Nr. 7 BGB a.F. gerichtet, nach der ärztliche Zwangmaßnahmen ausschließlich im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem dafür geeigneten Krankenhaus durchgeführt werden dürfen. Der Beschwerdeführer sah sich in seinen Grundrechten verletzt, weil ihm eine medizinisch indizierte medikamentöse Behandlung, die gegen seinen natürlichen Willen erfolgen sollte, in seiner gewohnten Umgebung, nämlich im Pflegeheim, aus rechtlichen Gründen verwehrt würde. Es bestehe insoweit eine „Schutzlücke“. Außerdem wurde bemängelt, dass eine heimliche Medikamentengabe im Heim nicht möglich sei. Der BGT war zu einer Stellungnahme aufgefordert worden, die er im Juli 2019 veröffentlichte. Das BVerfG hat 2021 nach langen Beratungen die damalige Verfassungsbeschwerde für nicht zulässig erklärt und nicht zur Entscheidung angenommen. Die Regelung erhalte Auslegungsspielräume, die seinerzeit von den Fachgerichten noch nicht ausreichend verhandelt sei.

---

<sup>1</sup> [https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Fachpublikationen/2024\\_Forschungsbericht\\_Zwangsmassnahmen\\_BR.html?nn=144128](https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Fachpublikationen/2024_Forschungsbericht_Zwangsmassnahmen_BR.html?nn=144128) (abgerufen am 02.04.2024)

<sup>2</sup> BGH BtPrax 2024 S. 56 ff.

<sup>3</sup> Diese Stellungnahme ergänzt und erweitert die Stellungnahme des BGT vom 10.07.2019 zum Thema: "Keine ambulante Zwangsbehandlung von Verfassungen wegen – Zur Verfassungsmäßigkeit von § 1906a Abs. 1 Nr. 7 BGB", abrufbar unter <https://www.bgt-ev.de/stellungnahmen.html>

Nun hat der BGH in seinem Vorlagebeschluss vom 08.11.2023<sup>4</sup> dem BVerfG die Frage vorgelegt, ob die Regelung des § 1906a Abs. 1 Nr. 7 BGB a.F. mit der sich aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG ergebende Schutzpflicht des Staates unvereinbar sei.

Zuvor hatte das BVerfG mit Beschluss vom 26.07.2016 (Az. 1 BvL 8/15)<sup>5</sup> die bis dahin bestehende Koppelung der ärztlichen Zwangsmaßnahme an eine freiheitsentziehende Unterbringung für verfassungswidrig erklärt. § 1906 Abs. 3a BGB a.F. wurde daraufhin im Juli 2017 neu geregelt. Seitdem können alle Patientinnen und Patienten notfalls auch zwangsweise in einem dafür geeigneten Krankenhaus behandelt werden, in dem sie sich in stationärer Behandlung befinden. Ebenso können alle Patientinnen und Patienten dazu in ein solches Krankenhaus gebracht werden, notfalls auch gegen ihren natürlichen Willen. Die „Schutzlücke“ wurde also geschlossen.

Die am 01.01.2023 in Kraft getretene Reform des Betreuungsrechts hat diese Regelung nicht geändert, sondern in § 1832 BGB übernommen. Weiterhin ausgeschlossen sind ärztliche Zwangsmaßnahmen in anderen Einrichtungen oder zu Hause. Betreuerinnen und Betreuer wie auch Bevollmächtigte dürfen derzeit also stellvertretend keine Einwilligungen in ärztliche Zwangsmaßnahmen erteilen, wenn sich die betroffene Person nicht stationär in einem hierfür geeigneten Krankenhaus aufhält.

Der Gesetzgeber hatte bei der Neuregelung 2017 eine Evaluierung gesetzlich vorgeschrieben. Der Abschlussbericht liegt jetzt vor.<sup>6</sup> Dieser sieht keinen zwingenden gesetzgeberischen Änderungsbedarf.

## II. Rechtsfragen

### 1. Rechtlicher Kontext

Die Vorschrift des § 1832 BGB ist Teil des Betreuungsrechts und richtet sich mit seinen Voraussetzungen des Absatz 1 zunächst an die Betreuerin oder den Betreuer, sowie gemäß Absatz 5 an Bevollmächtigte. Sie regelt die Einwilligung einer Patientenvertreterin bzw. Patientenvertreter in eine besondere ärztliche Maßnahme, nämlich eine ärztliche Maßnahme, die gegen den natürlichen Willen der Patientin bzw. des Patienten durchgeführt werden soll. Daher gelten auch hier zunächst die Vorschriften der §§ 1827 und 1828 BGB für die Einwilligung in ärztliche Maßnahmen sowie die allgemeinen Grundsätze für die Tätigkeit der Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter, insbesondere die „Magna Charta“ des § 1821 BGB für die rechtliche Betreuung bzw. für Bevollmächtigte im Vorsorgeverhältnis. Weil und soweit es um die Anwendung von Zwang zur Durchführung dieser ärztlichen Maßnahme geht, unterwirft § 1832 BGB die Entscheidung der Patientenvertreterinnen und -vertreter weiteren Voraussetzungen sowie einem Richtervorbehalt gemäß § 1832 Abs. 2 BGB.

Von dieser betreuungsrechtlichen Regelung betroffen sind nicht nur psychisch kranke Menschen, sondern alle kranken Menschen, die aufgrund einer Krankheit oder psychischen Störung auch

---

<sup>4</sup> Siehe Fn. 2.

<sup>5</sup> BtPrax 2016, 182 ff. mit Anmerkung von Loer/Brosej.

<sup>6</sup> Siehe Fn 1

nach Unterstützung nicht selbst und frei über ihre Behandlung entscheiden können, also „einwilligungsunfähig“ sind, und die eine ärztlicherseits vorgeschlagene und für notwendig erachtete Behandlung (Indikation) mit natürlichem Willen ablehnen. Es spielt deshalb keine Rolle, ob eine psychische oder eine somatische Erkrankung behandelt werden soll. Ebenso ist unerheblich, aus welchem Grund die betroffene Person einwilligungsunfähig ist. Es kann die Krankheit sein, die nun behandelt werden soll, die Einwilligungsunfähigkeit kann aber auch auf eine andere Krankheit oder auf eine Behinderung zurückzuführen sein.

Die betreuungsrechtlichen Regelungen betreffen die Patientenseite. Selbstverständlich gelten im Übrigen die allgemeinen Vorschriften für die medizinische Behandlung, die 2013 in §§ 630a ff. BGB kodifiziert worden sind. Die rechtlichen Bedingungen für eine ärztliche Zwangsmaßnahme ergeben sich daher erst aus dem Zusammenspiel von Medizinrecht und Betreuungsrecht: Das Medizinrecht bestimmt dabei die allgemeinen Voraussetzungen und Bedingungen für die Behandlung der Patientinnen und Patienten und für die konkreten ärztlichen Maßnahmen, vom Behandlungsvertrag über die Stellung der Indikation und der Verpflichtung zur Aufklärung auch der nicht einwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten (vgl. § 630e Abs. 5 BGB) bis hin zur Verpflichtung, die Behandlung *lege artis* durchzuführen (vgl. § 630a Abs. 2 BGB). Das Betreuungsrecht regelt die Voraussetzungen und Bedingungen, unter denen die Patientenvertreterinnen und -vertreter in Ausübung ihrer Vertretungsmacht in die indizierte ärztlichen Maßnahme einwilligen dürfen (§§ 1827, 1828 BGB) und wann sie dies ausnahmsweise auch gegen den natürlichen Willen tun können (§ 1832 Abs. 1 BGB).

## **2. Regelungsgegenstand § 1832 Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB**

§ 1832 Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB legt fest, dass

- eine ärztliche Zwangsmaßnahme nur „im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus“ durchgeführt werden darf,
- in diesem Krankenhaus „die gebotene medizinische Versorgung des Betreuten einschließlich einer erforderlichen Nachbehandlung sichergestellt“ sein muss, d.h. es muss gerade für die zwangsweise Behandlung geeignet sein.

Festgelegt wird damit also der Ort der ärztlichen Zwangsmaßnahme, nicht die Art und Weise ihrer Durchführung.

In der Verfassungsbeschwerde von 2018 wurde die Frage, **wo** eine ärztliche Zwangsmaßnahme durchgeführt werden darf (stationär in einem geeigneten Krankenhaus oder auch anderswo) mit einer zweiten Frage, nämlich der Frage, **wie** der entgegenstehende Wille der betroffenen Person überwunden werden darf, nämlich nicht nur durch offenen Zwang, sondern auch durch die heimliche Gabe von Medikamenten, verbunden. § 1832 Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB regelt indes ausschließlich den Ort, nicht das „Wie“ einer ärztlichen Zwangsmaßnahme. Ob eine heimliche Medikamentengabe zulässig ist, ist eine ganz andere Frage. Sie stellt sich sowohl im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung als auch im nichtstationären Bereich und wird von § 1832 BGB weder in Abs. 1 S. 1 Nr. 7 noch an anderer Stelle beantwortet. Beide Fragen sind daher zu trennen.

### **3. Heimliche Medikamentengabe**

Eine heimliche Gabe von Medikamenten, verabreicht zum Beispiel durch Untermischen ins Essen, stellt nur dann eine Zwangsbehandlung dar, wenn die betroffene Person die Einnahme dieses Medikaments bei offenem Anbieten mit natürlichem Willen bereits abgelehnt hat oder ablehnen würde. Denn Zwang liegt immer vor, wenn der natürliche Willen überwunden wird. Wie der natürliche Wille dann überwunden wird, ob mit körperlicher Gewalt oder mit List und Tücke also als „heimliche/verdeckte“ Vergabe spielt keine Rolle. Zur Zulässigkeit einer solchen heimlichen Medikamentengabe und den damit verbundenen Verfahrensfragen hat sich der BGT in seiner Stellungnahme vom Juli 2019 ausführlich geäußert.<sup>7</sup> Dem ist nichts aktuell hinzuzufügen.

### **4. Ärztliche Zwangsmaßnahmen nur im Rahmen einer stationären Behandlung in einem dafür geeigneten Krankenhaus (§ 1832 Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB)**

#### **4.1. Grundgedanken der gesetzlichen Regelung**

Während des Gesetzgebungsverfahrens zur Neuregelung 2017 wurde die Frage (erneut) intensiv erörtert, ob ärztliche Zwangsmaßnahmen weiterhin nur im Rahmen einer stationären Behandlung in einem geeigneten Krankenhaus durchgeführt werden dürfen oder ob sie auch außerhalb davon ermöglicht werden sollten. Letzteres wird häufig als „ambulant“ bezeichnet. Das ist indes sehr ungenau, da eine Vielzahl von sehr unterschiedlichen Behandlungsformen und Behandlungsorten infrage kommt, insbesondere im Rahmen einer:

- stationären Behandlung in einem „anderen“ Krankenhaus, d.h. in einem Krankenhaus, das nicht die Qualifikationsanforderung des § 1832 Abs. 1 Nr. 7 BGB erfüllt, also nicht die gebotene medizinische Versorgung der betreuten Person einschließlich einer erforderlichen Nachbehandlung sicherstellt;
- stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (§ 39 SGB V) im häuslichen Umfeld, die sowohl in einer Wohnform/Wohnheim oder der eigenen Wohnung erfolgen kann;
- ambulanten Behandlung in einem (qualifizierten oder nicht qualifizierten) Krankenhaus;
- ambulanten Behandlung in einer Arztpraxis, einem sozialpsychiatrischen Dienst oder einer Institutsambulanz;
- ambulanten Behandlung in der Einrichtung, in der die Patientin/der Patient lebt.

In der Diskussion im Jahr 2017 wurde von Seiten der Praxis und der Expertinnen und Experten überwiegend dafür plädiert, ärztliche Zwangsmaßnahmen weiterhin auf eine vollstationäre Behandlung zu beschränken. Dieser Position schloss sich der Gesetzgeber an.<sup>8</sup>

Es wurde hier des Weiteren darauf hingewiesen, dass die Orte, an denen Menschen leben, nach Art. 13 GG besonders geschützt sind. Die Beschränkung ärztlicher Zwangsmaßnahmen auf bestimmte, dafür besonders geeignete Orte, namentlich das geeignete Krankenhaus, ist daher nicht nur Ausdruck des Ultima-Ratio-Prinzips, sondern soll auch dafür sorgen, dass ihnen ihre Wohnung oder ihr privates Wohnumfeld als personaler Rückzugsraum erhalten und, soweit es geht, von Zwang frei bleibt.

---

<sup>7</sup> Siehe Fn. 3.

<sup>8</sup> Vgl. BT-Drucksache 18/11240, S. 20, vgl. auch S. 15.

## 4.2. Evaluation § 1906a BGB a.F.

Der Gesetzgeber hatte 2017 mit der Neuregelung der Zwangsbehandlung im „Gesetz zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten“ dem Bundesministerium der Justiz aufgegeben, die Auswirkungen der Änderungen auf die Anwendungspraxis, insbesondere die Art und Häufigkeit von betreuungsgerichtlich genehmigten oder angeordneten ärztlichen Zwangsmaßnahmen und die Wirksamkeit der Schutzmechanismen nach § 1906a Abs. 1 S. 1 Nrn. 3 bis 7 BGB zu evaluieren. Das Forschungsprojekt wurde durch einen vom BMJ berufenen Beirat begleitet, dem drei Vorstandsmitglieder des BGT angehörten.

Der 276 Seiten lange Schlussbericht liegt seit dem 31.01.2024 vor und ist auf der Homepage des BMJ veröffentlicht.<sup>9</sup>

Die Evaluierung hat zwar die gesamte Regelung des § 1906a BGB a.F. bzw. des jetzigen § 1832 BGB zum Gegenstand. Die Voraussetzung des Abs. 1 Nr. 7 wurde jedoch besonders intensiv beleuchtet, da sie auch nach 2017 weiterhin intensiv diskutiert worden ist. Die Untersuchung hat sich auf die Frage konzentriert, ob die derzeit geltenden gesetzlichen Regelungen in der Praxis einerseits ausreichen, um sicherzustellen, dass die Ausübung von Zwang stets nur als letztes Mittel zur Anwendung kommen darf (Ultima-Ratio-Gedanke) und andererseits nicht übermäßig verhindern, dass eine medizinisch indizierte notwendige Behandlung allein deswegen unterbleibt, weil die stationäre Krankenhausaufnahme unverhältnismäßig wäre. Die wissenschaftliche Studie empfiehlt letztlich **keine** Änderung der bestehenden Rechtslage.

Die Studie verfolgt einen sog. Mixed-Methods-Ansatz und hat sich verschiedener Datenquellen und unterschiedlicher Erhebungsmethoden bedient, dabei quantitative wie qualitative Erhebungen durchgeführt. Sie wurden hinsichtlich der Anzahl der Gerichtsstatistik ebenso einbezogen wie eine Abfrage bei allen psychiatrischen Kliniken. Dabei wurde eine unzureichende Datenlage erkennbar. In umfangreichen Aktenanalysen wurden gerichtliche Verfahren und die entsprechenden klinischen Verläufe untersucht. Zudem wurden durch die Befragung von Betroffenen, Ärztinnen und Ärzte, Betreuungsrichterinnen und -richter, Pflegefachpersonen, berufliche Betreuerinnen und Betreuer unterschiedliche Perspektiven einbezogen.

Hinsichtlich der gerichtlichen Genehmigungsverfahren ist bemerkenswert, dass in der Hälfte aller Verfahren der Stichprobe einstweilige Anordnungen ergangen sind. Dies ist schwer nachvollziehbar und aus rechtsstaatlichen Gesichtspunkten sehr bedenklich. In den allermeisten Fällen findet eine Zwangsbehandlung im Rahmen einer der Betreuerin oder dem Betreuer bzw. einer bevollmächtigten Person bereits genehmigten freiheitsentziehenden Unterbringung nach § 1831 Abs. 1 Nr. 2 BGB (§ 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB a.F.) statt. Eine Verbringung nach § 1832 Abs. 4 BGB (§ 1906a Abs. 4 BGB a.F.) wird so gut wie nie durchgeführt. Zudem wurde festgestellt, dass Ermittlungen zur Feststellung des mutmaßlichen Willens (siehe § 1832 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 BGB n.F.) und zum Überzeugungsversuch (Nr. 4) kaum aktenkundig sind. Die gerichtliche Praxis scheint nicht ausreichend zu berücksichtigen, dass sich Betreuerinnen und Betreuer oder Bevollmächtigte bei der Ausübung ihrer Vertretungsmacht zunächst an ihre sonstigen Pflichten zu halten haben, wie insbesondere

---

<sup>9</sup> [https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Fachpublikationen/2024\\_Forschungsbericht\\_Zwangsmassnahmen\\_BR.html?nn=144128](https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Fachpublikationen/2024_Forschungsbericht_Zwangsmassnahmen_BR.html?nn=144128)

§ 1827 Abs. 2 BGB. Voraussetzung ist nämlich immer, dass die ärztliche Zwangsmaßnahme dem nach § 1827 BGB zu beachtenden Willen des Betreuten entspricht, was die begründete Feststellung bedeutet, dass die betroffene Person zur Abwendung der ihr drohenden erheblichen Gefahr der vorgeschlagenen Behandlung auch unter Zwang mutmaßlich zustimmen würde, wenn sie aktuell in der Lage wäre, darüber mit freiem Willen zu entscheiden.

In der Aktenanalyse wurden weder bei den Gerichten noch bei den Kliniken Fälle gesehen, in denen der bloße Umstand, dass die Behandlung in einem Krankenhaus durchgeführt wurde, zu einer Gesundheitsgefährdung geführt hatte.

In den qualitativen Interviews wie auch in den spezifisch zusammengestellten „Fokusgruppen“ zeigte sich ein heterogenes Meinungsbild zur Öffnung der Zwangsbehandlung in ein ambulantes Setting. Problematisiert wurden in diesem Zusammenhang häufig die Rahmenbedingungen, denen das versorgende Gesundheitssystem derzeit unterworfen ist. Jedoch berichteten weder die Klinikerinnen und Kliniker, noch Richterinnen und Richter von Fallkonstellationen, in denen allein wegen der örtlichen Begrenzung auf ein geeignetes Krankenhaus notwendige medizinische Behandlungen nicht durchgeführt werden konnten. Auch wurde an keiner Stelle berichtet, dass der Aufenthalt in einem Krankenhaus, der für die Durchführung der Zwangsbehandlung aus rechtlichen Gründen erforderlich ist, zu einer Gesundheitsgefährdung geführt hätte.

Die befragten Betroffenen betonten zum einen, dass der Raum außerhalb des Krankenhauses für sie als „safe space“ unbedingt erhalten bleiben sollte, bemängelten andererseits, dass die zum Teil langen Verfahrensdauern für sie eine hohe psychische Belastung darstellen würden. Sie sahen vorrangig einen Verbesserungsbedarf in der Praxis.

Auch wenn die Studie letztlich keinen gesetzgeberischen Handlungsbedarf ergeben hat, stellt sie am Ende – angesichts des BGH-Vorlagebeschlusses - Überlegungen an, ob eine gesetzliche Klarstellung erfolgen sollte, ob der in Nummer 7 verlangte Krankenhausaufenthalt ausschließlich vollstationär zu sein hat oder auch teilstationäre oder stationsäquivalente Möglichkeiten umfasst. Sie spricht sich selbst für die Beibehaltung des restriktiven Ansatzes aus und empfiehlt aus Qualitätsgründen ausdrücklich, an der Voraussetzung „in einem geeigneten Krankenhaus“ festzuhalten, weil nur der professionelle Rahmen einer Klinik gewährleisten könne, dass die anderen hohen Zulässigkeitsvoraussetzungen geprüft und eingehalten werden können. Die Einbeziehung der stationsäquivalenten Behandlung (StÄB), wie vom BGH angestoßen, wird als mögliches Setting einer Zwangsbehandlung als **nicht** passend eingeschätzt. Im Übrigen warnt die Studie davor, durch eine Öffnung der Zwangsbehandlung in andere Räume die sonstigen Voraussetzungen des § 1832 BGB aufzuweichen. Die Ausübung von Zwang müsse Ultima Ratio bleiben.

Die Ergebnisse der Studie decken sich mit eigenen Erfahrungen und Wahrnehmungen von BGT-Vorstandsmitgliedern und werden unterstützt.

### 4.3. Rechtliche Schutzlücke als Grundrechtseingriff?

Die Verfassungsbeschwerde von 2018 und der Vorlagebeschluss des BGH<sup>10</sup> vom 08.11.2023 kritisieren, dass die ärztlich verordnete Medikation der betroffenen Person gegen ihren Willen, d. h. zwangsweise, nicht in der Einrichtung verabreicht werden darf, in der sie lebt. Beide zielen damit auf die in § 1832 Abs. 1 Nr. 7 BGB enthaltene Beschränkung ab, dass eine ärztliche Zwangsmaßnahme „im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus, in dem die gebotene medizinische Versorgung des Betreuten einschließlich einer erforderlichen Nachbehandlung“ erfolgen muss. Aus Nr. 7 folgt, dass rechtliche Betreuerinnen oder Betreuer bzw. Vorsorgebevollmächtigte in eine ärztliche Zwangsmaßnahme nur einwilligen dürfen und das Betreuungsgericht die Einwilligung nur dann genehmigen kann, wenn auch die Voraussetzung der Nr. 7 erfüllt ist.

In der Verfassungsbeschwerde 2018 (die das BVerfG<sup>11</sup> nicht zur Entscheidung angenommen hatte) wurde argumentiert, durch die Beschränkung ärztlicher Zwangsmaßnahmen auf stationär behandelte Patienten würden manche Personen von vornherein von einer medizinisch erforderlichen Behandlung ausgeschlossen. Dadurch verletze der Staat seine ihnen gegenüber obliegende Schutzpflicht.

Seit der Neuregelung des § 1906a BGB a.F. in 2017, die sich nunmehr in § 1832 BGB findet, ist diese Argumentation jedoch obsolet. Da die Durchführung einer Zwangsbehandlung rechtlich nicht mehr an eine freiheitsentziehende Unterbringung gekoppelt ist, **kann** nach der derzeitigen Rechtslage jeder behandlungsbedürftige Mensch notfalls auch zwangsweise behandelt werden. Alle Patientinnen und Patienten können dazu in ein dafür geeignetes Krankenhaus gebracht werden, notfalls auch gegen ihren natürlichen Willen. Seit der Neuregelung von 2017 ist niemand mehr von Rechts wegen von einer medizinisch notwendigen Behandlung ausgeschlossen, ganz unabhängig davon, ob die Fähigkeit zur Fortbewegung noch besteht und eine freiheitsentziehende Unterbringung nach § 1831 BGB oder eine Verbringung nach § 1832 Abs. 4 BGB erforderlich ist.

### 4.4. Notwendigkeit der stationären Behandlung in einem geeigneten Krankenhaus als unverhältnismäßige Härte?

Der Vorlagebeschluss des BGH vom 8.11.2023<sup>12</sup> argumentiert nun nicht mehr mit einer Schutzlücke (oben 4.3.), sondern damit, dass die Verlegung zur stationären Behandlung in ein geeignetes Krankenhaus eine unverhältnismäßige Härte für die Person darstelle. Es handele sich um einen (unnötigen) zusätzlichen Grundrechtseingriff und eine Verletzung der staatlichen Schutzpflicht, dass die Zwangsbehandlung einer Person nur nach einer (zwangsweisen) Zuführung oder Verbringung in ein Krankenhaus erfolgen könne, wenn die Zwangsbehandlung aus medizinischer Sicht gleichermaßen in der Einrichtung durchgeführt werden könne, in der sie untergebracht ist und in der die gebotene medizinische Versorgung einschließlich der erforderlichen Nachbehandlung sichergestellt ist.

---

<sup>10</sup> Siehe Fn. 5.

<sup>11</sup> Az. 1 BvR 1575/18, BtPrax 2022, 22 ff.

<sup>12</sup> Siehe Fn. 5.

Schon im Rahmen der Neuregelung wurde 2017 die Frage intensiv erörtert, ob ärztliche Zwangsmaßnahmen - wie seit 2000 üblich - nur im Rahmen einer stationären Behandlung durchgeführt oder nunmehr auch andernorts, häufig, ungenau als „ambulant“ bezeichnet, ermöglicht werden sollen. Überwiegend wurde von Seiten der Praxis und der Expertinnen und Experten dafür plädiert, ärztliche Zwangsmaßnahmen weiterhin auf den Rahmen einer stationären Behandlung in einem geeigneten Krankenhaus zu beschränken.

Dieser Position schloss sich der Gesetzgeber 2017 mit guten Gründen an. Maßgebend waren dafür die folgenden Erwägungen:

*„Mit diesen Voraussetzungen soll erreicht werden, dass ärztliche Zwangsmaßnahmen entsprechend dem Ultima-Ratio-Gedanken auf das unvermeidbare Mindestmaß reduziert werden. Sie sind nicht bereits dann erfüllt, wenn der Betreute im Krankenhaus lediglich ambulant behandelt wird. Vielmehr ist der stationäre Aufenthalt insbesondere zeitlich so auszugestalten, dass die gebotene sorgfältige Prüfung der Zulässigkeitsvoraussetzungen für die beabsichtigte ärztliche Zwangsmaßnahme durch den verantwortlichen Arzt und den Betreuer im Rahmen dieses Aufenthalts möglich ist. Diese Anforderung dürfte nur bei einem vollstationären Aufenthalt erfüllt sein. Weiterhin ist vorauszusetzen, dass in dem Krankenhaus, in dem der Betreute stationär aufgenommen wurde, die gebotene medizinische Versorgung einschließlich einer erforderlichen Nachbehandlung sichergestellt ist. Das Krankenhaus muss auf Grund seiner medizinischen Ausstattung die institutionellen Rahmenbedingungen dafür bieten, dass auch gerade die zwangsweise Durchführung der Behandlung fachgerecht und den konkreten Bedürfnissen des Betreuten entsprechend gewährleistet ist. Ferner muss das Krankenhaus sicherstellen, dass dort auch eine gegebenenfalls medizinisch erforderliche Nachsorge durchgeführt werden kann. Hierzu gehören auch etwaige Maßnahmen zur therapeutischen Aufarbeitung der Zwangsbehandlung. Der Betreute darf nicht unmittelbar nach Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme sich selbst überlassen bleiben, wenn ein weiterer therapeutischer Bedarf besteht.“*

In der Diskussion wurde des Weiteren darauf hingewiesen, dass die Orte, an denen Menschen leben, nach Art. 13 GG geschützt sind. Die Beschränkung ärztlicher Zwangsmaßnahmen auf bestimmte, dafür besonders geeignete Orte, namentlich das geeignete Krankenhaus, ist daher nicht nur Ausdruck des Ultima-Ratio-Prinzips, sondern soll auch dafür sorgen, dass ihnen ihre Wohnung als personaler Rückzugsraum erhalten und, soweit es geht, von Zwang frei bleibt.

Dieselben Erwägungen gelten auch für den Fall, dass die Patientin oder der Patient eine Vertrauensperson für die gesundheitlichen Angelegenheiten bevollmächtigt und die schriftliche Vollmacht ausdrücklich auch ärztliche Zwangsmaßnahmen umfasst (§ 1832 Abs. 5 BGB).

Diesem Prinzip des besonderen grundgesetzlich geschützten Lebensraums nach Art. 13 GG ist das BVerfG mit Beschluss vom 16.03.2018 (2 BvR 253/18)<sup>13</sup> gefolgt und hat im Verfahren über die Verfassungsbeschwerde entschieden, dass es unzulässig ist, einen Betroffenen in einem betreuungsrechtlichen Unterbringungsverfahren gegen seinen Willen in seiner Wohnung anzuhören und ihn dort durch den Sachverständigen untersuchen zu lassen. Insbesondere wird ausgeführt:

---

<sup>13</sup> BVerfG BtPrax 2018, S. 111 ff.

*„Die Unverletzlichkeit der Wohnung hat einen engen Bezug zur Menschenwürde und steht zugleich im nahen Zusammenhang mit dem verfassungsrechtlichen Gebot unbedingter Achtung einer Sphäre des Bürgers für eine ausschließlich private - eine „höchstpersönliche“ - Entfaltung. Dem Einzelnen soll das Recht, in Ruhe gelassen zu werden, gerade in seinen Wohnräumen gesichert sein (...). Der Begriff der Wohnung im Sinne des Art. 13 GG ist dabei weit zu verstehen. (...)“*

Warum eine Begutachtung oder richterliche Anhörung im geschützten Wohnraum aus guten Gründen gegen den Willen der Betroffenen nicht stattfinden darf, eine Zwangsbehandlung aber zulässig werden soll, erschließt sich nicht. Das BVerfG hatte damals keine verfassungsrechtlichen Probleme darin gesehen, dass die Betroffene zu Begutachtung und Anhörung aus der Wohnung geholt und zwangsweise vorgeführt werden muss.

Aus dem oben unter 1. bereits geschilderten Zusammenspiel von medizinrechtlichen und betreuungsrechtlichen Vorgaben folgt, dass ärztlicherseits die Risiken und Gefahren eines Krankenhausaufenthalts berücksichtigt werden müssen, wenn die medizinische Indikation für eine stationäre Krankenhausbehandlung gestellt wird.

Darüber hinaus ist betreuungsrechtlich abzuwägen, ob die Behandlung verhältnismäßig ist (§ 1832 Abs. 1 S. 1 Nrn. 5 und 6 BGB) bzw. ob die Zuführung oder Verbringung ins Krankenhaus zu diesem Zweck verhältnismäßig ist (§ 1832 Abs. 4, 1831 Abs. 1 Nr. 2 BGB). In diese Abwägung einzustellen sind auch die Risiken, die mit einer Verbringung ins Krankenhaus entstehen. In die Abwägung sind auch andere Behandlungsmethoden einzubeziehen, selbst wenn diese etwas weniger wirksam sein sollten. Das Betreuungsgericht hat dies im Genehmigungsverfahren zu kontrollieren.

Die Beeinträchtigungen, die mit der Zuführung oder Verbringung in ein Krankenhaus verbunden sind, müssen daher in diese Abwägungsentscheidungen zwischen den erhofften Vorteilen und Chancen einer bestimmten Behandlung und den mit ihr verbundenen Nachteilen Eingang finden. Es liegt nahe, dass nur dann eine Zuführung in ein Krankenhaus zulässig ist, wenn die Vorteile der Behandlung dort die damit verbundenen Nachteile eindeutig überwiegen. Ein faktischer Ausschluss der Behandlung, wie in der Diskussion mitunter behauptet, ergibt sich hieraus jedoch nicht.

#### **4.5 Zum Vorlagebeschluss des BGH im Einzelnen**

In dem Verfahren des BGH-Vorlagebeschlusses<sup>14</sup> geht es um eine 1963 geborene Betroffene, die an einer paranoiden Schizophrenie sowie an einem schizophrenen Residuum leide. Eine rechtliche Betreuung bestehe seit 2000. Die Betroffene ist seit 2008 in einem Wohnverbund in L. freiheitsentziehend untergebracht. Sie wurde regelmäßig in einem nahegelegenen Krankenhaus (L.- Klinik) ärztlich zwangsbehandelt. Der Betreuer beantragte nunmehr die Genehmigung, für die Betroffene in eine (weitere) ärztliche Zwangsmaßnahme mit der Gabe von bis zu 4 ml Haldol Decanoat intramuskulär 28-tägig im Rahmen einer „stationsäquivalenten Behandlung“ auf der Station des von der Betroffenen bewohnten Hauses für den Zeitraum von sechs Wochen (?) einwilligen zu dürfen. Zur Begründung hat er ausgeführt, die zur Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme erforderliche Verbringung der Betroffenen in die L.-Klinik, die in der Vergangenheit teilweise nur mittels ihrer Fixierung möglich gewesen sei, führe bei ihr regelmäßig

---

<sup>14</sup> Siehe Fn. 5.

zu einer Retraumatisierung. Diese könne durch eine sog. stationsäquivalente Behandlung, die gleichwertig zu einer vollstationären Krankenhausbehandlung sei, in der Wohneinrichtung der Betroffenen vermieden werden. Amts- und Landgericht lehnten die Genehmigung mit Hinweis auf § 1906a Abs. 1 Nr. 7 BGB a.F. (§ 1832 Abs. 1 Nr. 7 BGB) ab.

Die Entscheidungen des Amts- und des Landgerichts sind bisher nicht veröffentlicht. Aus dem Vorlagebeschluss des BGH ergibt sich nicht, ob die anderen Voraussetzungen des § 1832 Abs. 1 BGB erfüllt sind und ob auch die weiteren Voraussetzungen der §§ 1821, 1827 und 1828 BGB vorliegen. Ebenso lässt sich ihm nicht entnehmen, wie eine Zwangsbehandlung in der Wohneinrichtung, in der die Betroffene lebt, praktisch und konkret durchgeführt werden soll. Wer stellt die Indikation für eine Zwangsbehandlung und führt das Aufklärungsgespräch und die Überzeugungsversuche durch? In welchem Raum der Einrichtung soll die Zwangsbehandlung durchgeführt werden? Wie soll die Betroffenen dorthin gebracht werden (oder soll es gar in ihrem Zimmer vollzogen werden)? Wer soll den Zwang anwenden und schließlich: Welche Folgen würde dies für die Betroffene haben?

Da aus Sicht der Vorinstanzen dazu auch keine Feststellungen zu treffen waren und der BGH als Rechtsbeschwerdegericht seinerseits keine eigenen Feststellungen treffen kann, muss davon ausgegangen werden, dass diese Fragen im Verfahren bisher schlicht nicht geprüft worden und daher auch nicht beantwortet sind. Dies verwundert, da der BGH in seiner sonstigen Rechtsprechung sehr hohe Anforderungen an das Vorliegen der Voraussetzungen stellt. Aus Rechtsgründen ist davon auszugehen, dass das Amtsgericht ein gesondertes Genehmigungsverfahren zur freiheitsentziehenden Unterbringung nach § 1831 Abs. 1 **Nr. 2** BGB – zur Durchführung einer Heilbehandlung - durchgeführt hat. Die langfristige Genehmigung zur Heimunterbringung müsste auf § 1831 Abs. 1 **Nr. 1** BGB beruhen, also auf einem anderen Tatbestand. Die beiden Alternativen erfordern unterschiedliche Ermittlungen. Der Betreuer darf die ihm für einen längeren Zeitraum (vermutlich bis zu 2 Jahren) erteilte Genehmigung nach Nr. 1 nicht ohne weiteres nutzen, um die Betreute gegen ihren Willen in ein Krankenhaus zur Durchführung einer Heilbehandlung zuzuführen. Im Rahmen dieses Genehmigungsverfahrens müsste auch über die zwangsweise Zuführung der Betroffenen in das Krankenhaus nach § 326 FamFG zu entscheiden sein, einschließlich der Prüfung der Verhältnismäßigkeit.

Der BGH wiederholt seine Auffassung, dass die ärztliche Zwangsbehandlung der Betroffenen nicht nur einen Eingriff in ihr Selbstbestimmungsrecht, sondern auch eine „begünstigende Maßnahme der staatlichen Fürsorge“ darstellt. Nach der jetzigen Rechtslage könne diese Behandlung jedoch nur mit einer zusätzlichen, über die ärztliche Zwangsmaßnahme hinausgehenden erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung durchgeführt werden, die durch die Verbringung in ein Krankenhaus zwecks Durchführung der Zwangsbehandlung herbeigeführt wird, obwohl diese aus medizinischer Sicht auch in der von ihnen bewohnten Einrichtung erfolgen könnte.

Der BGH hält die (aus rechtlichen Gründen notwendige) Verbringung bzw. Zuführung der Betroffenen in ein Krankenhaus, um sie dort zwangsweise zu behandeln, für eine unnötige und damit unverhältnismäßige Belastung für die Betroffene. Es sei *„mit der aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG folgenden Schutzpflicht des Staates unvereinbar (...), eine strikte Koppelung der Zulässigkeit ärztlicher Zwangsmaßnahmen an deren Durchführung in einem Krankenhaus nach § 1832 BGB auch für Fallgestaltungen gesetzlich vorzuschreiben, bei denen Betroffene aus medizinischer Sicht im Wege einer stationsäquivalenten Behandlung gleichermaßen in der Einrichtung, in der sie*

*untergebracht sind und in der ihre gebotene medizinische Versorgung einschließlich ihrer erforderlichen Nachbehandlung sichergestellt ist, zwangsbehandelt werden könnten und die durch die Verbringung in ein Krankenhaus zwecks Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme in ihrer Gesundheit beeinträchtigt werden.“*

Die jetzige Rechtsgrundlage gewährleiste keinen angemessenen Schutz, da Betroffene den für sie (auch) begünstigenden Schutz einer ärztlichen Zwangsmaßnahme nur unter Hinnahme von - für die Erreichung des Schutzziels - nicht erforderlichen gesundheitlichen Belastungen erhalten.

Der Vorlagebeschluss begegnet insbesondere unter zwei Aspekten Bedenken. Zum einen wird darauf abgestellt, dass die **Verbringung** in ein Krankenhaus (§ 1832 Abs. 4 BGB) den erheblicheren Eingriff für die Betroffenen darstelle. Um davon auszugehen, bedürfte es allerdings medizinischer Feststellungen, die – soweit ersichtlich – nicht getroffen worden sind. § 1832 Abs. 4 BGB zielt darauf ab, dass bei einer Einwilligung von Betreuerinnen und Betreuern hinsichtlich einer Verbringung gegen den natürlichen Willen der Betreuten ein Genehmigungsbedürfnis besteht. Dieses Erfordernis folgt aus dem damit verbundenen Eingriff in die Freiheitsrechte der Betroffenen. Hingegen lassen sich daraus keine Schlussfolgerungen für die hier in Rede stehende Abwägung, ob eine Zwangsbehandlung in der Einrichtung den „verhältnismäßigeren Eingriff“ darstellt, ziehen.

Der BGH behauptet zum anderen ohne nähere Begründung, dass die Betroffene „gleichermaßen“ in der Einrichtung, in der sie wohnt, zwangsbehandelt werden könne. Der BGH sieht und würdigt jedoch nicht die Beeinträchtigungen, die damit verbunden sein können, Bewohnerinnen und Bewohner regelmäßig in ihrer Wohneinrichtung – also in ihrem Zuhause – zwangsweise bei entgegenstehendem Willen zu behandeln. Er behauptet, dass es *„vielfach wesentlich eher dem Wohl und (mutmaßlichen) Willen von Betroffenen entsprechen wird, im eigenen Wohnumfeld behandelt zu werden, als aus diesem möglicherweise gewaltsam herausgerissen, in eine nicht vertraute (stationäre) Krankenhausumgebung verbracht und dort eine erhebliche Zeit festgehalten zu werden.“* Es geht jedoch nicht um eine „normale“ Behandlung, sondern um eine Zwangsbehandlung, die die betroffene Person gerade nicht will. Es wird in dieser Argumentation nicht dargestellt, wie und wo eine Zwangsbehandlung im Wohnumfeld durchgeführt werden kann, die weniger beeinträchtigend wäre und die auch keine über den Augenblick hinausgehenden Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Betroffenen haben mag. Der Eingriff in die Privatheit der Wohnung wird durch den BGH, der in sonstigen Entscheidungen den Schutz der Wohnung vor Eingriffen besonders hervorhebt, keiner weiteren Prüfung unterzogen.

Eine Gewalterfahrung in der Privatsphäre kann allerdings ebenso zu einer Traumatisierung führen, die nicht geringer ist, als die vom BGH beschriebene „Retraumatisierung“ durch das Verbringen an einen anderen Ort. Anhaltspunkte dafür, dass die Verabreichung der Medikation in der Wohneinrichtung durch die betreute Person eher toleriert wird als im Krankenhaus, sind nicht dargelegt. Um diese Annahme stützen zu können, bedürfte es – wie bereits ausgeführt – gesicherter, medizinischer Erkenntnisse, die allerdings nicht vorliegen.

Maßgeblich ist vielmehr: Es geht im Kern um eine Applikation gegen ihren Willen und damit um Zwang. Es ist davon auszugehen, dass die Anwendung von Zwang auch in der Wohneinrichtung notwendig sein wird, um eine Behandlung durchzuführen, also durch Festhalten und Fixieren (sonst wäre ja gar keine Zwangsbehandlung notwendig). Auch diese begleitenden

freiheitsentziehenden Maßnahmen stellen Grundrechtseingriffe dar. Der zentrale Grundrechtseingriff ist die ärztliche Zwangsmaßnahme, die möglichst zu vermeiden ist.

Eine Gewalterfahrung in der privaten Häuslichkeit kann zu einer erheblichen Traumatisierung führen, da das Wohnumfeld danach nicht mehr als sicherer Ort empfunden wird – und auch tatsächlich kein sicherer, von Zwang befreiter Ort, mehr ist. Zudem wird es in der Praxis bedeuten, dass auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung, möglicherweise Pflegekräfte, in irgendeiner Form an der Zwangsmaßnahme beteiligt sind. Dies dürfte zu einem nicht unerheblichen und ggf. folgenreichen Vertrauensverlust führen. Die in der Evaluationsstudie befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stationärer Einrichtungen sind einer solchen Vorstellung mit erheblicher Ablehnung begegnet.

#### **4.6. Die stationsäquivalente Behandlung**

Die Behauptung, dass bei einer stationsäquivalenten Behandlung (StäB) eine Zwangsmaßnahme in gleicher Weise durchgeführt werden könne wie im Krankenhaus, ist ohne Beleg und abzulehnen. Ein wesentliches Merkmal insbesondere der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (psychiatrische StäB) nach § 115d Abs. 1 SGB V ist die Freiwilligkeit. Demnach kommt eine psychiatrische StäB nur dann in Frage, wenn die Patientin bzw. der Patient „im häuslichen Umfeld“ behandelt werden möchte. Sie soll gerade Zwang vermeiden und die Kooperationsbereitschaft der Patientinnen und Patienten fördern. Das häusliche Umfeld wird gesetzlich nicht näher definiert, umfasst jedoch mindestens das eigene Zuhause bzw. die eigene Wohnung. Nach dem „Gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen gemäß § 115d Abs. 4 SGB V des GKV-Spitzenverbandes, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V.“ vom 23.12.2021 (im folgenden Bericht)<sup>15</sup> wurden in 2020 knapp 90% der psychiatrischen StäB in der eigenen Wohnung durchgeführt; Pflegeheime oder sonstige Wohnformen waren mit insgesamt weniger als 10% und seit 2018 (pandemiebedingt?) zurückgehenden Zahlen, als Ort der Erbringung von psychiatrischer StäB deutlich unterrepräsentiert<sup>16</sup>.

§ 115d Abs. 1 SGB V bestimmt zudem, dass die psychiatrische StäB in „medizinisch geeigneten Fällen“, wenn eine Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung vorliegt, erbracht werden kann. Hinweis und Festlegungen zu diesen Fällen finden sich in der „Vereinbarung zur Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung gemäß § 115d Abs. 3 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband Berlin, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. Köln, und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. Berlin (zum 31.07.2017 in Teilen vereinbart)<sup>17</sup>. Hier finden sich in der Leistungsbeschreibung „Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen“ keinerlei Hinweise, dass eine mit Zwang durchzuführende

---

<sup>15</sup> [https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/psychiatrie/KH\\_Psych\\_StaeB\\_Bericht\\_23.12.2021.pdf](https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/KH_Psych_StaeB_Bericht_23.12.2021.pdf)

<sup>16</sup> Siehe Bericht Fn. 16 Abbildung 5, S.12.

<sup>17</sup> [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/psychiatrie/KH\\_Vereinbarung\\_Leistungsbeschreibung\\_stationsaequiv.psych\\_Behandlung\\_31.03.2017.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/KH_Vereinbarung_Leistungsbeschreibung_stationsaequiv.psych_Behandlung_31.03.2017.pdf)

Behandlung überhaupt vorgesehen ist. Die Zwangsbehandlung im Rahmen einer psychiatrischen StäB kann auch aus diesem Grund nicht unter die medizinisch geeigneten Fälle zu subsumieren sein.

Ungeachtet dessen ist zu bezweifeln, dass eine psychiatrische StäB tatsächlich die für eine Zwangsbehandlung gebotene medizinische Versorgung der betroffenen Menschen, einschließlich der erforderlichen Nachbehandlung, medizinischen Betreuung und Überwachung, sicherstellen kann. Aus dem Bericht nach § 115d Abs. 4 SGB V ist in Tabelle 9, Seite 18, zu entnehmen, dass in der Praxis bei allen versorgenden Berufsgruppen rund 94 % bis 97 % der Behandlungskontakte eine Zeitspanne von lediglich bis zu 90 Minuten umfassen. Darüberhinausgehende Behandlungskontakte über 180 oder gar 240 Minuten finden, wenn überhaupt, in Bereichen von 0,1 bis 0,3% statt. Um die erforderliche medizinische Betreuung durch das multiprofessionelle Behandlungsteam in der besonderen Situation der Anwendung von Zwang vor Ort sicherzustellen, bedarf es einer direkten und zeitnahen Verfügbarkeit zum Schutz der betroffenen Person. Dies ist im Rahmen der psychiatrischen StäB nicht leistbar und beschreibt den offenkundigen Unterschied zu einem stationären (psychiatrischen) Krankenhaus. Letztlich kann dies auch nicht durch das Pflege- oder Betreuungspersonal einer besonderen Wohnform oder einer Einrichtung gewährleistet werden, da diese Personengruppe aus guten Gründen nicht zum multiprofessionellen Behandlungsteam im Rahmen der psychiatrischen StäB gehört.

Obwohl eine psychiatrische StäB nach § 39 Abs. 1 S. 4 SGB V durch ein fachärztlich geleitetes multiprofessionelles Behandlungsteam erfolgt und hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung entspricht, ist sie aus den dargelegten Gründen nicht geeignet, die besondere Situation einer ärztliche Zwangsmaßnahme zu erfassen.

Zwar ist aus der Stationsäquivalenz nach §§ 39, 115d SGB V ein grundlegender Leistungsanspruch herzuleiten, doch kann die psychiatrische StäB nicht ohne weiteres einer stationären Behandlung gleichgesetzt und zur Begründung für einen Grundrechtseingriff herangezogen werden.

Um es noch einmal zu unterstreichen: Der Schutz der Wohnung und damit der Privatsphäre schließt die ärztliche Zwangsbehandlung im Wohnumfeld aus. Der BGH betont, dass in einer Einrichtung die Zwangsmaßnahme auch außerhalb des eigentlichen Wohnbereichs des Betroffenen durchgeführt werden könnte. Dazu müsste die Betroffene aber auch an diesen Ort verbracht werden, was wiederum Zwang erforderlich macht. Zudem ist hierbei unberücksichtigt, dass auch eine Einrichtung in der Regel sowohl Lebensraum als auch Wohnort ist und ein besonders zu schützendes Lebensumfeld darstellt. Vor diesem Hintergrund spielt es nur eine zu vernachlässigende Rolle, ob die Zwangsbehandlung direkt im Wohnbereich oder einem separierten Raum (Ort) stattfindet. Im Übrigen wird die Abgrenzung zwischen eigentlichem Wohnbereich und Bereich außerhalb schwer trennbar und damit bestimmbar sein.

Auch bestehen weitere Folgeprobleme. Da die StäB gerade auf Freiwilligkeit und Kooperation basiert, wäre das Zulassen von Zwang im Rahmen der StäB ein großes Risiko, dass behandlungsbedürftige Personen aus Sorge vor Zwang die Inanspruchnahme der StäB ablehnen.

Der BGH sieht die Problematik bei der Krankenhausumgebung darin, dass es sich bei dieser um eine nicht vertraute (stationäre) Umgebung handelt. Unbeachtet sind mit dieser Fokussierung die potentiellen Folgen eines Eingriffs in die körperliche Unversehrtheit durch Zwang im vertrauten

Umfeld (s.o.). Gerade die bestehende Vertrautheit kann im Fall einer Zwangsmaßnahme diese dauerhaft beeinträchtigen und sich damit negativ auswirken. Für die Behauptung, dass es dem „Wohl“ und (mutmaßlichen) Willen des Betroffenen eher entspreche, in einer Einrichtung zwangsbehandelt zu werden, als in einer nicht vertrauten Krankenhausumgebung, gibt es keinerlei Beleg und keine wissenschaftliche Evidenz. Es ist somit nicht nachvollziehbar, dass eine Zwangsbehandlung außerhalb des Krankenhauses in einem vertrauten Wohnumfeld ein milderes Mittel sein könnte.

Die am 01.01.2023 in Kraft getretene Reform des Betreuungsrechts betont die Selbstbestimmung der Betroffenen und hat das „Wohl“ als Begriff gestrichen. Aber auch die Argumentation mit dem Hinweis auf den (mutmaßlichen) Willen geht fehl. Auch das Selbstbestimmungsrecht und der Wille (früher geäußert oder gemutmaßt) können einen „Verzicht“ auf eine stationär durchgeführte ärztliche Zwangsbehandlung nicht begründen. Der stationäre Aufenthalt ist ein Schutzinstrument, das die gebotene medizinische Versorgung der betroffenen Personen einschließlich einer erforderlichen Nachbehandlung sicherstellen soll. Eine stationsäquivalente Behandlung kann dies, wie dargelegt, gerade nicht gleichermaßen sicherstellen. Auf ein wesentliches Schutzinstrument kann aber auch unter Berufung auf das Selbstbestimmungsrecht nicht verzichtet werden. So kann auch nicht auf die Notwendigkeit des gerichtlichen Genehmigungsverfahrens durch Vollmacht verzichtet werden (BVerfG v. 10.6.2015, 2 BvR 1967/12<sup>18</sup>).

Wie der BGH selbst ausführt, hatte der Gesetzgeber sehr bewusst davon abgesehen, eine Zwangsbehandlung auch außerhalb eines Krankenhauses rechtlich zu ermöglichen. Die Argumente haben auch mit der Möglichkeit einer stationsäquivalenten Behandlung weiterhin Bestand.

#### **4.7 Ziel einer Zwangsbehandlung/Dauer**

Der BGH scheint schließlich die Annahme zu übernehmen, dass bei der betroffenen Person über viele Jahre dauerhaft eine Zwangsbehandlung medizinisch geboten sei und die Einwilligung des Betreuers den Voraussetzungen des § 1832 Abs.1 BGB (§ 1906a BGB a.F.) entspricht. Im zugrundeliegenden Verfahren hat der BGH offensichtlich keinerlei Bedenken, eine 60-jährige an Schizophrenie erkrankte Heimbewohnerin regelmäßig alle 4 Wochen zwangsweise mit einer Depotgabe Haldol – also mit einer zwangsweise applizierten Spritze - zu behandeln. Der Gesetzgeber hatte 2017 eine solche Behandlungsdauer nicht regeln wollen. Eine Zwangsbehandlung darf nur das Ziel haben, die betroffene Person in einer schweren gesundheitlichen Krise vorübergehend auch gegen ihren natürlichen Willen zu behandeln, um ihr wieder eine eigene selbstbestimmte Entscheidung zu ermöglichen. Die Verfahrensvorschriften machen deutlich, dass eine über 6 Wochen andauernde Zwangsbehandlung die Ausnahme sein sollte.

---

<sup>18</sup> BVerfG BtPrax 2015, S. 196 ff.

### III. Fazit

Insgesamt bleibt es bei der großen Sorge, dass die Ausweitung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme auf einen Ort außerhalb eines geeigneten stationären Krankenhauses zu einer Absenkung der Eingriffsschwelle führt und wirkliche zwangsvermeidende Alternativen noch weniger versucht werden.<sup>19</sup> Es spricht sehr viel dafür, die jetzige Regelung mit ihren Anforderungen nur im Rahmen einer stationären Behandlung in einem dafür geeigneten Krankenhaus als Ultima Ratio zu ermöglichen. Damit besteht keine Schutzlücke, sondern eine Behandlungsmöglichkeit auch bei solchen Menschen, die diese mit natürlichem Willen ablehnen und sich damit erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügen. Statt die gesetzliche Schwelle für ärztliche Zwangsmaßnahmen abzusenken ist es geboten, Möglichkeiten der Zwangsvermeidung zu stärken bzw. besser auszuschöpfen.

[www.bgt-ev.de](http://www.bgt-ev.de)

**Pressekontakt:**

Elmar Kreft  
Betreuungsgerichtstag e. V.  
Auf dem Aspei 42  
44801 Bochum  
Tel.: 0234-6406572  
Fax: 0234-6408970  
[bgt-ev@bgt-ev.de](mailto:bgt-ev@bgt-ev.de)

**Fachliche Fragen:**

Annette Loer  
[annette.loer@bgt-ev.de](mailto:annette.loer@bgt-ev.de)  
Dagmar Brosey  
[dagmar.brosej@bgt-ev.de](mailto:dagmar.brosej@bgt-ev.de)

**Über den BGT:**

Der Betreuungsgerichtstag e. V. (BGT) ist ein Fachverband von Jurist:innen, rechtlichen Betreuer:innen und Fachkräften aus sozialen, pflegerischen und ärztlichen Berufen sowie aus Wissenschaft, Lehre und Verwaltung. Wir möchten den interdisziplinären Dialog stärken. Unser Ziel ist es, die Freiheits- und Persönlichkeitsrechte von betreuten Menschen zu stärken und ihre soziale Situation zu verbessern.

---

<sup>19</sup> Zur Problematik der „heimlichen Medikamentengabe“ verweist der BGT auf seine Stellungnahme vom Juli 2019 (s. Fn. 1)