



Stellungnahme der DGGPP zum „Vorbereitungspapier“ und zum Expertengespräch am 30.4.2025 beim Bundesministerium der Justiz zur Änderung des §1832 BGB nach dem Urteil des BuVerfG vom 26.11.2024

Teil 1: Medizinische Zwangsmaßnahmen mit Androhung von oder mit Anwendung von unmittelbarem Zwang

Vorbemerkung

Die DGGPP gibt hiermit eine erste Stellungnahme zu der nach dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 26.11.2024 notwendig gewordenen Änderung des §1832 ab. Das BMJ hat in einem „Vorbereitungspapier“ für ein Expertengespräch Fragen zu möglichen Änderungen gestellt. Wir versuchen hier, zu diesen Fragen Stellung zu nehmen, folgen dabei aber nicht der Gliederung dieses Papiers, sondern gliedern entsprechend guter klinischer Praxis. Da es sich bei medizinischen Maßnahmen mit offener Androhung oder Anwendung von unmittelbarem Zwang und bei der verdeckten Gabe von Medikamenten um auf unterschiedliche Art komplexe Themenbereiche handelt, wird diese Stellungnahme zwei Teile umfassen.

Diese Stellungnahme bedeutet nicht, dass wir uns zu den verschiedenen Punkten inhaltlich bereits endgültig festlegen, sondern sie soll als Diskussionsbeitrag verstanden werden.

Vorab unterstreichen wir, dass medizinische Zwangsmaßnahmen selbstverständlich immer als letztes Mittel anzusehen sind, dass sie also nur zur Behandlung oder Linderung einer quälenden oder gefährlichen Symptomatik eingesetzt werden dürfen, und nur dann, nachdem ausreichend intensiv versucht wurde, die Einsicht und Zustimmung der betroffenen Person zu erreichen, und unter der Voraussetzung, dass die über Notwendigkeit, Vor- und Nachteile der betreffenden Maßnahme ausführlich aufgeklärte rechtliche Stellvertretung der betroffenen Person zugestimmt hat. Dies entspricht nicht nur der geltenden Rechtslage, sondern auch den Grundregeln ärztlichen Handelns.

Da es so gut wie keine Daten zu medizinischen Zwangsmaßnahmen in Deutschland gibt, regen wir die **Einrichtung eines nationalen Registers zur Erfassung von Zwangsmaßnahmen** an. Ein solches Register könnte auch eine nachträgliche Bewertung durch die Betroffenen beinhalten, in der unter anderem auch zum Ort der Zwangsmaßnahme gefragt wird.

Ein wesentliches Problem ist, die Neufassung des §1832 BGB so zu formulieren, dass gute klinische Praxis nicht behindert, sondern im Interesse der Patientinnen und Patienten sowie aller sonstigen Beteiligten gefördert wird. Das ist deshalb schwierig, weil gute klinische Praxis mit individuellen, auf den konkreten persönlichen Bedarf der betroffenen Person zugeschnittenen Lösungen arbeitet, während juristisches Denken notwendig in Kategorien stattfindet.

Gute klinische Praxis in der Psychiatrie bedeutet auch vernetztes Arbeiten. An der Entscheidung für oder gegen eine Zwangsbehandlung sind immer beteiligt: Patientin bzw. Patient, Angehörige und Bezugspersonen, rechtliche Stellvertretung, die Ärztinnen und Ärzte, die die Behandlung empfehlen und ggf. durchführen werden, Pflege und ggf. andere Berufsgruppen des behandelnden Krankenhauses, falls vorhanden die betreuende Einrichtung – dies auch jetzt schon, weil die Mitarbeitenden der Einrichtung dazu beitragen müssen, die Notwendigkeit einer Zwangsmaßnahme festzustellen, und hinterher die Folgen zu bewältigen, erst recht dann, wenn die Einrichtung nach der Gesetzesänderung zu einer Umsetzung bereit sein sollte. Im weiteren Verfahren müssen Sachverständige und das Gericht davon überzeugt werden, dass die



gemeinsam getroffene Entscheidung für eine Zwangsbehandlung richtig ist und genehmigt werden sollte.

In diesem Positionspapier möchten wir schildern, für welche Behandlungsarten bzw. Patientengruppen und um welche Arten von Zwangsmaßnahmen wir unterschiedliche Regelungen wichtig finden. Außerdem muss u.E. klarer zwischen „Ort“ und „Fallstatus“ nach SGB V unterschieden werden. Zur Frage des BMJ nach Aufhebung des KH-Zwangs oder Definition von Ausnahmetatbeständen: **Wir sehen Ausnahmetatbestände zum Krankenhauszwang als die bessere Lösung.** Wir befürchten, dass eine Aufhebung des Krankenhauszwangs eine Lockerung der ultima-ratio-Kriterien signalisieren würde, auch wenn das nicht gemeint ist. In der Folge gehen wir deshalb vom Konzept der Ausnahmetatbestände aus.

Unterschiedliche Behandlungsarten

1. Patientin bzw. Patient mit einer Neueinstellung / erstmaligen Behandlung mit einem bestimmten Medikament
2. bekannte Patientin bzw. Patient mit bekannter Reaktion auf das zu verabreichende Medikament
3. Patientin bzw. Patient, bei denen eine notwendige somatische Untersuchung oder Behandlung durchgeführt werden muss.

Die Zwangsbehandlung mittels EKT subsumieren wir der Einfachheit halber unter „somatischer Behandlung“.

Für die erstmalige Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit einem bestimmten Medikament sind wir der Ansicht, dass eine Zwangsbehandlung weiterhin nur im Rahmen einer vollstationären Behandlung stattfinden sollte. Sowohl aus medizinischen wie auch aus Gründen der notwendigen Beziehungsarbeit sollte in dieser Situation eine Zwangsbehandlung an anderen Orten klar ausgeschlossen werden. **Für bekannte Patientinnen und Patienten mit bekannter Reaktion auf das zu verabreichende Medikament sind unseres Erachtens auch als Ausnahme andere Orte der Zwangsbehandlung denkbar.** Zu somatischen Untersuchungen und Eingriffen s.u.

Eine zusätzliche klinisch wichtige Differenzierung über die genannten Gruppen ist die zu erwartende Fähigkeit, das Erleben der Zwangsbehandlung im Nachhinein kognitiv zu verarbeiten. Es gibt Patientinnen und Patienten, bei denen zu erwarten ist, dass sie aufgrund von auch bei Besserung der Symptomatik fehlender Krankheitseinsicht oder aufgrund von fortgeschrittenen kognitiven Defiziten zu einer Verarbeitung nicht in der Lage sind. Diese Patientinnen und Patienten sind besonders vor Traumatisierung und Retraumatisierung zu schützen. Eine zu detaillierte Vorgabe zu Umständen, unter denen ein Ausnahmetatbestand erfüllt wäre, birgt aber wieder die Gefahr, dass im Einzelfall nicht die für den Patienten beste Lösung gefunden und umgesetzt werden kann. Wir halten deshalb die Übernahme der vom BVerfG in Ziffer 5 verwendeten Formulierungen für angemessen.

Arten von Zwangsmaßnahmen

1. Zwangsmaßnahmen mit Anwendung von körperlicher Gewalt wie Festhalten oder Fixierung,
2. Zwangsmaßnahmen mit Duldung durch die Patientin oder den Patienten unter Androhung von unmittelbarem Zwang
3. die heimliche Verabreichung von Medikamenten, „verdeckte Gabe“.



Jede Zwangsmaßnahme außerhalb einer vollstationären Behandlung im Krankenhaus sollte nur von einem mit dem Patienten / der Patientin gut bekannten Behandlungsteam vorgenommen werden dürfen. Dies sollte u.E. als Voraussetzung festgeschrieben werden.

Maßnahmen mit Anwendung von unmittelbarem Zwang sollten weiterhin nur im Krankenhaus durchgeführt werden dürfen. Bei bekannten Patientinnen oder Patienten, bei denen zu erwarten ist, dass die Androhung einer Krankenhaus-Einweisung oder von unmittelbarem Zwang ausreicht, ist der Versuch einer Folge-Zwangsbehandlung in der Einrichtung denkbar. Zur heimlichen Verabreichung von Medikamenten / verdeckten Gabe werden wir in einem zweiten Teil gesondert Stellung nehmen. **Somatische Untersuchungen und Behandlungen müssen stattfinden, wo sie unter medizinischen Aspekten möglich sind – eine Blutentnahme oder hausärztliche Behandlung gegen den Willen aber ohne Gegenwehr kann auch außerhalb des Krankenhauses durchgeführt werden. Andere Untersuchungen und Behandlungen müssen schon aus medizinischen Gründen in einen Krankenhaus durchgeführt werden.**

Ort und Fallstatus

In den Fragen des „Vorbereitungspapiers“ des BMJ, aber auch bereits im „Schlussbericht vom 31.1.2024 zur Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017“, wird u. E. nicht ausreichend zwischen Ort und Fallstatus unterschieden. Die folgenden Aufzählungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

- Orte wären
 - Krankenhaus- (psychiatrische) Station,
 - Erste-Hilfe- und somatische Bereiche im Krankenhaus,
 - Tagesklinik,
 - psychiatrische Institutsambulanz,
 - Arztpraxis,
 - Wohn- und Pflegeeinrichtung unterschiedlicher Größe,
 - therapeutische oder betreute Wohngemeinschaften (TWG, Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz, letztere als Einrichtung von Trägern oder als Selbstorganisation von Angehörigen),
 - Privatwohnungen.
- Fallstatus wären
 - vollstationär,
 - teilstationär,
 - ambulante Behandlung durch eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA),
 - ambulante Behandlung im Rahmen eines Gemeindepsychiatrischen Verbunds,
 - ambulante Behandlung entsprechend KSVPsych-RL,
 - ambulante Behandlung als Regelbehandlung durch eine niedergelassene Psychiaterin oder Psychiater.

Die Unterscheidung ist von Bedeutung, weil sie Einfluss auf die Definition von Ausnahmetatbeständen hat. Denkbar wäre z.B. eine Zwangsbehandlung einer gut bekannten Patientin bzw. eines Patienten durch die PIA in der Einrichtung. Denkbar wäre auch bei einer Klinik mit Bezugsstationssystem (hier werden insbesondere chronisch und schwer Kranke voll-, teilstationär und ambulant vom selben Team betreut), dass eine Zwangsbehandlung auf der Station, aber im Fallstatus PIA-ambulant stattfindet – bei Komplikationen kann der Fallstatus



jederzeit geändert werden. Eine Erweiterung nur um den Fallstatus „teilstationär“, wie im Schlussbericht der Evaluierung vorgeschlagen, erscheint uns nicht sinnvoll, es bleibt auch unklar, warum ein in der Psychiatrischen Institutsambulanz behandelter Patient nicht als „in die Klinikstruktur eingegliedert“ betrachtet wird. Ein Zwang, den Fallstatus der Patientin bzw. des Patienten von PIA zu stationär zu ändern, ist in dieser Situation lediglich bürokratischer Zusatzaufwand.

Zwangsmaßnahmen im Krankenhaus (Ort) sollten grundsätzlich in jedem Krankenhaus-Fallstatus stattfinden können. Zwangsmaßnahmen in Einrichtungen könnten mit den oben genannten Einschränkungen durch die PIA, aber auch durch in einem Verbund oder nach KSVPsych-RL arbeitenden Niedergelassenen durchgeführt werden. Zwangsmaßnahmen in der eigenen (Privat-) Wohnung sollten grundsätzlich ausgeschlossen werden. Auch bei Zwangsmaßnahmen in Einrichtungen sollte analog der Privatwohnung das Bewohnerzimmer als Ort ausgeschlossen werden. Ausnahme zum Ausschluss der Privatwohnung / des privaten Zimmers sollte der ausdrückliche Wunsch des Patienten oder der Patientin sein, auch dann, wenn er nicht schriftlich festgelegt, sondern vor Zeugen in der Situation geäußert wird („Wenn ich die Spritze schon kriegen muss, dann am liebsten hier“) (Zur „Verdeckten Gabe“ s. Teil 2). Bei Zwangsmaßnahmen außerhalb des Krankenhauses sollte das zuständige Krankenhaus informiert werden, um eine eventuell notwendige Aufnahme reibungslos zu gewährleisten. Geplante Zwangsmaßnahmen im Rahmen einer Behandlung in einer hausärztlichen oder psychiatrischen Praxis (Art und Ort) sind – wieder abgesehen von der Verordnung und dem ärztlichen Einverständnis mit einer heimlichen Verabreichung von Medikamenten – nur schwer vorstellbar. Das Selbstverständnis gemeindepsychiatrischer Verbünde schließt die aktive Beteiligung an Zwangsmaßnahmen eigentlich aus. Hierzu sollten aber auch Stellungnahmen der entsprechenden Verbände eingeholt werden.

Wenn eine gültige Patientenverfügung eine Aufnahme in eine psychiatrische Klinik oder generell in ein Krankenhaus ausschließt, sich aber zu bestimmten Zwangsmaßnahmen nicht äußert, die unter den dann gegebenen Umständen nur in einem Krankenhaus durchgeführt werden können (Medikation mit Anwendung von unmittelbarem Zwang, Neueinstellung auf ein Medikament, Untersuchungen, Operationen), wird dies sicherlich ein starkes Argument in der Entscheidungsfindung sein. Aus unserer Sicht sollte aber letztlich das Gericht entscheiden, ob die Verfügung unter den darin nicht berücksichtigten Umständen gilt oder nicht. Analoge Vorgänge gibt es bereits: wenn z.B. eine Patientenverfügung die Anlage einer PEG ausschließt, aber sowohl beim Lesen als auch in Gesprächen mit Bezugspersonen deutlich wird, dass dabei nur an eine künstliche Ernährung im Endstadium einer Erkrankung gedacht wurde, nicht an eine vorübergehende bei einer transitorischen Schluckstörung. Es sollte Aufgabe von Behandelnden und rechtlichen Stellvertretungen (Betreuerinnen, (Vorsorge-) Bevollmächtigten) sein, im Vorfeld darauf hinzuwirken, dass die Patientenverfügung sich auch zu diesen Punkten äußert, oder noch besser, dass eine Behandlungsvereinbarung abgeschlossen oder ein Krisenplan erstellt wird. Betreuer und Bevollmächtigte sollten rechtlich weiterhin gleich behandelt werden. Selbstverständlich haben aber die Aussagen von Bezugspersonen erhebliches Gewicht bei der Entscheidungsfindung, unabhängig davon, ob sie die rechtliche Stellvertretung sind oder nicht.

Einer Einrichtung eine „generelle Eignung“ zu bescheinigen, halten wir für falsch. Auch die Festschreibung von Teamzusammensetzungen oder zu detaillierten Durchführungsregeln im Gesetz sehen wir als nicht nötig, und u.U. sogar hinderlich an. Es handelt sich ja, abgesehen von der heimlichen Medikamentengabe, um seltene Ausnahmen. Wir sind der Ansicht, dass zwingend immer eine Einzelfallprüfung und -entscheidung stattfinden muss. **Das ärztliche**



Zeugnis sollte in jedem Fall neben der Dokumentation von Gesprächen zur Entscheidungsunterstützung und zu Überzeugungsversuchen auch den Nachweis von mindestens einem Netzwerkgespräch unter Beteiligung von Patientin bzw. Patient, Angehörigen/Bezugspersonen, rechtlicher Stellvertretung, behandelnden oder die Behandlung planenden Ärzten, wenn vorhanden Einrichtung, ggf. anderen an einer weiteren Behandlung oder Nachsorge beteiligten Personen, enthalten, in dem die Gründe für die Zwangsmaßnahme und die Abwägung, wie und wo sie durchgeführt werden soll, erörtert wurden. Dies sollte auch dann besprochen und dokumentiert werden, wenn die Zwangsmaßnahmen nicht in der Einrichtung stattfinden sollen oder die Einrichtung das ablehnt. Gute klinische Praxis heißt, dass solche Gespräche ohnehin geführt werden, auch wenn es nicht um die Diskussion einer Zwangsmaßnahme geht. **Im Fall, dass eine Zwangsbehandlung in der Einrichtung geplant wird, sollte Bestandteil der Dokumentation des Netzwerkgesprächs auch sein, wie im konkreten Fall der Krankenhausstandard nahezu erreicht wird,** dh. welche Nachbeobachtungsmaßnahmen und Nachgespräche geplant sind, wer sie mit welcher Qualifikation durchführt, was anschließend dokumentiert werden muss. Dies wird unterschiedlich ausfallen, je nachdem, ob es sich um **die heimliche Verabreichung von Medikamenten** handelt (z.B. Beobachtung und Dokumentation von Änderungen im Trink- und Essverhalten) oder um eine Depot-Spritze (z.B. Einzelbetreuung über einen gewissen Zeitraum, Nachgespräche zur Verarbeitung, Beobachtung und Dokumentation von Kreislaufsituation, lokaler Reaktion usw). **Durch ein solches Netzwerkgespräch wird dem Betreuer und der Verfahrenspflegerin deutlich und durch die Dokumentation dem Sachverständigen und Gericht nachvollziehbar, inwiefern die Einrichtung für den konkreten Fall geeignet ist.** Einen darüber hinausgehenden Prüfmechanismus halten wir nicht für notwendig. Es ist ohnehin davon auszugehen, dass – wieder abgesehen von der heimlichen Verabreichung von Medikamenten – die meisten Träger die Durchführung von Zwangsmaßnahmen in ihren Einrichtungen schon aus haftungsrechtlichen Gründen ablehnen, und dass es sich um seltene Fälle handeln wird. **Durch die Festschreibung dieser Dokumentationspflichten z.B. im FamFG würde eine weitere Verschärfung des §1832 Abs. 1 Satz 1 überflüssig.** Mit ausdrücklicher Verpflichtung auf eine solche Dokumentation wäre es für das Gericht möglich, darauf zu verweisen, ohne selbst noch darüber hinausgehende Begründungspflichten zu haben, die das Verfahren möglicherweise zusätzlich verzögern würden.

Wenn **somatische Untersuchungen oder Eingriffe** in einer Einrichtung durchgeführt werden sollen, kann es sich nur um kleinere Eingriffe handeln, wie Blutentnahmen, Insulinspritzen, oder Verbandswechsel, also allgemeinmedizinische und pflegerische Maßnahmen. Dies sollte jede Ärztin oder Arzt, also auch psychiatrische Sachverständige, beurteilen können. Komplexe diagnostische oder therapeutische Verfahren oder solche, die eine Sedierung oder Narkose erfordern, werden ohnehin im Krankenhaus durchgeführt werden müssen. Dadurch ändert sich nichts an der bisherigen Regelung, auch in Bezug auf die Begutachtung.

Zusammenfassend ist zur Frage nach einem **Maßstab zur Feststellung des notwendigen (nahezu) Krankenhausstandards** festzuhalten, dass sich dieser Maßstab nicht nach der Einrichtung, sondern nach der geplanten Maßnahme richten muss. Der Antrag und / oder das ärztliche Zeugnis muss enthalten, welche Risiken die geplante Maßnahme beinhaltet und welche Nachsorgemaßnahmen notwendig und geplant sind. Dies ermöglicht auch Sachverständigen und Gericht die Einschätzung, ob der geforderte Standard erfüllt sein wird.



Fragen zu Fristen und verfahrensrechtlichen Regelungen

Der Antrag auf Genehmigung einer Zwangsmaßnahme wird weiterhin von der rechtlichen Stellvertretung des Patienten mit ärztlicher Unterstützung gestellt werden müssen. Eine Einrichtung kann und soll einen solchen Antrag nicht stellen dürfen, um beispielsweise Personal zu sparen. Wir halten deshalb zusätzliche Absicherungsmaßnahmen für nicht notwendig.

Unter der Voraussetzung, dass die Ausnahmetatbestände für Zwangsbehandlungen in einer Einrichtung auf die Folgebehandlung im Rahmen einer bereits etablierten Therapie beschränkt sind, wie oben gefordert, sehen wir keinen Grund, die einstweilige Anordnung auszuschließen, insbesondere, wenn es sich um Wiederholungsbeschlüsse handelt.

Eine Zwangsbehandlung auf Dauer gegen den erklärten Willen einer Patientin oder eines Patienten durchzuführen ist medizinisch nicht vertretbar. Bei Menschen mit fortschreitenden unheilbaren Erkrankungen wird auch irgendwann die Grenze zu einer Behandlung zum Lebensende erreicht. Dennoch sind **bei ausgewählten individuellen Fallkonstellationen, z.B. auch für die heimliche Gabe von Medikamenten, längere Bewilligungszeiträume sinnvoll**, z.B. eine Überprüfung alle 6 Monate. Ebenso gibt es Fallkonstellationen bei chronisch psychisch kranken Personen, bei denen eine zuvor akzeptierte Therapie gelegentlich ohne erkennbare Begründung wie Wunsch nach Medikamentenwechsel oder Klagen über Nebenwirkungen vorübergehend abgelehnt wird, und dadurch ein erkennbarer gesundheitlicher Schaden entsteht. Dadurch wird unter Umständen eine Wiederholungsgenehmigung erforderlich. Das bedeutet, dass es hier rein praktisch eher um die Genehmigung einer einzelnen Maßnahme im Rahmen einer langfristigen, sonst akzeptierten Therapie handelt. **Unter der oben genannten Voraussetzung, dass es sich um eine gut bekannte Patientin bzw. Patient handelt, bei der die Androhung von Krankenhaus-Einweisung oder Gewalt ausreicht, erscheint deshalb eine Verlängerung der 6-Wochen-Frist nicht nötig. Für die Einleitung einer Erstbehandlung unter Zwang, die – wie oben ausgeführt – grundsätzlich im Rahmen einer vollstationären Behandlung stattfinden sollte, kann überlegt werden, die Genehmigungsfrist auf 10 oder 12 Wochen auszudehnen**, da bei manchen Medikamenten, z.B. Paliperidon-Depot, die Wirkung und etwaige Nebenwirkungen erst nach mehreren Injektionen stabil erkennbar sind, um die Gerichte zu entlasten.