



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 2: Heimliche Gabe von Medikamenten – „Verdeckte Gabe“

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. In Teil 1 haben wir auch zu den Fragen des Vorbereitungspapiers des BMJ Stellung genommen. Da es sich bei offenen Zwangsmaßnahmen und bei der verdeckten Gabe von Medikamenten um auf unterschiedliche Art komplexe Themenbereiche handelt, umfasst diese Stellungnahme zwei Teile. Im ersten Teil haben wir zu medizinischen Maßnahmen mit offener Androhung oder Anwendung von unmittelbarem Zwang Stellung genommen. In diesem Teil wollen wir zum Problem der verdeckten Gabe, auch als „heimliche Gabe“, oder „Untermischen“ von Medikamenten bezeichnet, Stellung nehmen.

Diese Stellungnahme bedeutet nicht, dass wir uns zu den verschiedenen Punkten inhaltlich bereits endgültig festlegen, sondern die Stellungnahme soll als Diskussionsbeitrag verstanden werden. Auch in der DGGPP ist die Diskussion zu diesem Thema noch nicht abgeschlossen: Einige Kollegen im Vorstand der DGGPP lehnen eine Regelung zur verdeckten Medikamentengabe aus grundsätzlichen Erwägungen ab, da sie eine verdeckte Medikamentengabe auch unter einer gesetzlichen Regelung nicht mit der ärztlichen Ethik vereinbar sehen.

Vorab unterstreichen wir, dass alle 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. Wir betonen außerdem, dass wir uns in dieser Stellungnahme nur zur verdeckten Gabe bei Personen mit einer im Erwachsenenalter erworbenen schweren kognitiven Beeinträchtigung äußern.

Ausgangssituation

Zur Häufigkeit der verdeckten Gabe in Deutschland gibt es keine Zahlen. Es ist aber wahrscheinlich, dass sich die Zahlen in Deutschland nicht wesentlich von denen in europäischen Nachbarländern unterscheiden. Betroffen sind vor allem pflegebedürftige alte Menschen. Eine Übersicht aus 2010 über Studien in England fand, dass 1,5 bis 17% der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner in den befragten Einrichtungen verdeckt Medikamente verabreicht bekamen, und dass dies in 43% bis 71% der befragten Einrichtungen



praktiziert wurde¹. Eine Studie in Norwegen von 2004 fand, dass 11% der Heimbewohnerinnen und 17% der Bewohner von Spezialeinrichtungen für Demenzkranke verdeckt mediziert wurden, davon 95% regelmäßig über einen längeren Zeitraum. Auf Deutschland hochgerechnet würde dies bei 800.000 Pflegeheimbewohnern Ende 2023² zwischen 1.200 (1,5%) und 13.600 Personen (17%) in deutschen Pflegeheimen betreffen. Es handelt sich also nicht um ein seltenes Phänomen.

Anekdoten sind keine Daten, können aber auf eine Problemlage aufmerksam machen. Die persönliche Erfahrung sowohl von Mitarbeiter*innen des ärztlichen Dienstes und der Pflege im Krankenhaus – und zwar auch in somatischen Bereichen – als auch von Psychiatrischen Institutsambulanzen und Niedergelassenen, die Pflegeheime betreuen, sowie von Angehörigen, ist, dass die verdeckte Gabe insbesondere bei Demenzkranken in Deutschland keine seltene Vorgehensweise ist. Es wird nicht spontan darüber gesprochen, auf Nachfrage lassen sich aber zwei entgegengesetzte Haltungen erkennen: Eine seltene, nach der nicht darüber gesprochen wird, weil es so normal und selbstverständlich ist, dass es sich nicht lohnt, das zu erwähnen; und eine häufige, nach der man sich der unklaren oder entgegenstehenden rechtlichen Lage bewusst ist, und deshalb nicht darüber sprechen möchte. Von fast allen Befragten wurde im Gespräch spontan beklagt, dass Dokumentation und Absprachen zwischen den Beteiligten unzureichend sind, und dass oft nicht ausreichend nach Alternativen zur verdeckten Gabe gesucht wird oder gesucht werden kann. Dabei werden als besondere Probleme genannt:

- die Entwicklung von Misstrauen der Betroffenen gegenüber Pflegenden und Behandelnden, die nicht auf einen Wahn, sondern die reale Vermutung, hintergangen zu werden, zurückzuführen ist;
- Nahrungs- und Flüssigkeitsverweigerungen, bei denen den behandelnden Ärztinnen nicht bekannt ist, dass eine verdeckte Gabe stattfindet, die der Grund sein könnte;
- Übelkeit oder andere Symptome bei absoluten oder relativen Überdosierungen, z.B. durch das Zerkleinern von Medikamenten, die nicht zerkleinert werden sollten (Retardpräparate) ohne Wissen von Ärzten oder Angehörigen;
- Pflegende, von denen gefordert wird, dass sie für die Einnahme zu sorgen haben, und die sich mit Einnahmeproblemen allein gelassen fühlen;
- Ärztinnen, die sich nicht trauen, teurere Zubereitungen wie Säfte oder Schmelztabletten zu verordnen, weil sie fürchten, in Regress genommen zu werden.
- Übereinstimmend wurde der Wunsch nach mehr Rechtssicherheit geäußert.

Begründet wird die Zurückhaltung bei der Kommunikation oft auch mit der Befürchtung, dass Absprachen und Dokumentation negative Öffentlichkeit herstellen könnten. Die Tendenz zum Schweigen³ und zur unzureichenden Dokumentation⁴ wird auch in der Literatur berichtet.

¹ Haw, Stubbs 2010

² Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 478 vom 18.12.2024, Abruf 11.6.2025
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/12/PD24_478_224.html.

³ Guidry-Grimes et al 2020.

⁴ Haw, Stubbs 2010



Demgegenüber stehen offizielle Aussagen zur Praxis der verdeckten Gabe in Deutschland, hier eine unvollständige Auswahl.

Das Bundesverfassungsgericht hat 2021 eine Verfassungsbeschwerde zur verdeckten Gabe abgelehnt⁵. Begründet wurde dies allerdings nicht mit einer Stellungnahme zur Verfassungsmäßigkeit der verdeckten Gabe, sondern mit dem Versterben des Beschwerdeführers und dem unzureichenden Versuch fachgerichtlicher Klärung im Vorfeld. Dabei erklärte das Bundesverfassungsgericht: „Ob eine Heilbehandlung notwendigerweise dem natürlichen Willen des Betreuten im Sinne von § 1906a Abs. 1 Satz 1 BGB widerspricht, wenn Medikamente unter das Essen gemischt werden, um sie dem Betroffenen verborgen zu verabreichen, ist fachgerichtlich ungeklärt. Daran knüpft die ebenfalls offene Frage an, inwieweit eine heimliche Vergabe als ärztliche Zwangsmaßnahme anzusehen ist, die erst den Anwendungsbereich von § 1906a BGB eröffnet.“⁶

Die Evaluierungsstudie⁷ kam mit einer Fokusgruppe „Altenpflegeheime“ zu dem Ergebnis, dass die verdeckte Gabe in Deutschland keine große Rolle spiele⁸ und es dazu keiner gesetzlichen Regelung bedürfe⁹. Allerdings wurde über besondere Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu eben dieser Fokusgruppe berichtet, was als Hinweis gewertet werden kann, dass es sich letztlich um eine wenig repräsentative Auswahl handelte¹⁰. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer lehnten die verdeckte Gabe weitgehend ab, schilderten aber gleichzeitig dieselben Problemlagen, die auch wir aus Gesprächen kennen. Dabei zeigt sich Unsicherheit sowohl in Bezug auf die Rechtslage als auch in Bezug auf die medizinische Einschätzung, die eine solche Praxis im Interesse der Betroffenen begründen könnte, vor allem in der Unterscheidung von wichtigen, d.h. „lebensnotwendigen“ und als weniger wichtig eingeschätzten Medikamenten, vor allem zur Linderung von Unruhe- und Angstzuständen. In der zusammenfassenden Bewertung wurde die Problematik, die daraus entsteht, dass unterschiedliche Patientengruppen möglicherweise rechtlich unterschiedlich behandelt werden müssten, ausführlich dargestellt¹¹.

Der Betreuungsgerichtstag hat in einem Positionspapier vom 10.07.2019¹² zur heimlichen Medikamentengabe Stellung genommen (Abschnitt 3 und These 5) und diese Position in der

⁵ BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats vom 2. November 2021 - 1 BvR 1575/18 - Rn. (1 - 51), http://www.bverfg.de/e/rk20211102_1bvr157518.html

⁶ ebd. Abs.40

⁷ Henking et al. 2024: „Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017“ Schlussbericht vom 31.01.2024

⁸ ebd. S. 188

⁹ ebd. S. 182 f.

¹⁰ ebd. S. 200

¹¹ ebd. S. 224 f.

¹² BGT 2019 https://www.bgt-ev.de/fileadmin/Mediendatenbank/Stellungnahmen/2018-2020/190710_Stellungnahme_1906a_BGB_Keine_ambulante_Zwangsbehandlung.pdf



Stellungnahme vom 29.3.2025¹³ als unverändert bekräftigt. Er sieht die verdeckte Gabe als eine Praxis an, die nicht mit geltendem Recht zu Zwangsmaßnahmen in Einklang gebracht werden kann, und erkennt deshalb keinen Regelungsbedarf, zumal dafür plädiert wird, den Krankenhauszwang beizubehalten. Diese Stellungnahme ist besonders interessant, weil sie impliziert, dass die verdeckte Gabe Personen ohne schwere kognitive Einbußen betrifft, was der Praxis nicht entspricht (Aufklärung, Begutachtung und Mitteilung eines Beschlusses konterkarierten die geplante Heimlichkeit der Gabe).

Begründung der Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung

Juristen weisen darauf hin, dass vieles, was wir uns von einer Regelung erwarten, bereits gesetzlich geregelt ist – im SGB V in Regelungen zum Behandlungsvertrag, im BGB und FamFG in Regelungen zum Betreuungsrecht. Gleichzeitig besteht aber bei den Betroffenen und ihrem Umfeld, aber auch bei Gerichten, Unsicherheit darüber, was diese Regelungen für die verdeckte Gabe bedeuten. Natürlicher Wille wird unterschiedlich interpretiert – die Schwierigkeit besteht darin, dass als Voraussetzung von Zwangsmaßnahmen einerseits krankheitsbedingt eine Einschränkung der Einwilligungsfähigkeit verlangt wird, aber andererseits bei erheblicher Einschränkung diskutiert wird, ob Ausspucken oder Kopf Abwenden als Willensäußerung gewertet werden kann, wenn die Person zu einer weitergehenden Äußerung nicht mehr in der Lage ist. Durch diese Unsicherheit wird unklar, wo die Grenze zum Zwang liegt. Ein klares Einordnen der verdeckten Gabe als Zwang würde aber dazu führen, dass im Interesse der Betroffenen notwendige Behandlungen nach der aktuellen Rechtslage nicht ohne eine vollstationäre Aufnahme durchgeführt werden könnten, was erkennbar nicht dem Wohl der Betroffenen entspricht. Diese Problematik wird ausführlich in der Ablehnung der Verfassungsbeschwerde aus 2021 dargelegt¹⁴, der Wunsch des Bundesverfassungsgerichts, dass dies durch fachgerichtliche Rechtsprechung geklärt wird, hat sich aber seither nicht erfüllt. Die Verunsicherung von Pflegenden und Behandelnden, Angehörigen und Betroffenen führt, wie auch im Schlussbericht der Evaluierungsstudie erkennbar wird¹⁵, dazu, dass der Verbesserung von Lebensqualität dienende Behandlungen unzureichend durchgeführt werden oder die verdeckte Gabe verdeckt wird. **Eine Regelung der heimlichen Verabreichung von Medikamenten sehen wir deshalb als wichtig an. Dabei sollte die Definition von Zwang nicht aufgeweicht werden.** Bestehende Regelungen könnten in einer Form zusammengefasst werden, die die Befolgung erleichtert.

Nach der Einordnung von Aufstehhindernissen als freiheitsbeschränkende Maßnahmen haben wir gesehen, dass eine solche Regelung im Interesse aller Betroffenen ist und deutliche positive Auswirkungen hat – mittlerweile gibt es klare Kriterien, wann es sich um Freiheitsbeschränkung und wann lediglich um Schutz vor Stürzen bei einer Person, die nicht mehr aufstehen und gehen kann, handelt, und klare Vorgehensweisen, die sich in Formularen von Einrichtungen

¹³ BGT 2025 https://www.bgt-ev.de/fileadmin/Mediendatenbank/Stellungnahmen/2024-2026/BGT_Thesenpapier_Neuregelung_Zwangsbehandlung_2025-03-29.pdf

¹⁴ BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats vom 2. November 2021 - 1 BvR 1575/18 - Rn. (1 - 51), http://www.bverfg.de/e/rk20211102_1bvr157518.html

¹⁵ Henking et al. 2024, S. 224 f.



niederschlagen. Die Regelung hat gleichzeitig dazu geführt, dass es wesentlich seltener echte freiheitsbeschränkende Maßnahmen gibt. Einen ähnlichen Effekt versprechen wir uns von einer klaren Regelung der verdeckten Gabe, zumal damit zu rechnen ist, dass bei der demografisch bedingten Zunahme von Pflegebedürftigen und Abnahme von Behandelnden und Pflegenden die Zeit für individuelle Auseinandersetzung mit dem Thema und individuelle Qualifikation weiter abnehmen wird. Klare Regelungen können auch das Abfassen von Patientenverfügungen und die Entscheidungen von Bevollmächtigten, Betreuern und Betreuerinnen erleichtern.

Kriterien für die Genehmigung einer verdeckten Gabe von Medikamenten bei Personen mit im Erwachsenenalter erworbenen schweren kognitiven Defiziten

„Verdeckte Gabe“ ist jede Maßnahme der Heilbehandlung, bei denen Heimbewohnern oder Heimbewohnerinnen ärztlich verordnete Medikamente so verabreicht werden, dass sie nicht als medizinische Behandlung erkennbar ist, in der Regel durch die heimliche Beimischung zerkleinerter Präparate in Speisen und Getränken.

Anders als bei medizinischen Zwangsmaßnahmen unter Androhung von oder Anwendung von unmittelbarem Zwang sollte die „verdeckte Gabe“ auch in dem privaten Wohnbereich der Betroffenen möglich sein.

Voraussetzungen sind

- **Einwilligungsunfähigkeit** der Betroffenen in die Heilbehandlungsmaßnahme.
- **Ablehnung der Maßnahme**, d.h. der Medikamenteneinnahme. Dabei sollte jede Äußerung, auch averbale Äußerungen wie Mund zukneifen, ausspucken, Kopf abwenden, als Ablehnung gewertet werden.
 - Dies setzt auch voraus, was eigentlich selbstverständlich ist, dass der Versuch der offenen Gabe gemacht wurde, und zwar im Regelfall wiederholt.
- **Dokumentation der Aufklärung der Betroffenen und ihrer rechtlichen Stellvertretung** in die Notwendigkeit, Vor- und Nachteile der Medikation **unter dem Aspekt der Verbesserung der Lebensqualität** der Betroffenen.
 - Da die Betroffenen in der überwiegenden Mehrzahl an einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung leiden, also in der Regel in einer Palliativbehandlung, hier verstanden als einer Behandlung, die der Linderung von Symptomen und Beschwerden dient und nicht kurativ angelegt ist (gemeint ist nicht nur die Behandlung zum erkennbaren Lebensende), sind, sollte auf jede Medikation verzichtet werden, die nicht der direkten Verbesserung der Lebensqualität dient. Dabei kann es sich z.B. um eine Schmerzbehandlung handeln, um eine Entwässerung zur Verbesserung von Luftnot bei schwerer Herzinsuffizienz, um eine Behandlung von quälenden motorischen Störungen wie Spastik oder ausfahrenden Bewegungen mit Selbstverletzungsrisiko wie bei der Huntington- oder Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung, oder um die Behandlung von Depressivität, Angst und Unruhezuständen.
- **Dokumentation der Versuche, durch eine andere Darreichungsform des Medikaments die Ablehnung aufzuheben.**
- **Beantragung einer Genehmigung der verdeckten Gabe durch die rechtliche Stellvertretung beim Betreuungsgericht.**



- **Ärztliches Zeugnis zur Notwendigkeit der verdeckten Gabe.** Dies Zeugnis sollte die Dokumentation der vorausgegangenen Schritte enthalten. Unter Umständen ist ein doppeltes ärztliches Zeugnis erforderlich, psychiatrisch zur Einwilligungsunfähigkeit, hausärztlich oder internistisch zur Notwendigkeit der Behandlung.
 - Damit ist nicht gemeint, dass die Dokumentation der vorausgegangenen Schritte in allen Teilen eine ärztliche Aufgabe ist. Sie kann z.B. von den verschiedenen Beteiligten in einem strukturierten Formular vorgenommen werden, das als Anlage zum Ärztlichen Zeugnis eingereicht wird.
Eine Zusammenfassung der Dokumentation könnte auch mit dem Antrag eingereicht werden, dies wäre bei Berufs- oder ausgebildeten ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern kein Problem, kann aber Bevollmächtigte überfordern, wenn sie nicht bereits in einer strukturierten Form vorliegt.
- **Anhörung im Beisein von Betroffenen und rechtlicher Stellvertretung.**
- **Dokumentation der Mitteilung des Beschlusses.**
- **Überprüfung des Beschlusses alle 6 Monate.** Dabei sollte auch dargestellt werden, wie die verdeckte Gabe aufgenommen wurde, d.h. ob sie zu zusätzlichen Problemen im Umgang mit den Betroffenen geführt hat.

In Anbetracht der wahrscheinlichen Häufigkeit der verdeckten Gabe verzichten wir in diesem Vorschlag bewusst auf die Notwendigkeit einer Einholung eines externen Sachverständigengutachtens. Die beiden vorletzten Punkte sind selbstverständlich Bestandteile jeder betreuungsgerichtlichen Genehmigung. Sie auch bei der „verdeckten Gabe“ einzuhalten, gewährleistet, dass nicht Personen heimlich mediziert werden, die durchaus in der Lage wären, das Verfahren zu verstehen. Eine verdeckte Gabe bei solchen Patientinnen und Patienten wäre aus unserer Sicht medizinisch und ethisch kontraindiziert. Die Festschreibung einer solchen Regelung könnte auch im FamFG erfolgen, mit Verweis darauf im BGB. Wir sind uns bewusst, dass viele Elemente dieser Regelung bereits jetzt gelten, halten aber die Zusammenfassung in Bezug auf die „**Verdeckte Gabe**“ als **Zwangsmaßnahme** für notwendig und sinnvoll. Wir hoffen gleichzeitig, dass eine solche Regelung viele Verfahren im Vorfeld abfängt, weil durch bessere Kommunikation und Anpassung der Medikation eine verdeckte Gabe überflüssig wird. Durch eine Regelung würde auch vermieden, die Definition der Zwangsbehandlung als jede Behandlung gegen den natürlichen Willen aufzuweichen.