

„Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017“

Kurzbericht vom 31.1.2024

vorgelegt von:

Prof. Dr. iur. Tanja Henking, LL.M. (Medizinrecht)

Technische Hochschule Würzburg-Schweinfurt, Institut für Angewandte Sozialwissenschaften (IFAS),
Münzstraße 12, 97070 Würzburg

&

Prof. Dr. med. Georg Juckel und Dr. med. Jakob Gather, M.A.

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin, LWL-Universitätsklinikum,
Ruhr-Universität Bochum, Alexandrinenstr. 1-3, 44791 Bochum

&

Prof. Dr. med. Tilman Steinert

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm, ZFP Südwürttemberg,
Weingartshofer Str. 2, 88214 Ravensburg

A. Auftrag

Das Bundesministerium der Justiz hat im Jahr 2022 die „Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017“ in Auftrag gegeben. Mit dem Forschungsvorhaben sollten die Auswirkungen der vorgenommenen Änderungen des Gesetzes auf die Anwendungspraxis, insbesondere Art und Häufigkeit von betreuungsgerichtlich genehmigten ärztlichen Zwangsmaßnahmen, sowie die Wirksamkeit der Schutzmechanismen untersucht werden. Schwerpunktmäßig sollte dabei untersucht werden, wie sich die zentrale mit dem Gesetz bewirkte Änderung, nämlich die Entkopplung der Durchführung einer solchen Maßnahme von der freiheitsentziehenden Unterbringung unter Beibehaltung des Erfordernisses eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus gemäß § 1906a Absatz 1 Nummer 7 BGB a.F. (= § 1832 BGB), in der Rechtspraxis ausgewirkt hat. Dabei sollte zudem untersucht werden, wie die Regelungen in der Praxis umgesetzt werden und ob in der Praxis Probleme bzw. Defizite bei der Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen bestehen oder gesehen werden. Darüber hinaus sollte geklärt werden, ob diese Bestimmungen zu weit gehen, ausreichen oder weiterhin Defizite vorliegen. Die so gewonnenen Erkenntnisse sollten einer abschließenden Bewertung unterzogen werden. Der Auftrag wurde an ein interdisziplinär aufgestelltes Team vergeben (Prof. Dr. iur. Tanja Henking, LL.M.; Dr. med. Jakov Gather, M.A.; Prof. Dr. med. Georg Juckel; Prof. Dr. med. Tilman Steinert), das die Untersuchung in der Zeit vom 1. Juli 2022 bis zum 31. Januar 2024 ausgeführt hat.

B. Einleitung und Fragestellungen

Mit der Einführung des § 1906a BGB¹ (zunächst § 1906 Abs. 3 BGB) erhielt die medikamentöse Zwangsbehandlung erstmals im Jahr 2013 eine eigenständige rechtliche Grundlage im Betreuungsrecht. Im Gesetz findet sie sich unter der amtlichen Überschrift der ärztlichen Zwangsmaßnahmen wieder, da die Vorschrift nicht lediglich die medikamentöse Zwangsbehandlung, sondern u.a. auch Diagnostik oder chirurgische Eingriffe erfasst.

¹ Mit der zum 1.1.2023 in Kraft getretenen Reform des Betreuungsrechts befindet sich die Regelung des § 1906a BGB nun in § 1832 BGB. Im Bericht wird weiterhin von § 1906a BGB a.F. gesprochen, da sämtliche Auswertungen § 1906a BGB a.F. zum Gegenstand haben. Soweit eine Diskussion der Ergebnisse mit Blick auf die Umsetzung heute und in der Zukunft erfolgt, ist von § 1832 BGB die Rede (der inhaltlich identisch ist).

Der zuvor praktizierten Lösung, die Zwangsbehandlung über die Regelung des § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB mit zu erfassen, erteilte der Bundesgerichtshof im Jahr 2012 (BGH, Beschl. v. 20.6.2012, Az. XII ZB 99/12) eine Absage und stützte sich dabei auf die im Jahr 2011 ergangenen Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts zur Zwangsbehandlung, gleichwohl diese Entscheidungen Konstellationen im Maßregelvollzug zum Gegenstand hatten (BVerfG, Beschl. v. 23.3.2011, Az. 2 BvR 882/09; Beschl. v. 12.10.2011, Az. 2 BvR 633/11). Durch die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts hatte der Gesetzgeber eine sehr klare Orientierung erhalten, wie eine Regelung auszugestalten ist. Diese Vorgaben hatte der Gesetzgeber mit der im Jahr 2013 in Kraft getretenen Regelung des § 1906 Abs. 3 BGB weitgehend umgesetzt. Weitere höchstrichterliche Entscheidungen haben die Anforderungen an die Regelung präzisiert (BGHZ 201, 324 sowie BGH FamRZ 2017, 2056; BGH FamRZ 2018, 1947 jeweils zum Überzeugungsversuch; BGH NJW 2015, 1019 zur Dokumentation bei Genehmigung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme).

Im Jahr 2016 kam es zu einer weiteren Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG, Beschl. v. 26.7.2016, Az. 1 BvL 8/15). Das Bundesverfassungsgericht erklärte die Regelung des § 1906 Abs. 3 BGB mit seiner Koppelung an die Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 BGB für teilweise verfassungswidrig. In dieser zuletzt genannten Entscheidung betonte das Bundesverfassungsgericht den Schutzauftrag des Staates, der beinhaltet, auch denjenigen Personen eine Behandlung gegen ihren Willen zukommen zu lassen, die sich ansonsten krankheitsbedingt hilflos dieser Situation ausgesetzt sehen würden und denen ein erheblicher gesundheitlicher Schaden drohe. Im Übrigen betonte das Gericht aber auch in dieser Entscheidung die Tiefe des Grundrechtseingriffs, der mit der medikamentösen Behandlung gegen den (natürlichen) Willen einer Person einhergeht, und die Notwendigkeit, Zwang nur als letztes Mittel anzuwenden. Hieraus lässt sich zugleich entnehmen, dass die im damaligen § 1906 Abs. 3 BGB a.F. vorgesehenen Tatbestandsvoraussetzungen dem Anspruch von Zwang als letztem Mittel dienen. Die Betonung der Notwendigkeit von hohen Anforderungen an eine gesetzliche Grundlage, mit der es gestattet wird, in die körperliche Integrität einer Person gegen ihren natürlichen Willen einzugreifen, ist der Entscheidung deutlich zu entnehmen.

Die Frage der ambulanten Zwangsbehandlung hatte das Gericht in seiner Entscheidung aus dem Jahr 2016 offengelassen. Ob eine ambulante Zwangsbehandlung ermöglicht werden

sollte, wird im rechtswissenschaftlichen Schrifttum kontrovers diskutiert (vgl. u.a. Spickhoff 2023, Rn.16; Marschner 2023; Schmidt-Recla 2016; Henking, 2016). Die Befürworter einer ambulanten Zwangsbehandlung verweisen auf den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz und kritisieren, dass mit der Unterbringung oder Verbringung in eine/r Klinik ein weiterer Grundrechtseingriff verbunden sei, der nach ihrer Auffassung nicht erforderlich sei (Spickhoff FamRZ 2017, 1633 ff.; Brilla in: BeckOGK 2023, § 1832, Rn.14 f.).

Im Jahr 2021 hatte das Bundesverfassungsgericht eine Verfassungsbeschwerde zur ambulanten Zwangsbehandlung nicht zur Entscheidung angenommen (BVerfG, Beschl. v. 2.11.2021, Az. 1 BvR 1575/18 mit Anm. Henking GesR 2022, 147; Fölsch NJW 2021, 3593; Schmidt-Recla MedR 2022, 492). Das Bundesverfassungsgericht hat die Frage, ob durch die gesetzliche Vorgabe des stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus eine Schutzlücke entstehe, ausdrücklich offengelassen und dabei auch auf die noch ausstehenden Ergebnisse einer Evaluation der Vorschrift durch das BMJ verwiesen. In der genannten Entscheidung hatte es überdies die Frage aufgeworfen, ob eine heimliche Medikamentengabe überhaupt mit Zwang gleichzusetzen sei bzw. diese Eingriffsschwelle erreiche. Als weitere Frage wurde die Auslegung des Begriffs „stationär“ im Sinne des § 1906a BGB a.F. (jetzt § 1832 BGB) aufgeworfen. Hervorgehoben hat das Bundesverfassungsgericht, dass die Regelung Auslegungsspielräume enthalte, die von den Fachgerichten bisher nicht ausreichend verhandelt wurden. Dem Bundesverfassungsgericht ist nun erneut die Fragestellung vorgelegt worden, ob die Regelung des § 1901a Abs. 1 Nr. 7 BGB a.F. mit der sich aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG ergebenden Schutzpflicht des Staates unvereinbar sei (BGH, Beschluss vom 8.11.2023, Az. XII ZB 459/22, BVerfG 1 BvL 1/24). Nach den Sachverhaltsfeststellungen ist die Betroffene seit 2008 in einem Wohnverbund geschlossen untergebracht und wird regelmäßig ärztlich in einem nahegelegenen Krankenhaus zwangsbehandelt.

Der Gesetzgeber hatte seine Entscheidung für eine Entkoppelung der Zwangsbehandlung von der geschlossenen Unterbringung, aber gegen eine ambulante Zwangsbehandlung 2017 umfassend begründet (BT-Drs. 18/11240, S. 15). Zur Argumentation gehören die Sicherstellung von Zwangsbehandlung als letztes Mittel, eine gesicherte Prüfung aller Voraussetzungen einer Zwangsbehandlung, die Gefahr von unzureichenden Prüfungen bzw. von weniger intensiv erfolgenden Prüfungen bei wiederholt ambulant durchgeführter Zwangsmedikation, das Hineintragen von Zwang und von möglichen damit verbundenen

Traumatisierungen in das vertraute (Wohn-)Umfeld, das Nutzen multiprofessioneller Teams einschließlich Ethikberatungen, wobei diese Strukturen im ambulanten Bereich nicht in dieser Form zur Verfügung stünden, sowie ein befürchteter Vertrauensverlust in die ambulante Versorgung. Letztlich hebt der Gesetzgeber damit die Professionalität und die Organisationsstrukturen einer Klinik hervor, die einen größeren Beitrag dazu leisten können, dass Zwang nur in Ausnahmen zur Anwendung gelangt, als dies im ambulanten Bereich möglich wäre. Zu ergänzen sind mögliche Überlegungen zur ambulanten Zwangsbehandlung ohnehin um die Fragen, in welcher Form, in welchen Konstellationen, in welchen Umgebungen diese grundsätzlich denkbar sein könnten und welche Personen diese Maßnahmen auf welche Weise ausführen würden und ob auch die notwendige Nachsorge, einschließlich der Nachbesprechung des erfahrenen Zwangs, gesichert wäre. Dabei muss die jeweilige Personalausstattung im ambulanten Bereich, einschließlich anderer außerklinischer Einrichtungen, sowie im niedergelassenen Bereich berücksichtigt werden. In der jüngsten Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts stand jedoch im Kern nicht die Frage nach einer ambulanten Zwangsbehandlung im Sinne einer den Betroffenen aufsuchenden Maßnahme im Raum, sondern die Erweiterung des zulässigen örtlichen Settings, in dem Zwangsbehandlungen möglich sind, konkret bezogen auf Pflegeheime. Letzteres wirft einerseits die Frage nach mildereren Mitteln auf, wenn die Verbringung der betroffenen Person in ein Krankenhaus für diese mit zusätzlichen erheblichen Belastungen einhergeht. Andererseits geht damit nicht nur die Sorge nach einer Ausweitung von Zwangsbehandlungen und damit einem Unterlaufen des *Ultima Ratio*-Gedankens einher, sondern es stellen sich auch Fragen der Versorgungsqualität und des Rechtsschutzes der Person, die sich gegen diese Maßnahmen womöglich schwer wehren kann, weil diese im „verborgenen“ Setting des Pflegeheimes stattfinden. Auch Fragen der Gleichbehandlung werden zu bedenken sein, wenn der Ort der Zwangsbehandlung für eine bestimmte Betroffenenengruppe erweitert bzw. verändert wird. Unstreitig dürfte sein, dass die verfassungsrechtlichen Vorgaben bei der Zwangsbehandlung, auch wenn sie ambulant ausgeführt würde, ebenso eingehalten werden müssen und das in dieser Rechtsprechung vorgegebene Schutzniveau nicht herabgesenkt werden darf.

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG, Beschl. v. 2.11.2021, Az. 1 BvR 1575/18) weist zudem auf höchstrichterlich noch nicht abschließend geklärte Fragen hin, wie beispielsweise die verdeckte Gabe von Medikamenten.

Im Hinblick auf das Spannungsverhältnis zwischen dem Schutz hochrangiger Rechtsgüter der betroffenen Person auf der einen Seite und dem Abwehrrecht gegenüber Eingriffen in die Rechte derselben Person auf der anderen Seite stellt sich die Frage, ob die aktuelle Regelung ausreichend Balance zwischen den betroffenen widerstreitenden Grundrechtspositionen hält. Dabei sind die verfassungsrechtlichen Vorgaben zur Sicherstellung von Zwang als letztem Mittel klar gesteckt. Es bleibt sich in Erinnerung zu rufen, dass Grundrechte in erster Linie Abwehrrechte gegen staatliche Eingriffe darstellen und von der Annahme bzw. Entwicklung von staatlichen Schutzpflichten eher zurückhaltend Gebrauch zu machen ist (vgl. Schmidt-Recla MedR 2022, 462 ff.). Die Untersuchung konzentriert sich daher auf die Frage, ob die vorhandenen Regelungen in der Praxis ausreichen, um sicherzustellen, dass Zwang nur als letztes Mittel zum Einsatz kommt. Dabei muss allerdings einschränkend bedacht werden, dass eine Vielzahl von Faktoren, wie z.B. fehlende oder im konkreten Fall nicht zur Verfügung stehende Hilfen, dazu beitragen können, dass es zu einer Eskalation einer Situation und zu einer gravierenden Bedrohung des Gesundheitszustands der Person kommt.

Patientenverfügungen (und Behandlungsvereinbarungen) geben den Betroffenen die Möglichkeit, Einfluss auf ihre zukünftige Behandlung auszuüben, sollten sie sich zu diesem späteren Zeitpunkt im Zustand der Einwilligungsunfähigkeit befinden. Ob und in welchem Umfang von dieser Gestaltungsmöglichkeit Gebrauch gemacht wird, ist ebenfalls Gegenstand der Untersuchung. Aus den wenigen veröffentlichten Untersuchungen zur Verbreitung von psychiatrischen Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen ist von einem eher geringen Verbreitungsgrad auszugehen (Gieselmann et al., 2018; Radenbach et al., 2014; Borbé et al., 2012)². Höchststrichterliche Entscheidungen zu psychiatrischen Patientenverfügungen gibt es kaum; im somatischen Kontext bzw. im Bereich von Entscheidungen am Lebensende sind in den Jahren 2016, 2017 und 2018 gleich mehrere Entscheidungen des Bundesgerichtshofs ergangen, die für Klärung in der Praxis gesorgt haben. Diese Überlegungen sind ebenso auf den Kontext von Patientenverfügungen mit dem Fokus auf psychische Erkrankungen übertragbar. Allerdings stellen sich angesichts der Eigen- (und möglichen Fremd-)gefährdung noch besondere Fragen, wenn nämlich eine dauerhafte Unterbringung (ohne Behandlung und damit ohne Genesungsoption) im Raum steht. Staatliche Schutzpflichten bestehen dann nicht und können damit auch eine

² Für die „klassischen“ Patientenverfügungen im somatischen Bereich wird nach jüngsten Umfragen von einer Prävalenz von 37,3 % ausgegangen (Klemmt/Zehl/Neuderth/Henking 2023).

Zwangsbehandlung nicht rechtfertigen, wenn die betroffene Person eine Zwangsbehandlung zuvor wirksam mit einer Patientenverfügung ausgeschlossen hat (BVerfG Beschl. v. 8.6.2021, Az. 2 BvR 1866/17 und 2 BvR 1314/18). Mangels Reichweitenbeschränkung sind die Regelungen zur Patientenverfügung uneingeschränkt auch für psychische Erkrankungen zu beachten (Brosey BtPrax 2010, 161 ff.; Henking/Bruns GesR 2014, 585 ff.; Diener 2013).

Der Auftrag beinhaltet folgende Forschungsfragen:

- *Bietet die Neuregelung einerseits den notwendigen Schutz der Betroffenen vor einer ungerechtfertigten Anwendung von Zwang und verhindert sie andererseits bestehende Behandlungsnotwendigkeiten nicht übermäßig?*
- *Werden Patient:innen, die für eine zwangsweise durchgeführte Behandlung in ein Krankenhaus verbracht werden, durch diese Bestimmung (konkret: § 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB) in ihrer Gesundheit gefährdet und damit unverhältnismäßig belastet?*
- *Wird die Neuregelung für alle Beteiligten als praktikabel angesehen oder bestehen Probleme/Defizite bzw. werden diese bei der Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen gesehen?*
- *Werden die Regelungen einheitlich ausgelegt und angewendet?*

C. Methodik: Mixed-Methods-Ansatz

Um die genannten Fragen beantworten zu können, bedient sich das Projekt verschiedener Datenquellen und unterschiedlicher Erhebungsmethoden (Mixed-Methods-Ansatz). Die empirischen Untersuchungen wurden mit einem sequenziellen Erhebungsdesign in einer Kombination von quantitativen und qualitativen Erhebungsschritten durchgeführt. Durch die Anwendung eines solchen Mixed-Methods-Ansatzes konnten fehlende Daten bzw. Erkenntnisgewinne aus einem methodischen Zugriff durch Daten aus anderen Untersuchungsschritten kompensiert werden (Kuckartz, 2014). Im Sinne der Triangulation nach Flick (2011) wurden in den Studienteilen jeweils unterschiedliche Perspektiven auf die Thematik dieser Arbeit (u.a. Betroffene, Kliniker:innen, Richter:innen, Berufsbetreuer:innen, Pflegefachpersonen, niedergelassene Ärzt:innen) einbezogen. Diese Perspektiven wurden durch den Einsatz verschiedener komplementärer methodischer Zugänge und durch die damit verbundenen unterschiedlich generierten Datentypen konkretisiert. Durch dieses

Vorgehen konnten Erkenntnisse auf unterschiedlichen Ebenen, jeweils angepasst an die Fragestellungen dieser Arbeit, gewonnen werden. Die Integration der Daten erfolgte im Rahmen der Interpretation der Befunde im Gesamtkontext des Vorhabens.

Für sämtliche Erhebungsschritte wurden Anträge bei einer Ethikkommission gestellt. Es liegen die entsprechenden zustimmenden Voten der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum sowie eine Unbedenklichkeitsbescheinigung der Ethikkommission der Universität Ulm vor.

Datenschutzrechtliche Vorgaben wurden stets eingehalten. Ein Datenschutzkonzept wurde im Vorfeld erarbeitet.

Das Forschungsvorhaben wurde begleitet von einem Forschungsbeirat, bestehend aus 26 Beiratsmitgliedern einschließlich vier Ländervertreter:innen plus zwei weiteren Vertretern aus den Ländern mit Zuhörerstatus. Der Forschungsbeirat unterstützte das Vorhaben in unterschiedlicher Form und diente vor allem der Projektleitung als hilfreiche Quelle für Rückfragen und zur Unterstützung bei der Rekrutierung von Interviewpartner:innen und Teilnehmenden der Fokusgruppen sowie zur Diskussion der Ergebnisse einzelner Erhebungsschritte sowie einzelnen Fragestellungen.

D. Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse

Die Daten aus der B-Statistik aus den Jahren 2020 und 2021 ergeben eine Anzahl von Genehmigungen in die Einwilligung in ärztliche Zwangsmaßnahmen für das Jahr 2020 von insgesamt 4.032, bei 235 Ablehnungen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass im Jahr 2020 die Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Schleswig-Holstein keine validen Daten melden konnten. Für das Jahr 2021 lag die Anzahl der Genehmigungen bei insgesamt 3.783, die Anzahl der Ablehnungen bei 198. Im Jahr 2021 konnten die Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Schleswig-Holstein sowie Berlin keine validen Daten melden. Die B-Statistik hat als von den Landesjustizministerien geführte Statistik allerdings nicht den Zweck, ärztliche Zwangsmaßnahmen zu erfassen oder zu monitoren. Gleichwohl liefert sie als einzige bundesweite Datenquelle Anhaltspunkte, weil ihr die Anzahl der Genehmigungen und Verlängerungen in ärztliche Zwangsbehandlungen entnommen werden kann.

I. Kurzdarstellung der empirischen Ergebnisse

Bei den weiteren berichteten Ergebnissen handelt es sich um eigene im Rahmen der Studie durchgeführte Untersuchungen³.

Durchgeführt wurde eine **Online-Umfrage** unter allen psychiatrischen Kliniken in Deutschland. Es konnte eine Rücklaufquote von 43 % erreicht werden. Die Bereitschaft zur Teilnahme variierte über die Bundesländer. So haben einige Bundesländer wie Baden-Württemberg (65 %), Saarland (57 %), Bayern (56 %) und Schleswig-Holstein (55 %) die höchste Rücklaufquote im Ländervergleich. Es gaben 90 % der Befragten an, in den letzten fünf Jahren ärztliche Zwangsmaßnahmen in ihrer Klinik durchgeführt zu haben. Warum 10 % der befragten Einrichtungen auf ärztliche Zwangsmaßnahmen nach dem Betreuungsrecht verzichten konnten und wie dies ggf. mit ihrem Versorgungsauftrag zu erklären ist, lässt sich aus den erhaltenen Angaben nicht ermitteln. In einer weiteren Befragungsrunde ließ sich keine Klinik finden, die Unterbringungen vornimmt, aber die Auffassung vertritt, auf Zwangsbehandlungen grundsätzlich verzichten zu können.

Die Frage der Dokumentation von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und der Qualität der Erfassung solcher Fälle stand im Vordergrund der Online-Umfrage. Dabei zeigte sich, dass eine in den Kliniken installierte Erfassung sehr ungleich verteilt ist und dass gleichermaßen die Qualität der Erfassung variiert: Jede:r vierte Befragte gab an, dass ärztliche Zwangsmaßnahmen in den vergangenen fünf Jahren zwar stattfanden, aber nicht systematisch erfasst wurden. D.h., es findet die Dokumentation in der Krankenakte statt, eine retrospektive Fallidentifikation, z.B. für statistische Zwecke, ist allerdings nicht möglich. Eine zusätzliche anonymisierte Erfassung, in der nur die Anzahl ermittelbarer Bestandteile ist, gaben 22,4 % der Befragten an. Immerhin 43 % der befragten Kliniken erfassen ihre Fälle systematisch, was eine retrospektive Fallidentifikation ermöglicht.

Aufenthalte in somatischen Krankenhäusern mit zwangsweisen somatischen Behandlungen sind den Ergebnissen zufolge selten. Weniger als einem Viertel der Befragten war überhaupt ein Fall aus den letzten fünf Jahren erinnerlich oder aus der Dokumentation zu entnehmen. Allerdings ist von einer besonders hohen Unsicherheit auszugehen. Es dürften lediglich Fälle erfasst worden sein, in denen primär psychiatrisch behandelte Patient:innen zur Behandlung

³ Die ausführliche Darstellung der Erhebungsschritte, ihrer Ergebnisse und ihrer Diskussion findet sich in der Langfassung des Schlussberichts ab S.21ff.

einer somatischen Erkrankung im somatischen Krankenhaus untergebracht und dort behandelt wurden.

Für die **Aktenanalyse** wurden deutschlandweit, verteilt auf einzelne Bundesländer und mit weiteren Samplingvorgaben wie Stadt/Land, Einkommen, Arbeitslosenquote und Altersstruktur, Standorte ausgewählt, an denen anhand eines Fragebogens Daten vor Ort aus Gerichts- und Klinikakten erhoben wurde. Gebildet wurde ein Tandem aus Abteilungspsychiatrie und Amtsgericht, um einen Fall in seinem Verlauf betrachten zu können. Beschränkt wurde sich auf ärztliche Zwangsmaßnahmen im Jahr 2021. Dabei wurden 11 Standorte und schließlich 76 Fälle in die Stichprobe einbezogen. Innerhalb der Stichprobe (N = 76) waren mehr Frauen als Männer von einer ärztlichen Zwangsmaßnahme betroffen (Frauen: 49, Männer: 27). Elf Betroffene waren zum Zeitpunkt des Erhebungsjahres 75 Jahre oder älter sowie vier höchstens 24 Jahre alt. Die größte Gruppe an Betroffenen war der Altersgruppe zwischen 25 und 34 Jahren zuzuordnen (N = 18), gefolgt von der zweitgrößten Altersgruppe von 55 bis 64 Jahren (N = 16). Beim Großteil der Betroffenen wurde eine Diagnose nach F.20-F29.0 (ICD-10) gestellt. In der weit überwiegenden Mehrheit der Fälle erfolgte eine Behandlung der Anlasserkrankung, also der psychischen Erkrankung. In wenigen Fällen stand die Behandlung einer somatischen Erkrankung im Vordergrund bzw. stellte die ausschließliche Behandlung dar.

Patientenverfügungen wurden in den Akten kaum gesehen (lediglich in drei Fällen), die überdies inhaltlich der somatischen Anwendung zuzuordnen bzw. nicht auf die psychiatrische Behandlungssituation anzuwenden waren. Ergänzt um die Ergebnisse der Interviews, insbesondere mit den Richter:innen, war eine sehr geringe Verbreitung von Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen festzustellen.

Schwierigkeiten bereitete eine verlässliche Erfassung des Überzeugungsversuchs. Dass ein Überzeugungsversuch stattgefunden hat, fand sich in den Genehmigungsbeschlüssen stets als Feststellung.

Betrachtet wurde zudem die Verfahrensdauer ausgehend vom Datum des Antrags auf Genehmigung in die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme, bis hin zum Datum des die Einwilligung genehmigenden Beschlusses. Die Range lag dabei bei 0 (d.h. Genehmigung am Tag des Antrags) bis 59 Tage. Im Schnitt liegen zwischen Antrags- und

Genehmigungszeitpunkt 8,5 Tage. Betrachtet man den Median zeigt sich, dass in 50 % der 57 Fälle zwischen Antrags- und Genehmigungsdatum 5 Tage oder weniger liegen. Bei ergänzender Betrachtung des 75 %-Quartils zeigt sich, dass in nur 25 % der Fälle zwischen Antrag und Genehmigung 13 Tage oder mehr liegen. In 75 % der Fälle liegen zwischen Antrag und Genehmigung 12 Tage oder weniger.

In die Auswertung sind die einstweiligen Anordnungen eingeflossen. Einstweilige Anordnungen wurden in der Stichprobe häufig gesehen, und zwar in 34 Fällen und damit in etwa der Hälfte der gesehenen Fälle.

Wie der Beschluss, der die Einwilligung des rechtlichen Betreuers in die ärztliche Zwangsmaßnahme genehmigt, konkret umgesetzt wurde, konnte nicht allen Akten entnommen werden. Wenn unter Eindruck des Beschlusses Medikamente oral eingenommen wurden, wurde dies scheinbar nicht immer gesondert dokumentiert. Erfasst werden konnte, dass es in 35 Fällen zu weiteren Maßnahmen gekommen ist, die sich in ihrer Art und Intensität unterschieden. Erfasst werden konnte, dass es in 13 Fällen zu einem Festhalten, in 13 Fällen zu einer Fixierung und in fünf Fällen zu erhöhter Personalpräsenz kam. Dabei sind Mehrfachnennungen erfasst (Festhalten und Fixierung).

Sehr sparsam fielen in den Akten die Informationen zur Ermittlung des (mutmaßlichen) Willens der betroffenen Person aus. Teils fanden sich in den Beschlüssen hierzu Formulierungen wieder, die den Wortlaut des Gesetzes wiedergaben oder auch so formuliert waren, dass kein entgegenstehender Wille festgestellt werden konnte.

Ergänzt wurden diese Ergebnisse durch die **Interviews mit Kliniker:innen** (N = 28, hiervon 18 Ärzt:innen und zehn Pflegende) und **Richter:innen** (N = 54), die die gewonnenen Eindrücke zur Ermittlung des (mutmaßlichen) Willens und zu den Überzeugungsversuchen bestätigten.

Im Hinblick auf die Praxis von Überzeugungsversuchen gaben zehn der 18 befragten Ärzt:innen an, dass es Vorgaben des Betreuungsgerichts bzw. der Klinik zur Gestaltung und Dokumentation des Überzeugungsversuchs gebe. Allerdings scheinen diese sehr heterogen und in vielen Fällen nicht sehr konkret zu sein. Im Hinblick auf Methoden der unterstützten Entscheidungsfindung wurde von den befragten Kliniker:innen angegeben, dass diese zwar in vielen Fällen genutzt werden, sich aber oft auf den Einbezug von Angehörigen beschränken.

Aus den Interviews mit den Richter:innen haben sich Schwächen bei der Feststellung des Patientenwillens ergeben. Diese Schwächen zeigten sich in unterschiedlicher Weise: zum einen in der Unkenntnis der gesetzgeberischen Konstruktion, zum anderen in einer Kritik am Gesetzgeber, dass diese Konstruktion in der Praxis nicht funktioniere. So folgerichtig die Konstruktion des § 1832 mit Verweis auf § 1827 BGB ist, so schwierig erweist sie sich offenbar in der konkreten Anwendung. Hinter dieser Konstruktion steht eine Grundannahme: Die Anwendung von Zwang lässt sich nur rechtfertigen, wenn damit eine erhebliche Gefahr abgewendet wird und die Abwendung dieser Gefahr unter Zwang auch die Zustimmung des:der Betroffenen finden würde, könnte er:sie nun selbst – wirksam – darüber entscheiden. Dass ein natürlicher Wille gegen die Maßnahme geäußert wird, spricht nicht gegen diese Konstruktion, sondern ist bei der Frage der zulässigen Überwindung dieses natürlichen Willens mitzudenken. Ein weiteres Problem könnte darin bestehen, dass scheinbar regelhaft angenommen wird, die Person wünsche sich Gesundheit. Die Überlegungen müssten aber weitergeführt werden und die Frage einschließen, ob auch Gesundheit um den Preis der Erfahrung von Zwang gewünscht werde und ob Betroffene unter Gesundheit dasselbe verstehen wie professionelle Akteure im Gesundheitswesen.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Ermittlung des (mutmaßlichen) Willens zum Auftrag der rechtlichen Betreuer:innen gehört, sodass diese angehalten sind, der Willensermittlung mehr Raum zu geben.

Seitens der Kliniker:innen gab es überwiegend eine Befürwortung einer weitergehenden Regelung der Behandlungsvereinbarung im Gesetz. Im Hinblick auf eine verstärkte Nutzung von Behandlungsvereinbarungen in der klinischen Praxis wurden u.a. eine bessere personelle Ausstattung sowie das Angebot von Schulungen für Professionelle und Betroffene genannt.

Einige der befragten Richter:innen wiesen ausdrücklich auf die Fähigkeiten zur Kommunikation, der Empathie und die Bereitschaft zum Austausch hin, um zu guten Lösungen für die Betroffenen zu gelangen. Zugleich zeigten sie sich teils besorgt mit Blick auf die sich mutmaßlich weiter verschlechternde Versorgungssituation im Gesundheitswesen. Der Ärzt:innenmangel zeige sich mancherorts auch bereits auf der Ebene der Sachverständigen und begründet die Sorge der befragten Richter:innen, Verfahrensstandards nicht oder zukünftig nicht mehr einhalten zu können. Hier wurde der Wunsch nach Lösungen laut, die die Verantwortung nicht alleine bei den einzelnen Richter:innen belassen.

Das Meinungsbild zur „Ambulantisierung“ der Zwangsbehandlung gestaltete sich heterogen mit vielfältigen, im Detail unterschiedlichen Positionen. Der Begriff „Ambulantisierung“ wird hier gewählt, um die unterschiedlichen Überlegungen, die zur Erweiterung des Anwendungsbereichs der ärztlichen Zwangsmaßnahme bestanden (sowohl mit Blick auf die Räumlichkeiten, die Art der Erkrankung oder zur Art der Medikation), zu erfassen. Das Meinungsbild reichte von einer dezidierten Ablehnung einer Änderung der gesetzlichen Vorschriften über eine Änderung in Teilbereichen unter Ausschluss anderer Bereiche (beispielsweise Zulassung bei somatischen Zwangsbehandlungen, nicht aber bei Behandlung der psychiatrischen Erkrankung oder Zulassung in geschlossenen Wohnformen, nicht aber bei Depotmedikation von Betroffenen ohne Unterbringung etc.) bis hin zu wenigen Befürworter:innen einer weitestgehenden Verlagerung der ärztlichen Zwangsbehandlung in den ambulanten Raum einschließlich des Zuhauses der betroffenen Personen. Da aus der Praxis niemand mit einer ambulanten Regelung Erfahrung hat bzw. Erfahrung haben kann, muss dieser Austausch als Meinungsbild eingeordnet werden, das eine Vielfalt von Stimmen wiedergibt und auch der Einschränkung unterliegt, dass sich manche Befragte mit der Fragestellung erstmals in den Interviews befasst oder gar überfordert sahen. Auch hier wurde auf die bestehenden Strukturen im Gesundheitssystem, die Problematik der Erreichbarkeit der Betroffenen und den bereits vorhandenen Fachkräftemangel hingewiesen.

Manche Richter:innen bemängelten, dass die Regelung des § 1832 BGB und die flankierenden Verfahrensvorschriften vor allem auf psychische Erkrankungen zugeschnitten seien und sorgten sich, teilweise bezogen auf bisher noch nicht selbst verhandelte Fälle, vor Schwierigkeiten, die z.B. durch das Einholen von zwei Sachverständigengutachten entstehen könnten. Wenige Richter:innen, die bereits über eigene Fälle von ärztlichen Zwangsmaßnahmen aus dem Bereich der Somatik berichten konnten, hoben hervor, dass die Umsetzungsschwierigkeiten sich vor allem auf der praktischen Ebene ergeben hätten (z.B. Bereitschaft der Klinik zur Durchführung des Eingriffs).

Thematisiert wurde zudem die Dauer der Genehmigungsbeschlüsse bzw. deren Begrenzung auf sechs Wochen bzw. auf zwei Wochen bei einstweiligen Anordnungen. Manche Richter:innen wünschten sich eine Verlängerung der Fristen und damit die Möglichkeit, die Beschlüsse z.B. auf einen Zeitraum für drei oder vier Monate zu erweitern. Dieses wurde vor

allem mit Blick auf ärztliche Zwangsmaßnahmen geäußert, die sich über längere Zeiträume erstrecken.

Soweit sowohl Kliniker:innen als auch Richter:innen nach Fallkonstellationen befragt wurden, die Hinweise auf eine fehlende Schutzlücke im Gesetz geben würden, so wurden keine Fälle berichtet. Die wenigen berichteten Fälle waren entweder Fälle, in denen eine alternative Lösung (z.B. orale Medikation statt Injektionen bei Behandlung im somatischen Bereich oder eine freiwillige Einnahme nach mehrfachen Gesprächen) gefunden wurde und auf eine ärztliche Zwangsmaßnahme letztlich verzichtet werden konnte, die Voraussetzungen des § 1832 BGB gar nicht vorlagen (z.B. einwilligungsfähige Betroffene) oder Fallkonstellationen, die auf Versorgungslücken bzw. fehlende Erreichbarkeit der Betroffenen (z.B. bei Obdach- bzw. Wohnungslosigkeit) hinwiesen.

Mit acht Personen, die selbst eine ärztliche Zwangsmaßnahme gem. § 1906a BGB a. F. erlebt hatten, konnten semi-strukturierte **Interviews** geführt werden. Deutlich wurde der hohe Stellenwert, den **Betroffene** der Kommunikation mit den unterschiedlichen am Verfahren einer ärztlichen Zwangsmaßnahme beteiligten Akteur:innen (Ärzt:innen, rechtliche Betreuer:innen und Richter:innen) beimessen. Hierbei wurde von den Interviewteilnehmer:innen an vielen Stellen Verbesserungsbedarf in der Kommunikation und der Transparenz über Entscheidungen zu ärztlichen Zwangsmaßnahmen gesehen und auf bestehende „Machtungleichgewichte“ im Verhältnis von Betroffenen und professionellen Akteur:innen hingewiesen, die minimiert werden sollten. Die Betroffenen wurden ausdrücklich nach ihrer Einschätzung zu einer Regelung, die ärztliche Zwangsmaßnahmen auch außerhalb des Krankenhauses ermöglicht, befragt. Dabei wurden verschiedene Argumente gegen eine Durchführung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen außerhalb eines Krankenhauses genannt, die u.a. auf die außerhalb eines Krankenhauses unzureichend vorhandenen Möglichkeiten einer medizinischen Überwachung bzw. Vor- und Nachbereitung einer solchen Maßnahme verwiesen. Der Raum außerhalb des Krankenhauses wurde zudem als ein wichtiger sicherer Ort, im Interview als „safe space“, bezeichnet. Kritisch im Hinblick auf die Durchführung ausschließlich innerhalb eines Krankenhauses wurde angemerkt, dass durch die Tatsache des stationären Krankenhausaufenthaltes und die mitunter langen Verfahrensdauern eine hohe psychische Belastung entstehe, die im gewohnten häuslichen und familiären Umfeld nicht bestehen würde.

Insgesamt wurde seitens der Betroffenen Verbesserungsbedarf weniger auf der gesetzgeberischen Seite, denn auf der Ebene der Praxis gesehen.

Ergänzend kann aus der **Fokusgruppe „Psychiatrie“** berichtet werden: Kritisiert wurde von den Teilnehmenden vor allem die als teils lang empfundene Verfahrensdauer sowie die Vorgaben im Beschluss zur Medikation (z.B. im Hinblick auf die zulässige Dosierung). Von diesen Detailfragen abgesehen, verlagerte sich die Diskussion um Zwangsbehandlungen vor allem auf zwei Ebenen: die Versorgungssituation der Betroffenen außerhalb der Klinik – von der Prävention bis zur Reaktion auf Krisen – und auf das Ermitteln des (mutmaßlichen) Willens der Person, das oben bereits Erwähnung fand, wobei von den Teilnehmenden der Fokusgruppe herausgestellt wurde, dass sie vor allem die betroffene Person selbst und erst im zweiten Schritt die An- und Zugehörigen als Ressource sehen würden.

Unterschiedliche Positionen wurden von den Teilnehmenden der Fokusgruppe eingenommen zu (theoretischen) Überlegungen zur Zwangsbehandlung außerhalb der Klinik, die nur von wenigen und nur für den Bereich Depotmedikation in Betracht gezogen wurde. Recht einheitlich gestaltete sich die Ablehnung gegenüber einer möglichen Zulassung heimlicher bzw. verdeckter Medikation. Zu berücksichtigen ist, dass die Fokusgruppe sich vor allem mit Menschen mit psychischen Erkrankungen befasst hat, die außerhalb der psychischen Krise zu eigenen Willensbildungen fähig sind. Der Bereich von Menschen mit geistiger Behinderung ist allerdings auch angesprochen worden. Die Teilnehmenden befürworten überwiegend Behandlungsvereinbarungen, problematisieren jedoch auch den damit verbundenen Aufwand.

Die **Fokusgruppe „Pflegeheime“** konzentrierte sich im wesentlichen auf drei Fragestellungen: Wie wird in der alltäglichen Praxis in Einrichtungen der Altenhilfe mit Behandlungsablehnungen umgegangen? Gibt es ein Bedürfnis, Zwangsbehandlungen auch direkt im Pflegeheim durchführen zu können? Welchen Umgang und welche Position gibt es zur Frage einer heimlichen bzw. verdeckten Medikation? Die Fokusgruppe hat ihre Überlegungen vor allem mit Blick auf Betroffene mit Demenz angestellt – dies teilweise auch mit Blick auf so weit fortgeschrittene Stadien, in denen die Betroffenen zu (zielgerichteten) Willensäußerungen nicht mehr fähig sind, Vorgänge nicht mehr verstehen oder eine Kommunikation nicht mehr möglich ist und bei denen die Betroffenen einen hohen Pflegegrad aufweisen. Die Diskussion hat gezeigt, dass eine Klärung des Begriffs

„Zwangsbehandlung“ für die Praxis notwendig ist. Bemerkenswert erscheint, dass aus Sicht der Fokusgruppenteilnehmenden die heimliche bzw. verdeckte Gabe von Medikamenten in den letzten Jahren eher aus dem Praxisalltag zurückgedrängt und Fragen mit Blick auf die bedarfsgerechte Versorgung der Betroffenen aufgeworfen wurden. Zugleich ist hervorgehoben worden, die Gründe für eine Ablehnung zu eruieren; Gründe könnten auch in der falschen Darreichungsform bestehen, eine aktuelle Überforderung oder ein Zeichen für eine sich als palliativ entwickelnde Behandlungssituation darstellen. Der Möglichkeit, ärztliche Zwangsmaßnahmen in der Pflegeeinrichtung durchführen zu können, standen die Fokusgruppenteilnehmenden weitgehend ablehnend gegenüber.

II. Beantwortung der Forschungsfragen

Zusammenfassend lassen sich die Forschungsfragen folgendermaßen beantworten:

Bietet die Neuregelung einerseits den notwendigen Schutz der Betroffenen vor einer ungerechtfertigten Anwendung von Zwang und verhindert sie andererseits bestehende Behandlungsnotwendigkeiten nicht übermäßig?

Die Vorschrift beachtet ausreichend den Ultima Ratio-Gedanken und bietet mit den einzelnen Tatbestandsmerkmalen einen Prüfungskatalog für alle beteiligten Akteur:innen. Die Neuregelung hat zu keiner erkennbaren Ausweitung der ärztlichen Zwangsmaßnahmen geführt. Fälle einer ärztlichen Zwangsmaßnahme ohne freiheitsentziehende Unterbringung bilden die Ausnahme.

Werden Patienten, die für eine zwangsweise durchgeführte Behandlung in ein Krankenhaus verbracht werden, durch diese Bestimmung (konkret: § 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB) in ihrer Gesundheit gefährdet und damit unverhältnismäßig belastet?

In der Aktenanalyse konnten keine Fälle gesehen werden, bei denen der bloße Umstand, dass die Behandlung im Krankenhaus durchgeführt wurde, zu einer Gesundheitsgefährdung geführt hatte. Solche Fallkonstellationen wurden auch nicht in den Interviews berichtet.

Wird die Neuregelung für alle Beteiligten als praktikabel angesehen oder bestehen Probleme/Defizite bzw. werden bei der Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen gesehen?

Die Vorschrift und der Umgang mit den flankierenden Verfahrensvorschriften werden als komplex und schwierig erlebt. Probleme werden im Verfahrensrecht bei der Auswahl des:der

Sachverständigen und den Fristen, konkret der Dauer der Beschlüsse von max. sechs respektive zwei Wochen (bei einstweiligen Anordnungen) gesehen. Der (großzügige) Rückgriff auf einstweilige Anordnungen ist problematisch. Insgesamt wird das Verfahren teilweise als „sperrig“ und langwierig erlebt, wobei in der Aktenanalyse nahezu ausschließlich zügige Abläufe der einzelnen Verfahrensschritte gesehen wurden. Gleichwohl wurde in den Interviews von langen Verfahrensdauern, insbesondere bedingt durch die Dauer der Gutachtenerstellung, berichtet. Teilweise wurde bemängelt, dass die Vorschrift nicht gut auf Zwangsbehandlungen im somatischen Bereich anzuwenden sei.

Werden die Regelungen einheitlich ausgelegt und angewendet?

Unterschiede lassen sich in der Überprüfung der Überzeugungsversuche und den inhaltlichen Anforderungen an diese festmachen. Dies spiegelt sich auf der Ebene der Kliniken wider, die einen unterschiedlichen Umgang mit der Dokumentation des Überzeugungsversuchs und letztlich auch mit dem Bemühen um die Überzeugung der betroffenen Person pflegen. Der (mutmaßliche) Wille der betroffenen Person wird in unterschiedlicher Gründlichkeit überprüft. Der Umgang mit einstweiligen Anordnungen ist unterschiedlich in der Häufigkeit ihres Gebrauchs. Keine unterschiedliche Auslegung wurde in den analysierten Fällen mit Blick auf die Einschätzung des erheblichen gesundheitlichen Schadens gesehen. Gleichwohl wurde in den Interviews manchmal berichtet, dass dieses Tatbestandsmerkmal unterschiedlich restriktiv (bis hin zu Lebensgefahr) ausgelegt werde.

Die Regelung in § 1832 BGB weist die Aufgabe der Überprüfung der Voraussetzungen primär den rechtlichen Betreuer:innen zu. Interviews ausschließlich mit rechtlichen Betreuer:innen wurden nicht geführt; sie waren jedoch Teilnehmende in den Fokusgruppen. Es entstand sowohl im Rahmen der Aktenanalyse als auch den Interviews mit den Richter:innen der Eindruck, dass die rechtlichen Betreuer:innen eine eher zurückhaltende Rolle im Geschehen rund um ärztliche Zwangsmaßnahmen einnehmen. Dieser Eindruck wurde zum Teil durch Vordrucke oder Formulare der Klinik verstärkt, denen ein „Antrag“ auf ärztliche Zwangsmaßnahmen zu entnehmen war, oder „Anträge“ einschließlich ärztlicher Zeugnisse, in denen lediglich ein Passus zum Einverständnis mit dem Vorgehen seitens des:der rechtlichen Betreuers:Betreuerin zu lesen war.

E. Empfehlungen

Die Empfehlungen erfolgen vor dem Hintergrund der gewonnenen empirischen Erkenntnisse:

- Als erste Empfehlung muss auf eine Verbesserung der Datenlage, die ein Monitoring erlaubt, gedrängt werden; auch um die Möglichkeiten zur Forschung auf diesem Gebiet zu stärken.
- Empfohlen wird außerdem, eine Informationsplattform zum Verfahrensablauf sowie zu den beteiligten Akteuren und deren spezifischen Rollen bereit zu stellen.
- Da weder aus der Untersuchung heraus ein Hinweis auf eine Schutzlücke noch ein Hinweis auf ein Aufweichen des Ultima-Ratio-Gedankens gefunden werden konnte, ergibt sich aus den empirischen Befunden dieser Untersuchung kein Änderungsbedarf mit Blick auf die Regelung in Nr. 7.

Eine Klarstellung hingegen, ob der Gesetzgeber auch den teilstationären Klinikaufenthalt (ausdrücklich teilstationär, nicht ambulant) von der Vorschrift erfasst sieht, ist wünschenswert und würde für Rechtssicherheit sorgen. Nach dem bisherigen Verständnis der Vorschrift versteht sich stationär als vollstationär, wobei dies unter Beachtung einiger Voraussetzungen nicht zwingend erscheint, um den restriktiven Ansatz weiterhin zu verfolgen. Am restriktiven Ansatz des Gesetzgebers sollte festgehalten werden. Die Überlegungen würden sich faktisch voraussichtlich auf wenige Fälle im Bereich der ohnehin wenigen Fälle im somatischen Bereich beschränken. „Teilstationär“ als Ausnahme vom Regelfall „vollstationär“ für zulässig zu erachten, würde Probleme, die für ärztliche Zwangsmaßnahmen aus dem somatischen Bereich (z.B. Diagnostik) angezeigt wurden, lösen können. Voraussetzung muss sein, dass die Betroffenen in eine Klinikstruktur eingegliedert sind, eine Nachsorge sichergestellt und ausnahmsweise ein Verbleib über Nacht nicht erforderlich ist, bei Bedarf aber ermöglicht werden kann. Da sich diese Fälle als Einzelfälle darstellen, erscheint eine Klarstellung, dass „stationär“ ausschließlich „vollstationär“ bedeutet, aufgrund möglicher Abgrenzungsschwierigkeiten ebenso gut vertretbar.

An der Voraussetzung „Klinik“ sollte aus Qualitätsgründen und zur Sicherung der Einhaltung aller übrigen Voraussetzungen des § 1832 BGB festgehalten werden. Der Gesetzgeber hatte in der Vergangenheit hierauf Bezug genommen, um nicht nur die Versorgung einschließlich der Vor- und Nachsorge auf einem entsprechenden Niveau zu halten, sondern auch, um im Sinne seines restriktiven Ansatzes Zwang als letztes Mittel sicherzustellen. Selbst

Befürworter:innen einer möglichen Öffnung der Vorschrift zweifeln die Umsetzbarkeit mit Blick auf die vorhandenen Strukturen an. Nur der professionelle Rahmen einer Klinik gewährleistet eine ausreichende Sicherstellung, dass die einzelnen Zulässigkeitsvoraussetzungen geprüft und überprüft werden können. Außerhalb der Klinik ist diese Versorgungsqualität nur schwer zu gewährleisten. Auch die Nachsorge ist nur in diesem Setting möglich. Denn hierzu gehört nicht nur die eigentliche Nachsorge selbst, sondern auch die Entscheidung, was z.B. aufgrund bestimmter Risikofaktoren bei der betroffenen Person und aufgrund des konkreten Behandlungsverlaufs an konkreter Nachsorge notwendig ist. Der professionelle Rahmen in der Klinik bietet zudem die Gewähr, dass die betroffene Person bei Komplikationen zur weiteren Überwachung in der Klinik bleiben kann (z.B. Schluckbeschwerden nach der Narkose, Anzeichen für ein Delir, Komplikationen unter dem Eingriff). Die durch den Vorlagebeschluss des BGH vom 8. November 2023 (Az. XII ZB 459/22) neu hinzukommende Überlegung, die stationsäquivalente Behandlung (StÄB) als mögliches Setting für eine Zwangsbehandlung einzubeziehen, erscheint nicht passend (unabhängig von den übrigen Fragen, die sich aus dem konkreten Sachverhalt ergeben). Die StÄB, die im häuslichen Umfeld erfolgt, ist auf Zustimmung des:der Patient:in und damit auf Freiwilligkeit aufgebaut. Es wäre somit wohl ein Paradigmenwechsel, die StÄB zur Ermöglichung von Zwang einzusetzen.

Wenn sich der Gesetzgeber zu einer Klarstellung im Sinne einer Erfassung von „teilstationär“ im Begriff „stationär“ entschließt, darf der Ultima-Ratio-Gedanke nicht gefährdet werden. Hinzuweisen ist auf zwei wichtige Punkte, die hier nicht zu Missverständnissen führen dürfen: Sämtliche Voraussetzungen des § 1832 BGB müssen weiterhin vorliegen mit der Folge, dass nicht der Raum für eine regelhafte Depotmedikation außerhalb des vollstationären Rahmens eröffnet wird. Das verfassungsrechtlich enge Verständnis von Zwang als letztem Mittel darf nicht verändert werden. Hierfür sind Strukturen erforderlich, die der außerklinische Rahmen nicht bietet. „Teilstationär“ ist nicht zu verwechseln mit „ambulant“ und verlangt eine Eingliederung in die Klinikstruktur einschließlich der konkreten Option des Verbleibs über Nacht ohne Verlegungsnotwendigkeit. Damit wird sichergestellt, dass die betroffene Person nicht nur als „Termin“ wahrgenommen wird, sondern in die Klinikstruktur eingegliedert sein muss und ihre Nachsorge, z.B. nach einer radiologischen Untersuchung unter Sedierung, erfolgen muss. Da der vollstationäre Aufenthalt hierfür als Standard zu betrachten ist, müsste für diesen Ausnahmefall explizit begründet werden, warum eine

teilstationäre Versorgung ausreicht und eine Übernachtung in der Klinik nicht notwendig ist bzw. zugleich aufgrund der Organisationsstrukturen sichergestellt ist, dass die Nachsorge auch den Verbleib über Nacht im Bedarfsfall ermöglicht. Zu berücksichtigen ist auch, ob die betroffene Person überhaupt in der Lage dazu ist, sich nach der Zwangsbehandlung der erforderlichen Therapiesicherung entsprechend zu verhalten.

Eine ausdrückliche Regelung zur heimlichen Gabe von Medikamenten wird nicht für erforderlich gehalten, da auch die heimliche bzw. verdeckte Gabe von Medikamenten eine Behandlung gegen den (natürlichen) Willen der Person ist und damit eine Zwangsbehandlung im Sinne des § 1832 BGB darstellt, wenn sie angewendet wird, um den erwarteten bzw. im Vorfeld beim Versuch einer nicht verdeckten Gabe geäußerten entgegenstehenden Willen der betroffenen Person zu überwinden.

Die Untersuchung hat Defizite in der praktischen Umsetzung der Vorschrift des § 1832 BGB sichtbar gemacht. So findet die Überprüfung des (mutmaßlichen) Willens der betroffenen Person oftmals nur wenig Beachtung. Die Annahme einer gewünschten Besserung des Gesundheitszustands ist bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens oftmals leitend. Die gesetzlichen Regelungen geben zwar den Prüfauftrag vor. Die Praxis wird allerdings mit dem Problem konfrontiert, wie sie den aktuellen ablehnenden Willen mit einem zuvor geäußerten Behandlungswunsch oder einem mutmaßlichen Willen in Einklang bringen soll. Patientenverfügungen spielen in der Praxis nur eine marginale Rolle, sodass die beteiligten Akteure aufgefordert sein sollten, mehr Beratung und Unterstützung bei der Erstellung anzubieten. Das Gesetz sieht dies mit Blick auf die rechtlichen Betreuer:innen schließlich bereits als deren Aufgabe vor. Da die Erstellung einer Patientenverfügung stets freiwillig erfolgen muss, darf diese nicht zur Pflicht werden, sodass die Ebene des Anbietens ausreicht, aber ausgebaut werden sollte.

Die Überprüfung des Überzeugungsversuchs wird von den Betreuungsgerichten in unterschiedlicher Tiefe, sowohl mit Blick auf das Überprüfen selbst als auch mit Blick auf die Anforderungen an den Überzeugungsversuch durchgeführt und offenbar auch unterschiedlich von den Kliniken praktiziert. Der Gesetzgeber hat 2017 die Anforderungen an den Überzeugungsversuch bereits präzisiert. Um der Vielgestaltigkeit der Fälle weiterhin gerecht zu werden, sollte es bei der aktuellen Fassung des Gesetzeswortlauts bleiben.

In verfahrensrechtlicher Hinsicht sollten folgende Punkte überdacht werden:

- Konkretisierung der Voraussetzung einer einstweiligen Anordnung bei ärztlichen Zwangsmaßnahmen
- Verlängerung der Dauer der Genehmigungsbeschlüsse bei ärztlichen Zwangsbehandlungen, die bereits über zwei Jahre andauern und bei denen eine besonders komplexe Erkrankungs- und Behandlungssituation besteht
- Verbesserungen auf Ebene der Verfügbarkeit von Sachverständigen durch Poollösungen bei Gerichtsbezirken oder Ansiedlung bei den öffentlichen Gesundheitsämtern (ausdrücklich kein Herabsenken der Verfahrensstandards in diesem sensiblen Bereich)

Wiederholt und nachdrücklich angesprochen wurden von allen an der Untersuchung beteiligten Akteuren und vor allem von den Betroffenen selbst die Versorgungssituation in Kliniken und im ambulanten Sektor sowie die notwendigen Verbesserungen auf allen Ebenen (Haltung, Kommunikation, Zeit, ausreichend geschultes Personal, Geduld, Verhandlungsbereitschaft über Alternativen, Empathie). Dieses sind alles keine Bereiche, die über das BGB oder das FamFG gelöst oder von einem Gericht kontrolliert werden können. Ihre Wichtigkeit zur Verbesserung der Situation von Betroffenen kann allerdings nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Das Verfahren ist anspruchsvoll und verlangt von allen Beteiligten nicht nur Kenntnisse über das anzuwendende Recht, sondern auch die Bereitschaft zum Austausch miteinander, damit der in § 1832 BGB angelegte restriktive Gedanke gewahrt bleibt, Verfahrensschutz gelingen kann und die Stimme der betroffenen Person ausreichend Gehör findet. Abschließend soll zudem noch einmal hervorgehoben werden, dass zuvorderst der:die rechtliche Betreuer:in für die Prüfung der Voraussetzungen des § 1832 BGB zuständig ist.

Die Aufgaben liegen somit vor allem in der praktischen Umsetzung. Einer Veränderung der Regelung des § 1832 BGB bedarf es dafür nicht.