Vermeidung von Zwangsbehandlung nach § 1832 BGB:

Kliniksicht und Betreuer:innensicht

Dr. Sabine Bendix, Dr. Thorsten Stoy

20. Bundes - Betreuungsgerichtstag

Digital. Menschlich. Selbstbestimmt! – Rechtliche Betreuung in Zeiten des Wandels

22 - 24.10.2026

Gliederung

1. Relevanz des Themas
2. Im Focus stehen ..
3. Ausgangsfragen
4. Ursachen für Krisen verstehen / Erklärungsmodelle
5. Was ist eine Zwangsbehandlung nach § 1831 BGB
6. Wie kann eine Zwangsbehandlung nach § 1831 BGB verhindert werden?
7. Phasen der klinischen Behandlung und rechtlichen Betreuung
    1. Phase 1: Stabile Phase
    2. Phase 2: Instabile Phase
    3. Phase 3: Akutphase
    4. Phase 4: Nachsorge

Relevanz des Themas …

- Neufassung des § 1831 BGB zum 01.01.2027 (BVerfG 26.11.2024, Az 1 BvL 1/24
- Grundrechtseingriffe
  - in die körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG)
  - Recht auf Selbstbestimmung (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG)
- Gesellschaftlicher Auftrag: Vermeidung von Zwang als Fundament freiheitlich-demokratischer Gesellschaften

Im Focus stehen Menschen, …

- … die bereits eine rechtlichen Betreuung nach § 1814 BGB haben
- … die eine psychische Erkrankung haben, welche eine psychiatrische Behandlung erfordert
- … denen ohne psychiatrische Behandlung ein erheblicher gesundheitlicher Schaden droht
- … deren freie Willensbildung durch die psychische Erkrankung beeinträchtigt ist

Ausgangsfragen?

- Was lässt psychische Erkrankungen entstehen?
- Wie können (erneute) Dekompensationen erklärt werden?

- Was ist eine Zwangsbehandlung nach § 1832 BGB?
- Wie kann eine solche Zwangsbehandlung in der Praxis vermieden werden?



Ausgangsfragen?

- Wie kann eine Zwangsbehandlung in der Praxis vermieden werden?

a. Durch die Verhinderung der (erneuten) Erkrankungsepisode
b. Durch Einwilligung in die Behandlungsabsicht durch den Betroffenen



Ursachen für Krisen verstehen

1. Wie entstehen Psychosen?

- **Multifaktorielle Entstehung**: genetisch, neurobiologisch, psychosozial
- **Genetische Vulnerabilität**: viele Risikovarianten, keine einfache Vererbung
- **Mögliche Einflussfaktoren**: Entwicklungs- und Umweltbedingungen (frühe Belastungen, psychosozialer Stress, Substanzkonsum…)
- **Vulnerabilität und Belastung**: individuelle Belastungen übersteigen die Bewältigungs- und Schutzfaktoren
- **Heterogene Verläufe**: Faktoren und Symptomausprägung unterscheiden sich zwischen Personen

Quelle: DGPPN et al. (2026). *S3-Leitlinie Schizophrenie – Living Guideline*, Version 5.0, AWMF-Reg.-Nr. 038-009.

Ursachen für Krisen verstehen

2. Wie entsteht eine akute psychotische Episode?

- **Medikamente**: Auslassen, eigenständiges Absetzen oder deutliche Dosisänderung – mögliches Rückfallrisiko
- **Drogen und andere Substanzen**: z. B. Cannabis oder Amphetamine, mögliche Auslöser oder Verstärker psychotischer Symptome
- **Belastende Lebensereignisse**: z. B. Trennung, drohender Wohnungsverlust oder Schulden
- **Krankheitsverlauf**: Krise auch ohne eindeutig erkennbaren Auslöser möglich

Erklärungsmodelle

- Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Zubin, Joseph; Spring, Bonnie 1977)

- Schutzfaktorenmodell nach Werner, Emmy (Kauai-Studie, Werner & Smith 1982)

- Vulnerabilitäts-Stress-Coping Modell nach Wittchen, Hans Ullrich (Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (Hrsg.). (2011). Klinische Psychologie & Psychotherapie (2. Aufl.). Heidelberg: Springer)

Erklärungsmodelle - Gemeinsamkeiten

Zentrale Gemeinsamkeit:

- Sie erklären die Entstehung von psychischer Gesundheit und Krankheit als ein dynamisches Zusammenspiel von biologischen Veranlagungen, Umweltbelastungen und individuellen Bewältigungsmechanismen

Erklärungsmodelle - Gemeinsamkeiten

Es gibt immer zwei Seiten:

- Interne Faktoren: Die individuelle Verwundbarkeit (Vulnerabilität) oder biologische/genetische Voraussetzungen, individuelle Bewältigungsmechanismen
- Externe Faktoren: Belastende Lebensereignisse, chronischer Stress oder traumatische Umweltbedingungen

Erklärungsmodelle – Drei Ebenen der Schutzfaktoren

1. Personale Schutzfaktoren (aktive Coping-Strategien, Optimismus und Akzeptanz, gute Emotionsregulation)

2. Soziale Schutzfaktoren
   a. Soziale Unterstützung - einen Menschen der emotionalen und praktischen Rückhalt bietet,
   b. sichere Bindungserfahrungen – eine stabile Bezugsperson,
   c. Wertschätzung im Alltag durch Bezugsperson

3. Strukturelle und umweltbezogene Schutzfaktoren (finanzielle und materielle Sicherheit, Zugang zu Ressourcen z. B. Eingliederungshilfe)

Was ist eine Zwangsbehandlung nach § 1832 BGB?

Eine ärztliche (Heil-)Behandlung entgegen dem geäußerten natürlichen Willen der Ablehnung der Behandlung



Zwangsbehandlung nach § 1832 BGB: Was ist entscheidend?

Zum einen: **Dass die Betroffenen die Maßnahme mit natürlichem Willen ablehnen,**

und zum anderen: **jedoch erhebliche gesundheitliche Schäden ohne die Maßnahme drohen**

Wichtig: ultima ratio



Wie kann eine Zwangsbehandlung nach § 1832 BGB vermieden werden?

Ganz allgemein:

Indem der betroffene Mensch der ärztlichen (Heil-)Behandlung mit natürlichem Willen, d. h. eingeschränkter freier Willensbildung, zustimmt!

Wie kann eine Zwangsbehandlung nach § 1832 BGB vermieden werden?

Ist das nicht zu wenig belastbar?

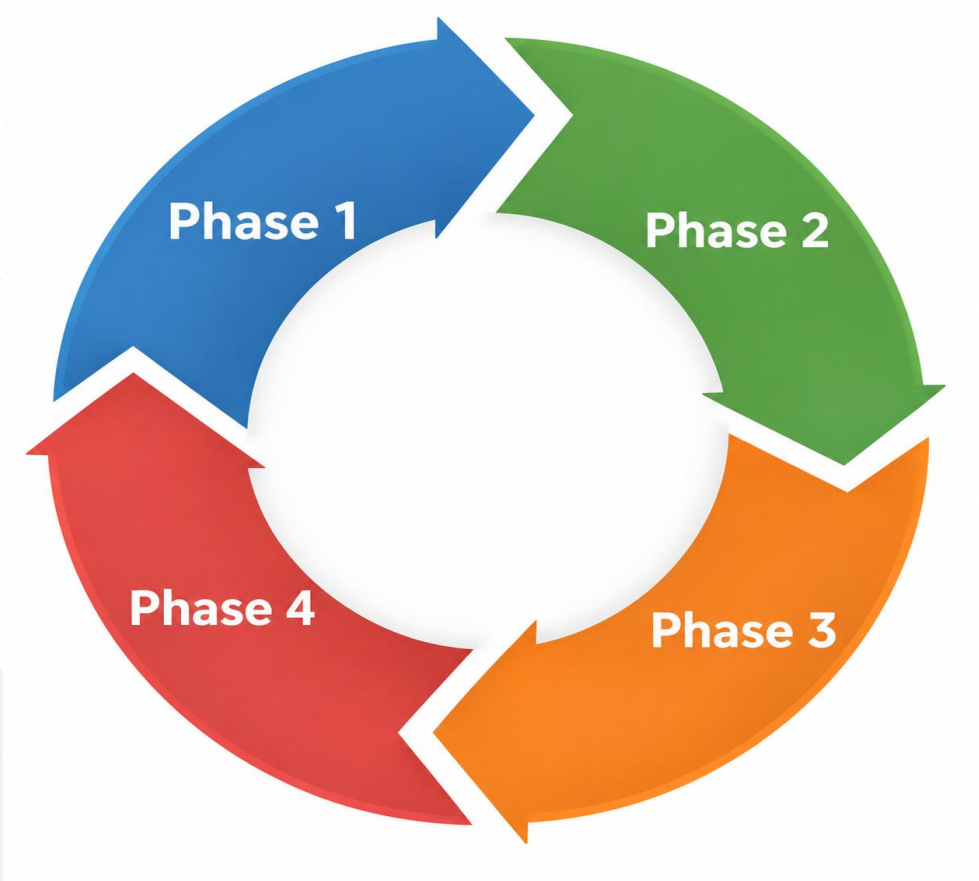
Nein, da durch die Zustimmung mit natürlichem Willen

a) das gerichtliche Zwangsbehandlungsverfahren nicht erforderlich ist,

b) die Verhältnismäßigkeit eingehalten wird: so wenig Grundrechtseingriffe wie möglich und

c) das Ertragen von Zwang verhindert wird

Phasen der klinischen Behandlung und rechtlichen Betreuung



- Phase 1: Stabile Phase – Vermeidung des Behandlungsabbruchs
- Phase 2: Instabile Phase – zunehmende Behandlungsbedürftigkeit
- Phase 3: Akutphase - Behandlung in der psychiatrischen Klinik
- Phase 4: Nachsorge - Behandlung in der psychiatrischen Klinik, abklingende Symptomatik

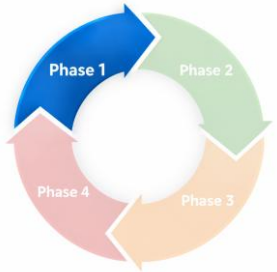
Phase 1: Stabile Phase - Vermeidung des Behandlungsabbruchs

Kennzeichen:

- Individuelle Symptomatik ist unter Kontrolle
- Regelmäßige Behandlungskontakte zur psychiatrischen Klinik, Ambulanz, ambulante psychiatrisch Behandelnde
- Regelmäßige Kontakte zu rechtlichen Betreuer:in

Ziele:

- Beibehaltung der stabilen Phase (personale Schutzfaktoren aufbauen und stabilisieren)
- Erneute Krankheitsphase vorbereiten (personale Schutzfaktoren aufbauen und stabilisieren)
- Abbau von betreuungsrechtlich relevanten Belastungsfaktoren / Gewinn von finanzieller, materieller Sicherheit, Zugang zu strukturellen Ressourcen (Bsp. der Eingliederungshilfe, Wohngeld, …Strukturelle und umweltbezogene Schutzfaktoren aufbauen und Stabilisieren)
- Aufbau und Stabilisierung von Sozialen Schutzfaktoren …



Behandlungsvereinbarung

1. Was ist das – und wozu dient sie?

- **Schriftliche Vereinbarung** zwischen Patient:in und Klinikmitarbeitenden
- **Angehörige oder Betreuer:innen** können einbezogen werden
- **Gemeinsame Vorbereitung** auf eine mögliche stationäre Behandlung – auch bei anfänglicher Ablehnung
- Mehr **Transparenz und Berechenbarkeit**
- **Vertrauen** stärken und freiwillige Aufnahme erleichtern

Behandlungsvereinbarung

2. Was kann vereinbart werden?

- Bevorzugte Station und Vertrauensperson in der Klinik
- Bevorzugte Medikation und Darreichungsform
- Einzubeziehende Bezugspersonen
- Deeskalationsmaßnahmen und Wünsche für den Fall, dass Zwang nicht verhindert werden kann
- Zu regelnde private oder berufliche Angelegenheiten (Kinder, Haustiere, Krankmeldung…)
- Im Fall einer Ablehnung: Wer kann am ehesten überzeugen?

Behandlungsvereinbarung

2. Was kann vereinbart werden?

In der Krise waren bisher folgende Medikamente hilfreich:

1. _____

2. _____

3. _____

Herr/Frau_____ lehnt folgende Medikamente grundsätzlich ab, weil schwere Unverträglichkeitsreaktionen aufgetreten sind:

_____

_____

Herr/Frau_____wünscht regelmäßige Gespräche zur Überprüfung der Wirksamkeit der Medikamente.

Sofern nach ca. 1 Woche keine Besserung eintritt, ist er/sie bereit, andere Medikamente zu nehmen.

Bei der Medikamenteneinnahme wird folgende Form bevorzugt:

- ❍ Tabletten/Dragees
- ❍ Tropfen
- ❍ Spritzen
- ❍ Depot

5. **Zwangsmaßnahmen:**

Falls während der Behandlung psychiatrische Zwangsmaßnahmen notwendig erscheinen, soll vorher folgendes unbedingt versucht werden
(Prioritäten durch die Ziffern 1, 2, 3 kennzeichnen):

- ❍ Begleitung im weichen Zimmer/Rückzug in reizarme Umgebung
- ❍ Einzelbetreuung
- ❍ Vertrauensperson hinzuziehen
- ❍ Gespräch
- ❍ Bad
- ❍ Spaziergang mit: _____
- ❍ Bewegung
- ❍ Essen anbieten
- ❍ Rauchen
- ❍ Musik machen/Musik hören

Bei Zwangsmaßnahmen soll _____ benachrichtigt werden.

Zur Abwendung eines Beschlusses soll aufgrund meiner Erfahrungen berücksichtigt werden:
(nach Möglichkeit Reihenfolge):

- ❍ _____
- ❍ _____

Quelle: IGdApK Herford (Interessengemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker Herford)

Krisenplan

1. Meine Frühwarnzeichen

- Unsicherheit, was real ist, Dinge auf mich beziehen
- Misstrauen oder Gefühl, beobachtet zu werden
- Ungewöhnliche Geräusche oder Stimmen wahrnehmen
- Konzentrationsprobleme
- Angst, Unruhe, Nervosität oder Reizbarkeit
- Sozialer Rückzug
- Schlafstörungen oder Vernachlässigung der Körperpflege

Quelle: Selbsthilfegruppe Balance für Bipolar Betroffene in Berlin

Krisenplan

1. Meine Frühwarnzeichen



Mein Krisenplan für die Manie

Meine Frühwarnzeichen für den Beginn einer (Hypo-)Manie

Wenn mehrere meiner folgenden Frühwarnzeichen auftauchen, dann kann es sein, dass ich am Anfang einer (Hypo-)Manie stehe:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Quelle: Selbsthilfegruppe Balance für Bipolar Betroffene in Berlin

Krisenplan

2. Was mir hilft

- Psychiater:in kontaktieren, Medikamente nur nach gemeinsamer Absprache anpassen
- Ruhe und Entlastung: Auszeiten nehmen, ggf. krankmelden
- Unterstützung organisieren: Angehörige/Freund:innen ansprechen, Verpflichtungen absagen, Aufgaben abgeben
- Reize reduzieren und zusätzliche Pausen machen
- Auf regelmäßige Schlafenszeiten achten
- Entspannungsverfahren nutzen, wohltuende Aktivitäten einplanen

Quelle: Selbsthilfegruppe Balance für Bipolar Betroffene in Berlin

Prinzipien der Psychopharmakotherapie

Vivantes

Nebenwirkungen sind der häufigste Grund für das Absetzen von Psychopharmaka.

Prinzipien der Psychopharmakotherapie

Vivantes

	Akathisie	Parkinsonoid		Spätdyskinesien	Gewichtszunahme	Metabolische Veränderungen	Diabetes mellitus	Obstipation	Hyperprolaktinämie	Dysmenorrhoe/ Amenorrhoe	Sexuelle Dysfunktion	Sedierung	Orthostatische Dysregulation	Verlängerung der QTZeit	Transaminasen-/ Bilirubinanstieg	Blutbildveränderungen	Agranulozytose/ Panzytopenie	Epileptische Anfälle	MNS	Pneumonie
Amisulprid	+	+		+	0/+	0/+	0/+	++	+++	++	++	0/+	0/+	++	0/+	0/+	0/+	0/+	?	0
Aripiprazol	++	+		+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	?
Cariprazin	++	++		+	0/+	0/+	0/+	0	0	0	0	0	0/+	0/+	++	0/+	0/+	0/+	0/+	?
Clozapin	+	0		0	+++	+++	+++	+++	0/+	0/+	+	+++	+++	+	++	+	++	++	0/+	++
Flupentixol	+++	+++		++	++	+	+	++	0/+	0/+	+	++	++	0/+	+	0/+	0/+	+	0/+	?
Fluphenazin	+++	+++		+++	0/+	0/+	0/+	+	0/+	0/+	+	++	++	+	+	+	0/+	++	0/+	?
Haloperidol	+++	+++		+++	+	0/+	0/+	+	+++	++	++	+	0	0/+	++	+	0/+	0/+	+	?
Lurasidon[1]	+/++	+/++		+	0/+	0/+	0/+	+	+	+	+	+	0/+	0/+	+	0/+	0/+	0/+	0/+	?
Melperon	0/+	0/+		0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	++	++	+	0/+	+	0/+	?	0/+	?
Olanzapin	+	0/+		0/+	+++	+++	+++	++	+	0	+	+/++	++	0/+	+	0/+	0/+	0/+	0/+	+
Paliperidon	+	++		+	++	+	+	++	+++	+++	++	0/+	+	+	++	0/+	0/+	0/+	0/+	?
Perphenazin	++	++		++	++	+	?	+	+	+	+	+	+	+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	?
Pipamperon	++	+		0/+	?	?	+	?	0/+	++	++	++	++	+	+	+	0/+	0/+	0/+	?
Quetiapin	+	0/+		0/+	++	++	++	+	0/+	0/+	+	++[2]	++[2]	+	++	++	0/+	0/+	0/+	+
Risperidon	+	++		+	++	+	+	++	+++	++	++	+	+	+	+	0/+	0/+	0/+	0/+	+
Sertindol	+	0/+		+	++	+	+	+	+	+	+	0/+	+	+++	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	?
Ziprasidon	+/++	+		+	0/+	0/+	0/+	0/+	+	0/+	+	+	0/+	++	+	0/+	0/+	0/+	?	?
Zuclopenthixol	+++	+++		++	++	+	+	++	++	++	++	+++	++	0/+	0/+	0/+	0/+	+	0/+	?

Quelle: DGPPN et al. (2026). *S3-Leitlinie Schizophrenie – Living Guideline*, Version 5.0, AWMF-Reg.-Nr. 038-009.

Prinzipien der Psychopharmakotherapie

1. Allgemeine Prinzipien

- Wirkung, mögliche Nebenwirkungen und Alternativen verständlich besprechen
- Behandlung gemeinsam entscheiden - **Shared Decision Making**
  - Zielsymptomatik festlegen
  - Vorerfahrungen und persönliche Präferenzen berücksichtigen
  - Vor- und Nachteile vs. Nutzen und Risiken bei Behandlungsverzicht
- Komorbiditäten, Alter und Geschlecht berücksichtigen
- Nebenwirkungen systematisch beachten

Vivantes. Berlin kann Gesundheit.

Prinzipien der Psychopharmakotherapie

2. Dosisreduktion und Absetzen

- Dosisreduktion schrittweise und ärztlich begleitet planen
- Kann Nebenwirkungen und mögliche Langzeitfolgen verringern
- Mögliche Beschwerden nach Reduktion oder Absetzen: Konzentrationsstörungen, Magen-Darm-Beschwerden, Schwitzen, Schwindel, Herzrasen, Zittern, Kopfschmerzen, Angst, Unruhe oder Reizbarkeit
- Auch möglich: unwillkürliche Bewegungen oder psychotische Symptome
- **Rebound** = Wiederauftreten oder vorübergehende Verstärkung der ursprünglichen Symptomatik nach abruptem Absetzen

Vivantes. Berlin kann Gesundheit.

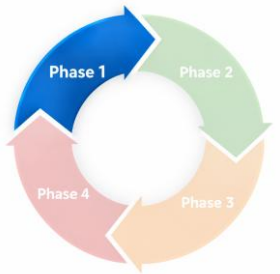
Phase 1: Stabile Phase - Vermeidung des Behandlungsabbruchs

2. Soziale Schutzfaktoren

a. Soziale Unterstützung - einen Menschen der emotionalen und praktischen Rückhalt bietet,

b. sichere Bindungserfahrungen – eine stabile Bezugsperson,

c. Wertschätzung im Alltag durch Bezugsperson

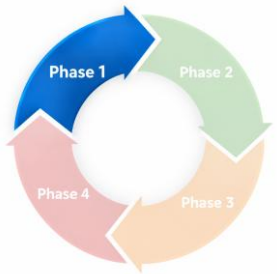


Phase 1: Stabile Phase - Vermeidung des Behandlungsabbruchs

Interaktiv: Frage an das Plenum/Bitte diskutieren Sie in Kleingruppen:

a. Ist es der Auftrag eines rechtlichen Betreuers im Rahmen der betreuungsrechtlichen Aufgabenerfüllung, „nebenbei“ soziale Schutzfaktoren aufzubauen?

b. Was kann die rechtliche Betreuer:in im Rahmen der betreuungsrechtlichen Aufgabenerfüllung dazu beitragen, dass soziale Schutzfaktoren aufgebaut und stabilisert werden?

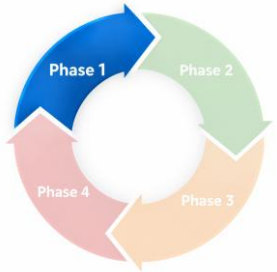


Phase 1: Stabile Phase - Vermeidung des Behandlungsabbruchs

2. Aufbau und Stabilisierung soziale Schutzfaktoren im Rahmen der rechtlichen Betreuungsaufgaben – Rehabilitativer Auftrag nach § 1821 (6) BGB

- Gemeinsame Reflexion der vergangenen Krise: Selbst wenn Zwang nicht verhindert werden konnte, kann Beziehung gerettet werden, indem retrospektiv erkannt wird, warum der betreuungsrechtlich veranlasste Zwang einem Schutzauftrag entspricht
- Gemeinsame Besprechung des subjektiven Sinnes des Krisenverhaltens: **Zielmotive** der vergangenen Krise?
- Aufzeigen, dass Klient in der vergangenen Krise vom GB nicht hängen gelassen wurde, GB bot emotionalen und praktischen Rückhalt durch konkreten Maßnahmen (Besuch in der Klinik, Geld auf Klinikkonto überweisen, Informieren von engen Angehörigen, Absicherung Wohnung, Sicherung der weiteren Einnahmen und Ausgaben, etc.)
- Wertschätzung des Klienten in der stabilen Phase bezogen auf die Dekompensation

  (der Klient hat sich das nicht ausgesucht, subjektives Sinnverstehen)

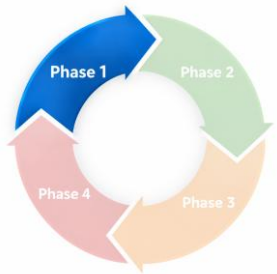


Phase 1: Stabile Phase - Vermeidung des Behandlungsabbruchs

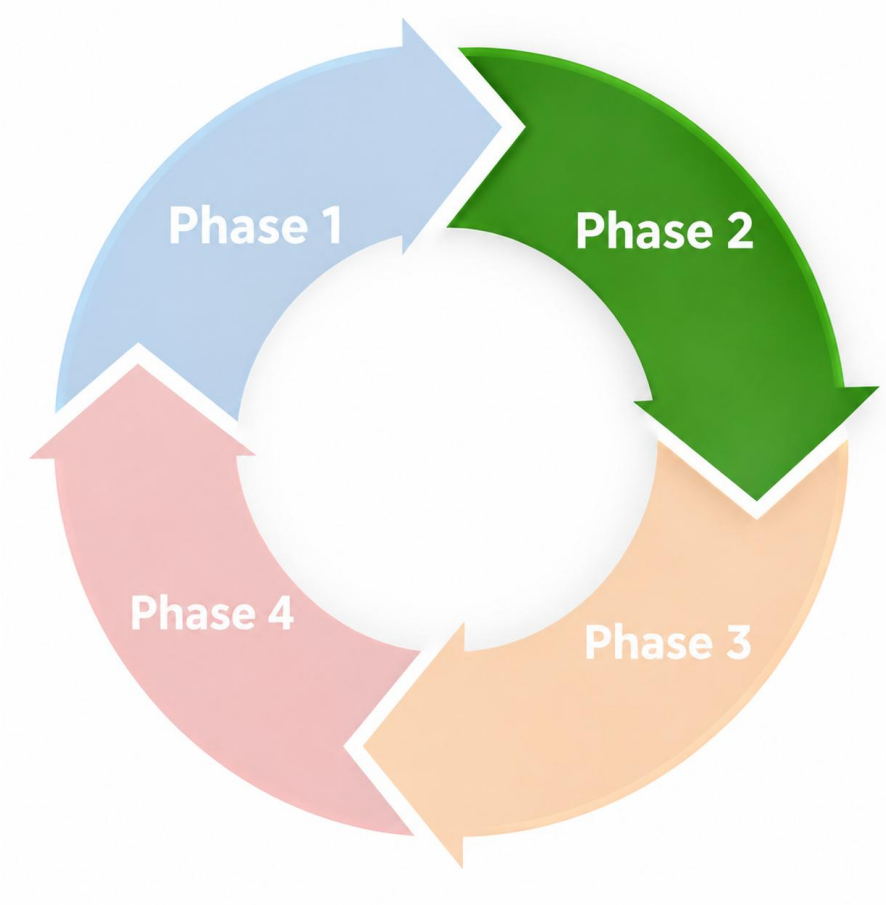
2. Aufbau und Stabilisierung soziale Schutzfaktoren im Rahmen der rechtlichen Betreuung – Rehabilitativer Auftrag nach § 1821 (6) BGB

- Problemaktualisierung: Was ist das betreuungsrechtliche anliegende Problem? Mit dem Betreuten besprechen. Erlebbar machen des betreuungsrechtlichen Problems
- Motivationale Klärung: Was hat das betreuungsrechtliche Problem ausgelöst?
- Ressourcenaktivierung; Welche Ressourcen verfügt der Betreute, um ein Problem anzugehen?
- Problembewältigung: Aktive Hilfe zur Problembewältigung durch den Betreuten. Welche Aufgaben kann der Betreute erfüllen? Positive Bewältigungserfahrung ermöglichen, positive Verstärkung durch Aufzeigen, mit welchen Ressourcen was bewirkt wurde)
- (Therapeutische) Betreuungspraktische Beziehung: Qualität und Tragfähigkeit der Bindung wird durch a. bis d. gestärkt

  (vgl.: Grawe, Klaus : 1998)



Phase 2: Instabile Phase – zunehmende Behandlungsbedürftigkeit



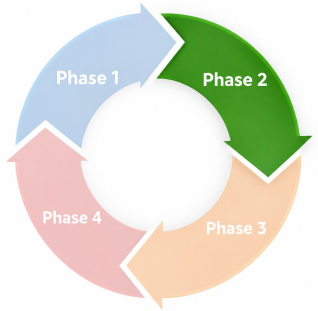
Phase 2: Instabile Phase – zunehmende Behandlungsbedürftigkeit

Kennzeichen:

- Zunehmende individuelle Symptomatik
- Zunehmende Gefährdungsaspekte (Selbst- und/oder Fremdgefährdung)
- Zunehmender Rückzug bis Kontaktabbruch zu Behandler:innen und zu rechtlichen Betreuer:in

Ziele:

- Einsicht generieren, ärztl. Behandler:innen und rechtliche Betreuer:innen sorgen sich, „meinen es gut“
- Patient, Klient fühlt sich als Mensch in einer Krise ernst genommen und akzeptiert
- Zwangseinweisung / freiheitsentziehende Unterbringung nach § 1831 BGB vermeiden, bzw. freiwillige stationäre Aufnahme erwirken
- Nutzen von aufgebauten und stabilisierten sozialen Schutzfaktoren



Ursachen für Krisen verstehen (Wiederholung)

Wie entsteht eine akute psychotische Episode?

- **Medikamente**: Auslassen, eigenständiges Absetzen oder deutliche Dosisänderung – mögliches Rückfallrisiko
- **Drogen und andere Substanzen**: z. B. Cannabis oder Amphetamine; mögliche Auslöser oder Verstärker psychotischer Symptome
- **Belastende Lebensereignisse**: z. B. Trennung, drohender Wohnungsverlust oder Schulden
- **Krankheitsverlauf**: Krise auch ohne eindeutig erkennbaren Auslöser möglich

Ursachen für Krisen verstehen

Warum setzen Patient:innen ihre Medikation ab?

- **Nebenwirkungen** oder Sorge vor Langzeitfolgen
- **Wenig Krankheitseinsicht** bzw. andere Einschätzung der eigenen Symptome
- **Negative Einstellung zum Medikament** – Gefühl verändert, eingeschränkt oder abhängig zu sein
- **Substanzkonsum** erschwert regelmäßige Einnahme
- **Praktische Schwierigkeiten** – Vergesslichkeit, komplizierter Einnahmeplan
- **Zu wenig Einbindung in die Behandlungsentscheidung** oder belastete Beziehung zum Behandlungsteam

Quelle: Velligan DI, Sajatovic M, Hatch A, Kramata P, Docherty JP. *Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness.* Patient Preference and Adherence. 2017;11:449–468. doi:10.2147/PPA.S124658.

Phase 2: Instabile Phase – zunehmende Behandlungsbedürftigkeit

Offene Entscheidung oder getroffene Entscheidung verstehen – aber wie in der praktischen Umsetzung rechtlicher Betreuung?

- **Das Zielmotiv ist zu ergründen?**
- **Der Dialog dient dazu, dass aus einem Bedürfnis ein Zielmotiv formuliert werden kann.**

Phase 2: Instabile Phase – zunehmende Behandlungsbedürftigkeit

Zielmotiv?

- **Motiv: aktuelle emotionale oder affektive Bedürfnisbefriedigung**
- **Ziel: gegenständliche Erwartung an die Zukunft**

Der Dialog dient dazu, dass …

- der **Ansatzpunkt** für unterstützte Entscheidungsfindungsprozesse, das **gemeinsame Herstellen** eines **klaren Verständnisses des subjektiven Bedürfnisses** ist
- **ausgehend** von dem **Bedürfnis ein Zielmotiv** formuliert werden kann
- Unterstützte Entscheidungsfindung ist der **Prozess vom Bedürfnis zum Zielmotiv**

Phase 2: Instabile Phase – zunehmende Behandlungsbedürftigkeit

Was macht den Dialog aus?

- dass die betreuende Person die **Wünsche, bzw. Wille und Präferenzen** des Dialogpartners **verstehen, beschreiben und anerkennen** kann, **ohne diese zu bewerten**

- ohne Bewertung kann eine **dialogische Begegnung** entstehen, in der die betreuende Person als **verstehend, unterstützend** erlebt werden kann



Phase 2: Instabile Phase – zunehmende Behandlungsbedürftigkeit

Was macht den Dialog aus?

- dass die betreuende Person die **Wünsche, bzw. Wille und Präferenzen** des Dialogpartners **verstehen, beschreiben und anerkennen** kann, **ohne diese zu bewerten**

- Dialog kann als **Prozess** verstanden werden, in dem Menschen eine **Bestätigung** ihrer **Entscheidungsfrage bzw. ihrer Entscheidung** erfahren

- **Bestätigung** meint, **Verstehen der Bedürfnisse, die der Entscheidung(-sfrage)** des Anderen zu Grunde liegen (Buber, 2002), **Verstehen des Zielmotivs** (Jantzen, 2015)

- … **anzuerkennen**, dass unter **gleichen oder ähnlichen Bedingungen** des Anderen, **dessen Bedürfnisse, dessen Zielmotive auch meine sein könnten**

- Grundsatz der **„Anerkennung des Anderen als Meinesgleichen“** (Jantzen, 2005)

Phase 2: Instabile Phase – zunehmende Behandlungsbedürftigkeit

- **Bestätigung** wiederum führt zu stabilen **positiven emotionalen Zuständen**, die sich im **Dialog wechselseitig** zwischen Menschen **verstärken**

- damit stellt sich **Resonanz** zwischen den am Dialog beteiligten Personen her (Jantzen 2002)

- d. h., dass die betreuende Person auch
  - abweichende oder konträre Einschätzungen zur Sache darlegen kann
  - dabei jedoch das eigene individuelle Zielmotiv darstellen sollte

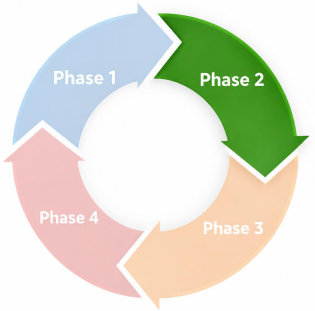
Phase 2: Instabile Phase – dringende Behandlungsbedürftigkeit

Kennzeichen:

- Drohende oder bereits bestehende Selbst- und/oder Fremdgefährdung
- Sicher zu erwartende weitere Verschlimmerung ohne Aussicht auf Erreichen von Stabilität ohne stationäre Behandlung
- kompletter Rückzug bis Kontakt- und Beziehungsabbruch zu Behandler:innen und zu rechtlichen Betreuer:in

Ziele:

- Weiterhin: Zwangseinweisung / freiheitsentziehende Unterbringung nach § 1831 BGB vermeiden, bzw. freiwillige stationäre Aufnahme erwirken



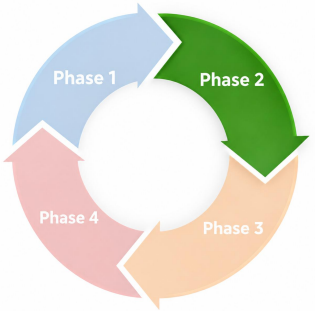
Phase 2: Instabile Phase – dringende Behandlungsbedürftigkeit

Beispiele für Eigengefährdung aus der klinischen Perspektive:

- Suizidalität
- zu geringe Nahrungsaufnahme
- unsachgemäßer Umgang mit behandlungsbedürftiger komorbider körperlicher Erkrankung
- drohende soziale Desintegration (Wohnungsverlust)

- Problem: Juristische Bedeutung der Eigengefährdung bei der freiheitsentziehenden Unterbringung nach § 1831 BGB vs. praktische/medizinische Gegebenheiten

- Praktische Besonderheiten:
- Ggf. bei Gefahr im Verzug Anordnung durch rechtl. Betreuer:in und Unterbringung durch SPDi
- Zeitverzögerung zwischen Antrag und Zuführung zur Klinik (4-5 Wochen)



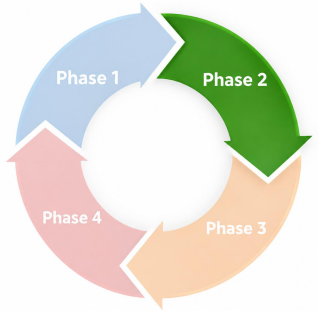
Phase 2: Instabile Phase – dringende Behandlungsbedürftigkeit

Vermeidung von Zwangsbehandlung in Rahmen einer beabsichtigten freiheitsentziehenden Unterbringung nach § 1831 BGB

- Rechtliche Betreuer:in ist bei der Anordnung vor Ort im Kontakt mit dem Betroffenen
- Handschlagvereinbarung:
  - „Wir wollen alle gemeinsam Zwang verhindern“
  - Besuchsabsichten festlegen und einhalten

Ziel:

- Einwilligung in die stationäre Aufnahme zu erwirken
- Das Ertragen von Zwang im Rahmen der Unterbringung verhindern
- Rechtlich: den Grundrechtseingriff in das Freiheitsrecht zu verhindern (theoretisch und praktisch)

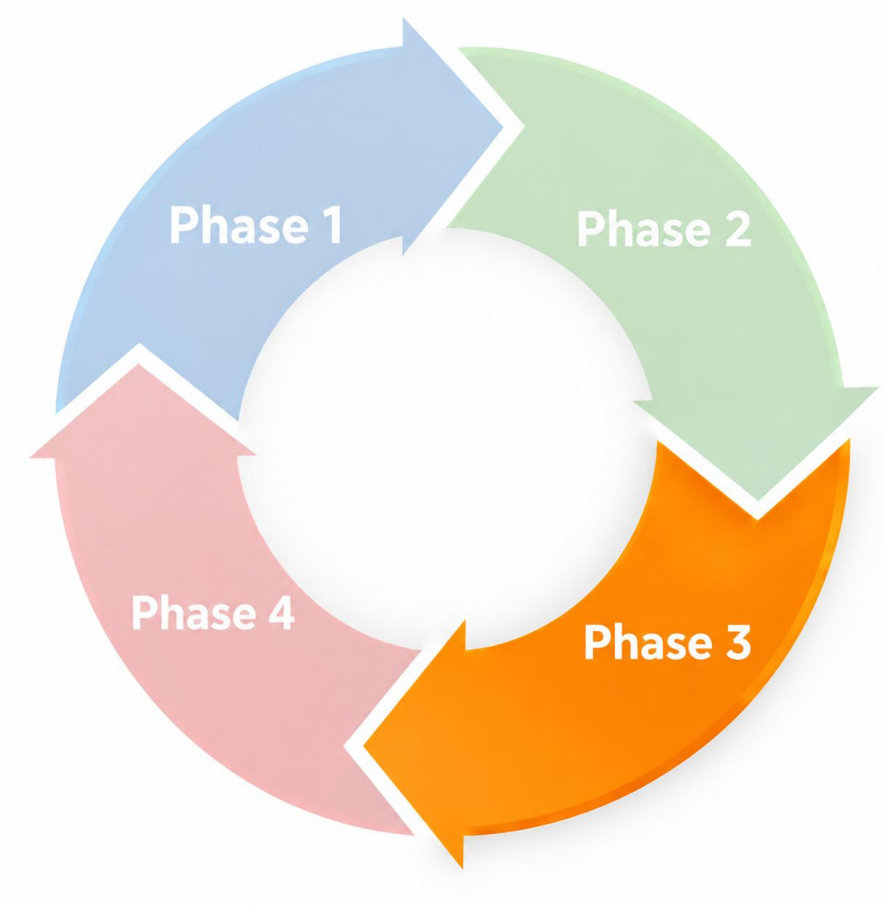


Zwangseinweisungen

Mögliche Belastungsfaktoren und negative Folgen

- **Autonomieverlust:** Aufnahme gegen den eigenen Willen, wenig Mitsprache
- **Angst und Ausgeliefertsein**: Polizeieinsatz, Festhalten, unklare Abläufe…
- **Belastende Kommunikation**: fehlende Erklärung, Täuschung, Respektlosigkeit
- **Demütigung und Retraumatisierung**: v.a. bei Fixierung, Absonderung oder früheren Gewalterfahrungen
- **Mögliche Folgen**: Angst, Flashbacks, Misstrauen, erschwerte spätere Hilfesuche
- **Unterschiedliches Erleben**: manche Betroffene bewerten stationäre Aufnahme rückblickend auch als hilfreich oder notwendig

Phasen 3: Akutphase – Behandlung in der psychiatrischen Klinik



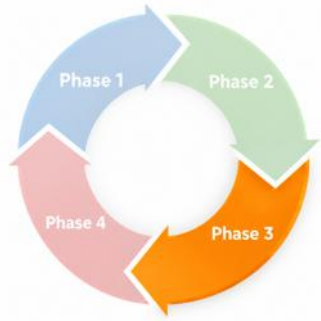
Phasen 3: Akutphase – Behandlung in der psychiatrischen Klinik

Kennzeichen:

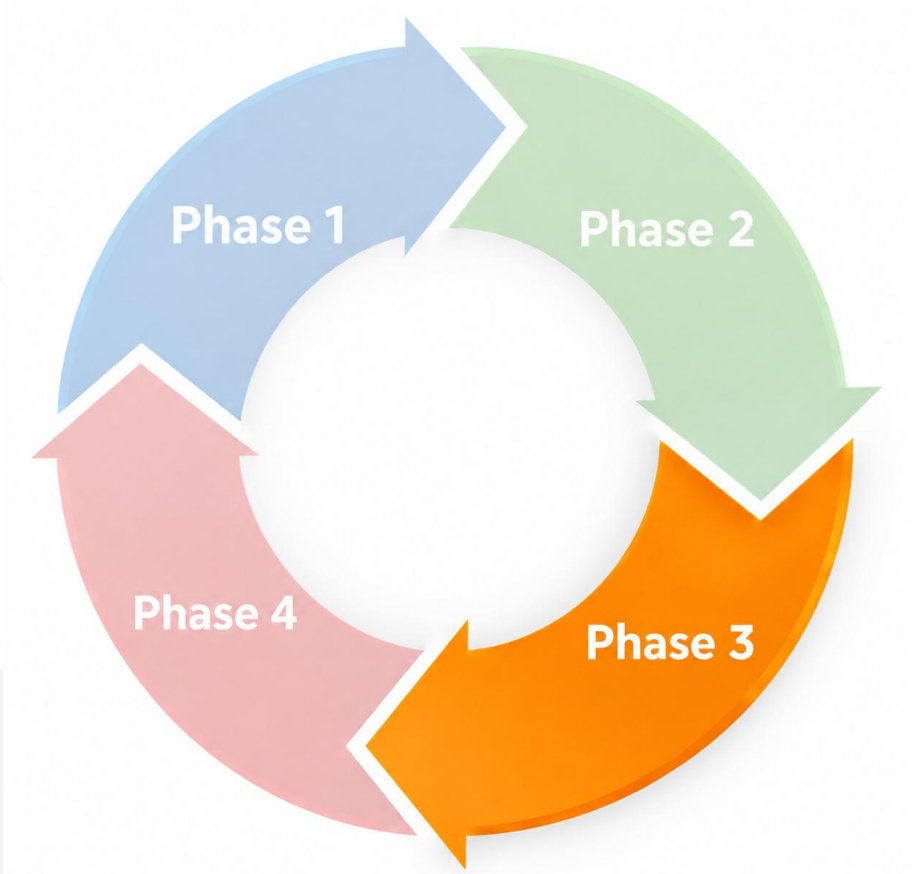
- Zunehmende individuelle Symptomatik
- Zunehmende Gefährdungsaspekte (Selbst- und/oder Fremdgefährdung)
- Zunehmender Rückzug bis Kontaktabbruch zu Behandler:innen und zu rechtlichen Betreuer:in

Ziele:

- Einsicht generieren, ärztl. Behandler:innen und rechtliche Betreuer:innen sorgen sich, „meinen es gut“
- Patient, Klient fühlt sich als Mensch in einer Krise ernst genommen und akzeptiert
- Zwangseinweisung / freiheitsentziehende Unterbringung nach § 1831 BGB vermeiden, bzw. freiwillige stationäre Aufnahme erwirken
- Nutzen von aufgebauten und stabilisierten sozialen Schutzfaktoren



Phase 3: Akutphase – Behandlung in der psychiatrischen Klinik



Interaktiv:

- **Was denken Sie, welche Aufgaben haben in dieser Phase ärztliche Behandler:innen und rechtliche Betreuer:innen, um eine eventuell anstehende Zwangsbehandlung zu vermeiden?**

Empowerment

Stärkung der Selbstwirksamkeit im Kontext von Zwang

- **Zwang als Belastung**: Kontrollverlust, Angst, Ausgeliefertsein, Retraumatisierung
- **Empowerment** besonders wichtig:
  - Information über gerichtliche Entscheidungen und geplante Behandlung
  - soweit möglich: Einbezug in anstehende Entscheidungen
  - Stärkung von Selbstwirksamkeit und Gefühl der Bewältigung
- **Machtverschiebung**: Unterstützung und Verantwortungsübernahme vs. Gefühl der Unterdrückung bei Androhung von Zwang oder Ignoriertwerden
- **Nach Zwang**: Erleben und mögliche Folgen gemeinsam besprechen

Quelle: DGPPN et al. *S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang – Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen.* AWMF-Reg.-Nr. 038-022, aktualisierte Fassung 2026.

Verhinderung von Zwangsmedikation

Freiwillige Medikamenteneinnahme trotz Unterbringung?

- **Veränderte Einschätzung**: Erleben der Behandlung als nützlich, stabilisierend
- **Akute Bedürfnisse**: Wunsch nach Schlaf, Entspannung, Symptomlinderung
- **Beziehung und Vertrauen**: Gespräche, tragfähige Beziehung zum Behandlungsteam, passende Medikamentenwahl
- **Anpassung an die Klinik**: Kooperation, um Konflikte zu vermeiden
- **Wahrgenommener Druck**: Sorge sonst nicht entlassen zu werden, Nachteile zu haben, Zwangsmaßnahmen auszulösen
- **Nachgeben** oder „Mitmachen“ statt Zustimmung als freie Wahl

Quelle: DGPPN et al. *S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang – Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen.* AWMF-Reg.-Nr. 038-022, aktualisierte Fassung 2026.

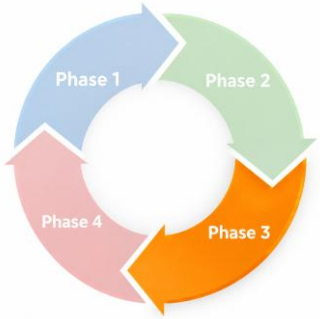
Phase 3: Akutphase – Behandlung in der psychiatrischen Klinik

Vermeidung von Zwangsbehandlung in Rahmen einer bestehenden freiheitsentziehenden Unterbringung nach § 1831 BGB

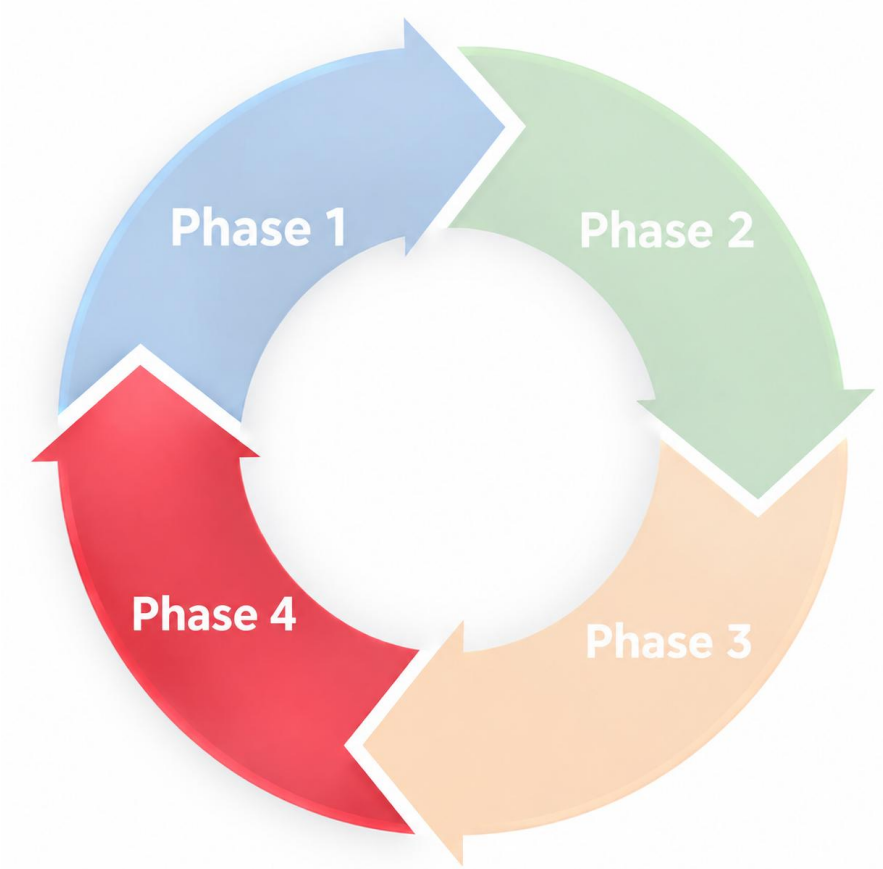
- Rechtliche Betreuer:in ist bei der Aufnahme / direkt nach der Anordnung vor Ort im Kontakt mit dem Betroffenen
- Handschlagvereinbarung:
  - „Ich bin auch im Rahmen der freiheitsentziehenden Unterbringung für Sie zuständig und da (z. B. um Schutzfaktor finanzielle/materielle Absicherung zu gewährleisten) – Sie arbeiten nach den Maßgaben der ärztlichen und pflegerischen Behandler:innen mit“
  - Besuchsabsichten festlegen und einhalten

Ziel:

- Einwilligung in die ärztl. (Heil-) Behandlung zu erwirken
- Das Ertragen von Zwang zu verhindern
- Rechtlich: den Grundrechtseingriff zu verhindern (theoretisch und praktisch)



Phase 4: Nachsorge - Behandlung in der psychiatrischen Klinik, abklingende Symptomatik



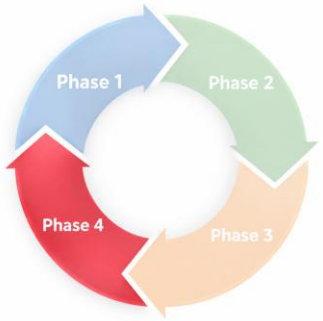
Phase 4: Nachsorge - Behandlung in der psychiatrischen Klinik, abklingende Symptomatik

Kennzeichen:

- abklingende Symptomatik
- Besserung der Einsicht
- Besserung der Beziehung

Ziele:

- erfolgreicher Übergang in stabile ambulante Phase
- Wiederherstellung einer funktionierenden Beziehung mit dem Patienten (Ärztin, Betreuer)
- Verhinderung Behandlungsabbruch



Literatur:
Entscheidungen des BGH zur Einwilligung durch Betreuer:innen

- BGH, Beschluss vom 4. Juni 2014 – XII ZB 121/14:
  BGHZ 201, 324; FamRZ 2014, 1358; NJW 2014, 2497; FGPrax 2014, 224; Rpfleger 2014, 594

- BGH, Beschluss vom 14. Januar 2015 – XII ZB 470/14:
  FamRZ 2015, 573; NJW 2015, 1019; FGPrax 2015, 79; MDR 2015, 608

- BGH, Beschluss vom 18. Oktober 2017 – XII ZB 195/17:
  FamRZ 2018, 121; NJW-RR 2018, 1; FGPrax 2018, 78; Rpfleger 2018, 140

- BGH, Beschluss vom 29. Juli 2020 – XII ZB 173/18:
  FamRZ 2020, 1868; MDR 2020, 1377; Rpfleger 2021, 152

- BGH, Beschluss vom 13. Mai 2020 – XII ZB 541/19:
  FamRZ 2020, 1305; NJW 2020, 2728; MDR 2020, 1273; NZFam 2020, 833

Literatur

BIERITZ-HARDER, Renate (2022): Zwangsbehandlung. In: Deinert, Olaf/Welti, Felix/Luik, Steffen/Brockmann, Judith (Hg.): Stichwortkommentar Behindertenrecht, Baden-Baden: Nomos Verlag.

BRINCKMANN, Ernst /GRÄBSCH, Dorit (2013): Die geschlossene Unterbringung psychisch Kranker. Zivil- und öffentlich-rechtliche Grundlagen, München: C.H. Beck.

DUSEL, Jürgen (2018): Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Die amtliche, gemeinsame Übersetzung von Deutschland, Österreich, Schweiz und Lichtenstein. Online im Internet: https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/PublikationenErklaerungen/Broschuere_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile&v=19 [Stand 16.08.2025].

ENGELFRIED, Ulrich (2023): Unterbringungsrecht in der Praxis. Freiheitsentziehende Maßnahmen im Betreuungs- und Familienrecht (3. Aufl.), Köln: Reguvis Fachmedien GmbH

EPPING, Volker / LENZ, Sebastian / LEYDECKER, Philipp (2024): Grundrechte (10. Aufl.), Berlin: Springer-Verlag GmbH.

Literatur

Grawe, Klaus (1998): PsychologischeTherapie. Göttingen: Hogrefe

HENKING, Tanja/JUCKEL, Georg/GATHER, Jakov/STEINERT, Tilman (2024): Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017. Kurzbericht: Bundesministerium der Justiz. Online im Internet: https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Fachpublikationen/2024_Forschungsbericht_Zwangsmassnahmen_BR_kurz.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [Stand 16.08.2025].

MARSCHNER, Rolf (2023): § 1832, in: Jürgens Betreuungsrecht Kommentar (7.Aufl.), München: C.H. Beck

SCHNEIDER, Angie (2024): In: Münchner Kommentar zum BGB, Band 10 (9.Aufl.), § 1832, Rn. 17, München: C.H. Beck.

Literatur

SCHUMACHER, Thomas (2013): Lehrbuch der Ethik in der Sozialen Arbeit, Beltz Juventa, Weinheim Basel

SCHUMACHER, Thomas (2007): Soziale Arbeit als ethische Wissenschaft. Topologie einer Profession, Lucius, Stuttgart

Stoy, T., Tolle, P. (2021): Vom Prozess zum Konzept Unterstützter Entscheidungsfindung, in: Jahrbuch des BdB e. V. 2021: Reform weiterdenken und Qualität ernst nehmen!, Bundesverband der Berufsbetreuer/innen (BdB e. V.) (Hg.), Balance buch + medien verlag, Köln, 38 – 47

STOY, Thorsten / Pitz, Cecilia (2025): Die Zwangsbehandlung und die Beteiligung rechtlicher Betreuer in der Praxis – Teil 1, BtPrax 173 – 175, Bundesanzeigerverlag, Köln

STOY, Thorsten / Pitz, Cecilia (2026): Die Zwangsbehandlung und die Beteiligung rechtlicher Betreuer in der Praxis – Teil 2, BtPrax 199 – 201, Bundesanzeigerverlag, Köln

TOLLE, Patrizia / STOY, Thorsten (2023): Unterstützte Entscheidungsfindung in Sozialen Berufen, Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

WILKES, Constanze (2015): Psychiatrische Unterbringungen und Zwangsbehandlungen. Eine empirische Untersuchung der Grenze zwischen Selbst- und Fremdbestimmung, Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Sabine Bendix
Leitende Oberärztin des Departments für seelische Gesundheit
Vivantes Humboldt-Klinikum, Berlin

sabine.bendix@vivantes.de

Vivantes. Berlin kann Gesundheit.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

Dr. Thorsten Stoy

Frankfurt University
of Applied Sciences
Nibelungenplatz 1
60318 Frankfurt am Main

drthstoy@fra-uas.de
www.frankfurt-university.de