



Ausschussdrucksache 21(6)123c
vom 5. Oktober 2026, 17:24 Uhr

Schriftliche Stellungnahme

des Sachverständigen Prof. Dr. Dr. h.c. Volker Lipp

Öffentliche Anhörung

zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Regelung über ärztliche Zwangsmaßnahmen
im Betreuungsrecht und zur Stärkung des ultima-ratio-Gebots sowie der
Selbstbestimmung der Betroffenen
BT-Drucksache 21/7561

und

zum Antrag der Fraktion Die Linke

Zwangsbehandlungen reduzieren statt ausweiten – Rechte von Patientinnen und
Patienten stärken
BT-Drucksache 21/7060



Professor Dr. Dr. h.c. Volker Lipp

Lehrstuhl für Bürgerliches Recht,
Zivilprozessrecht Medizinrecht und
Rechtsvergleichung

Tel.: +49 (551) 39-27380 / -26461

Fax: +49 (551) 39-26459

Email: lehrstuhl.lipp@jura.uni-goettingen.de

Stellungnahme

zum

1. Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Regelung über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Betreuungsrecht und zur Stärkung des ultima-ratio-Gebots sowie der Selbstbestimmung der Betroffenen, BT-Drucks. 21/7561

2. Antrag der Abgeordneten Evelyn Schötz et al. und der Fraktion Die Linke

Zwangsbehandlungen reduzieren statt ausweiten – Rechte von Patientinnen und Patienten stärken, BT-Drucks. 21/7060

für die

Öffentliche Anhörung im Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz des

Deutschen Bundestags am 7.10.2026

Mit Urteil vom 26. November 2024 - 1 BvL 1/24 - entschied der Erste Senat des BVerfG, dass § 1832 Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB teilweise mit Art. 2 Abs. 2 S. 1 Alt. 2 des Grundgesetzes unvereinbar sei. Die ausnahmslose Vorgabe, ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus durchzuführen, sei verfassungsrechtlich nicht gerechtfertigt. Das BVerfG hält die örtliche Beschränkung der Zwangsbehandlung auf ein geeignetes Krankenhaus („Krankenhausvorbehalt“) zwar grundsätzlich für verfassungskonform, da es auf geeignete Weise den legitimen Zweck verfolge, das ultima-ratio-Prinzip zu gewährleisten. Die Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne sei jedoch nicht gegeben, wenn es ausschließlich gelte und keine Ausnahme zulasse.

Das BVerfG hat den Gesetzgeber deshalb verpflichtet, bis spätestens zum 31.12.2026 eine verfassungskonforme Regelung zu schaffen. Diese Vorgaben will der o.g. Regierungsentwurf umsetzen.

Dazu werden zunächst Kontext und Hintergrund der Zwangsbehandlung auf betreuungsrechtlicher Grundlage erläutert (dazu I.). Auf dieser Grundlage folgt dann die Stellungnahme zu den Vorschlägen des Entwurfs (dazu II.) und zum Antrag der Fraktion Die Linke (dazu III.).

I. Kontext und Hintergrund¹

1. Grundlagen der Zwangsbehandlung

Die Zwangsbehandlung eines Erwachsenen kann in drei verschiedenen Kontexten erfolgen: im Rahmen des strafrechtlichen Maßregelvollzugs, im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung nach den PsychKGs bzw. PsychKHGs der Bundesländer und nach der erwachsenenschutzrechtlichen Regelung des § 1832 BGB (= § 1906a BGB a. F.)². Diese Anwendungskontexte dienen jeweils ganz unterschiedlichen Zielen: Der Maßregelvollzug ist strafrechtliche Sanktion, die öffentlich-rechtliche Unterbringung ist polizeirechtlichen Ursprungs und dient primär dem Schutz Dritter³.

Nur im zivilrechtlichen Erwachsenenenschutzrecht geht es ausschließlich um den Kranken, d.h. um dessen Unterstützung und Schutz. Das Erwachsenenenschutzrecht dient der Unterstützung und dem Schutz von Menschen, die aufgrund einer Krankheit oder psychischen Störung nicht selbst und frei ihre Angelegenheiten regeln, hier also: nicht selbst und frei

über ihre Behandlung entscheiden können (vgl. §§ 1814, 1821, 1827 BGB). Drittinteressen spielen in diesem Rahmen überhaupt keine Rolle (vgl. §§ 1814, 1821, 1827, 1828, 1829, 1832 BGB).

Während die PsychKG bzw. PsychKHG der Bundesländer und ihre Regelungen zur Zwangsbehandlung nur psychisch Kranke erfassen und primär die Behandlung dieser Erkrankung regeln („Anlasserkrankung“)⁴, gelten das zivilrechtliche Erwachsenenschutzrecht und damit auch **§ 1832 BGB für alle kranken Menschen und jede Art der medizinischen Behandlung**. Es spielt keine Rolle, ob eine psychische oder eine somatische Erkrankung behandelt werden soll. Ebenso ist unerheblich, aus welchem Grund das Betreuungsgericht einen rechtlichen Betreuer bestellt hat und weshalb der Betroffene einwilligungsunfähig ist. Die Entscheidung des BVerfG zu § 1832 Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB betrifft daher nicht nur „psychiatrische Zwangsbehandlungen“⁵, sondern **alle zwangsweise durchgeführten ärztlichen Maßnahmen** i. S. d. § 1832 Abs. 1 S. 1 BGB⁶.

2. Die Bedeutung des allgemeinen Behandlungsrechts

„Ärztliche Zwangsmaßnahmen“ nach § 1832 BGB umfassen alle ärztlichen Maßnahmen zur Untersuchung, Behandlung und andere ärztliche Eingriffe, die gegen den natürlichen Willen des Betreuten durchgeführt werden (so die Legaldefinition in § 1832 Abs. 1 S. 1 BGB). Die **allgemeinen medizinrechtlichen Grundsätze für die ärztliche Behandlung** gelten daher für die zwangsweise durchgeführte ärztliche Behandlung⁷. Diese Grundsätze sind im Jahr 2013 weitgehend, aber nicht vollständig in §§ 630a ff. BGB kodifiziert worden⁸. Hieraus ergeben sich die grundlegenden Voraussetzungen und Bedingungen für die Behandlung des Patienten und für die konkreten ärztlichen Maßnahmen, vom regelmäßig notwendigen Abschluss eines **Behandlungsvertrags** als Grundlage der gesamten Behandlung (§ 630a Abs. 1 BGB) über die Stellung der **Indikation** und die **informierte Einwilligung** (§§ 630d und 630e BGB) bis hin zur Verpflichtung, die **Behandlung lege artis** durchzuführen (vgl. § 630a Abs. 2 BGB). Auch die Notwendigkeit, dass bei einwilligungsunfähigen Patienten deren Vertreter die Einwilligung erteilt (§ 630d Abs. 1 S. 2 BGB), und die Pflicht des Arztes, neben dem Vertreter auch den nicht einwilligungsfähigen Patienten aufzuklären (vgl. § 630e Abs. 4 und 5 BGB), haben ihre Grundlage im Recht des Behandlungsverhältnisses.

Danach hat der behandelnde Arzt für eine fachgerechte Behandlung des Patienten zu sorgen, die Indikation für die therapeutischen Maßnahmen zu stellen, den Patienten hierüber aufzuklären (vgl. §§ 630a Abs. 2, 630c, 630d und 630e BGB). Falls der **Patient die Behandlung ablehnt**, ist der Arzt verpflichtet, zu versuchen, ihn von deren Notwendigkeit zu überzeugen und ggf. alternative Behandlungsoptionen in Betracht zu ziehen, die vom Patienten möglicherweise akzeptiert werden⁹. Eine zwangsweise Behandlung kommt damit nur als letztes Mittel infrage und auch nur, falls der Patient insoweit einwilligungsunfähig ist (vgl. § 1832 Abs. 1 BGB). Der behandelnde Arzt muss dabei die „**doppelte Indikation der ärztlichen Zwangsmaßnahme (für die ärztliche Maßnahme und für ihre zwangsweise Durchführung)**“ sorgfältig und fachgerecht stellen und bei der Abwägung der Chancen und Risiken u. a. auch die Folgen einer zwangsweisen Durchführung und deren Konsequenzen für die künftige therapeutische Kooperation berücksichtigen¹⁰. Dies hat der Arzt sowohl mit dem Patienten als auch mit dem Patientenvertreter zu besprechen (§ 630e Abs. 4 und 5 BGB).

3. **Zwangsbehandlung im Erwachsenenenschutzrecht**

Das Erwachsenenenschutzrecht knüpft hieran an und regelt die Unterstützung und Vertretung des nicht einwilligungsfähigen Patienten und die dabei zu beachtenden Vorgaben. § 1832 BGB gilt, wie alle Regelungen zur Gesundheitssorge (vgl. §§ 1827, 1828, 1829 BGB), nicht nur für diejenigen Betroffenen, für die ein rechtlicher Betreuer mit diesem Aufgabenkreis bestellt ist, sondern auch für solche, die eine Vertrauensperson für die Gesundheitssorge bevollmächtigt haben. Soll die Vollmacht auch die Einwilligung in ärztliche Zwangsmaßnahmen umfassen, muss dies ausdrücklich und schriftlich erklärt werden (§ 1832 Abs. 5 i. V. m. § 1820 Abs. 2 Nr. 3 BGB)¹¹. Dagegen umfasst die zum 1.1.2023 eingeführte Ehegattenvertretung in gesundheitlichen Notfällen nach § 1358 BGB¹² keine ärztlichen Zwangsmaßnahmen.

Die grundlegenden rechtlichen Pflichten ergeben sich für den **rechtlichen Betreuer** aus der Zuweisung seines Aufgabenkreises und der Zentralnorm des § 1821 BGB¹³. Die Pflichten des **Vorsorgebevollmächtigten** richten sich nach dem Innenverhältnis (Vorsorgeverhältnis) mit dem Vollmachtgeber, das i. d. R. ein Auftrag i. S. d. §§ 662 ff. BGB ist¹⁴. Diese Grundpflichten werden konkretisiert durch Vorschriften für die Gesundheitssorge,

namentlich **§§ 1827, 1828, 1829 BGB**. Sie gelten gleichermaßen für rechtliche Betreuer und Vorsorgebevollmächtigte und regeln die Voraussetzungen und Bedingungen, unter denen ein solcher Patientenvertreter der ärztlichen Maßnahme zustimmen darf.

An diese rechtlichen Grundlagen knüpft § 1832 BGB an und legt fest, wann ein Patientenvertreter ausnahmsweise auch gegen den natürlichen Willen des Patienten in ärztliche Maßnahmen einwilligen, also einer zwangsweisen Behandlung zustimmen kann. Neben umfangreichen materiell-rechtlichen Voraussetzungen (§§ 1832 Abs. 1, 1827, 1821 BGB) ist dafür zusätzlich eine Genehmigung des Betreuungsgerichts (§ 1832 Abs. 2 BGB) erforderlich, die den strengen Regeln des Unterbringungsverfahrens (§§ 312 ff. FamFG) unterliegt. Während die Genehmigung für die Einwilligung in eine Freiheitsentziehung in Eilfällen auch nachgeholt werden kann (§ 1831 Abs. 2 S. 2 BGB), ist die Genehmigung bei der Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme ausnahmslos vor der ärztlichen Zwangsmaßnahme einzuholen. Das Gericht hat dabei nach § 1832 Abs. 1 BGB nicht nur die spezifischen betreuungsrechtlichen Voraussetzungen, sondern auch die behandlungsrechtlichen Anforderungen wie z. B. das Erfordernis einer „doppelten Indikation“ zu prüfen¹⁵.

4. Der Krankenhausvorbehalt nach § 1832 Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB

Anders als in den PsychKG bzw. PsychKHG der Bundesländer ist die zwangsweise Behandlung eines Menschen aufgrund einer Einwilligung des Patientenvertreters und mit Genehmigung des Betreuungsgerichts nach § 1832 BGB seit der Entscheidung des BVerfG von 2016¹⁶ von der freiheitsentziehenden Unterbringung entkoppelt. Eine zwangsweise Behandlung darf jedoch nur **„im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus, in dem die gebotene medizinische Versorgung einschließlich der erforderlichen Nachbehandlung sichergestellt ist“** durchgeführt werden (§ 1832 Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB). Der Patientenvertreter kann seine Einwilligung nur erteilen und das Betreuungsgericht diese Einwilligung nur genehmigen, wenn die Zwangsbehandlung in diesem Rahmen erfolgt (**Krankenhausvorbehalt**)¹⁷.

Befindet sich der Patient bereits in einem solchen geeigneten Krankenhaus und will es gegen dringenden ärztlichen Rat wieder verlassen, kann ihn der Patientenvertreter dort notfalls freiheitsentziehend unterbringen (§ 1831 Abs. 1 Nr. 2 BGB). Ist der Patient an einem anderen Ort und lehnt die Verlegung in dieses Krankenhaus ab, kann ihn der Patientenvertreter

dort unter denselben Voraussetzungen freiheitsentziehend unterbringen und zuführen oder, falls er nicht fortbewegungsfähig ist, dorthin verbringen (§ 1832 Abs. 4 BGB), jeweils mit Genehmigung des Betreuungsgerichts und notfalls mit Gewalt (§ 326 FamFG).

5. *Evaluation und Kritik der gesetzlichen Regelung*

Die vorstehend skizzierte, 2017 als § 1906a BGB a. F. eingeführte und 2023 unverändert in § 1832 BGB übernommene Regelung der Zwangsbehandlung wurde von 2022 bis Anfang 2024 evaluiert. Der Evaluationsbericht stellt fest, dass ca. **50% der Genehmigungen im Wege einer einstweiligen Anordnung** ergingen und die gesetzlichen Voraussetzungen zur Durchführung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme nach § 1906a BGB a. F. und § 1832 BGB von den Beteiligten in der Praxis häufig **nicht ausreichend und nicht mit der gebotenen Tiefe geprüft** wurden. Die organisatorische Absicherung des ultima-ratio-Prinzips durch den Krankenhausvorbehalt sei deshalb nötig¹⁸.

Andererseits wird seit mehr als 20 Jahren eine „ambulante Zwangsbehandlung“ gefordert, nachdem sie der BGH im Jahre 2000 mangels einer rechtlichen Grundlage für unzulässig erklärt hatte¹⁹. Dahingehende rechtspolitische Vorstöße²⁰ griff der Gesetzgeber jedoch bis zuletzt nicht auf. Bei der Neuregelung der Zwangsbehandlung im Jahre 2017 entkoppelte er die Zwangsbehandlung von der freiheitsentziehenden Unterbringung, führte aber den Krankenhausvorbehalt (§ 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB a. F. = § 1832 Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB) ein. Dieser soll verhindern, dass eine Zwangsbehandlung im privaten Wohnumfeld als einem besonders geschützten Raum stattfindet, sicherstellen, dass die Voraussetzungen einer Zwangsbehandlung durch multiprofessionelle Teams geprüft werden und die zwangsweise Behandlung hinreichend fachlich qualifiziert durchgeführt wird, sowie Fehlanreize entgegenwirken²¹.

In der Folgezeit wurde die Forderung nach einer ambulanten Zwangsbehandlung zunehmend verfassungsrechtlich reformuliert²²: Die zwangsweise Behandlung eines einwilligungsunfähigen und vulnerablen Patienten in seiner Wohnung bzw. Wohneinrichtung oder auch in sonstiger ambulanter Form sei ein milderes Mittel gegenüber seiner Verlegung ins Krankenhaus, weil es in der Regel nur um eine (Zwangs-)Spritze gehe, die auch ambulant verabreicht werden könne. Das gerichtliche Genehmigungsverfahren reiche als Schutz aus. Der Krankenhausvorbehalt greife deshalb unverhältnismäßig in seine Grundrechte ein.

6. Die Entscheidung des BVerfG vom 26.11.2024 - 1 BvL 1/24

In seiner Entscheidung erklärt das BVerfG den **Krankenhausvorbehalt grundsätzlich für verfassungskonform**, da diese Vorschrift in zulässiger Weise den legitimen Zweck verfolge, das ultima-ratio Prinzip bei der Zwangsbehandlung zu gewährleisten. Der Krankenhausvorbehalt soll eine Zwangsbehandlung im privaten Wohnumfeld als einem besonders geschützten Raum verhindern, gewährleisten, dass die Voraussetzungen einer Zwangsbehandlung durch multiprofessionelle Teams geprüft werden, eine angemessene fachliche Versorgung sicherstellen und Fehlanreize entgegenwirken²³.

Die Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne sei jedoch nicht durchgängig gegeben, weil das Gesetz hiervon keine Ausnahme zulasse. **Eine Ausnahme fordert das BVerfG**, wenn

- (1.) einem Betreuten im Einzelfall aufgrund der Durchführung der Zwangsbehandlung im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts erhebliche Beeinträchtigungen seiner körperlichen Unversehrtheit drohen,
- (2.) diese Beeinträchtigungen bei einer Zwangsbehandlung in der Wohneinrichtung des Betreuten vermieden oder signifikant reduziert werden können,
- (3.) ohne dass gleichzeitig andere Beeinträchtigungen der körperlichen Unversehrtheit oder anderen Grundrechtspositionen von vergleichbarem Gewicht zu befürchten sind, und
- (4.) der Krankenhausstandard im Hinblick auf die konkrete medizinische Versorgung einschließlich der Nachsorge bei der Durchführung der Zwangsbehandlung in der Wohneinrichtung nahezu erreicht wird²⁴.

Das Gericht erklärte deshalb § 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB a. F. bzw. § 1832 Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB insoweit für verfassungswidrig, als es diese Ausnahme nicht zulasse und auch keine dahingehende verfassungskonforme Auslegung möglich sei²⁵. Es hob die Vorschrift jedoch nicht auf, sondern gab dem Gesetzgeber auf, bis zum 31.12.2026 eine der Verfassung entsprechende Rechtslage herzustellen²⁶.

Offen gelassen hat das BVerfG ausdrücklich, ob die verfassungsrechtlich gebotene Ausnahme vom Krankenhausvorbehalt auch im Verfahren der einstweiligen Anordnung genehmigt werden kann oder gar muss²⁷ und was für die Einwilligung in eine Zwangsbehandlung durch Vorsorgebevollmächtigte von Verfassungen wegen gefordert sei²⁸.

Bei alledem, so fordert das BVerfG, **hat der Gesetzgeber „in jedem Fall sicherzustellen**, dass die Grundrechte sämtlicher Betroffenen durch strenge materielle und verfahrensrechtliche Anforderungen möglichst weitgehend gesichert werden. Insbesondere ist zu gewährleisten, dass eine **ärztliche Zwangsmaßnahme in jedem Fall ausschließlich als letztes Mittel (ultima ratio)** ergriffen werden darf²⁹.

II. Zum Regierungsentwurf

1. Die **wesentlichen Elemente des Regierungsentwurfs** lassen sich wie folgt charakterisieren:

Der Entwurf sieht die **Zwangsbehandlung im Krankenhaus weiterhin als Regel**, verlangt aber keinen stationären Krankenhausaufenthalt mehr und führt des Weiteren eine Ausnahme für die vom BVerfG geforderten Fälle ein. Eine weitergehende Ambulantisierung der Zwangsbehandlung lehnt er ausdrücklich ab (dazu 2.).

Der Entwurf will das vom BVerfG nachdrücklich betonte **ultima-ratio-Prinzip** bei der Zwangsbehandlung durch weitere gesetzgeberische Maßnahmen effektuieren. Der Entwurf berücksichtigt dabei auch die Ergebnisse der Evaluation. Die Evaluation hat gezeigt, dass die gesetzlichen Voraussetzungen zur Durchführung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme nach § 1832 Abs. 1 BGB seit Einführung der Regelung im Jahr 2017 von den Beteiligten in der Praxis häufig nicht ausreichend und nicht mit der gebotenen Tiefe geprüft werden. Dem will der Entwurf mit einer Kombination von materiell-rechtlichen und verfahrensrechtlichen Regelungen begegnen und für eine effektivere Verwirklichung des ultima-ratio-Prinzips sorgen. Dazu gehören insbesondere Regelungen, die die Beachtung des Patientenwillens verbessern sollen (dazu 3.).

Insbesondere die Vorschläge im **Verfahrensrecht** gehen über den Bereich der Zwangsbehandlung hinaus und betreffen alle Unterbringungssachen i.S.d. § 312 FamFG, d. h. auch

andere Zwangsmaßnahmen wie die freiheitsentziehende Unterbringung und andere freiheitsentziehende Maßnahmen (dazu 4.).

2. *Neuregelung des Krankenhausvorbehalts (§ 1832 BGB-E)*

a. Grundkonzept

Das BVerfG hat dem Gesetzgeber aufgegeben, bei der Neuregelung „in jedem Fall sicherzustellen, dass die Grundrechte sämtlicher Betroffenen durch strenge materielle und verfahrensrechtliche Anforderungen möglichst weitgehend gesichert werden. Insbesondere ist zu gewährleisten, dass eine ärztliche Zwangsmaßnahme in jedem Fall ausschließlich als letztes Mittel (ultima ratio) ergriffen werden darf“³⁰. Auch hat das BVerfG die örtliche Beschränkung der Zwangsbehandlung auf ein geeignetes Krankenhaus grundsätzlich als geeignetes und erforderliches Mittel zur Absicherung des ultima-ratio-Prinzips anerkannt.³¹

Der Entwurf trifft deshalb die richtige Grundentscheidung, dass eine ärztliche Zwangsmaßnahme auch künftig in einem geeigneten Krankenhaus stattfinden soll und die Ausnahme davon auf bestimmte, vom Gesetz näher beschriebene Ausnahmefälle beschränkt wird.

b. Eignung des Krankenhauses

Wegen der starken Beeinträchtigungen des Betroffenen durch eine ärztliche Zwangsmaßnahme und ihrer möglichen gravierenden Folgen ist nicht jedes Krankenhaus „geeignet“. Es muss vielmehr im jeweiligen Einzelfall die gebotene medizinische Versorgung des Betreuten einschließlich einer erforderlichen Nachbehandlung sicherstellen, und zwar nicht nur bezogen auf die Behandlung an sich, sondern gerade auch hinsichtlich ihrer zwangsweisen Durchführung. Wegen möglicher Komplikationen und Nachwirkungen der Zwangsbehandlung muss die **Möglichkeit** bestehen, den Betroffenen **ggf. stationär aufzunehmen**, falls sich dies im Laufe der zwangsweisen Behandlung als notwendig erweist.

Die bisherige Regelung, die **zwingend** eine stationäre Behandlung verlangt, ist dagegen weder geboten noch sinnvoll, da sie wegen der Anknüpfung des Krankenhausvorbehalts an

eine bestimmte Form der Versorgung zu zahlreichen ungeklärten Abgrenzungsfragen führte³².

Die Neuregelung in § 1832 Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB-E ist daher zu begrüßen.

c. Zwangsbehandlung außerhalb des Krankenhauses

Die vorgeschlagene **Ausnahmeregelung in § 1832 Abs. 2 BGB-E** entspricht den Anforderungen des BVerfG. Sie führt einerseits die verfassungsrechtlich gebotene Ausnahme vom Krankenhausvorbehalt ein und wahrt andererseits den ultima-ratio-Charakter einer Zwangsbehandlung.

Die Ausnahme vom Krankenhausvorbehalt ist nach dem BVerfG verfassungsrechtlich geboten, wenn die Verlegung in ein Krankenhaus der betreuten Person im Einzelfall aus subjektiven Gründen **nicht zumutbar** ist und wenn am Durchführungsort der **Krankenhausstandard nahezu erreicht** wird. § 1832 Abs. 2 Nr. 1 bis 5 BGB-E stellt neben den Anforderungen an die Unzumutbarkeit klar, dass die Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme außerhalb des Krankenhauses dem nach § 1827 BGB zu beachtenden und nach § 1828 BGB festgestellten **Willen des Betreuten** entspricht. Insgesamt werden in § 1832 Abs. 2 BGB-E die notwendigen objektiven und subjektiven Bestimmungen für diese Ausnahme konkretisiert. Damit nimmt der Entwurf auch subjektive Anforderungen auf, was mit Blick auf das Selbstbestimmungsrecht zu befürworten ist.

Die **Anforderungen an den alternativen Durchführungsort** sind in § 1832 Abs. 2 Nr. 3 BGB-E beschrieben. Danach muss die im konkreten Fall gebotene medizinische Versorgung des Betreuten einschließlich der Nachversorgung entsprechend dem Standard eines Krankenhauses nahezu erreicht werden. Dieser so genannte **Krankenhausstand** umfasst damit zum einen das schon nach § 630a Abs. 2 BGB geschuldete Niveau der medizinischen Versorgung, d. h. den fachgebietsbezogenen medizinischen Standard für die Behandlung im konkreten Fall, also für die Behandlung und für deren zwangsweise Durchführung³³. Zum anderen geht es um die Sicherstellung der freiheitsschützenden Funktion des Krankenhausvorbehalts am alternativen Durchführungsort. Dazu gehören etwa die Prüfung der Voraussetzungen einer Zwangsbehandlung durch multiprofessionelle Teams, die dafür erforderliche besondere Vorbereitung (u. a. der Überzeugungsversuch), die qualifizierte

Durchführung und die Nachversorgung (z. B. durch engmaschige Überwachung und Nachsorge hinsichtlich der Auswirkungen des Zwangs).³⁴ Dies ist nach der zutreffenden Vorgabe des BVerfG **einzelfallbezogen**, d. h. im Hinblick auf den individuellen Patienten und seine konkrete ärztliche Versorgung, zu bestimmen. Es handelt sich damit um eine **dynamische Verweisung** auf den jeweiligen **fachlich geprägten Versorgungsstand** im Krankenhaus **und** seine **besondere freiheitsschützende Funktion**.

Dieser Krankenhausstandard kann durch das Gesetz nur in allgemeiner Weise umschrieben werden. Eine nähere „Definition“ oder Vorgabe von Kriterien ist ebensowenig möglich oder sinnvoll wie beim fachlichen Behandlungsstandard nach § 630a Abs. 2 BGB.

Nicht zielführend ist eine Orientierung beim Krankenhausstandard des § 1832 Abs. 2 BGB-E an den Regelungen des SGB V oder des Krankenhausrechts (§ 1827 Abs. 4 S. 2 BGB-E) der Bundesländer, da diese ganz andere Zielen dienen. Aus demselben Grund gibt der Entwurf in § 1832 Abs. 1 BGB-E zu Recht die Anknüpfung an eine bestimmte Versorgungsform („stationär“) auf, da es nicht um eine bestimmte Versorgungsform geht, sondern darum, dass das Krankenhaus für die konkret anstehende zwangsweise Behandlung geeignet ist. (dazu oben II.2.b.).

Da diese Anforderungen an den alternativen Durchführungsort **im Genehmigungsverfahren überprüft** werden müssen, aber weder dem Gericht noch dem Sachverständigen ohne Weiteres zugänglich sind, verpflichtet der Entwurf (§ 321 Abs. 3 FamFG-E) die Leitung des alternativen Durchführungsorts dem Gericht gegenüber zu **bescheinigen**, durch welche Mittel die im konkreten Fall gebotene medizinische Versorgung des Betroffenen, einschließlich der erforderlichen Nachversorgung, dort sichergestellt wird. Sie **kann** zudem auf Antrag als **Beteiligter** hinzugezogen werden (§ 315 Abs. 1 Nr. 4 FamFG-E). Dadurch wird deutlich, dass diese Einrichtung oder Stelle zugleich bereit und in der Lage ist, die Verantwortung für die zwangsweise Behandlung zu übernehmen (Entwurf S. 30).

Diese Regelung ist sinnvoll, könnte aber präziser formuliert werden. Die Pflicht zur Ausstellung der Bescheinigung sollte der **Institution** auferlegt werden, in deren Verantwortung die zwangsweise Behandlung am alternativen Durchführungsort fällt. Wer diese Aufgabe innerhalb der Institution wahrnimmt, bestimmt deren Organisationsregelung. Gibt es keine Institution, tritt an die Stelle der Institution der für die Durchführung der zwangsweisen

Behandlung verantwortliche Arzt. Das ist die Intention des Entwurfs (vgl. S. 30). Dies könnte in § 315 Abs. 1 Nr. 4 und § 321 Abs. 3 FamFG-E wie folgt formuliert werden:

... die Einrichtung oder Stelle, in der die ärztliche Zwangsmaßnahme durchgeführt werden soll, andernfalls der für die Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme verantwortliche Arzt.

Hervorzuheben ist hier, dass § 1832 Abs. 2 Nr. 4 BGB-E die Beeinträchtigung der Gesundheit, der **Unverletzlichkeit der Wohnung** oder einer anderen grundrechtlich geschützten Position des Betreuten von vergleichbarem Gewicht ausdrücklich berücksichtigt und damit Zwangsbehandlungen außerhalb eines Krankenhauses im verfassungsrechtlich gebotenen Maße begrenzt. Eine **Zwangsbehandlung in der „Wohnung“** des Betroffenen dürfte danach nur in ganz seltenen Fällen in Frage kommen. Ein kategorisches, ausnahmsloses Verbot der Zwangsbehandlung in der Wohnung des Betroffenen folgt daraus allerdings nicht, zu Recht, da diese grundrechtlich geschützten Positionen jeweils im Einzelfall miteinander abzuwägen und in einen schonenden Ausgleich zu bringen sind.

Verwehrt der Betroffene den Zutritt zu seiner Wohnung, kann dieser nach § 326 Abs. 3 FamFG gegen seinen Willen erfolgen zum Zweck der (freiheitsentziehenden) Unterbringung oder zur Verbringung in ein Krankenhaus oder an einen alternativen Durchführungsort. Ein Zutritt gegen den Willen des Betroffenen zur Durchführung der Zwangsbehandlung in der Wohnung selbst ist danach nicht möglich. Das begrenzt die Möglichkeit einer Zwangsbehandlung in der Wohnung im Ergebnis auf diejenigen Fälle, in denen zwar eine Zwangsbehandlung erfolgt, der Betroffene sie aber in seiner Wohnung duldet.

3. *Patientenwille und vorsorgliche Willensbekundungen (§ 1832 Abs. 1 Nr. 3, § 1832 Abs. 2 Nr. 5 und §§ 1827 Abs. 4, 1828 Abs. 3 BGB-E)*

Wie die Evaluation zeigt, wird der erklärte bzw. mutmaßliche Wille des Betroffenen in der Praxis nicht immer ausreichend geklärt und berücksichtigt. Dem will der Entwurf zu Recht abhelfen und schlägt dazu verschiedene Regelungen vor. Dabei handelt es sich i. d. R. um Klarstellungen und Präzisierungen der geltenden Rechtslage.

a. Feststellung des Patientenwillens im Zusammenhang einer Zwangsbehandlung

§ 1832 Abs. 1 Nr. 3 BGB-E betont, dass die ärztliche Zwangsmaßnahme dem nach § 1827 zu beachtenden und nach § 1828 festgestellten Willen des Betreuten entsprechen muss. Gleiches gilt für die ausnahmsweise Durchführung an einem alternativen Behandlungsort nach **§ 1832 Abs. 2 Nr. 5 BGB-E**. Derzeit ergibt sich dies zum einen aus dem Behandlungsverhältnis (vgl. § 630d Abs. 1 BGB), zum anderen aus §§ 1827, 1828 BGB. Diese Klarstellungen der geltenden Rechtslage sind mit Blick auf die Evaluationsergebnisse zu begrüßen.

Darüber hinaus sieht **§ 1828 Abs. 3 S. 1 BGB-E** eine Pflicht dafür vor, bei einer ärztlichen Zwangsmaßnahme nach § 1832 das Ergebnis der Prüfung des behandelnden Arztes nach § 1828 Abs. 1 Satz 1 sowie den Ablauf und den wesentlichen Inhalt des Gesprächs nach § 1828 Abs. 1 Satz 2 zu dokumentieren.

Weiter sieht **§ 1832 Abs. 3 Satz 2 BGB-E** vor, dass der Betreuer dem Gericht die Dokumentation nach § 1828 Abs. 3 sowie konkrete Angaben dazu übermittelt, wie und von wem der Überzeugungsversuch durchgeführt wurde und welche anderen den Betreuten weniger belastenden Maßnahmen geprüft wurden. Falls bereits Maßnahmen ergriffen und durchgeführt worden sind, sich diese aber nicht als erfolgreich erwiesen haben, muss dies selbstverständlich ebenfalls mitgeteilt werden. Auch diese Fallgestaltung fällt unter den Begriff der „Prüfung“.

Diese Pflichten sind nicht neu. Sie ergeben sich für den behandelnden Arzt aus der Informationspflicht (§ 630c Abs. 2 BGB) und der Dokumentationspflicht (§ 630f Abs. 2 BGB) und für den Patientenvertreter aus seiner Pflicht, im Genehmigungsverfahren die aus seiner Sicht bestehenden Gründe für eine Zwangsbehandlung gegenüber dem Gericht darzulegen. Es handelt es daher um eine Klarstellung der bereits nach derzeitiger Rechtslage bestehenden Pflichten, die mit Blick auf die Ergebnisse der Evaluation zu den Umsetzungsdefiziten notwendig und zu befürworten ist. Im Übrigen kann das Gericht jederzeit von Amts wegen weitere Informationen anfordern – und ist dazu nach dem Amtsermittlungsgrundsatz auch verpflichtet, wenn dies für die Entscheidung von Bedeutung ist.

Systematisch wären diese Konkretisierungen zwar im Behandlungsverhältnis (§§ 630a ff. BGB) bzw. im Verfahrensrecht zu verorten. Wegen des Sachzusammenhangs mit der Feststellung des Patientenwillens ist die systematisch unpassende Regelung in § 1828 BGB jedoch akzeptabel.

Eine weitergehende, noch detailliertere Regelung der Pflichten des Arztes zur Information und/oder Dokumentation oder der Informationspflichten des Betreuers gegenüber dem Gericht erscheint demgegenüber weder sachlich geboten noch sinnvoll. Sie würde auch deutlich über den Rahmen dessen hinausgehen, was im materiellen Betreuungsrecht in noch vertretbarer Weise geregelt werden kann.

b. Vorsorgliche Willensbekundung nach einer Zwangsbehandlung

Nach derzeitiger Rechtslage soll der rechtliche Betreuer den Betreuten in geeigneten Fällen auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung hinweisen und ihn auf dessen Wunsch bei der Errichtung einer Patientenverfügung unterstützen (§ 1827 Abs. 4 BGB). Der Entwurf will diese **Hinweis- und Unterstützungspflicht des Betreuers** konkretisieren und nach einer durchgeführten Zwangsbehandlung zur Regel machen (§ 1827 Abs. 4 S. 2 BGB-E).

Dadurch würde die bisher doppelt bedingte Pflicht („soll“ und „in geeigneten Fällen“) für diesen Fall zur Regel. Das ist in der Sache zu begrüßen und verbessert die Chance, dass künftige Zwangsmaßnahmen so ablaufen, wie der Betroffene das selbst (prospektiv) wünscht.

Die vorgeschlagene Ergänzung ist jedoch zu umständlich, weil sie (1) die Einwilligungsfähigkeit als Voraussetzung einer Patientenverfügung überflüssigerweise mit aufnimmt und (2) eine Prognose verlangt, dass künftig weitere ärztliche Zwangsmaßnahmen durchgeführt werden müssen. Im Ergebnis stellt sie diese sinnvolle Ergänzung unter zwei neue Voraussetzungen. Sie dürfte daher kaum die gewünschten Änderungen in der Praxis erreichen.

Die Erstellung einer Patientenverfügung (ebenso wie anderer vorsorglicher Willensbekundungen) ist in ihren Voraussetzungen in § 1827 Abs. 1 BGB geregelt, ihre Anwendung bestimmt § 630d Abs. 1 S. 2 BGB. Das Erfordernis der (wieder erlangten) Einwilligungsfähigkeit braucht daher in § 1827 Abs. 4 BGB ebensowenig wiederholt zu werden wie der Umstand, dass sie nur im Falle der Einwilligungsunfähigkeit anwendbar ist (§ 630d Abs. 1 S. 2 BGB).

Die Errichtung einer Patientenverfügung hängt stets davon ab, ob und inwieweit der Betroffene dies wünscht. Das liegt nach einer Zwangsbehandlung besonders nahe. Daher sollte ein Betreuer nach jeder Zwangsbehandlung darauf hinweisen, unabhängig davon, ob

schon jetzt künftige Zwangsbehandlungen abgesehen werden können. Von einer derartigen Prognose sollte der Hinweis nicht abhängig gemacht werden.

Im Ergebnis sollte § 1827 Abs. 4 S. 2 BGB-E also wie folgt gefasst werden:

Ein geeigneter Fall liegt insbesondere vor, wenn bei dem Betreuten eine ärztliche Zwangsmaßnahme nach § 1832 BGB durchgeführt wurde.

Eine Nachbesprechung nach erfolgter Zwangsbehandlung und ggf. auch eine Vorausplanung für künftige Krisensituationen gehört im Übrigen zu den **Pflichten des Arztes aus dem Behandlungsverhältnis**. Dazu gehört auch der Hinweis auf eine Patientenverfügung und die Unterstützung bei der Erstellung sowie die Vorausplanung in Form einer Behandlungsvereinbarung oder einer anderen Form der gesundheitlichen Vorausplanung. Diese sind allerdings **nicht Regelungsgegenstand des Betreuungsrechts**, sondern ergeben sich seit dem Patientenrechtegesetz aus den §§ 630a ff. BGB, die das Behandlungsrecht – wenn auch nicht vollständig – kodifiziert haben. Eine Konkretisierung dieser Pflicht des Arztes empfiehlt sich schon deshalb nicht, weil sie dort bisher überhaupt nicht gesetzlich geregelt ist.

4. Verfahrensrecht

a. Einstweilige Anordnung

Das BVerfG hat ausdrücklich offengelassen, ob die Ausnahme vom Krankenhausvorbehalt im Wege der einstweiligen Anordnung genehmigt werden kann.³⁵

Die einstweilige Anordnung zeichnet sich u.a. durch Verfahrenserleichterungen und eine geringere Untersuchungstiefe sowie durch einen abgesenkten Prüfungsmaßstab aus, weil die Eilbedürftigkeit im Vordergrund steht. Ob die Voraussetzungen für eine Ausnahme vom Krankenhausvorbehalt (dazu oben II.2.c.) im Einzelfall vorliegen, erfordert eine **umfassende und sorgfältige Prüfung in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht sowie eine komplizierte Abwägung unterschiedlicher Gesichtspunkte und Rechte**. Darüber hinaus muss nach dem BVerfG gerade auch hierbei das ultima-ratio-Gebot beachtet werden. Hierfür sind die verfahrensrechtlichen Anforderungen eines Hauptsacheverfahrens unabdingbar.

Es ist deshalb zu begrüßen, dass in § 331 Abs. 3 FamFG-E die einstweilige Anordnung für die Ausnahme vom Krankenhausvorbehalt nach § 1832 Abs. 2 BGB-E **ausgeschlossen** wird. Überlegungen, für solche Eilverfahren wiederum besondere, d. h. über die „normalen“ Anforderungen eines Eilverfahrens hinausgehende Anforderungen einzuführen, zeigen deutlich, dass ein Eilverfahren für die Ausnahme vom Krankenhausvorbehalt nicht geeignet ist.

b. Verfahrenspfleger

Der Entwurf sieht umfangreiche Änderungen zur Qualifikation und den Aufgaben des Verfahrenspflegers für alle Unterbringungsverfahren vor.

Dies ist mit Blick auf die schwerwiegenden Grundrechtseingriffe, die mit diesen Unterbringungsmaßnahmen einhergehen, nachdrücklich zu begrüßen. Der „Werdenfelser Weg“ zeigt seit vielen Jahren für die Verfahren über freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1831 Abs. 4 BGB, dass entsprechend qualifizierte Verfahrenspfleger den Grundrechtsschutz der Betroffenen erheblich verbessern.

Die **Aufgaben und Rechtsstellung** werden nunmehr in § 317b FamFG-E geregelt. Dessen Abs. 1 entspricht dem bisherigen § 317 Abs. 3 FamFG und stellt in Abs. 1 S. 3 klar, dass die Pflicht des Verfahrenspflegers zur Ermittlung des Willens des Betroffenen auch das Gespräch mit Angehörigen und Vertrauenspersonen gehört. Wie bisher hat er den Betroffenen über Gegenstand, Ablauf und möglichen Ausgang des Verfahrens in geeigneter Weise zu informieren und ihn bei Bedarf bei der Ausübung seiner Rechte im Verfahren zu unterstützen. Dazu gehört auch die Möglichkeit, ein Rechtsmittel einzulegen, aber auch sonstige Beratungs- und Beschwerdeangebote, sofern sie „die Ausübung seiner Rechte im Verfahren“ betreffen. Wird die Entscheidung rechtskräftig, endet das Amt des Verfahrenspflegers (§ 317 Abs. 6 FamFG bzw. § 317 Abs. 4 FamFG-E).

Das verdeutlicht, dass die Aufgaben des Verfahrenspflegers bei einer Zwangsbehandlung auf das jeweilige Genehmigungsverfahren bezogen sind. Mit Abschluss des Verfahrens enden sowohl das Amt wie die Aufgaben des Verfahrenspflegers. Eine Beratung und Unterstützung nach dem Ende eines Genehmigungsverfahrens und unabhängig von einem

solchen Verfahren, etwa die Pflicht zur Beratung und Unterstützung nach Abschluss der Zwangsbehandlung, kann man ihm deshalb nicht auferlegen.

Eine solche Verpflichtung haben jedoch der behandelnde Arzt und der rechtliche Betreuer für Gesundheitsangelegenheiten. Den Arzt trifft diese Pflicht aus dem Behandlungsverhältnis, soweit es um die Nachsorge geht, den Betreuer nach den §§ 1821 und 1827 BGB, soweit der Betroffene dies wünscht und die Unterstützung erforderlich ist.

5. Evaluierung

Der Entwurf sieht eine **Evaluierung** nach Ablauf von 3 Jahren nach dem Inkrafttreten vor und umschreibt den Evaluationsauftrag ausreichend konkret. Eine nähere Konkretisierung erfolgt bei der Ausschreibung und im Vergabeverfahren. Insofern ist gegen den Auftrag zur Evaluation in Art. 6 des Entwurfs nichts zu erinnern.

Von vielen Seiten zu Recht angemahnt (dazu auch unten III.) wird indes eine bessere und kontinuierliche **Erfassung der Anwendungspraxis ärztlicher Zwangsmaßnahmen wie auch aller anderer Zwangsmaßnahmen** (wie der freiheitsentziehenden Unterbringung und sonstiger freiheitsentziehender Maßnahmen). Hierbei geht es allerdings nicht nur um eine Evaluation dieses konkreten Gesetzes, sondern um eine verbesserte Erfassung der Praxis der Zwangsmaßnahmen insgesamt mit dem Ziel, entsprechende wissenschaftliche Forschungen zu ermöglichen und zugleich der Rechts- und Gesundheitspolitik eine deutlich bessere und valide Datengrundlage zu verschaffen. Eine solche Erfassung müsste sinnvollerweise auch die Praxis der Zwangsmaßnahmen nach den PsychKGs bzw. PsychKHGs der Bundesländer mit einbeziehen und sollte daher zwischen Bund und Ländern abgestimmt werden.

III. Zum Antrag der Fraktion Die Linke

Der Antrag umfasst 7 Punkte. Sie zielen zum einen auf die **Verbesserung der Versorgung** psychisch kranker Menschen, zum anderen auf eine **bessere Erfassung der Anwendungspraxis** (dazu oben II.6.).

Ich beschränke mich auf den Bereich meiner Expertise und nehme zu folgenden Punkten Stellung:

1. Zur **Patientenverfügung** (Antrag II.1.d) aa)) verweise ich auf oben II.3.b.
2. Zu einer **Behandlungsvereinbarung** (Antrag II.1.d) bb)) verweise ich zunächst darauf, dass die Behandlungsvereinbarung rechtlich gesehen nicht insgesamt als Vertrag zu qualifizieren ist, sondern verschiedene, rechtlich unterschiedlich einzuordnende Elemente enthält.

Soweit ein Patient darin Bestimmungen für seine künftige Behandlung festlegt, handelt es sich um eine Patientenverfügung i.S.d. § 1827 Abs. 1 BGB. Falls deren Wirksamkeitsanforderungen nicht erfüllt sind oder sie sich im konkreten Anwendungsfall als nicht einschlägig erweist, ist diese Vorausverfügung als Behandlungswunsch, ggf. als starker Hinweis auf den mutmaßlichen Willen zu beachten (§ 1827 Abs. 2 BGB). Insofern gilt das zu III.1. Ausgeführte.

3. **Hinweise auf die Möglichkeit einer Beratung durch die Unabhängige Patientenberatung und andere Beratungs- und Hilfeangebote** (Antrag II.1.d) dd)) gehören primär zu den Aufgaben der Akteure im jeweiligen gesundheitlichen Versorgungssystem. Soweit es – im betreuungsrechtlichen Sinn des § 1814 BGB – hilfebedürftige Personen betrifft, haben auch Betreuungsbehörden und Betreuungsvereine auf diese Angebote hinzuweisen (§ 5 Abs. 1, § 15 Abs. 3 BtOG: „andere Hilfen, bei denen kein Betreuer bestellt wird“).

4. Der Regierungsentwurf sieht in § 1832 Abs. 2 Nr. 5 BGB-E vor, dass die ärztliche Zwangsmaßnahme an einem **alternativen Behandlungsort außerhalb eines Krankenhauses** dem nach § 1827 zu beachtenden und nach § 1828 festgestellten **Willen des Betreuten** entsprechen muss. Demgegenüber fordert der Antrag (unter II.7.), dass der Betreute dies schriftlich in einer Patientenverfügung oder einem Behandlungsvertrag bestimmt haben muss.

Rechtlich gesehen handelt es sich bei einer solchen Festlegung des Patienten stets um eine Patientenverfügung (zum Behandlungsvertrag s. oben III.2.). Es besteht aber kein sachlicher Grund, andere Formen der vorsorglichen Willensbekundung auszuschließen. Der Wille des Patienten ist stets zu beachten, gleich in welcher Form er ausgedrückt wird.

-
- ¹ Die Darstellung unter I. beruht auf meinem Beitrag in MedR 2025, 769 ff.
- ² Das Betreuungsrecht ist durch das Gesetz zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts v. 4.5.2021 (BGBl. I S. 882) zum 1.1.2023 reformiert und neu strukturiert worden. Die im vorliegenden Kontext bedeutsamen Vorschriften zur Gesundheitsvorsorge sind dabei inhaltlich unverändert übernommen worden. Im Folgenden werden deshalb die aktuellen Vorschriften zitiert, soweit nicht der Sachzusammenhang etwas anderes erfordert.
- ³ Ausf. *Lipp*, FamRZ 2013, 913, 918 f.
- ⁴ Überblick bei *Lesting/Marschner*, in: *Marschner/Lesting/Stahmann*, Freiheitsentziehung und Unterbringung, 7. Aufl. 2024, Kap. B., Rdnrn. 221 ff.
- ⁵ So aber *Gärditz*, JZ 2025, 48 ff.
- ⁶ Die „Ausweitung“ der Zwangsbehandlung auf somatische Erkrankungen ist allerdings nicht Folge der Entscheidung (so aber *Kraemer*, NJW 2025, 124, 126), sondern ist schlicht Inhalt der gesetzlichen Regelung.
- ⁷ BGHZ 224, 224 Rdnr. 16 = MedR 2020, 673; BGHZ 243, 382 Rdnr. 6 = MedR 2026, 140.
- ⁸ Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten v. 20.2.2013, BGBl. I S. 277. Vgl. dazu etwa *Katzenmeier*, NJW 2013, 817 ff.; *Montgomery/Brauer/Hübner/Seebohm*, MedR 2013, 817 ff.
- ⁹ BGHZ 243, 382 Rdnr. 9 = MedR 2026, 140; BGHZ 201, 324 Rdnr. 13 = MedR 2015, 116; BGH, MedR 1998, 26, 27; BGH, MedR 1991, 83, 84 f.; *Förster*, in: BeckOK BGB, Stand: 1.8.2026, § 823 BGB, Rdnr. 812; *Wagner*, in: MünchKommBGB, Bd. 5, 9. Aufl. 2023, § 630e BGB, Rdnr. 48 a.E.
- ¹⁰ BGHZ 243, 382 Rdnr. 11 = MedR 2026, 140; BGHZ 224, 224, Rdnrn. 22 ff. = MedR 2020, 673; *A. Schneider*, in: MünchKommBGB, Bd. 10, 10. Aufl. 2026, BGB § 1832, Rdnr. 9; *Götz*, in: Grüneberg, BGB, 85. Aufl. 2025, BGB § 1832, Rdnr. 3 f.
- ¹¹ Gleiches gilt für die Bevollmächtigung zur Einwilligung in eine freiheitsentziehende Unterbringung und bestimmte andere freiheitsentziehende Maßnahmen und für riskante Behandlungsentscheidungen (s. § 1820 Abs. 2 Nr. 1 und 2 BGB).
- ¹² Gesetz zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts v. 4.5.2021, BGBl. I S. 882.
- ¹³ Zu dieser Neuregelung des § 1901 BGB a.F. durch das Gesetz zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts v. 4.5.2021 (BGBl. I S. 882) vgl. BT-Dr. 19/24445, S. 249 ff.
- ¹⁴ *Renner/Müller-Engels*, in: *Müller-Engels/Braun*, Betreuungsrecht und Vorsorgeverfügungen in der Praxis, 6. Aufl. 2022, Rdnrn., 465 ff., 470.
- ¹⁵ BGHZ 243, 382 Rdnr. 6 ff. = MedR 2026, 140; BGHZ 224, 224 Rdnrn. 16 ff. = MedR 2020, 673.
- ¹⁶ BVerfGE 142, 313 = MedR 2017, 122.
- ¹⁷ *Loer*, BtR 2025, 1, 3.
- ¹⁸ *Henking/Juckel/Gather/Steinert*, Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten v. 17.7.2017, Schlussbericht v. 31.1.1024, https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Fachpublikationen/2024_Forschungsbericht_Zwangsmassnahmen_BR.html?nn=144128 (abgerufen am 5.10.2026), S. 200, 204 f., 207 f., 211 ff.; zum Krankenhausvorbehalt S. 217, 245 ff.; zur Genehmigung im Wege einer einstweiligen Anordnung S. 232 ff.
- ¹⁹ BGHZ 145, 297 = JZ 2001, 821 m. Anm. *Lipp* JZ 2001, 825.
- ²⁰ Vgl. aus neuerer Zeit etwa *Wedel/Kraemer*, FamRZ 2020, 1525, 1526 f.; *Kraemer*, NJW 2025, 124, 125; jeweils m.w.N.
- ²¹ BT-Dr. 18/11240, S. 15, 20; BT-Dr. 18/11617, S. 5 f.; dazu *Loer*, BtR 2025, 1, 3 f.
- ²² *Spickhoff*, FamRZ 2017, 1633, 1638 f.; *Wedel/Kraemer*, FamRZ 2020, 1525, 1526 f.; *Rademacher/Leber*, MedR 2020, 830, 836; *Guhling*, in: FS f. Dose, 2022, S. 219, 227 f.; *Brilla*, in: BeckOGK BGB, Stand: 1.1.2026, § 1832 BGB, Rdnr. 51 f.
- ²³ Leitsätze 3 und 4 und Rdnrn. 108 ff.
- ²⁴ Leitsatz 5 und Rdnrn. 155 ff.; dieser Leitsatz ist sinnentstellend verkürzt bei *Gärditz*, JZ 2025, 47 f. (unter Nr. 2), korrekt dagegen im Text der Anmerkung (*Gärditz*, JZ 2025, 47, 51 f.)
- ²⁵ Rdnrn. 165 ff.
- ²⁶ Tenor Ziff. 1 – 3 und Rdnrn. 168 ff.
- ²⁷ Rdnr. 162.
- ²⁸ Rdnr. 175.
- ²⁹ Rdnr. 171.
- ³⁰ Rdnr. 171.
- ³¹ Dazu oben I.6.
- ³² Vgl. dazu etwa den Evaluationsbericht von *Henking/Juckel/Gather/Steinert* (oben Note 18), S. 218 f.

³³ BGHZ 243, 382 Rdnrn. 11 f. = MedR 2026, 140; BGHZ 224, 224 Rdnrn. 22 ff. = MedR 2020, 673. Der BGH verortet dies freilich in § 1832 Abs. 1 Nr. 1 und 6 BGB. Zum Behandlungsstandard nach § 630a Abs. 2 BGB *Katzenmeier*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, *Arztrecht*, 8. Aufl. 2021, Kap. X, Rdnrn. 5 ff.

³⁴ Ähnlich *Eulinger*, *GuP* 2025, 69, 75.

³⁵ Rdnr. 162