



Ausschussdrucksache 21(6)123d
vom 6. Oktober 2026, 20:37 Uhr

Schriftliche Stellungnahme

des Sachverständigen Dr. David Schneider-Addae-Mensah

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

Schriftliche Stellungnahme
des Sachverständigen Dr. David Schneider-Addae-Mensah

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

Stellungnahme

Der Gesetzentwurf ist ganz maßgeblich durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.11.2024 – 1 BvL 1/24 – veranlaßt. Nach dessen Vorgaben hat bis 31.12.2026 zwingend eine Neuregelung der Zwangsbehandlung durch den Bundesgesetzgeber zu erfolgen, die kein generelles Verbot der ambulanten Zwangsbehandlung mehr vorsieht.

I. Grundsätzliche Anmerkungen zu Zwangsbehandlungen

Anders als die noch herrschende Meinung und Judikatur, namentlich der Grundsatzbeschluß des Bundesverfassungsgerichts vom 23.03.2011 zu Az. 2 BvR 882/09 ausführen, bestehen meinerseits gegen Zwangsbehandlungen mit persönlichkeitsverändernden Substanzen erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken.

1. Grundsätzliche sachliche Bedenken

Zwangsbehandlungen greifen massiv in das Recht auf körperliche Unversehrtheit ein und tangieren die Würde des Menschen. Ihre verfassungsrechtliche Rechtfertigung ist aus folgenden Gründen schwierig:

- Eine hinreichend sichere Diagnose psychischer Erkrankungen ist schwierig und basiert auf psychiatrischen Konsenspapieren, die in den bekannten Manuale ICD, DCM niedergelegt sind. Eine echte Evidenzbasierung fehlt.
- Eine Heilung psychiatrischer Krankheitsbilder ist selten, meist zielt die Behandlung lediglich auf Symptomlinderung.
- Eine bloße Behandlung der Symptome ist zwar denkbar, wäre aber aus hiesiger Sicht nur mit der Zustimmung des Beschwerdeführers auch verhältnismäßig, da es sich um sehr eingreifende Präparate handelt, die das *Ich* eines Menschen verändern und oftmals starke Nebenwirkungen zeigen.
- Eine zwangsweise durchgeführte Behandlung reduziert die Linderungs- und Heilungschancen erheblich. Gerade psychische Symptome setzen ein positives Verhältnis des Betroffenen zu der betreffenden Behandlung voraus. Gewaltsame Behandlungen können gerade bei psychisch labilen Menschen regelmäßig zu noch größeren Schäden führen.
- Es bestehen Bedenken ob Zwangsbehandlungen notwendig iSd. Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes sein können. Denn der Wunsch nach Behandlung hätte jedenfalls im Zustand der Einwilligungsfähigkeit im Wege einer Vorausverfügung niedergelegt

werden können. Wurde er es nicht, so ist im Zweifel davon auszugehen, daß der Betreffende freiverantwortlich handelnd auch keine Behandlung mit Psychopharmaka wünschte.

2. Rechtliche Bedenken

a) Freiheit zur Krankheit

Wie der Gesetzentwurf in seiner Begründung zutreffend ausführt, gibt es die Freiheit zur Krankheit (vgl. BVerfG, Beschluß vom 23.03.2011, 2 BvR 882/09, Rz. 48). In Weiterentwicklung hat ein Mensch sogar die Freiheit zum Ableben (vgl. BVerfG, Beschluß vom 26.02.2020, 2 BvR 2347/15 u.a., Rz. 203 ff.). Hierbei handelt es sich um unbenannte Grundrechte, die es zu schützen gilt. Eine generelle Schutzpflicht des Staates gegenüber Gesundheit und Leben seiner Bürger, würde die Ausübung jener Grundfreiheiten auf Selbstschädigung faktisch vereiteln. Sie kann es daher nicht geben. Im Grundsatz muß es dem Bürger möglich sein, seine Grundfreiheiten, namentlich auch die auf Selbstschädigung, ohne staatliche Intervention (= Schutz) wahrzunehmen. Ein Schutz bedeutet auch stets eine Bevormundung und einen Eingriff in die genannten Grundfreiheiten. Ein „staatlicher Erwachsenenschutz“ wäre daher gerade mit dem Grundsatz der Selbstbestimmung und der Menschenwürde unvereinbar.

Anders als die Begründung des Gesetzentwurfs gehe ich aber davon aus, daß diese Grundfreiheit nicht auf Menschen beschränkt werden darf, die einen „freien Willen“ bilden können. Zum einen folgt dies zwingend daraus, daß Grundrechte und Grundfreiheiten für alle Menschen gleichermaßen gelten, wie auch aus dem Verbot der Behindertendiskriminierung. Zum anderen folgt es daraus, daß davon ausgegangen werden muß, daß kein Mensch seinen Willen wirklich frei bilden kann. Mithin wäre die Garantie der Patientenautonomie nichts wert, wenn sie an jenen absolut freien Willen untrennbar geknüpft wäre. Zudem sind Willensmängel regelmäßig nicht objektiv feststellbar. Regelmäßig behaupten Psychiater einfach, der Patient könne keinen freien Willen bilden, ungeachtet seiner tatsächlichen Fähigkeiten. Oft wird eine weltanschauliche Ablehnung von Psychopharmaka und Psychiatrie gleichgesetzt mit der Unfähigkeit einen freien Willen zu bilden. Dem Mißbrauch ist so mithin Tür und Tor geöffnet.

Grundsätzlich hat daher auch ein Betroffener, der seinen Willen nicht frei äußern kann, die Grundfreiheit zur Krankheit.

Eine Schutzpflicht des Staates gegenüber Gesundheit und Leben volljähriger mündiger Bürger kann ausnahmsweise allenfalls dann angenommen werden, wenn sich ein entsprechender Wille des Bürgers staatlich geschützt werden zu wollen etwa aus einer Vorausverfügung eindeutig ergibt. Ohne eine solche eindeutige Willensbestimmung ist nach dem Grundsatz *in dubio pro libertate* unwiderleglich davon auszugehen, daß der Bürger keine staatliche Intervention in seine Belange wünscht und eine staatliche Schutzpflicht ihm gegenüber damit nicht besteht, im Gegenteil sogar ein staatliches Interventionsverbot besteht.

b) VN-BRK und VN-Sonderbericht gegen Folter

Der VN-Sonderberichterstatter über Folter Juan Méndez führte in seinem Bericht 01.02.2013 aus, daß

„alle Staaten ein absolutes Verbot aller medizinischen nicht einvernehmlichen bzw. Zwangsbehandlungen von Personen mit Behinderungen verhängen sollten, einschließlich nicht-einvernehmlicher Psychochirurgie, Elektroschocks und Verabreichung bewusstseinsverändernder Drogen, sowohl in lang- wie kurzfristiger Anwendung. Die Verpflichtung, erzwungene psychiatrische Behandlung wegen einer Behinderung zu beenden, ist sofort zu verwirklichen und auch knappe finanzielle Ressourcen können keinen Aufschub der Umsetzung rechtfertigen.“ (http://mdac.info/sites/mdac.info/files/march_4_torture.pdf)

Die Andersbehandlung Behinderter stellt nach Mendez regelmäßig eine Diskriminierung iSv. Art. 1 Abs. 3 VN-Behindertenrechtskonvention (BRK) dar und erfüllt somit zugleich ein Foltermotiv iSd. Art. 1 VN-Folterkonvention. Da nach bisheriger Auffassung auch Menschen mit psychischer Diagnose unter den Behindertenbegriff der VN-BRK subsummiert werden müssen (Art. 1 Abs. 2 BRK), stellt deren Andersbehandlung gegenüber Menschen ohne psychische Diagnose regelmäßig eine Diskriminierung dar (vgl. BVerfG, Beschluß vom 23.03.2011 zu 2 BvR 882/09, Rz. 53) und fällt somit prinzipiell in den Anwendungsbereich der VN-Antifolterkonvention.

Mendez setzt sich sodann in seinem Bericht mit möglichen Rechtfertigungsmöglichkeiten auseinander und bejaht diese sehr restriktiv zusammengefaßt wie folgt:

- Psychiatrische Langzeitbehandlung: Mendez, nein
- Psychiatrische Akkutbehandlung: Mendez, unter engen Voraussetzungen, ja, wenn
 - keine Möglichkeit der eigenen Willensbildung – Bewußtlosigkeit besteht,
 - andere eng definierte Umstände vorliegen oder
 - Eigen- oder Fremdgefährdung besteht.

Der Bericht des VN-Folterbeauftragten bezieht sich auf medizinische Behandlungen aller Art in allen Arten von Gesundheitssettings („health-care settings“, http://mdac.info/sites/mdac.info/files/march_4_torture.pdf, Rz. 11 ff.). Akkutbehandlungen könnten nach Mendez durchaus gerechtfertigt werden.

Der Mendez-Bericht stellt zwar keine völkerrechtliche Regel dar. Er fällt jedoch unter den Begriff der Völkerrechtsquelle (Art. 38 lit. d) IGH-Statut) und ist bei der Auslegung des Art. 1 VN-Folterkonvention zu berücksichtigen. Da diese Vorschrift wiederum maßgeblich für den Folterbegriff in Art. 3 EMRK ist, ist die Mendez-Position auch im Rahmen deutscher Rechtsprechung und Gesetzesregelungen zu berücksichtigen. Denn eine Mißachtung des menschenrechtlichen Völkerrechts als ius cogens ist immer auch eine Verletzung des Rechtsstaatsprinzips aus Art. 20 Abs. 3 GG. Insofern muß bei der Frage, ob eine (ambulante) Zwangsbehandlung verfassungskonform sein kann oder nicht im Rahmen der völkerrechtskonformen Auslegung auch der Mendez-Bericht berücksichtigt werden.

b) WHO-Position

Die Weltgesundheitsorganisation führt in ihrem Bericht „Mental health, human rights and legislation Guidance and practice“ von 2023 aus:

“Ending coercive practices in mental health – such as involuntary commitment, forced treatment, seclusion and restraints – is essential in order to respect the rights of people using mental health services. Coercion is harmful in terms of both physical and mental health, alienating people from mental health and support systems. Moreover, many persons with mental health conditions and psychosocial disabilities have experienced trauma in their lives. When violence, coercion and abuses occur in mental health services, not only are people failed by the service, they may be retraumatized and their original difficulties compounded (212). Once considered a “necessary evil”, there is growing evidence to support the implementation of non-coercive practices (33, 213).”

vgl. WHO, Mental health, human rights and legislation Guidance and practice, 2023, S. 55

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/23e2eb5c-a043-4d6e-b38b-fed350da6fe7/content>

Der WHO-Report berichtet, daß ein Totalverbot von Zwangsbehandlungen – “zero coercion policy in mental health care” – durchaus möglich und in einigen Staaten, so etwa jüngst in Mexiko, bereits umgesetzt ist (vgl. wie vor, S. 66 f.).

III. Ambulante Zwangsbehandlung als ultima ratio der ultima ratio?

1. Allgemeines

§ 1832 Absatz 1 Satz 1 Nr. 7 BGB steht der Durchführung einer ambulanten Zwangsbehandlung, also jedweder Zwangsbehandlung außerhalb eines klinischen Rahmens, nach seinem eindeutigen Wortlaut entgegen. Die Vorschrift ist *insofern* nicht auslegungsfähig.

Der Gesetzgeber hat die Regelung einer ambulanten Zwangsbehandlungsmöglichkeit wiederholt verworfen, um einen Mißbrauch und eine Ausuferung von Zwangsbehandlungen, die Aushöhlung der Voraussetzung eines Überzeugungsversuchs ohne unzulässigen Druck, Zwang im gewohnten Umfeld eines Heimes sowie eine Ungleichbehandlung mit zu Hause Gepflegten zu vermeiden (vgl. BT-Ds 18/11617, S. 5 f.). Gemäß Art. 7 des *Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten* sollte drei Jahre nach Inkrafttreten eine Evaluation stattfinden und insbesondere die zwingende Knüpfung einer Zwangsbehandlung an ein stationäres Setting empirisch untersucht werden (vgl. BT-Ds 18/11240, S. 11). Eine derartige Evaluierung liegt erst seit Januar 2024 vor und konnte daher im zum 01.01.2023 in Kraft getretenen *Gesetz zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts* noch nicht berücksichtigt werden (vgl. BGBl I 2021, S. 882 ff.). In der Evaluierung werden indes keine sachlichen Gründe genannt, eine ambulante Zwangsbehandlung sei zwingend einzuführen. Auch gibt es keine Information darüber in wie vielen Fällen mit welchen Auswirkungen für die körperliche Unversehrtheit Zwangsbehandlungen für Personen im ambulanten Setting notwendig waren und / oder stattgefunden haben. Die im Antrag der Fraktion Die Linke enthaltenen Vorschlag zur weiteren Evaluierung sind daher von entscheidender Bedeutung für die Frage einer Verhältnismäßigkeit ambulanter Zwangsbehandlungen.

Das Bundesverfassungsgericht hat Ende 2024 nun erstmals eindeutig entschieden, daß das absolute Verbot ambulant erfolgender Zwangsbehandlungen unverhältnismäßig sei.

Grundsätzlich ist die psychiatrische und allgemein die medizinische Zwangsbehandlung nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nur unter sehr engen Voraussetzungen verfassungsrechtlich rechtfertigbar (vgl. BVerfG, Beschluß vom 23.03.2011, 2 BvR 882/09, Rz. 56). Sie ist damit ihrerseits bereits ultima ratio.

Ins Zentrum der Rechtfertigungsdiskussion stellt das Bundesverfassungsgericht die Entlassungsfähigkeit bzw. das Freiheitsinteresse des Betroffenen als Ziel der Zwangsbehandlung (vgl. wie vor, Rz. 54). Dies gilt im forensischen wie im allgemeinpsychiatrischen Setting (vgl. wie vor; BVerfG, Beschluß vom 19.07.2017, 2 BvR 2003/14, Rz. 30, 35). In Weiterentwicklung bejaht das Bundesverfassungsgericht nun zudem den Schutz des Personals der Unterbringungseinrichtung und anderer Untergebrachter, als Rechtfertigungsgrund einer Zwangsbehandlung (vgl. BVerfG, Beschluß vom 08.06.2021, 2 BvR 1866/17; 2 BvR 1314/18, Rz. 55, 60) sowie das vorliegend entscheidende Recht des Betroffenen auf körperliche Unversehrtheit, das durch einen Eingriff in diese gewahrt werden soll (wie vor).

Verfassungsrechtliche Voraussetzung einer Zwangsbehandlung ist weiter, daß die Zwangsbehandlung mit nicht mehr als einem vernachlässigbaren Restrisiko irreversibler Gesundheitsschäden einhergeht und die mit dieser verbundenen Belastungen daher nicht außer Verhältnis zu ihrem Nutzen stehen (vgl. BVerfG, Beschluß vom 23.03.2011, 2 BvR 882/09, Rz. 61).

Voraussetzung ist schließlich, daß die Zwangsbehandlungsmaßnahme durch einen Arzt angeordnet (wie vor, Rz. 64) und überwacht (wie vor, Rz. 66) wird.

2. Auswirkungen für die Hypothese einer ambulanten Zwangsbehandlung

a) Fehlende Rechtfertigungsgründe

Sofern Ziel der Zwangsbehandlung die Herbeiführung der Entlassungsfähigkeit des Betroffenen ist, so kann dieses Ziel im ambulanten Setting naturgemäß gar nicht erreicht werden.

Das zweite Ziel eines Schutzes Dritter in der Unterbringungseinrichtung wird für ambulante Settings ebenfalls regelmäßig ausscheiden. In psychiatrischen Heimunterbringungen wird hier das mildere Mittel regelmäßig die Kündigung des Heimplatzes sein, bei Betroffenen im eigenen häuslichen Umfeld deren allgemeinpsychiatrische Unterbringung. Relevant ist der Schutz Dritter letztlich nur im forensischen Setting, weil hier keine Alternativen zur Unterbringung bestehen, mithin der Betroffene nicht einfach entlassen werden kann, wenn er Dritte angreift.

Relevant für die ambulante Zwangsbehandlung bleibt letztlich nur der vom Bundesverfassungsgericht postulierte Schutz des Betroffenen vor sich selbst, also der Schutz seiner körperlichen Unversehrtheit durch Eingriff in diese.

Dies zeigt wie widersprüchlich dieser dritte Rechtfertigungsgrund bereits rechtsdogmatisch ist. Der Eingriff in die körperliche Unversehrtheit eines Menschen ist schon begriffslogisch kein Schutz derselben. Vielmehr reduziert sich hier die Rechtfertigung des Eingriffs auf die Behandlung selbst, auf die „Besserung“ aus medizinischer Sicht. Dies allein reicht im Hinblick auf das unbenannte Grundrecht der Freiheit zur Krankheit (vgl. BVerfG, Beschluß vom 23.03.2011, 2 BvR 882/09, Rz. 48) gerade nicht als alleiniges Ziel einer Zwangsbehandlung aus. Denn dem Betroffenen steht es frei sich nicht behandeln zu lassen und gegebenenfalls krank zu bleiben (vgl. wie vor).

Es fehlt daher, nach der hier vertretenen Ansicht, bereits an einem hinreichend legitimen gesetzgeberischen Ziel für ambulante Zwangsbehandlungen.

Etwas anderes gilt nur, wenn man die Freiheit zur Krankheit, wie es das Bundesverfassungsgericht zu tun scheint und es auch in der Begründung des Gesetzesentwurfs steht, allein auf „freiverantwortliche“ Menschen reduziert. Die Problematik des Vorenthaltens einer Grundfreiheit für Teile der Bevölkerung wurde oben bereits angesprochen. Auch das zweite Problem der Unmöglichkeit eine „Freiverantwortlichkeit“ rechtssicher festzustellen, läßt sich jedoch nicht auflösen.

Im Ergebnis verbleibt nach hiesiger Ansicht gar kein, nach verfassungsgerichtlicher Ansicht und auch der des Entwurfs ein nur sehr kleiner Anwendungsbereich für ambulante Zwangsbehandlungen in den Fällen, in denen die körperliche Unversehrtheit des Betroffenen Schutzgut sei.

b) Steigendes Risiko irreversibler Gesundheitsschäden im ambulanten Setting

Die zwingende verfassungsrechtliche Voraussetzung, daß die Zwangsbehandlung mit nicht mehr als einem vernachlässigbaren Restrisiko irreversibler Gesundheitsschäden für den Betroffenen verbunden sein darf, erfordert namentlich auch ein schnelles Eingreifen des Arztes und eine fachgerechte ärztliche Reaktion (vgl. wie vor, Rz. 64). Dies gilt auch für die Voraussetzungen der ärztlichen Anordnung und Überwachung der Maßnahme. Beides ist in einem ambulanten Setting nicht hinreichend gewährleistet. Zwar mag es auch in diversen Heimunterbringungen mitunter Ärzte geben. Doch ist dies nicht durchgehend gewährleistet und ist insbesondere auch nicht gewährleistet, daß es sich hierbei um die fachärztliche Qualität handelt, wie sie auf einer psychiatrischen Krankenhausstation vorhanden ist. An die ärztliche Überwachung sind indes bei einem derart intensiven Eingriff hohe Anforderungen zu stellen. Eine gelegentliche Überprüfung durch einen nicht dauerhaft anwesenden Hausarzt genügt dafür nicht. Letztlich birgt eine Zwangsbehandlung in einer Einrichtung ohne Krankenhaussetting auch ein größeres Risiko irreversibler Gesundheitsschäden und macht eine insofern ambulante Zwangsbehandlung damit unverhältnismäßig. Das Verfassungsgericht und infolge der Gesetzgeber haben nicht umsonst die Risikominimierung

zum unumstößlichen Kriterium solch gefährlicher, auf die Änderung seelische Abläufe gerichteter (wie vor, Rz. 44) Eingriffe in den menschlichen Organismus und den menschlichen Geist erhoben. Von diesem Aspekt der Risikominimierung wiche jedoch eine ambulante Zwangsbehandlung ab.

Der Entwurf sieht zwar hier zum einen den neuen § 1832 Abs. 2 Nr. 3. BGB vor, der annähernd gleiche medizinische Bedingungen im ambulanten wie im stationären Setting fordert. Zum anderen sieht er auch die Änderung des Verfahrensrechts mit § 321 Abs. 3 FamFG neu vor, wonach der Leiter der ambulanten Einrichtung dem Betreuungsgericht nachweisen muß, „durch welche Mittel die im konkreten Fall gebotene medizinische Versorgung des Betroffenen [...] in der Einrichtung sichergestellt wird“. Dies wird hier als unzureichend angesehen, da die Überwachung durch einen Arzt eine wesentliche Bedingung der Rechtfertigung einer Zwangsbehandlung ist und daher nach dem Wesentlichkeitsprinzip im Gesetz selbst geregelt sein muß. Keinesfalls darf sie auf einen Anstaltsleiter oder noch weiter entfernte Dritte abgewälzt werden. Dies gilt namentlich auch für Betroffene, die in der eigenen Wohnung zwangsbehandelt werden sollen. Unklar bleibt hier schon, wer dem Betreuungsgericht gegenüber überhaupt mitteilungsverpflichtet ist.

Im Ergebnis müßten die Mittel zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung, namentlich der Überwachung durch einen Arzt, daher aus hiesiger Sicht direkt in § 1832 Abs. 2 Nr. 3. BGB oder § 321 FamFG geregelt werden, um die vom Bundesverfassungsgericht zwingend geforderte Vergleichbarkeit des ambulanten mit dem stationären Setting zu gewährleisten. Hierzu sollte etwa klargestellt werden, daß ein einschlägiger Facharzt – je nach beabsichtigter Zwangsbehandlung – in der Einrichtung anwesend ist oder zur durchzuführenden Maßnahme am Ort der ambulanten Maßnahme erscheint, diese dort überwacht und nachbetreut.

Es ist auch nicht ersichtlich, weshalb eine Zwangsbehandlung in einem Pflegeheim weniger belastend sein soll als in einem Krankenhaus. Bei Heimen handelt es sich regelmäßig um einen nur schwer kontrollierbaren Bereich der Schattenpsychiatrie, mit oftmals überlastetem Personal. Es mag zwar sein, daß im Einzelfall die Verbringung eines Betroffenen in ein Krankenhaus zum Zwecke der dort erfolgenden Zwangsbehandlung für diesen belastend ist. Es darf dabei aber nicht übersehen werden, daß die Unterbringung ein extensiverer Grundrechtseingriff ist als die Zwangsbehandlung. Letztere stellt vielmehr den intensivsten Grundrechtseingriff überhaupt dar (wie vor, Rz. 43 f.). Bei der Durchführung in einem Krankenhaussetting handelt es sich nicht zuletzt auch um eine Verfahrensgarantie für den Betroffenen. Ein in einem schwer kontrollierbaren Heimumfeld durchgeführter Zwang stellt sich daher regelmäßig schon aus rechtsstaatlichen Erwägungen heraus als der schwerere Grundrechtseingriff dar.

Hinzu kommt die schwerere Kontrollierbarkeit von Zwangsbehandlungen im Heimumfeld. In der Tat besteht hier die Gefahr einer kaum kontrollierbaren Ausweitung von Zwangsbehandlungen. Schon die Häufigkeit von Zwangsbehandlungen im Krankenhaussetting ist mangels der gesetzlich indizierten hinreichenden Evaluierung unbekannt. Die Dunkelziffer bei einer Möglichkeit des Home-Treatment wäre vermutlich noch viel höher und viel weniger zu kontrollieren. Denn selbstverständlich senkte eine solche Möglichkeit die Hemmschwelle von Zwangsbehandlungen.

3. Abmilderungen des Gesetzentwurfs

Es fragt sich grundsätzlich ob eine ultima ratio, die die Zwangsbehandlung schon an sich ist, noch eine Unter-ultima ratio verträgt, eine ambulante Zwangsbehandlung also unter noch engere Bedingungen gestellt werden kann als die Zwangsbehandlung an sich schon gestellt ist. Letztlich sagt ja der Begriff der ultima ratio bereits, daß es „das letzte Mittel“ sein muß. Eine Steigerung gibt es nicht mehr. Das Prinzip der ultima ratio der Zwangsbehandlung an sich fordert daher eigentlich zwingend, daß diese in keinem ambulanten Setting erfolgt.

Geht man hilfsweise doch von dieser Möglichkeit aus, so fällt zunächst auf, daß der Entwurf in § 1832 Abs. 2 BGB neu nicht von einer rechtfertigenden Gefährdung der körperlichen Unversehrtheit spricht wie das verfassungsgerichtliche Urteil sondern von einer „ge-

sundheitlichen Beeinträchtigung“. Dies wird hier kritisch gesehen, da die gesundheitliche Beeinträchtigung begrifflich weiter ist als die körperliche Unversehrtheit, die in diesem Zusammenhang offenkundig wirklich nur die physische Integrität meint. Etwas anderes ergibt sich aus dem Urteil nicht. Es geht dem Bundesverfassungsgericht daher ganz offensichtlich schlicht darum zu vermeiden, daß etwa alte oder morbide Patienten den – rein körperlichen – Strapazen einer Verlegung in eine Klinik ausgesetzt werden, nur um sie dort zu behandeln. Dies war Ausgangspunkt des zum Bundesgerichtshof getragenen Ausgangsverfahrens. Der nun durch den Entwurf verwendete Begriff der „gesundheitlichen Beeinträchtigung“ umfaßt demgegenüber auch andere Beeinträchtigungen etwa psychischer Art. Da diese im verfassungsgerichtlichen Urteil aus hiesiger Sicht nicht gemeint sind, sollte die Begrifflichkeit enger gefaßt und jener des Bundesverfassungsgerichts angeglichen werden.

Kritisch gesehen wird auch weiterhin die Nr. 4. des neu geplanten Absatzes 2 der Vorschrift. Denn gerade bei einer Zwangsbehandlung in der eigenen Wohnung wird regelmäßig in den Schutzbereich des Grundrechts auf Unverletzlichkeit der Wohnung eingegriffen, zumal bei einem Betroffenen, der selbst nicht einwilligungsfähig ist und daher auch nicht in ein Betreten seiner Wohnung durch Fremde einwilligen kann. In diesen Fällen dürfte es daher regelmäßig mindestens zu einem erheblichen Eingriff in das Grundrecht auf Unverletzlichkeit der Wohnung kommen. Bisherige Ausführungen des BMJ hierzu wurden oben zitiert.

Zu begrüßen ist die geplante Ziffer 5. der Vorschrift, die der Stärkung des Patientenschutzes dient und der gesteigerten Bedeutung der Patientenverfügung, wie in BVerfG, Beschluß vom 08.06.2021, 2 BvR 1866/17; 2 BvR 1314/18 verdeutlicht, Rechnung trägt. Allerdings sollte nicht erst nach einer erfolgten Zwangsbehandlung auf die Errichtung einer Patientenverfügung durch Betreuungspersonen u.a. hingewirkt werden, denn dann ist bereits ein intensiver Grundrechtseingriff erfolgt. Regelmäßig ist es aus hiesiger Praxiserfahrung zudem schwieriger eine als wirksam anerkannte Patientenverfügung zu erstellen, wenn der Betroffene bereits diagnostiziert und behandelt worden war. Auf die Errichtung einer Patientenverfügung sollte jeder Betreuer, Anwalt und auch der Staat durch seine Gesundheitsbehörden vielmehr so früh wie möglich hingewirkt werden. Jeder Mensch braucht eine Patientenverfügung!

Auch soll aus der Praxis des Unterzeichners nicht unerwähnt bleiben, daß die Wirksamkeit von Patientenverfügungen durch die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs und des Bundesverfassungsgerichts immer höhere Hürden überwinden muß. Namentlich das Erfordernis der Regelung einer konkreten Behandlungssituation, in der die Verfügung Geltung beansprucht, stellt Patientenverfügungen vor große Herausforderungen. Niemand wird die Vielzahl an möglichen Behandlungssituationen in seiner Verfügung voraussehen können.

Zu begrüßen ist die geplante Regelung in § 1832 Abs. 2 Nr. 5 BGB neu, die in Ermangelung einer wirksamen Vorausverfügung auf den mutmaßlichen Willen des Betroffenen gemäß § 1827 Abs. 2 BGB abstellt. Dies wird in der Praxis, nach hiesiger beruflicher Erfahrung, so gut wie nie getan, auch nicht auf expliziten Hinweis des Unterzeichners als Verfahrensbevollmächtigten hin. Auch die Gesetzesbegründung weist nach der Evaluation vom Januar 2024 auf entsprechende Defizite hin. Gerade wegen der Unwägbarkeiten der Wirksamkeit einer Patientenverfügung in einer konkreten Behandlungssituation kommt der Erforschung des mutmaßlichen Patientenwillens jedoch gesteigerte Bedeutung zu. Der klarstellende Hinweis in der geplanten Ziffer 5. auf diesen Auffangtatbestand, der aufgrund der für alle Zwangsbehandlungen geltenden Regelung des § 1827 Abs. 2 BGB eigentlich entbehrlich erscheint, ist daher als Bekräftigung gleichwohl zu begrüßen.

Weiter zu begrüßen sind die verstärkten Dokumentationspflichten für alle Zwangsbehandlungen in der geplanten Neufassung von §§ 1828 Abs. 3 und 4, 1832 Abs. 3 BGB neu, auch wenn sie sicherlich zu größerer Bürokratie führen. Die besondere Grundrechtsintensität von Zwangseingriffen in die körperliche Unversehrtheit rechtfertigt diesen erhöhten Aufwand jedoch.

4. Verfahrensgarantien

Zum Verfahrenspfleger ist grundsätzlich zu sagen: dieser ist – anders als ein Rechtsanwalt – nicht Interessenvertreter des Betroffenen. Selbst wenn er Rechtsanwalt sein sollte, agiert er als Verfahrenspfleger nicht als Interessenvertreter und befindet sich, aus meiner Sicht, dann in einem standesrechtlichen Konflikt mit § 3 Abs. 1 BRAO. Mangels Stellung als Interessenvertreter besteht zudem nach meiner Erfahrung eine strukturell geringere Unabhängigkeit vom Gericht. Dies wird auch von den Betroffenenverbänden seit vielen Jahren moniert.

Das ist gerade in grundrechtsintensivsten Verfahren wie jenen der Zwangsbehandlung problematisch. Zwar ist die Bestellung eines Verfahrenspflegers besser als den Betroffenen alleine in die richterliche Anhörung gehen zu lassen. Die Grundrechtsintensität von Unterbringungsverfahren und speziell von Zwangsbehandlungsverfahren ist aber jenen von Strafverfahren vergleichbar. Daher wäre mittelfristig die Ersetzung des bloßen Verfahrenspflegers durch eine Art „Pflichtverteidiger“ im Unterbringungsrecht wünschenswert.

5. Ergebnis

Die begrüßenswerten Abmilderungen und Stärkungen des Patientenwillens im vorliegenden Entwurf reichen aus hiesiger Sicht jedoch im Ergebnis nicht aus, um die bestehenden menschenrechtlichen Bedenken gänzlich auszuräumen.

Aufgrund der daher fortbestehenden völker- und verfassungsrechtlichen Bedenken gegen Zwangsbehandlungen generell und der Gefahr einer Ausweitung solcher Maßnahmen sowie aufgrund der gesundheitlichen Gefahren eines solchen Home-Treatment, sollten die Regelungen zu einer ambulanten Zwangsbehandlungsmöglichkeit so restriktiv wie möglich sein. Ich gehe hier konform mit dem Antrag der Fraktion die Linke. Das Bundesverfassungsgericht hat lediglich gerügt, daß der absolute Ausschluß jeglicher Möglichkeit ambulanter Zwangsbehandlung unangemessen im Sinne des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes sein könne. Ob der Gesetzgeber Ausnahmen schafft oder den Krankenhausvorbehalt ganz abschafft bleibt seinem gesetzgeberischen Spielraum überlassen. Der Entwurf hat sich insofern – begrüßenswerterweise – für das Regel-Ausnahme-Prinzip entschieden.

Es bleibt jedoch auch Ermessen des Gesetzgebers wie diese Ausnahmen ausgestaltet sind. Daher wäre es durchaus möglich, wie von der Fraktion Die Linke vorgeschlagen, Ausnahmen vom Krankenhausvorbehalt nur zuzulassen wenn der Betroffene dem in einer entsprechenden Vorausverfügung zugestimmt hat. Ob er zum Abschluß einer wirksamen Behandlungsvereinbarung in einer Krise in der Lage ist, bleibt zu prüfen, prinzipiell könnte aber auch eine solche noch einen Ausnahmefall erlauben.

Dr. David Schneider-Addae-Mensah
Rechtsanwalt