



Berlin, 22.09.2026

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Inhaltsverzeichnis

1.	Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs	3
2.	Stellungnahme im Einzelnen	5
	Patientenverfügung,	
	§ 1827 Abs. 4 BGB-E.....	5
	Dokumentations- und Begründungspflichten	
	§ 1828 Abs. 3 BGB-E.....	6
	Beachtung des festgestellten Willens	
	§ 1832 Abs. 1 Nr. 3 BGB-E.....	7
	Aufenthalt im Krankenhaus	
	§ 1832 Abs. 1 Nr. 7 BGB-E.....	8
	Ausnahme vom Krankenhausvorbehalt	
	§ 1832 Abs. 2 BGB-E.....	9
	Genehmigung des Betreuungsgerichts	
	§ 1832 Abs. 3 BGB-E.....	15
	Beteiligte in Unterbringungssachen	
	§ 315 Abs. 1 Nr. 4 FamFG-E.....	16
	Persönliche Anhörung des Betroffenen und Ortsbegehung	
	§ 319 Abs. 1, Abs. 2 FamFG.....	16
	Gutachten und Einholung einer Bescheinigung über die Mittel der gebotenen medizinischen Versorgung	
	§ 321 Abs. 2, Abs. 3 FamFG.....	17
	Ausschluss einstweiliger Anordnung	
	§ 331 Abs. 2 FamFG	18
3.	Ergänzender Änderungsbedarf	19
	Evaluationsklausel	
	§ 1832 BGB-E	19

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Der Gesetzesentwurf verfolgt das Ziel, die Regelungen zu ärztlichen Zwangsmaßnahmen im Betreuungsrecht an die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts anzupassen und zugleich die Selbstbestimmung der Betroffenen zu stärken. Hierzu soll in eng begrenzten Ausnahmefällen ermöglicht werden, ärztliche Zwangsmaßnahmen auch außerhalb eines Krankenhausaufenthalts durchzuführen, wenn eine Behandlung im Krankenhaus für die betroffene Person mit erheblichen gesundheitlichen Belastungen verbunden wäre. Gleichzeitig sollen das ultima-ratio-Gebot, die sorgfältige Feststellung des Patientenwillens sowie die verfahrensrechtlichen Schutzmechanismen (insbesondere durch Dokumentationspflichten und eine Stärkung der Verfahrenspflegschaft) weiter gestärkt werden.

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hatte mit seinem Urteil vom 26.11.2024 (Az. 1 BvL 1/24) entschieden, dass das ausnahmslose Verbot ärztlicher Zwangsmaßnahmen außerhalb von Krankenhäusern teilweise verfassungswidrig ist. Grundsätzlich sei die Bindung der ärztlichen Zwangsmaßnahme an einen stationären Aufenthalt im Krankenhaus zwar zulässig, die ausnahmslose Vorgabe sei aber verfassungsrechtlich nicht gerechtfertigt. Der Krankenhausbereich sei unverhältnismäßig, wenn folgende Voraussetzungen zusammentreffen:

- dem Betroffenen drohen durch die Zwangsmaßnahme erhebliche Beeinträchtigungen der körperlichen Unversehrtheit,
- diese Beeinträchtigung kann in der Einrichtung, in der die Betroffenen untergebracht sind, vermieden oder zumindest signifikant reduziert werden, und
- der Standard der Einrichtung gleicht mit Blick auf die notwendige medizinische Versorgung nahezu einem Krankenhaus.

Das BVerfG verpflichtete den Gesetzgeber bis spätestens zum Ablauf des 31.12.2026 eine gesetzliche Neuregelung zu treffen.

Ein Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz eines Gesetzes zur Änderung der Regelungen über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Betreuungsrecht sowie zur Stärkung des Ultima-ratio-Grundsatzes und der Selbstbestimmung der Betroffenen wurde bereits am 06.02.2026 veröffentlicht. Die Bundesärztekammer hat sich hierzu mit Stellungnahme vom 23.03.2026 geäußert. Der Regierungsentwurf stimmt in weiten Teilen mit dem Referentenentwurf überein, enthält jedoch einzelne Änderungen, auf die in der vorliegenden Stellungnahme eingegangen wird.

Kern des Gesetzesentwurfs sind Regelungen zu Zwangsmaßnahmen in § 1832 BGB, die vorsehen, dass vom Krankenhausbereich gem. § 1832 Abs. 1 Nr. 7 BGB in bestimmten – sehr eng umrissenen – Fällen abgewichen werden kann. Diese Ausnahme regelt vor allem der geplante § 1832 Abs. 2 BGB-E.

Diese Änderungen werden begleitet von Änderungen in weiteren Vorschriften: So werden in § 1828 Abs. 3 BGB spezifische Dokumentations- und Begründungspflichten ergänzt. § 1832 Abs. 3 BGB-E sieht neue Kontrollanforderungen vor. Durch die erweiterten Dokumentations-, Begründungs- und Kontrollanforderungen und der damit einhergehenden Stärkung des ultima-ratio-Gebots soll gewährleistet werden, dass ärztliche Zwangsmaßnahmen nur in eng begrenzten Ausnahmefällen und als letztes Mittel erst nach Ausschöpfung aller weniger belastenden Behandlungsalternativen zur Anwendung kommen.

Daneben soll in § 1827 Abs. 4 BGB ergänzt werden, dass der Betreuer bei möglicher ärztlicher Zwangsbehandlung den Betreuten auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung hinweist. Schließlich gibt es geänderte Regelungen zum Verfahrenspfleger (§ 317 ff. FamFG) und weitere verfahrensrechtlichen Fragen.

Die Bundesärztekammer war schon im Verfahren vor dem BVerfG beteiligt und wurde um eine Stellungnahme gebeten, welche dem BVerfG am 17.04.2024 übersandt wurde. Am 16.07.2024 fand die mündliche Verhandlung in Karlsruhe statt, zu der die Bundesärztekammer als sachkundiger Dritter geladen war.

In diesem Rahmen ging die Bundesärztekammer davon aus, dass in einigen Fällen die Durchführung von Zwangsbehandlungen unter bestimmten, klar zu definierenden Voraussetzungen, etwa zur Qualifikation und Anwesenheit bzw. nachgelagerten Verfügbarkeit qualifizierten Personals, auch außerhalb einer stationären Behandlung in Betracht kommen kann.

Die Bundesärztekammer hält eine Ausnahmeregelung weiterhin für sinnvoll. Sie spricht sich dafür aus, Prüfkriterien oder Richtlinien vorzusehen, die sich an der konkreten Behandlung, der erforderlichen fachärztlichen Expertise, der Patientensicherheit sowie der Sicherstellung der Nachbehandlung orientieren. Ziel ist es im Einzelfall Patientenschutz und fachliche Qualität sicherzustellen.

Der vorliegende Gesetzesentwurf wiederholt die Anforderungen, welche das BVerfG im Leitsatz 5 des o.g. Urteils genannt hat, und stellt sehr enge Voraussetzungen auf. Auch wenn der Entwurf die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts grundsätzlich nachvollziehbar umsetzt und dabei die Patientenautonomie stärkt, wirft die geplante Öffnung für Zwangsmaßnahmen außerhalb von Krankenhäusern erhebliche praktische Fragen auf. Das gilt insbesondere hinsichtlich des erforderlichen medizinischen Behandlungsstandards. Der Gesetzesentwurf unternimmt es aus fachlich-medizinischer Sicht nicht, die vom BVerfG skizzierten Anforderungen „mit Leben“ zu füllen. Fraglich ist, ob die geplanten Regelungen in der Praxis überhaupt operationalisierbar sind. Es bleibt vor allem bei einem aus Versorgungssicht nicht zu bestimmenden Anforderungen eines „Nahezu-Krankenhaus-Standards“.

Es ist daher fraglich, ob die formal sehr hohen Anforderungen unter Begleitung von strengen verfahrensrechtlichen Voraussetzungen mit erweiterten bürokratischen Pflichten für Ärztinnen und Ärzte den Einzelfällen gerecht werden, die das Gesetz und das BVerfG vor Augen hatten. Damit kontrastieren die engen tatbestandlichen Voraussetzungen einerseits mit der begrüßenswerten verstärkten Berücksichtigung des Patientenwillens im Rahmen von ärztlichen Zwangsbehandlungen andererseits. Die Bundesärztekammer regt vor diesem Hintergrund neben einer Neufassung des § 1832 Abs. 2 BGB-E an, die geplanten Regelungen drei Jahre nach deren Inkrafttreten zu evaluieren, um die Regelungen auf ihre praktische Umsetzbarkeit zu prüfen.

2. Stellungnahme im Einzelnen

Patientenverfügung

§ 1827 Abs. 4 BGB-E

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass der Betreuer den Betreuten in geeigneten Fällen auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung hinweisen soll. Auf seinen Wunsch soll er ihn bei der Errichtung einer Patientenverfügung auch unterstützen. Ein geeigneter Fall liegt insbesondere vor, wenn bei dem Betreuten eine ärztliche Zwangsmaßnahme nach § 1832 durchgeführt wurde und damit zu rechnen ist, dass auch nach Wiedererlangung der Einwilligungsfähigkeit erneut ein Zustand der Einwilligungsfähigkeit eintreten wird und künftig weitere ärztliche Zwangsmaßnahmen durchgeführt werden müssen. Eine Pflicht zur Einbindung des die Zwangsmaßnahme durchführenden Arztes in die Erstellung der Patientenverfügung, wie sie der Referentenentwurf noch vorsah, ist im Regierungsentwurf entfallen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Der Neuregelung wird hinsichtlich der Konkretisierung als möglicher „geeigneter Fall“ in Satz 2 zugestimmt. Die Regelung steht im Kontext mit § 1832 Abs. 2 Nr. 5 BGB-E. Sie ist aus Sicht der Bundesärztekammer zu befürworten, weil sie darauf abzielt, im Rahmen der Zwangsbehandlung dem Patientenwillen hinreichend Geltung zu verschaffen und damit die Patientenautonomie stärkt. Sie rückt dadurch auch das Mittel der Patientenverfügung weiter in den Fokus vorausverfügter Willensbekundungen. Die Bundesärztekammer hat sich mit ethischen und rechtlichen Fragen von Zwangsbehandlungen und der Patientenverfügung regelmäßig auseinandergesetzt¹ und die Relevanz der Patientenverfügung stets betont.

Im Referentenentwurf war nach § 1827 Abs. 4 S. 3 BGB-E noch vorgesehen, dass der Arzt, der die ärztliche Zwangsmaßnahme durchgeführt hat, in die Erstellung der Patientenverfügung nach Möglichkeit einzubinden ist. Diese Einbindungspflicht ist im Regierungsentwurf entfallen. Von dieser Ergänzung wurde laut der Begründung bewusst abgesehen, da im Fall der Durchführung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme nicht in jeden Fall davon ausgegangen werden könne, dass das für die Erstellung einer Patientenverfügung erforderliche Vertrauensverhältnis bestehe. Die Entscheidung, ob und welcher Arzt hinzugezogen wird, soll der betroffenen Person, gegebenenfalls in Rücksprache mit dem Betreuer, getroffen werden.

Die Bundesärztekammer begrüßt weiterhin die Möglichkeit, in geeigneten Fällen in Abstimmung mit dem Betreuer und, sofern vom Betreuten gewünscht, unter Einbindung eines Arztes festzulegen, dass der Betreute im konkret beschriebenen Wiederholungsfall auch an einem anderen Ort als einem Krankenhaus zwangsweise behandelt werden kann, sofern die übrigen gesetzlichen Voraussetzungen gewahrt sind. Damit wird im Interesse möglichst selbstbestimmter Entscheidungen der von Zwang Betroffenen die Möglichkeit

¹ Vgl. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/Patienten/Hinweise_Patientenverfuegung.pdf; https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/Zeko/ZwangsbehandlungPsych2013.pdf; https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Recht/Bekanntmachung_BAEK_Ethische_und_rechtliche_Fragen.pdf

eröffnet, bei einer erstmaligen im Krankenhaus durchgeführten Zwangsbehandlung möglicherweise erlebte erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen für Wiederholungsfälle durch die selbstbestimmte Festlegung eines alternativen Durchführungsortes zu vermeiden. Die Bundesärztekammer weist jedoch darauf hin, dass der Wegfall der ausdrücklichen Pflicht zur Einbindung eines Arztes die praktische Wirksamkeit der Regelung schwächt, da gerade die ärztliche Mitwirkung bei der Erstellung der Patientenverfügung deren spätere Akzeptanz und Umsetzbarkeit in der medizinischen Praxis erleichtert.

Dabei ist richtig und zu unterstützen, dass zur Erstellung einer Patientenverfügung ein Vertrauensverhältnis zu dem einbezogenen Arzt von Bedeutung ist. Dem Patienten sollte daher die Wahl des Arztes freistehen. Es muss nicht zwingend der Arzt sein, der die Zwangsmaßnahme durchführt.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Eine Regelung zur Einbindung eines Arztes im Fall der Erstellung einer Patientenverfügung für den Wiederholungsfall sollte wieder aufgenommen werden. Dabei sollte mit Rücksicht auf die Bedeutung des erforderlichen Vertrauensverhältnisses die Entscheidung, welcher Arzt einbezogen wird, dem Patienten überlassen sein.

Konkret könnte § 1827 Abs. 4 wie folgt gefasst werden:

(4) Der Betreuer soll den Betreuten in geeigneten Fällen auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung hinweisen und ihn auf dessen Wunsch bei der Errichtung einer Patientenverfügung unterstützen. Ein geeigneter Fall liegt insbesondere vor, wenn bei dem Betreuten eine ärztliche Zwangsmaßnahme nach § 1832 durchgeführt wurde und damit zu rechnen ist, dass auch nach Wiedererlangung der Einwilligungsfähigkeit erneut ein Zustand der Einwilligungsunfähigkeit eintreten wird und künftig weitere ärztliche Zwangsmaßnahmen durchgeführt werden müssen. *In diesem Fall ist nach Möglichkeit ein Arzt, welcher vom Patienten frei gewählt wird, in die Erstellung der Patientenverfügung einzubinden.*

Dokumentations- und Begründungspflichten

§ 1828 Abs. 3 BGB-E

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei einer ärztlichen Zwangsmaßnahme nach § 1832 BGB-E sind das Ergebnis der Prüfung des behandelnden Arztes, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist, sowie der Ablauf und der wesentliche Inhalt des Gesprächs mit dem Betreuer zur Erörterung dieser Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens nach § 1828 Abs. 3 S. 1 BGB-E zu dokumentieren. Außerdem ist es nach § 1828 Abs. 3 S. 2 BGB-E zu begründen, sofern bei einer ärztlichen Zwangsmaßnahme davon abgesehen wird, nahen Angehörigen oder sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung zu geben.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Vor einer Zwangsmaßnahme muss der Überzeugungsversuch gegenüber der betroffenen Person, die Prüfung milderer Maßnahmen sowie die Ermittlung ihres (mutmaßlichen)

Willens nachvollziehbar dokumentiert werden. Damit werden ärztliche Zwangsmaßnahmen noch deutlicher als letztes Mittel („ultima ratio“) ausgestaltet und abgesichert.

Ausweislich der Begründung im Regierungsentwurf wurde die Dokumentationspflicht neu eingefügt, um das Ergebnis der ärztlichen Prüfung der doppelten Indikation sowie den Ablauf und wesentlichen Inhalt des Gesprächs für das weitere Verfahren bei ärztlichen Zwangsmaßnahmen für alle Beteiligten transparent und nachvollziehbar zu machen. Damit entsteht neben den bekannten Dokumentationspflichten gem. § 630f BGB oder § 10 MBO-Ä eine weitere, neue Dokumentationspflicht, die Aufwand und etwaige Rechtsansprüche der Betreuten gem. § 630g BGB sowie Art. 15 DSGVO begründet. In § 630f Abs. 2 S. 1 BGB ist etwa schon vorgesehen, dass der Arzt alle wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzeichnet, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Mit § 1828 Abs. 3 S. 2 BGB soll hingegen sichergestellt werden, dass nicht nur das Ergebnis der ärztlichen Prüfung der doppelten Indikation aufgezeichnet wird, sondern auch der Ablauf und der wesentliche Inhalt des Gesprächs. Auf konkrete Vorgaben bezüglich der Art und Weise und der dokumentierenden Person wurde verzichtet, um die notwendige Flexibilität im Einzelfall zu gewährleisten. Das bedeutet gleichwohl eine wesentliche Ausweitung der Pflichten der Ärztinnen und Ärzte und verlangt ein verstärkt bürokratisches Vorgehen in einem Aufgabenbereich, in dem vielmehr ein sensibles und zugewandtes Vorgehen erforderlich wäre.

Die Bundesärztekammer hält den Regelungsvorschlag im Interesse der Entbürokratisierung nicht für zielführend, weil die vorhandenen Dokumentationspflichten bereits ausreichen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der Regelung.

Beachtung des festgestellten Willens

§ 1832 Abs. 1 Nr. 3 BGB-E

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 1832 Abs. 1 Nr. 3 BGB-E sieht vor, dass der Betreuer in die ärztliche Zwangsmaßnahme nur einwilligen darf, wenn unter anderem die ärztliche Zwangsmaßnahme auch dem nach § 1828 festgestellten Willen des Betreuten entspricht. Es muss daher künftig nicht nur auf den zu beachtenden, sondern ausdrücklich auch auf den „festgestellten“ Willen Rücksicht genommen werden. Diese Änderung soll unter anderem die Bedeutung der allgemeinen Regelung zur Feststellung des Patientenwillens für den Anwendungsbereich ärztlicher Zwangsmaßnahmen hervorheben.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Hervorhebung der Bedeutung und die verstärkte Berücksichtigung des Patientenwillens im Rahmen von ärztlichen Zwangsbehandlungen entspricht dem ärztlichen Selbstverständnis, wonach jede medizinische Behandlung unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patientinnen und Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen hat (vgl. § 7 Abs. 1 MBO-Ä). Die Regelung, welche einen Prüfungsauftrag und -maßstab für die Betreuer und die Betreuungsgerichte festlegt, kann daher befürwortet werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Keiner.

Aufenthalt im Krankenhaus

§ 1832 Abs. 1 Nr. 7 BGB-E

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 1832 Abs. 1 Nr. 7 BGB-E sieht vor, dass der bislang verwendete Begriff des „stationären“ Aufenthalts in einem Krankenhaus gestrichen wird. Ausreichend sei ausweislich der Begründung des Regierungsentwurfs, dass für die Zeit der Zwangsbehandlung eine Integration des Betreuten in die Organisationsstruktur der Klinik erfolgt und eine ausreichende Überwachung unter Wahrung des Krankenhausstandards ermöglicht wird, soweit ein längerer Aufenthalt in dem Krankenhaus nicht erforderlich ist und im Bedarfsfall eine stationäre Aufnahme erfolgen kann. Das soll in der Praxis eine flexible Ausgestaltung der Behandlungsmodalitäten des Betreuten ermöglichen. Im Unterschied zum Referentenentwurf verlangt der Regierungsentwurf nunmehr ausdrücklich im Normtext, dass am Krankenhaus zusätzlich „die Möglichkeit einer stationären Aufnahme sichergestellt ist“.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die geplante Änderung hat zur Folge, dass nicht nur stationäre Aufenthalte, sondern auch solche Aufenthalte in einem Krankenhaus zulässig sind, die nicht stationär, also z.B. auch stationsäquivalent, tagesstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erfolgen (§ 39 Abs. 1 SGB V). Die beabsichtigte Regelung trägt insbesondere dem Umstand Rechnung, dass praktisch auch teilstationäre Zwangsbehandlungen im Krankenhaus möglich sind, welche vom bisherigen Begriff des „stationären Krankenhausaufenthaltes“ nicht eindeutig erfasst schienen (offen gelassen in BVerfG, Beschluss vom 02.11.2021, Az. 1 BvR 1575/18, Rn. 44). Um Rechtssicherheit zu schaffen und mögliche Wertungswidersprüche mit dem sozialrechtlichen Verständnis der Krankenhausbehandlung zu vermeiden, erscheint die geplante Anpassung grundsätzlich sachgerecht.

Das gilt auch für die im Regierungsentwurf nun aufgenommene „Möglichkeit einer stationären Aufnahme“. Hierdurch wird verhindert, dass ärztliche Zwangsbehandlungen in Einrichtungen erfolgen, die zwar den Krankenhausstandard während der Durchführung der Maßnahme gewährleisten, im Bedarfsfall jedoch keine unmittelbare stationäre Weiterbehandlung ermöglichen. Diese Ergänzung ist daher im Interesse der Patientensicherheit zu begrüßen. Sie gewährleistet, dass bei unvorhergesehenen Komplikationen unverzüglich eine stationäre Aufnahme möglich bleibt.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Keiner.

Ausnahme vom Krankenhausvorbehalt

§ 1832 Abs. 2 BGB-E

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 1832 Abs. 2 S.1 BGB-E ist die Durchführung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme ausnahmsweise außerhalb eines Aufenthalts in einem Krankenhaus zulässig, wenn die Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme in einem Krankenhaus für den Betreuten unzumutbar ist. § 1832 Abs. 2 S. 2 BGB-E nennt abschließend („nur“) kumulative Voraussetzungen für das Vorliegen einer solchen Unzumutbarkeit.

- Aufgrund konkreter Anhaltspunkte müssen erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen durch den Aufenthalt im Krankenhaus oder die Verbringung dorthin zu erwarten sein (Nr. 1).
- Diese Beeinträchtigungen müssen aufgrund konkreter Anhaltspunkte bei Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme außerhalb des Krankenhauses vermieden oder signifikant reduziert werden können (Nr. 2).
- Am Ort der Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme muss eine medizinische Versorgung entsprechend dem „Nahezu-Krankenhausstandard“ sichergestellt werden können. Die Behandlung im Krankenhaus dürfte dabei unter Berücksichtigung des konkreten Krankheitsbildes und der anstehenden ärztlichen Zwangsmaßnahme nicht zu einer signifikanten Verbesserung des medizinischen Versorgungsniveaus führen (Nr. 3).
- Bei der Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme außerhalb des Krankenhauses dürfen keine anderen Beeinträchtigungen der Gesundheit, der Unverletzlichkeit der Wohnung oder einer anderen grundrechtlich geschützten Position des Betreuten mit vergleichbarem Gewicht drohen (Nr. 4).
- Die Durchführung außerhalb des Krankenhauses muss zudem dem Willen des Betreuten entsprechen (Nr. 5).

Ziel ist es, eine angemessene Ausnahmeregelung zum grundsätzlichen Erfordernis der Durchführung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen bei Betreuten im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts bei gleichzeitiger Wahrung des ultima-ratio-Gebots zu schaffen. Es wird entsprechend den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts in eng begrenzten Ausnahmefällen die Durchführung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme auch außerhalb eines Aufenthalts in einem Krankenhaus ermöglicht. Die Ausgestaltung des Aufenthalts im Krankenhaus als Regelfall rechtfertigt sich ausweislich des Referentenwurfs „aufgrund des im Krankenhaus vorhandenen medizinischen Versorgungsstandards, in Form multiprofessioneller Teams (bestehend aus ärztlichem, pflegerischem, Funktions- und medizinisch-technischem Personal), ständiger fachärztlicher Präsenz beziehungsweise Erreichbarkeit und apparativer Ausstattung, der die gebotene medizinische Versorgung des Betreuten einschließlich einer erforderlichen Nachbehandlung auch in therapeutischer Hinsicht sicherstellt.“

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Voraussetzungen der Nummern 1, 2, 4 und 5 sind im Grundsatz nachvollziehbar, weil sie den Prinzipien ärztlichen Handelns entsprechen, wonach Ärztinnen und Ärzte insbesondere der Gesundheit dienen und dem Patientenwillen Rechnung tragen (§ 1 Abs. 1, § 7 Abs. 1 MBO-Ä). Die Bundesärztekammer hat bewusst klargestellt, dass der selbstbestimmten Entscheidung von Patienten über die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sowohl aus ethischer als auch aus rechtlicher Sicht ein hoher Stellenwert

zukommt.² Die verstärkte Orientierung am Patientenwillen, die an verschiedenen Stellen im Gesetzentwurf zum Ausdruck kommt, ist auch im Rahmen von ärztlichen Zwangsbehandlungen daher zu befürworten. Zudem befürwortet die Bundesärztekammer, dass der besonders geschützte Raum des privaten (Wohn-)Umfeldes bei Zwangsmaßnahmen beachtet werden muss, was z.B. in Pflegeheimen von Bedeutung sein kann und ggf. erfordert, dass ärztliche Zwangsmaßnahmen nur in von Wohn- und Gemeinschaftsräumen getrennten Behandlungsräumen durchgeführt werden.

Es ist andererseits aber erkennbar, dass sich der Regierungsentwurf um größtmögliche Enge bei den Tatbestandsvoraussetzungen für den Ausnahmegrund bemüht. Zwar befürwortet die Bundesärztekammer in Ansehung der wohl eher seltenen Fälle, in denen ambulante ärztliche Zwangsbehandlungen in Betracht kommen, grundsätzlich klare und enge Grenzen für eine Ausnahme. Gleichwohl erscheint es fraglich, ob mit den in § 1832 Abs. 2 BGB-E formulierten Anforderungen der „*erheblichen* gesundheitliche Beeinträchtigungen“ (Nr. 1) und „*signifikanten*“ Reduktion der Beeinträchtigungen (Nr. 2) nicht zu hohe Anforderungen an die Ausnahme gestellt werden. Denn ausweislich der Begründung zu **Nr. 1** hat die erforderliche Ex-ante-Betrachtung der zu erwartenden drohenden erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch die Verbringung in oder den Aufenthalt in einem Krankenhaus anhand konkreter Anhaltspunkte zu erfolgen, wobei „*insbesondere auf Vorerfahrungen durch vorangegangene ärztliche Zwangsmaßnahmen*“ abzustellen ist. Deshalb müsse „*in der Regel [...] die erste ärztliche Zwangsmaßnahme während eines stationären Krankenhausaufenthalts durchgeführt werden*“. Damit ist für die Gewährung der Ausnahme vorgesehen, dass sich die erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigung zunächst einmal realisieren muss, damit von der Ausnahme gem. § 1832 Abs. 2 BGB-E Gebrauch gemacht werden kann. Konkret bedeutet das, dass erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen erst einmal durchlebt werden müssen. Das würde selbst dann gelten, wenn fachärztlich psychiatrisch im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung und unter Berücksichtigung der Wünsche des Betreuten prognostiziert werden könnte, dass eine Behandlung außerhalb des Krankenhauses zur Reduktion der Belastung für den Patienten führen könnte, aber zugleich die Sicherheit der Durchführung der (Zwangs-)Behandlung sichergestellt werden kann.

Auch der Ex-ante-Nachweis der „*signifikanten*“ Reduktion der Beeinträchtigungen gem. **Nr. 2** durch eine ambulante Maßnahme dürfte eine sehr hohe Anforderung sein. Es stellt sich die Frage, ob diese hohen Anforderungen in der Praxis erfüllt werden können.

Kritisch zu beurteilen ist vor diesem Hintergrund aber vor allem **Nr. 3**. Hier werden derart hohe Anforderungen gestellt, die praktisch die Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme außerhalb des Krankenhauses ausschließen dürften. Es ist fraglich, ob die strengen Anforderungen die Möglichkeit der ärztlichen Zwangsbehandlung außerhalb eines Krankenhauses derart verengen, dass es dem Betroffenen faktisch unmöglich wird, von seinem verfassungsrechtlich geschützten Selbstbestimmungsrecht Gebrauch zu machen, welches der Gesetzentwurf an anderen Stellen sogar mehrfach hervorhebt und stärken möchte. Es sei dabei daran erinnert: Auch staatliche Maßnahmen, die eine mittelbare oder faktische Wirkung entfalten, können Grundrechte beeinträchtigen und müssen von Verfassung wegen hinreichend gerechtfertigt sein (vgl. BVerfG, Urteil v. 26.2.2020, Az. 2 BvR 2347/15 u.a.; Rn. 215).

² Vgl.

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Recht/Bekanntmachung_BAEK_Ethische_und_rechtliche_Fragen.pdf

Die Anforderungen sind dabei in hohem Maße unbestimmt, denn es ist nicht klar, was ein nahezu im Krankenhaus zu erreichender Standard (sog. „Nahezu-Krankenhausstandard“) überhaupt sein soll und welche Anforderungen damit verbunden sind. Zwar erfolgt hiermit eine strenge Anknüpfung an den Terminus, den das BVerfG-Urteil verwendet hat, ohne diesen aber im Normtext zu konkretisieren. Dies aber wäre Aufgabe des Gesetzgebers, wenn er den „Nahezu-Krankenhausstandard“ zum tatbestandlichen Anknüpfungspunkt einer Ausnahme vom Krankenhausvorbehalt machen will.

Einen Krankenhausstandard, der abstrakt-generell zu bestimmen wäre, etwa in Gestalt von bestimmten Mindestanforderungen bzw. Qualitätskriterien, die ein Krankenhaus als Einrichtung stets erfüllen muss, gibt es nicht. Aus Sicht der Bundesärztekammer existiert ein allgemeingültiger Krankenhausstandard nicht – schon gar nicht im Zusammenhang mit ärztlichen Zwangsmaßnahmen. Der medizinische Versorgungsstandard entwickelt sich fortlaufend. Eine pauschale oder schablonenhafte Definition scheidet daher schon aus.

Einen formalen Bezugspunkt bildet zwar § 107 SGB V, wonach ein Krankenhaus fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und pflegfachlich unter ständiger pflegfachlicher Leitung stehen muss. Es muss darüber hinaus über ausreichende, dem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische, pflegfachliche und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten. Außerdem muss ein Krankenhaus mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sein, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten. Schließlich müssen Krankenhäuser es ermöglichen, Patienten unterzubringen und zu pflegen. Soweit diese Anforderungen für die Definition des vom BVerfG formulierten, neuen „Nahezu“-Krankenhausstandards für die fraglichen Zwangsmaßnahmen bei der künftigen Auslegung der Norm zugrunde gelegt werden würden, dürfte dies dazu führen, dass Anforderungen aufgestellt werden würden, die der teilweise verfassungswidrig erklärte § 1906a Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 BGB a. F. stellte. Daher will sich der Regierungsentwurf ausweislich der Begründung offenbar vom sozialrechtlich geprägten Begriff der stationären Krankenhausbehandlung lösen, ohne dies aber im Tatbestand nachzuvollziehen, wenn der undefinierte Begriff des „Nahezu“-Krankenhausstandards verwendet wird.

Die Erfüllung sämtlicher der in § 107 SGB V aufgeführten Anforderungen im Rahmen der ärztlichen Zwangsbehandlungsmaßnahmen ist ohnehin nicht in allen Fällen ärztlicher Zwangsmaßnahmen erforderlich. Das BVerfG setzte den Begriff in den Kontext einer „konkret erforderlichen medizinischen Versorgung einschließlich der Nachversorgung“. Berücksichtigt man diesen Blickwinkel, bedarf es im Rahmen einer ärztlichen Zwangsbehandlung nicht immer einer ärztlichen Leitung des Hauses oder einer umfänglichen technischen Ausstattung mit medizinischen Geräten, voll ausgestatteten OP-Sälen etc., die vorgehalten werden müssten. Dem in der Regel breiten Versorgungsanspruch, den Krankenhäuser oftmals bieten, muss im Rahmen von Zwangsbehandlungsmaßnahmen – je nach Einzelfall – gerade nicht entsprochen werden.

Insofern überzeugt es nicht, wenn es in der Begründung zu Nr. 3 heißt, dass hinter dieses Versorgungsniveau in personeller, struktureller und apparativer Hinsicht die Einrichtung (des alternativen Behandlungsortes) nur unwesentlich zurückbleiben dürfe.

Es wird in der geplanten Regelung letztlich nicht deutlich, was Kern eines solchen „Nahezu-Krankenhausstandards“ sein soll. Hierbei ist auch darauf hinzuweisen, dass sich das Leistungsspektrum innerhalb der Krankenhauslandschaft erheblich unterscheidet. Einen

feststehenden Standard gibt es daher nicht. Einen allgemeingültigen Standard abzuleiten und Mindestanforderungen für ein bestimmtes „medizinisches Versorgungsniveau“ (Nr. 3) abzuleiten, ist schwerlich möglich. Vielmehr müssen die Bedarfe an der konkreten Behandlung ausgerichtet werden. Ärztliche Zwangsbehandlungsmaßnahmen erfordern insbesondere die Vorhaltung fachärztlicher Qualifikation.

Eine bestimmte räumliche Vorgabe des Aufenthaltes bzw. ein stationärer Aufenthalt sind nach den krankenhausrechtlichen Vorschriften mit einer Krankenhausbehandlung jedenfalls nicht verbunden, da diese vollstationär, stationsäquivalent, tagesstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht werden kann und Krankenhäuser es lediglich ermöglichen müssen, Patienten unterzubringen. Aus den Voraussetzungen der stationsäquivalenten Behandlung i. S. d. § 39 Abs. 1 S. 1, 2, 4 u. 5 SGB V³ können weitere Orientierungspunkte entnommen werden, die eine Behandlung sogar in der häuslichen Umgebung zulassen (hierbei Berücksichtigung des Behandlungsziels und Einsatz mobiler ärztlich geleiteter multiprofessioneller Behandlungsteams), wobei hier der besonders geschützte Raum des privaten Umfeldes bei Zwangsmaßnahmen beachtet werden sollte.

Wesenskennzeichnende Eigenschaft der Krankenhausbehandlung nach den krankenhausrechtlichen Regelungen ist jedenfalls die ärztliche Behandlung (§ 107 SGB V i. V. m. § 39 Abs. 1 S. 3, § 2 Nr. 1 KHG, § 2 Abs. 1 KHEntG). Die Bundesärztekammer geht nach allem davon aus, dass aus fachlicher Sicht der erforderliche Behandlungsstandard für ärztliche Zwangsmaßnahmen mindestens voraussetzt, dass die Durchführung der konkreten Maßnahme durch einen in der Regel anwesenden Arzt erfolgt, der die Gesamtverantwortung für die Maßnahme übernimmt. Im Einzelfall müssen darüber hinaus die personellen und apparativen Voraussetzungen gegeben sein, die im konkreten Fall für eine sorgfaltsgemäße ärztliche Behandlung einerseits und zur Durchführung der Zwangsmaßnahme andererseits erforderlich sind. Der maßgebliche „Behandlungsstandard“ ist mithin von der Art der Erkrankung und der konkreten Situation des zu Behandelnden abhängig. Hinzukommen muss die Berücksichtigung der konkreten/aktuellen psychischen Situation des Betreuten. Dazu bedarf es einer psychiatrischen fachärztlichen Expertise. Soweit im Einzelfall (z. B. aufgrund einer somatischen Maßnahme) erforderlich, ist die Expertise eines weiteren Fachgebietes hinzuzuziehen.

Der „Nahezu“-Krankenhausstandard müsste im Hinblick auf die konkrete medizinische Versorgung in Bezug auf Qualifikation, Anwesenheit und ggf. nachträgliche Erreichbarkeit des geeigneten Personals konkretisiert werden. In Einzelfällen können also zusätzliche Anforderungen zu erfüllen sein, die weiteres Personal mit besonderer Qualifikation erfordern (z. B. mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams) oder gar einen stationären Aufenthalt gebieten.

³ Wie die Bundesärztekammer schon in ihrer Stellungnahme vom 17.04.2024 ausgeführt hat, wird es als möglich angesehen, eine zwangsweise Verabreichung von Medikamenten jedenfalls unter den besonderen Bedingungen der stationsäquivalenten Behandlung vorzusehen. Diese umfasst nach § 39 Abs. 1 S. 4 und 5 SGB V eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztliche geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams und entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung. Hierfür sind nach § 115d Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB V besondere Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung zu vereinbaren. So kann eine aufsuchende Behandlung mit einer 24-stündigen Verfügbarkeit der klinischen Ressourcen an sieben Tagen die Woche sichergestellt werden. Eine vergleichbare Versorgung erscheint auch im Rahmen von Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Patienten nach § 64b SGB V möglich.

Das nun im Regierungsentwurf ergänzte Beispiel, dass es im Einzelfall ausreichend sein kann, wenn bei einer rein medikamentösen Behandlung, die ohne Einsatz unmittelbaren körperlichen Zwangs durchgeführt wird und die bei der betroffenen Person bereits über einen ausreichenden Zeitraum ohne aufgetretene Nebenwirkungen angewendet wurde, d.h. insbesondere für diese gut verträglich ist, in der Vergabesituation der erforderliche Facharztstandard am Durchführungsort vorhanden ist und die weitere Aufsicht im Nachgang durch ein ausreichend geschultes Personal ausgeführt werden kann, ist ein erster Schritt in die Richtung einer Konkretisierung, genügt jedoch nicht für die sichere Bestimmung in der Praxis und kann nur ein Anwendungsbeispiel nach Maßgabe fachärztlicher Beurteilung entsprechend dem Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse unter Berücksichtigung des Willens und der Wünsche des Betreuten sein

Die ausführliche und in Teilen gut nachvollziehbare Begründung des Regierungsentwurfs zu Nr. 3 scheint von einem entsprechenden Grundverständnis getragen zu sein und kann jedenfalls im Rahmen der Auslegung der Norm auf ein Verständnis hinweisen, das auch die Bundesärztekammer weitgehend teilt. Gleichwohl kann dieses Verständnis dem Wortlaut der Norm nicht entnommen werden. Wenn ein „Nahezu“-Krankenhausstandard nach allem nicht gesetzlich konturiert werden kann, ist dieses Merkmal als gesetzliches Tatbestandsmerkmal aber untauglich. Ohne beispielsweise einen Katalog an Prüfkriterien, die sich an der konkreten Behandlung orientieren, wird es dem Betreuer im Interesse des Betreuten schwer möglich sein, nachzuweisen, dass am Ort der Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme sichergestellt ist, dass der „Nahezu“-Krankenhausstandard im konkreten Fall erreicht wird. Die Ausnahme nach § 1832 Abs. 2 BGB-E dürfte damit regelmäßig am Beleg der Einhaltung des „Nahezu“-Krankenhausstandards scheitern mit der Folge, dass die Regelung weiterhin verfassungsrechtlich bedenklich erscheint.

Sollte an dem Merkmal eines „Nahezu-Krankenhausstandards“ festgehalten werden, muss sich aus der Norm selbst eindeutig ergeben, welche Anforderungen zu dessen Einhaltung erfüllt sein müssen. Ebenfalls ist in **Nr. 3** unklar, wann eine „signifikante“ Verbesserung des „medizinischen Versorgungsniveaus“ vorliegt. Dem Betreuer obliegt es, aus Ex-ante-Sicht den Nachweis zu führen, dass die Behandlung nicht zu einer signifikanten Verbesserung des medizinischen Versorgungsniveaus führt. Es ist eine im Voraus (letztlich rein hypothetisch) festzustellende „signifikante“ Verbesserung des „medizinischen Versorgungsniveaus“ nachzuweisen. Das dürfte dem Betreuer kaum gelingen. Das Merkmal ist zudem zu unbestimmt und entspricht auch nicht den Erfordernissen einer ärztlichen Zwangsbehandlung, denn weder ein stationärer Aufenthalt noch eine vollständige Krankenhausinfrastruktur ist in jedem Fall einer Zwangsmaßnahme erforderlich. Maßgeblich ist vielmehr die Behandlung unter ärztlicher Gesamtverantwortung. Demgegenüber fehlt in Nr. 3 die fachlich fundierte Feststellung der konkreten/aktuellen psychischen Situation des Betreuten. Dazu bedarf es einer psychiatrischen fachärztlichen Expertise. Soweit im Einzelfall (z. B. aufgrund einer somatischen Maßnahme) erforderlich, ist die Expertise eines weiteren Fachgebietes hinzuzuziehen. Diese fachlich-medizinische Anforderung ist im Gesetzesentwurf – anstelle eines nicht zu bestimmenden „Nahezu-Krankenhausstandards“ zu ergänzen.

Im Hinblick auf **Nr. 4** regte die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf an zu prüfen, ob die Voraussetzung, dass es zu keiner „Beeinträchtigungen der Gesundheit“ kommen kann, formal korrekt ausgedrückt ist. Im Rahmen einer ärztlichen Zwangsbehandlung kommt es regelmäßig zu einer solchen Beeinträchtigung, da sie einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit und Gesundheit des Betroffenen bedeutet, unabhängig davon, ob sie lege artis durchgeführt und medizinisch indiziert ist. Sie ist aber gerechtfertigt. Würde man bereits die Beeinträchtigung genügen

lassen, dürfte die Ausnahme des § 1832 Abs. 2 BGB-E nie zur Anwendung gelangen. Die Bundesärztekammer hatte daher vorgeschlagen, dass es zu keinen ungerechtfertigten Beeinträchtigungen kommen dürfe. Der Regierungsentwurf hat Nummer 4 nun um das Wort „anderen“ ergänzt („keine anderen Beeinträchtigungen...“) und damit klargestellt, dass nur solche Beeinträchtigungen erfasst sind, die spezifisch aus der Behandlung am alternativen Durchführungsort resultieren und bei einer Behandlung im Krankenhaus nicht aufgetreten wären. Die Bundesärztekammer begrüßt diese Klarstellung, da sie der von ihr aufgezeigten Problematik Rechnung trägt.

Mit Blick auf das Grundrecht der „Unverletzlichkeit der Wohnung“ gilt weiterhin, dass der Eingriff gerechtfertigt sein muss. Hier kommt bei Berücksichtigung der Wünsche und des Willens des Patienten in Betracht, dass dieser mit der Beeinträchtigung einverstanden ist, diese mithin gerechtfertigt ist.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer spricht sich weiterhin dafür aus, eng begrenzte Prüfkriterien oder Richtlinien vorzusehen, die sich an der konkreten Behandlung, der erforderlichen fachärztlichen Expertise, der Patientensicherheit sowie der Sicherstellung der Nachbehandlung orientieren. Ziel ist es im Einzelfall Patientenschutz und fachliche Qualität sicherzustellen.

Ergänzend zu einer gesetzlichen Regelung könnte ein Katalog von Prüfkriterien erstellt werden, der in Abhängigkeit von der Art der Behandlung und der konkreten Erkrankung sowie der ärztlichen Zwangsmaßnahme vorsieht:

- Fachärztliche Gefährdungsbeurteilung
 - Reduktion der Belastung für Patienten (z. B. Belastungen durch einen stationären Aufenthalt)
 - Sicherheit der Durchführung der (Zwangs-)Behandlung muss sichergestellt sein: Gefährdung des Patienten (z. B. durch ambulante Behandlung) prüfen

Wesentlich erscheint, dass eine ggf. erforderliche Nachbehandlung sichergestellt ist. Bereits § 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB a. F. sah vor, dass eine erforderliche Nachbehandlung sichergestellt werden muss. Im Gesetzentwurf der Bundesregierung hieß es dazu, es müsse die erforderliche Nachsorge durchgeführt werden. „Hierzu gehören auch etwaige Maßnahmen zur therapeutischen Aufarbeitung der Zwangsbehandlung. Der Betreute darf nicht unmittelbar nach Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme sich selbst überlassen bleiben, wenn ein weiterer therapeutischer Bedarf besteht.“ (vgl. BT- Drs. 18/11240, S. 20).

Für die Patienten sollten zudem leicht erreichbare und mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattete unabhängige Ansprechpartner für Beschwerden verfügbar sein. Dies hatte im Jahr 2013 bereits die Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme zur Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen gefordert.

Konkret könnte § 1832 Abs. 2 wie folgt gefasst werden:

(2) Abweichend von Absatz 1 Satz Nummer 7 ist die Durchführung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme ausnahmsweise außerhalb eines Aufenthalts in einem Krankenhaus zulässig, wenn die Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme in einem Krankenhaus für den Betreuten unzumutbar ist. Dies ist nur dann der Fall, wenn

1. ~~aufgrund konkreter Anhaltspunkte fachärztlicher Beurteilung unter Berücksichtigung des Willens und der Wünsche des Betreuten zu erwarten ist, dass dem Betreuten durch die Verbringung in ein Krankenhaus oder durch den Aufenthalt in einem Krankenhaus erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen drohen,~~
2. ~~aufgrund fachärztlicher Beurteilung zu erwarten ist, dass die drohenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme außerhalb des Krankenhauses vermieden oder signifikant reduziert werden,~~
3. ~~am Ort der Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme sichergestellt ist, dass die im konkreten Fall gebotene medizinische Versorgung des Betreuten einschließlich der Nachversorgung entsprechend dem Standard eines Krankenhauses nahezu erreicht wird entsprechend dem Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse fachärztlich durchgeführt und verantwortet wird, und die Behandlung im Krankenhaus unter Berücksichtigung des konkreten Krankheitsbildes und der anstehenden ärztlichen Zwangsmaßnahme nicht zu einer signifikanten Verbesserung des medizinischen Versorgungsniveaus führt,~~

[...]

Genehmigung des Betreuungsgerichts

§ 1832 Abs. 3 BGB-E

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts. Dabei sollen dem Gericht die Dokumentationen nach § 1828 Abs. 3 BGB sowie konkrete Angaben dazu übermittelt werden, wie, von wem und in welchem zeitlichen Rahmen der Überzeugungsversuch nach § 1832 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 BGB durchgeführt wurde und welche anderen den Betreuten weniger belastenden Maßnahmen nach § 1832 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 BGB geprüft wurden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Durch die Darlegungspflichten gegenüber dem Gericht kann dieses besser kontrollieren, ob tatsächlich kein milderes Mittel verfügbar ist. Damit erfolgt eine Stärkung des ultima-ratio-Gebots. Das trägt dazu bei, sicherzustellen, dass Zwangsbehandlungen nur dann eingesetzt werden, wenn sie medizinisch notwendig sind und keine weniger eingriffsintensive Möglichkeit besteht. Aus diesen Gründen befürwortet die Bundesärztekammer diese Regelung.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Keiner.

Beteiligte in Unterbringungssachen

§ 315 Abs. 3 FamFG-E

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 315 Abs. 3 Nr. 2 FamFG-E soll in Verfahren nach § 1832 Abs. 2 BGB der Leiter der Einrichtung, in der die ärztliche Zwangsmaßnahme durchgeführt werden soll, oder, wenn es sich bei dem Ort der Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme nicht um eine Einrichtung handelt, die Stelle, die für die Durchführung verantwortlich ist, auf Antrag als Beteiligter hinzugezogen werden. Abweichend vom Referentenentwurf, der eine zwingende Beteiligung in § 315 Abs. 1 Nr. 4 FamFG-E vorsah, ist die Beteiligung nun im Regierungsentwurf als fakultative und antragsabhängige Hinzuziehung ausgestaltet.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer lehnt diese Abschwächung ab. Bei Verfahren, in denen eine ärztliche Zwangsmaßnahme nach Anwendung der Ausnahmebestimmung des § 1832 Abs. 2 BGB-E durchgeführt werden soll, sollte der Leiter der Einrichtung aus Sicht der Bundesärztekammer zwingend einbezogen werden. Dies gilt insbesondere für die Prüfung, ob die Voraussetzungen für das Eingreifen der Ausnahme – insbesondere das Vorliegen eines „nahezu-Krankenhausstandards“ – erfüllt sind.

Ohne eine frühzeitige Einbeziehung der Einrichtungsleitung besteht die Gefahr, dass eine Einrichtung gegen ihren eigenen Sachverstand verpflichtet wird, eine ärztliche Zwangsmaßnahme durchzuführen, obwohl die strukturellen Bedingungen dies nicht zulassen. Die Einrichtungsleitung sowie das dort tätige Pflegepersonal, das regelmäßig an der Umsetzung der Maßnahme beteiligt ist, kann in der Regel fundiert beurteilen, ob die Einrichtung grundsätzlich geeignet ist, eine solche Maßnahme durchzuführen. Ihre frühzeitige Beteiligung ist daher für die notwendige Akzeptanz und eine sachgerechte Umsetzung entscheidend. Da die Beteiligung nach dem Regierungsentwurf nun von einem Antrag abhängt, besteht jedoch das Risiko, dass die Einrichtungsleitung im Einzelfall nicht rechtzeitig in das Verfahren einbezogen wird.

Die Bundesärztekammer befürwortet den Grundgedanken der Regelung, hält jedoch die im Regierungsentwurf vorgenommene Abschwächung zu einer fakultativen, antragsabhängigen Beteiligung für nicht ausreichend.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer regt an, die Beteiligung des Leiters der Einrichtung wieder als zwingende Beteiligung (entsprechend dem Referentenentwurf) auszugestalten, statt sie von einem Antrag abhängig zu machen.

Persönliche Anhörung des Betroffenen und Ortsbegehung

§ 319 Abs. 2 FamFG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Gericht hat den Betroffenen vor einer Unterbringungsmaßnahme persönlich anzuhören und sich einen persönlichen Eindruck von ihm zu verschaffen.

Der Referentenentwurf sah in § 319 Abs. 1 S. 2 FamFG-E vor, dass sich das Gericht den persönlichen Eindruck, soweit erforderlich, in der üblichen Umgebung des Betroffenen verschafft. In Verfahren nach § 1832 Abs. 2 BGB sollte dies an dem Ort erfolgen, an dem die Maßnahme durchgeführt werden soll. Diese Regelung zur Ortsbegehung ist im Regierungsentwurf entfallen.

In der Anhörung erörtert das Gericht mit dem Betroffenen das Verfahren, das Ergebnis des übermittelten Gutachtens, die Stellungnahme des Verfahrenspflegers, soweit diese vorliegt, und die mögliche Dauer einer Unterbringung. Die persönliche Anhörung soll in Anwesenheit des Verfahrenspflegers stattfinden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Der Referentenentwurf sah in § 319 Abs. 1 S. 2 FamFG-E vor, dass das Gericht in der Regel den Ort der geplanten ärztlichen Zwangsmaßnahme persönlich in Augenschein nimmt, da nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. November 2024 für Behandlungen außerhalb eines Krankenhauses der „nahezu-Krankenhausstandard“ der Einrichtung Voraussetzung ist. Eine eigene Anschauung hätte dem Gericht ermöglicht, die Plausibilität der vorgebrachten Angaben zu überprüfen, ohne dass besondere medizinische Kenntnisse erforderlich wären. Diese Regelung ist im Regierungsentwurf ersatzlos entfallen.

Die Bundesärztekammer kann den Wegfall dieser Vorschrift nicht nachvollziehen. Eine eigene Anschauung des Durchführungsortes erscheint aus fachlicher Sicht ein sinnvolles, niedrigschwelliges Element zur Plausibilitätskontrolle des „nahezu-Krankenhausstandards“ im Sinne von § 1832 Abs. 2 BGB-E, das den Sachverständigen und den Leiter der Einrichtung nicht ersetzt, aber sinnvoll ergänzt. Die Bundesärztekammer regt an, eine entsprechende Regelung wieder in das Gesetz aufzunehmen.

Absatz 2 regelt die verpflichtende Bestellung eines Verfahrenspflegers nach § 317 Abs. 1 FamFG-E in allen Unterbringungssachen. Der Verfahrenspfleger muss bei der Anhörung der betroffenen Person anwesend sein; eine Anhörung ohne ihn ist nur dann verfahrensfehlerfrei, wenn er ausdrücklich auf seine Teilnahme verzichtet.

Die Bundesärztekammer befürwortet diese Regelung.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer regt an, die ursprüngliche Regelung des Referentenentwurfs zur Ortsbegehung durch das Gericht wieder in den Gesetzesentwurf aufzunehmen.

Gutachten und Einholung einer Bescheinigung über die Mittel der gebotenen medizinischen Versorgung

§ 321 Abs. 2, Abs. 3 FamFG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Genehmigung einer Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme nach § 1832 Abs. 2 BGB hat sich das Gutachten auch auf das Vorliegen der Voraussetzungen des § 1832 Abs. 2 S. 2 Nr. 1 bis 4 BGB zu erstrecken.

Bei der Genehmigung einer Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme nach § 1832 Abs. 2 BGB hat der Leiter der Einrichtung, in der die ärztliche Zwangsmaßnahme durchgeführt werden soll, dem Gericht gegenüber zu bescheinigen, durch welche Mittel die

im konkreten Fall gebotene medizinische Versorgung des Betroffenen, einschließlich der erforderlichen Nachversorgung, in der Einrichtung sichergestellt wird. Handelt es sich bei dem Ort der Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme nicht um eine Einrichtung, ist die Erklärung von der Stelle abzugeben, die für die Durchführung verantwortlich ist.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

§ 321 FamFG enthält bisher keine konkreten Vorgaben dazu, welche Inhalte ein Gutachten umfassen muss. Nach Absatz 1 soll es lediglich darlegen, ob die geplante Maßnahme erforderlich ist, und eine Einschätzung zur voraussichtlichen Dauer enthalten. Diese offene Formulierung wurde bewusst gewählt, um in der Praxis ausreichend Flexibilität zu gewährleisten und eine individuelle Schwerpunktsetzung zu ermöglichen.

Für die Anwendung des Ausnahmetatbestands nach § 1832 Abs. 2 BGB-E ist jedoch zu prüfen, ob eine Behandlung im Krankenhaus für die betreute Person unzumutbar wäre. Dabei sind insbesondere medizinische Aspekte zu berücksichtigen, darunter die Frage, ob der alternative Ort die Voraussetzungen eines „nahezu-Krankenhausstandards“ erfüllt. Eine Durchführung außerhalb des Krankenhauses kommt nur in Betracht, wenn die medizinische Versorgung – einschließlich der Vorbereitung und Nachsorge – dadurch nicht wesentlich beeinträchtigt wird. Aus diesem Grund muss das Gutachten in allen entsprechenden Fällen entsprechende Feststellungen treffen. Absatz 2 konkretisiert daher die erforderlichen Inhalte des Gutachtens für solche Maßnahmen.

Zusätzlich wird in Absatz 3 festgelegt, dass der Leiter der Einrichtung bzw. die für den alternativen Durchführungsort Verantwortlichen eine schriftliche Darlegung zu den vorhandenen Ressourcen bereitstellen müssen, die eine angemessene Versorgung des Betreuten einschließlich der Nachsorge ermöglichen. Diese Darstellung soll aufzeigen, welche personellen, organisatorischen und technischen Mittel vor Ort verfügbar sind und für die geplante Maßnahme eingesetzt werden können. Die Verantwortlichen verfügen dabei in der Regel über das umfassendste Wissen über die örtlichen Gegebenheiten. Die Erklärung unterstützt zudem den Sachverständigen bei der Bewertung, ob die Maßnahme in Übereinstimmung mit den fachlichen Standards durchführbar ist.

Die Bundesärztekammer befürwortet diese Regelung.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Keiner.

Ausschluss einstweiliger Anordnung

§ 331 Abs. 2 FamFG

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 331 Abs. 1 FamFG sieht vor, dass das Gericht unter den in Nr. 1 bis 4 aufgelisteten Voraussetzungen durch einstweilige Anordnung eine vorläufige Unterbringungsmaßnahme anordnen oder genehmigen kann.

Für den Anwendungsbereich der Ausnahmeregelung des § 1832 Abs. 2 BGB-E wird der Erlass einer einstweiligen Anordnung und einer einstweiligen Maßregel ausgeschlossen. Dabei besteht die Annahme, dass in den betroffenen eilbedürftigen Fällen, in denen ein dringendes Bedürfnis für ein sofortiges Tätigwerden bestehen muss, „schon aus medizinischer Sicht die strukturellen Gegebenheiten und das Versorgungsniveau eines

Krankenhauses erforderlich" seien. Für die von der Ausnahmeregelung erfassten ambulanten ärztlichen Zwangsmaßnahmen werde daher kein Bedürfnis für die Anwendung von einstweiligen Anordnungen oder einstweiligen Maßregeln gesehen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Es ist nicht ersichtlich, worauf die Annahme gründet, dass aus „medizinischer Sicht“ die strukturellen Gegebenheiten und das Versorgungsniveau eines Krankenhauses erforderlich sind. Aus fachlicher Sicht kann eine solche Sichtweise nicht bestätigt werden, weil aus „medizinischer Sicht“ in Einzelfällen auch kurzfristig Konstellationen denkbar sind, in denen eine ärztliche Zwangsbehandlung außerhalb eines Krankenhauses erfolgen kann. Nach Verständnis der Bundesärztekammer ist eine wesenskennzeichnende Eigenschaft der Krankenhausbehandlung jedenfalls die ärztliche Behandlung und die ärztliche Gesamtverantwortung, die unter Berücksichtigung des konkreten Krankheitsbildes und der angestrebten Maßnahme auch außerhalb der stationären Versorgung denkbar ist.

Dass in Eilfällen die von der Ausnahmeregelung des § 1832 Abs. 2 BGB-E erfassten ambulanten ärztlichen Zwangsmaßnahmen nicht möglich erscheinen, liegt letztlich an den hohen Anforderungen und verfahrensrechtlichen Hürden, welche das Gesetz mit § 1832 BGB-E selbst aufstellt. Dem Betreuer wird kurzfristig der Nachweis insbesondere von § 1832 Abs. 2 Nr. 3 BGB-E nicht gelingen, sodass der Erlass einer einstweiligen Anordnung nicht sinnvoll möglich ist.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Begründung muss dahingehend angepasst werden, dass nicht medizinische, sondern rechtliche Gründe dem Erlass einer einstweiligen Anordnung entgegenstehen.

3. Ergänzendes Änderungsbedarfe

Evaluationsklausel

§ 1832 BGB-E

A) Begründung

Die Bundesärztekammer regt wegen der engen tatbestandlichen Voraussetzungen der Ausnahme gem. § 1832 Abs. 2 BGB-E und aufgrund der diese begleitenden weiteren verfahrensrechtlichen Anforderungen an, eine Evaluationsklausel in das Gesetz aufzunehmen, damit nach ca. 3 Jahren geprüft werden kann, ob die tatbestandlichen Voraussetzungen der Ausnahme in der Behandlungsrealität angewendet werden können oder faktisch zum Fortbestand des nicht verfassungsgemäßen Krankenhausvorbehalts führen.

B) Ergänzungsvorschlag

In § 1832 BGB wird folgender neuer Absatz 7 aufgenommen:

„Das Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz evaluiert die Wirkungen der Regelungen gemäß § 1827 Abs. 4, § 1828 Abs. 3 sowie § 1832 Abs. 2 und Abs. 3 BGB bis Ende 2030 nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards und veröffentlicht einen Bericht.“