



Keine ambulante Zwangsbehandlung von Verfassungen wegen – Zur Verfassungsmäßigkeit von § 1906a Abs. 1 Nr. 7 BGB

Stellungnahme des Betreuungsgerichtstags e.V.

Einleitung

Der Betreuungsgerichtstag e. V. hält die gesetzliche Beschränkung der Zwangsbehandlung auf Patienten, die in einem dafür geeigneten Krankenhaus stationär behandelt werden, und den damit verbundenen Ausschluss der sogenannten „ambulanten“ Zwangsbehandlung für verfassungsgemäß.

Beim Bundesverfassungsgericht (1 BvR 1575/18) ist derzeit eine Verfassungsbeschwerde gegen § 1906a Abs. 1 Nr. 7 BGB anhängig. Nach dieser Vorschrift dürfen ärztliche Zwangsmaßnahmen ausschließlich im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem dafür geeigneten Krankenhaus durchgeführt werden. In der Verfassungsbeschwerde wird vorgetragen, dass das Gesetz die Grundrechte des an einer Demenz erkrankten Beschwerdeführers ungerechtfertigt und in verfassungswidriger Weise verletze, weil sie ihm eine notwendige Behandlung in seiner vertrauten Umgebung durch Untermischen einer Medikation verwehre.

Der Betreuungsgerichtstag hat hierzu auf Anfrage des Bundesverfassungsgerichts Stellung genommen. Die im Verfahren aufgeworfenen rechtstatsächlichen und rechtlichen Fragen sind von grundsätzlicher Bedeutung. Der Betreuungsgerichtstag hat sich daher entschlossen, einige Kernthesen dazu zu veröffentlichen.

I. Rechtstatsachen

1. Hintergrund

Empirische Erkenntnisse zu ärztlichen Zwangsmaßnahmen bei Betreuten, insbesondere bei Menschen mit Demenz, sowie zu den genauen Umständen und Abläufen, sind nur in eingeschränktem Maße verfügbar. Der Deutsche Ethikrat hat in seiner am 1.11.2018 veröffentlichten Stellungnahme „Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung“¹ den aktuellen Kenntnisstand über Zwangsmaßnahmen zum Wohl der Betroffenen in

¹ Vgl. Deutscher Ethikrat, Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung, 1.11.2018, <https://www.ethikrat.org/publikationen/kategorie/stellungnahmen/>.

einigen Praxisfeldern dokumentiert und analysiert. Von besonderem Interesse sind dabei die Praxisfelder der Psychiatrie sowie der Altenpflege und Behindertenhilfe. Zu beiden Praxisfeldern fanden zudem Anhörungen von Betroffenen und Experten statt, deren Ergebnisse ebenfalls veröffentlicht sind.²

Danach ist als genereller Befund festzustellen, dass Daten nur punktuell vorhanden³ und mit Zurückhaltung zu bewerten sind, weil sie nicht repräsentativ, lückenhaft und sehr von großen örtlichen Unterschieden geprägt sind.

Zudem wird in Erhebungen häufig nicht zwischen den hier interessierenden **ärztlichen Zwangsmaßnahmen i.S. des § 1906a BGB** und **anderen Zwangsmaßnahmen** unterschieden. Sie werden oft mit freiheitsentziehenden Maßnahmen zum Schutz der Betroffenen vor sich selbst nach § 1906 BGB (freiheitsentziehende Unterbringung und andere freiheitsentziehende Maßnahmen) und sogar mit Zwangsmaßnahmen ganz anderer Zielsetzung, z.B. zum Schutz Dritter nach den einschlägigen Landesgesetzen (Psychisch-Kranken-Gesetze oder Unterbringungsgesetze), zusammengefasst.

2. Amtliche Statistiken

Die **Justizstatistik** weist erst seit 2014 Zahlen betreuungsgerichtlicher Genehmigungsverfahren zu Einwilligungen von Betreuern und Vorsorgebevollmächtigten in ärztlichen Zwangsmaßnahmen aus. Gezählt werden für die Justizstatistik nur Verfahren, da sie für die Personalbemessung der Justiz von Bedeutung sind; Daten zu den betroffenen Menschen werden nicht erhoben. Allerdings weisen die Zählungen der Länder Lücken und Unstimmigkeiten auf. Nur im Jahre 2015 haben alle Länder Daten gemeldet.

Für die Daten der Jahre 2014 bis 2017 wird auf die Anlage 1 verwiesen. Die Zusammenstellung und Aufbereitung erfolgte durch Horst Deinert (Verwaltungswissenschaftler und Sozialarbeiter, Duisburg) auf Grundlage der Angaben des Bundesamtes für Justiz und der Landesjustizverwaltungen.

3. Alternativen zu ärztlichen Zwangsmaßnahmen, insbesondere zu Zwangsmedikationen

In Baden-Württemberg waren in der Zeit von Juni 2012 bis Februar 2013 (nach den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts zur Zwangsbehandlung von im Maßregelvollzug und öffentlich-rechtlich untergebrachten Personen und des Bundesgerichtshofs zur Zwangsbehandlung im Betreu-

² Anhörung am 23.02.2017 zur Psychiatrie, <https://www.ethikrat.org/anhoerungen/wohltaetiger-zwang-in-der-psychiatrie/>; Anhörung am 19.05.2017 zur Altenpflege und Behindertenhilfe, <https://www.ethikrat.org/anhoerungen/wohltaetiger-zwang-in-der-pflege-und-behindertenhilfe/>.

³ Vgl. DER, *Hilfe durch Zwang?*, a. a. O., S. 110 ff., S. 146 f. Zwei vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekte „Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem: Erfassung und Reduktion (ZIPHER)“ der Universitäten Ulm (Zfp Südwürttemberg), Bochum und Greifswald sowie des ZI Mannheim und „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (ZVP)“ der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. in Kooperation mit der Aktion Psychisch Kranke e.V., der psychiatrischen Universitätsklinik der Charité, des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und der Universität Hamburg sind zwar Mitte 2016 begonnen worden, aber noch nicht beendet. Daten liegen daher noch nicht vor.

ungsrecht) medikamentöse Zwangsbehandlungen in psychiatrischen Krankenhäusern wegen fehlender ausdrücklicher Regelungen praktisch eingestellt worden. In dieser Zeit wurde eine signifikante Zunahme der Fixierungen und der Isolierungen als Zwangsmaßnahmen festgestellt – allerdings mit großen örtlichen Unterschieden.⁴

Studien haben auch markante Unterschiede in der Anwendung von psychotropen Medikamenten in Einrichtungen der Altenpflege erbracht. So werden deutliche Unterschiede von mindestens einer Verordnung von entsprechenden Medikamenten zwischen weniger als 30 Prozent bis über 80 Prozent beschrieben, ohne dass es dafür bewohner- oder heimbezogene Erklärungen gab.⁵

Die vorstehenden Beispiele machen deutlich, dass der Einsatz von Zwangsmaßnahmen in der ärztlichen Behandlung (freiheitsentziehende Maßnahmen und ärztliche Zwangsmaßnahmen) maßgeblich von den Rahmenbedingungen und Versorgungsstrukturen sowie von den örtlichen Bedingungen und der Qualifikation und Haltung des Personals abhängt. Wenn Zwangsmaßnahmen ultima ratio sein bzw. werden sollen, sind die individuelle wie institutionelle Ausrichtung auf Zwangsvermeidung, die Sicherstellung von Multiprofessionalität, das Mehr-Augen-Prinzip und eine wirksame Kontrolle wichtig.⁶

II. Rechtsfragen des § 1906a BGB

1. Betroffene und ihre Vertreter

1.1. Die Vorschrift des § 1906a BGB ist Teil des Betreuungsrechts. Anders als die Regelungen zur Zwangsbehandlung in den Psychisch-Kranken-Gesetzen bzw. Unterbringungsgesetzen der Bundesländer betrifft sie deshalb nicht nur psychisch Kranke, sondern alle kranken Menschen, die aufgrund einer Krankheit oder psychischen Störung nicht selbst und frei über ihre Behandlung entscheiden können, also einwilligungsunfähig sind, und die eine ärztlicherseits vorgeschlagene und für notwendig erachtete Behandlung mit natürlichem Willen ablehnen.

Es spielt deshalb keine Rolle, ob eine psychische oder eine somatische Erkrankung behandelt werden soll. Ebenso ist unerheblich, aus welchem Grund der Betroffene einwilligungsunfähig ist. Es kann die Krankheit sein, die nun behandelt werden soll; die Einwilligungsunfähigkeit kann aber auch auf eine andere Krankheit oder eine Behinderung zurückzuführen sein.

1.2. § 1906a BGB gilt, wie alle Regelungen zur Gesundheitspflege (vgl. §§ 1901a, 1901b, 1904 BGB), nicht nur für diejenigen Menschen, für die ein rechtlicher Betreuer mit diesem Aufgabenkreis bestellt ist, sondern auch für solche, die eine Vertrauensperson für die Gesundheitspflege bevoll-

⁴ Vgl. DER, Hilfe durch Zwang?, a.a.O., S.113 m.w.N.

⁵ Vgl. DER, Hilfe durch Zwang?, a.a.O., S. 178 mit Hinweis auf die Studie von Richter, T. et al. (2012): Prevalence of psychotropic medication use among German and Austrian nursing home residents: a comparison of 3 cohorts. In: Journal of the American Medical Directors Association, 13 (2), 187.e7-187.e13; vgl. auch Petra A. Thürmann, Einsatz von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen, Pflege-Report 2017, Wissenschaftliches Institut der AOK, 2017, S. 119 ff.

⁶ Vgl. auch die Forderungen des DER, Hilfe durch Zwang?, a.a.O., S. 199 ff.

mächtigt und dies ausdrücklich und schriftlich auch auf die Einwilligung in ärztliche Zwangsmaßnahmen erstreckt haben (vgl. § 1906a Abs. 5 BGB).

Vorsorgevollmachten werden erfahrungsgemäß fast ausschließlich für Angehörige und nahestehende Personen erteilt. Die rechtlichen Betreuungen werden ausweislich der Statistik zu etwa 53% von Angehörigen geführt.⁷ Daraus lässt sich folgern, dass die Betroffenen überwiegend von Angehörigen oder nahestehenden Personen aus dem persönlichen Umfeld, also von Laien, als Vorsorgebevollmächtigte oder rechtliche Betreuer und nur zu einem kleinen Teil von beruflich tätigen Betreuern vertreten werden.

2. Der Regelungsgehalt von § 1906a BGB

2.1. Kontext

Bei „ärztlichen Zwangsmaßnahmen“ nach § 1906a BGB geht es um ärztliche Maßnahmen zur Untersuchung, Behandlung und andere ärztliche Eingriffe (vgl. die Legaldefinition in § 1906a Abs. 1 BGB). Wenn Medikamente zu diesem Zweck eingesetzt werden und dies gegen den natürlichen Willen des Betroffenen erfolgen soll, gilt § 1906a BGB. § 1906a BGB ist daher eine Regelung der ärztlichen Behandlung, genauer: der ärztlichen Behandlung gegen den natürlichen Willen des Betroffenen. Sie steht damit in einem doppelten Kontext:

Erstens gelten neben § 1906a BGB auch die übrigen Vorschriften des Betreuungsrechts für die Gesundheitspflege durch rechtliche Betreuer und Vorsorgebevollmächtigte, d.h. §§ 1901a, 1901b und 1904 BGB, sowie die allgemeinen Vorschriften des § 1901 BGB für den rechtlichen Betreuer bzw. des Auftrags für den Vorsorgebevollmächtigten.

Zweitens gelten die allgemeinen Vorschriften für die medizinische Behandlung, die 2013 in §§ 630a ff. BGB kodifiziert worden sind, auch für die ärztlichen Zwangsmaßnahmen. Die rechtlichen Bedingungen für eine ärztliche Zwangsmaßnahme ergeben sich daher erst aus dem Zusammenspiel von Medizinrecht und Betreuungsrecht.

Das Medizinrecht bestimmt dabei die allgemeinen Voraussetzungen und Bedingungen für die Behandlung des Patienten und für die konkreten ärztlichen Maßnahmen, vom Behandlungsvertrag über die Stellung der Indikation und der Verpflichtung zur Aufklärung auch des nicht einwilligungsfähigen Patienten (vgl. § 630e Abs. 5 BGB) bis hin zur Verpflichtung, die Behandlung lege artis durchzuführen (vgl. § 630a Abs. 2 BGB).

Das Betreuungsrecht regelt die Voraussetzungen und Bedingungen, unter denen der Vertreter des Patienten der ärztlichen Maßnahme zustimmen darf (§§ 1901a, 1901b BGB) und wann er dies ausnahmsweise auch gegen den natürlichen Willen tun kann (§ 1906a BGB).

2.2. Regelungsgegenstand „Ärztliche Zwangsmaßnahme“

Da die Gabe von Medikamenten vom Arzt verordnet wird, bezeichnet die Praxis häufig jede Medikamentengabe gegen den Willen des Betroffenen als „ärztliche Zwangsmaßnahme“.

⁷ ISG, Abschlussbericht, a.a.O., S. 37.

Demgegenüber ist darauf hinzuweisen, dass rechtlich gesehen die Medikamentengabe gegen den natürlichen Willen nicht generell als ärztliche Zwangsmaßnahme i. S. d. § 1906a BGB einzuordnen ist. Sie kann vielmehr auch ein Mittel der Freiheitsentziehung sein. Bei „ärztlichen Zwangsmaßnahmen“ nach § 1906a BGB geht es um ärztliche Maßnahmen zur Untersuchung, Behandlung und andere ärztliche Eingriffe (vgl. die Legaldefinition in § 1906a Abs. 1 BGB). Nur wenn Medikamente zu diesem Zweck eingesetzt werden, gilt § 1906a BGB.

Wenn Medikamente dagegen eingesetzt werden, um dem Betroffenen die Fortbewegungsfreiheit zu entziehen („medikamentöse Freiheitsentziehung“), unterliegt die Medikamentengabe § 1906 Abs. 4 BGB. Entscheidend ist der Zweck, zu dem das Medikament eingesetzt wird (im Kontext der Behandlung zur Diagnose, Behandlung usw. oder zur Freiheitsentziehung), nicht das Mittel (die Medikamentengabe).

2.3. Ort der ärztlichen Zwangsmaßnahme

§ 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB legt fest, dass

- eine ärztliche Zwangsmaßnahme nur „im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus“ durchgeführt werden darf,
- in diesem Krankenhaus „die gebotene medizinische Versorgung des Betreuten einschließlich einer erforderlichen Nachbehandlung sichergestellt“ sein muss, d.h. es muss gerade für die zwangsweise Behandlung geeignet sein.

Festgelegt wird damit also der Ort der ärztlichen Zwangsmaßnahme, nicht die Art und Weise ihrer Durchführung.

In der Verfassungsbeschwerde wird die Frage, wo eine ärztliche Zwangsmaßnahme durchgeführt werden darf (stationär in einem geeigneten Krankenhaus oder auch anderswo), mit einer zweiten Frage, nämlich der Frage, wie der entgegenstehende Wille des Betroffenen überwunden werden darf, nämlich nicht nur durch offenen Zwang, sondern auch durch die heimliche Gabe von Medikamenten, verbunden.

§ 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB regelt indes ausschließlich den Ort, nicht das Wie einer ärztlichen Zwangsmaßnahme. Ob eine heimliche Medikamentengabe zulässig ist, ist eine ganz andere Frage. Sie stellt sich sowohl im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung als auch im nichtstationären Bereich und wird von § 1906a BGB weder in Abs. 1 S. 1 Nr. 7 noch an anderer Stelle beantwortet. Beide Fragen sind daher zu trennen.

3. Heimliche Medikamentengabe

3.1. Die Frage, ob ein Medikament gegen den natürlichen Willen des Patienten auch heimlich verabreicht werden darf, wird vom Gesetz weder in § 1906a BGB noch anderswo ausdrücklich geregelt. § 1906a BGB und die dazu gehörenden verfahrensrechtlichen Vorschriften gehen ersichtlich davon aus, dass die ärztliche Zwangsmaßnahme „offen“ und nicht heimlich erfolgt. Auch im Gesetz-

gebungsverfahren zu § 1906a BGB hat die Frage der heimlichen Medikamentengabe ausweislich der Materialien keine Rolle gespielt.

Das gilt nicht nur für die Regelung ärztlicher Zwangsmaßnahmen im Rahmen des zivilrechtlichen Erwachsenenschutzes, d.h. für § 1906a BGB, sondern in gleicher Weise auch für die Vorschriften zur Zwangsbehandlung im Rahmen des Psychisch-Kranken- bzw. Unterbringungsrechts und im Rahmen des Maßregelvollzugs. Auch dort regeln die einschlägigen landesrechtlichen Vorschriften für die zwangsweise Behandlung die heimliche Medikamentengabe nicht.

3.2. Bei der Beurteilung, inwiefern eine heimliche Gabe von Medikamenten zulässig ist, um den ablehnenden natürlichen Willen des Patienten zu umgehen, sind u.E. folgende Aspekte zu bedenken:

- Die heimliche Medikamentengabe berührt die Menschenwürde des Patienten, wenn er nicht mehr (auch) Subjekt, sondern nur noch Objekt der Behandlung ist.
- Die heimliche Medikamentengabe schließt die Partizipation des Patienten im Behandlungsprozess bezogen auf die Art und Weise der medikamentösen Behandlung aus. Wenn das Medikament heimlich gegeben werden soll, darf der Patient weder vom Arzt noch von seinem Vertreter über diese Art und Weise der Verabreichung informiert bzw. aufgeklärt werden.
- Sollte die heimliche Medikamentengabe als ärztliche Zwangsmaßnahme angesehen oder entsprechend einer solchen behandelt werden, müsste sie nach bzw. entsprechend § 1906a BGB durchgeführt werden. Heimlich kann sie aber nur erfolgen, wenn der Patient weder vom Arzt (vgl. §§ 630c Abs. 1, 630e Abs. 5 BGB), noch vom Vertreter (vgl. die Besprechungspflicht in § 1901 Abs. 3 S. 3 BGB) und auch nicht im gerichtlichen Genehmigungsverfahren (vgl. Art. 103 Abs. 1 GG sowie §§ 312 ff. FamFG, insbesondere §§ 319, 321, 325 FamFG) über die Art und Weise der Medikamentengabe informiert wird.
- Ungeklärt und risikobehaftet ist, ob sich Ärzte und Patientenvertreter ausnahmsweise auf die Grundsätze der Notfallbehandlung berufen können, wenn sie eine heimliche Medikamentengabe nach Abwägung aller Vor- und Nachteile als einzig verbleibende wirksame und vertretbare Behandlungsmaßnahme ansehen und sie im Einklang mit dem früher erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten durchführen wollen.
- Zu bedenken sind auch die Folgen einer heimlichen Medikamentengabe. Wenn es dem Patienten nach einer für maximal 6 Wochen genehmigten zwangsweisen bzw. heimlichen Medikamentengabe tatsächlich besser geht, was soll danach mit ihm besprochen werden? Warum sollte er dann bereit sein, die Medikation weiterhin und nunmehr freiwillig zu nehmen? Er muss doch davon ausgehen, dass sich sein Zustand auch ohne medikamentöse Behandlung von selber gebessert hat. Oder soll ihm dann gesagt werden, dass ihm das Medikament heimlich untergemischt wurde? Was bedeutet das dann für seine künftige Bereitschaft, die Medikation einzunehmen? Wäre vielleicht sogar zu befürchten, dass er dann die Nahrungsaufnahme verweigert und zwangsernährt werden müsste?

4. Ärztliche Zwangsmaßnahmen nur im Rahmen einer stationären Behandlung in einem dafür geeigneten Krankenhaus (§ 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB)

4.1. Die Verfassungsbeschwerde kritisiert, dass die ärztlich verordnete Medikation dem Beschwerdeführer gegen seinen Willen, d. h. zwangsweise, nicht in der Pflegeeinrichtung verabreicht werden kann, in der er lebt.

Sie zielt damit auf die in § 1906a Abs. 1 Nr. 7 BGB enthaltene Beschränkung, dass eine ärztliche Zwangsmaßnahme „im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus, in dem die gebotene medizinische Versorgung des Betreuten einschließlich einer erforderlichen Nachbehandlung“ erfolgen muss – und dass, so ist zu ergänzen, der Vorsorgebevollmächtigte oder rechtliche Betreuer eines Patienten in eine ärztliche Zwangsmaßnahme nur einwilligen und das Betreuungsgericht dies nur dann genehmigen kann, wenn diese Voraussetzung erfüllt ist.

4.2. Diese Beschränkung in Nr. 7 ist zum 22.07.2017 eingeführt worden als Teil der Neuregelung der Zwangsbehandlung in § 1906a BGB durch das Gesetz zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17.07.2017 (BGBl. I S. 2426).

Die Beschränkung ärztlicher Zwangsmaßnahmen auf Patienten im Rahmen einer stationären Behandlung ist jedoch in der Sache nicht neu; sie gibt es vielmehr spätestens seit dem Jahr 2000. Geändert hat sich allerdings die Grundlage, auf der sie beruht.

Als der BGH in seinem Beschluss vom 11.10.2000 (XII ZB 69/00) die so genannte „ambulante Zwangsbehandlung“ auf betreuungsrechtlicher Grundlage für unzulässig erklärt hatte, konnten Patienten danach nur noch im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts zwangsweise behandelt werden. Dies war eine Folge der Koppelung der Zwangsbehandlung an die freiheitsentziehende Unterbringung zum Zwecke einer Behandlung nach § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB, die zunächst die Rechtsprechung entwickelt hatte und die dann vom Gesetzgeber in § 1906 Abs. 3 BGB a. F. übernommen wurde.

Nachdem das BVerfG die Koppelung der ärztlichen Zwangsmaßnahme an eine freiheitsentziehende Unterbringung mit Beschluss vom 26.07.2016 (1 BvL 8/15) für verfassungswidrig erklärt hatte, wurden die ärztlichen Zwangsmaßnahmen im Juli 2017 neu geregelt.

Die neue Vorschrift des § 1906a BGB schaffte die Koppelung der ärztlichen Zwangsmaßnahme an die freiheitsentziehende Unterbringung ab. Seitdem können alle Patienten notfalls auch zwangsweise behandelt werden, die sich in stationärer Behandlung in einem dafür geeigneten Krankenhaus befinden – ganz unabhängig davon, ob sie zur eigenständigen Fortbewegung noch in der Lage sind oder nicht, ob sie freiwillig dort sind oder gegen ihren natürlichen Willen nach § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB dort freiheitsentziehend untergebracht bzw. nach § 1906a Abs. 4 BGB dorthin verbracht werden.⁸ Ärztliche Zwangsmaßnahmen in anderen, nicht geeigneten Krankenhäusern sind nach § 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB ebenso ausgeschlossen wie ärztliche Zwangsmaßnahmen von Patienten, die nicht stationär im Krankenhaus behandelt werden.

⁸ BT-Drucks. 18/11240, S. 15.

4.3. Im Rahmen der jüngsten Neuregelung wurde die Frage erneut und intensiv erörtert, ob ärztliche Zwangsmaßnahmen - wie seit 2000 üblich - nur im Rahmen einer stationären Behandlung durchgeführt oder nunmehr auch andernorts, häufig, wenngleich ungenau als „ambulant“ bezeichnet, ermöglicht werden sollen. Überwiegend wurde von Seiten der Praxis und der Experten dafür plädiert, ärztliche Zwangsmaßnahmen weiterhin auf den Rahmen einer stationären Behandlung zu beschränken.

Dieser Position schloss sich der Gesetzgeber an. Maßgebend waren dafür die folgenden Erwägungen:⁹

„Mit diesen Voraussetzungen soll erreicht werden, dass ärztliche Zwangsmaßnahmen entsprechend dem Ultima-Ratio-Gedanken auf das unvermeidbare Mindestmaß reduziert werden. Sie sind nicht bereits dann erfüllt, wenn der Betreute im Krankenhaus lediglich ambulant behandelt wird. Vielmehr ist der stationäre Aufenthalt insbesondere zeitlich so auszugestalten, dass die gebotene sorgfältige Prüfung der Zulässigkeitsvoraussetzungen für die beabsichtigte ärztliche Zwangsmaßnahme durch den verantwortlichen Arzt und den Betreuer im Rahmen dieses Aufenthalts möglich ist. Diese Anforderung dürfte nur bei einem vollstationären Aufenthalt erfüllt sein. Weiterhin ist vorzusetzen, dass in dem Krankenhaus, in dem der Betreute stationär aufgenommen wurde, die gebotene medizinische Versorgung einschließlich einer erforderlichen Nachbehandlung sichergestellt ist. Das Krankenhaus muss auf Grund seiner medizinischen Ausstattung die institutionellen Rahmenbedingungen dafür bieten, dass auch gerade die zwangsweise Durchführung der Behandlung fachgerecht und den konkreten Bedürfnissen des Betreuten entsprechend gewährleistet ist. Ferner muss das Krankenhaus sicherstellen, dass dort auch eine gegebenenfalls medizinisch erforderliche Nachsorge durchgeführt werden kann. 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.“

In der Diskussion wurde des Weiteren darauf hingewiesen, dass die Orte, an denen Menschen leben, nach Art. 13 GG geschützt sind. Die Beschränkung ärztlicher Zwangsmaßnahmen auf bestimmte, dafür besonders geeignete Orte, namentlich das geeignete Krankenhaus, ist daher nicht nur Ausdruck des Ultima-Ratio-Prinzips, sondern soll auch dafür sorgen, dass ihnen ihre Wohnung als persönlicher Rückzugsraum erhalten und, soweit es geht, von Zwang frei bleibt.

Dieselben Erwägungen gelten auch für den Fall, dass der Patient eine Vertrauensperson für seine Gesundheitsorge bevollmächtigt und die schriftliche Vollmacht ausdrücklich auch ärztliche Zwangsmaßnahmen umfasst (§ 1906a Abs. 5 BGB).¹⁰

4.4. In der Verfassungsbeschwerde wird argumentiert, durch die Beschränkung ärztlicher Zwangsmaßnahmen auf stationär behandelte Patienten in § 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB würden Personen von vorneherein von einer medizinisch erforderlichen Behandlung ausgeschlossen. Dadurch verletze der Staat seine ihnen gegenüber obliegende Schutzpflicht.

⁹ BT-Drucks. 18/11240, S. 20, vgl. auch S. 15.

¹⁰ BT-Drucks. 18/11240, S. 21.

§ 1906a BGB legt in seinem Abs. 1 S. 1 Nr. 7 fest, dass eine zwangsweise Behandlung nur an einem bestimmten Ort erfolgen darf, nämlich in einem dafür geeigneten Krankenhaus im Rahmen einer stationären Behandlung. Dafür muss ein behandlungsbedürftiger Betroffener dort als Patient aufgenommen sein bzw. werden. Entscheidend für den Zugang eines Betroffenen zur - ggf. zwangsweisen - Behandlung ist deshalb, wie sein Zugang zu diesem Behandlungsort rechtlich ausgestaltet ist.

Befindet er sich freiwillig dort oder begibt er sich freiwillig dorthin, lehnt dann aber die Behandlung ab, ist die Bedingung des Nr. 7 ohne weiteres erfüllt. Lehnt er es hingegen mit natürlichem Willen ab, sich in das Krankenhaus zu begeben, kann er erforderlichenfalls nach § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB dort freiheitsentziehend untergebracht bzw. nach § 1906a Abs. 4 BGB dorthin verbracht werden.¹¹

Im Ergebnis kann daher jeder behandlungsbedürftige Mensch notfalls auch zwangsweise behandelt werden. Heute ist daher niemand mehr - anders als nach § 1906 Abs. 3 BGB a.F. - von Rechts wegen von einer medizinisch notwendigen Behandlung ausgeschlossen.

4.5. In der Verfassungsbeschwerde wird weiter argumentiert, bestimmte Personen würden jedenfalls de facto von einer medizinisch notwendigen zwangsweisen Behandlung ausgeschlossen. Damit sind die Voraussetzungen angesprochen, unter denen Personen gegen ihren natürlichen Willen in ein geeignetes Krankenhaus zur stationären Behandlung gebracht werden dürfen.

Maßgebend dafür sind die Vorschriften des § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB und des § 1906a Abs. 4 BGB. Letzterer betrifft die Fälle, in denen eine freiheitsentziehende Unterbringung aus Rechtsgründen nicht möglich ist, etwa weil sich ein Patient nicht fortbewegen kann.¹² In dem der Verfassungsbeschwerde zugrunde liegenden Sachverhalt dürfte die Fähigkeit zur Fortbewegung vorhanden sein und sich daher die Aufnahme ins Krankenhaus zur stationären Behandlung gegen den natürlichen Willen nach § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB richten. Ist eine Behandlung dringlich geboten, kann unter diesen Voraussetzungen ins Krankenhaus gebracht und dort behandelt werden, ggf. auch zwangsweise nach Maßgabe des § 1906a BGB. Die materiell-rechtlichen und die verfahrensrechtlichen Voraussetzungen dafür sind zum Schutz des Selbstbestimmungsrechts Betroffener sehr anspruchsvoll und detailliert gesetzlich geregelt, ermöglichen aber auch eine Verbringung ins Krankenhaus und eine Behandlung, wenn dies geboten ist.

Es ist daher nicht zu erkennen, inwiefern im vorliegenden Fall durch die angegriffene Regelung in § 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB oder durch andere Regelungen in § 1906a BGB de facto von einer medizinisch notwendigen, ggf. zwangsweisen Behandlung ausgeschlossen wird.

4.6. Die Verfassungsbeschwerde betont eindrücklich, dass jeder Ortswechsel und damit auch die Aufnahme in ein Krankenhaus für den Beschwerdeführer mit der Gefahr eines Delirs verbunden sei.

Dazu ist auf Folgendes hinzuweisen:

¹¹ BT-Drucks. 18/11240, S. 15.

¹² BT-Drucks. 18/11240, S. 21.

Aus dem oben geschilderten Zusammenspiel von medizinrechtlichen und betreuungsrechtlichen Vorgaben (oben 2.1.) folgt, dass der Arzt auch die Risiken und Gefahren eines Krankenhausaufenthalts berücksichtigen muss, wenn er die medizinische Indikation für eine stationäre Krankenhausbehandlung stellt.

Darüber hinaus hat der Vertreter des Patienten abzuwägen, ob die zwangsweise Behandlung verhältnismäßig ist (§ 1906a Abs. 1 S. 1 Nrn. 5 und 6 BGB) bzw. ob die Verbringung ins Krankenhaus zu diesem Zweck verhältnismäßig ist (§ 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB).¹³ In diese Abwägung einzustellen sind auch die Risiken, die mit einer Verbringung ins Krankenhaus und den damit verbundenen Ortswechseln entstehen. In die Abwägung sind auch andere Behandlungsmethoden (z.B. Depotspritze) einzubeziehen, selbst wenn diese etwas weniger wirksam sein sollten. Das Betreuungsgericht hat dies seinerseits im Genehmigungsverfahren zu kontrollieren.

Die Gefahr eines Delirs muss demnach in diese Abwägungsentscheidungen zwischen den erhofften Vorteilen und Chancen einer bestimmten Behandlung und den mit ihr verbundenen Nachteilen Eingang finden. Es liegt nahe, dass deshalb der Beschwerdeführer nur dann in ein Krankenhaus gebracht wird und werden darf, wenn die Vorteile der Behandlung dort die damit verbundenen Nachteile eindeutig überwiegen. Ein faktischer Ausschluss der Behandlung ergibt sich hieraus jedoch nicht.

Da also der Beschwerdeführer weder rechtlich noch faktisch von einer notwendigen Behandlung ausgeschlossen wird, verletzt der Staat mit der angegriffenen Regelung seine grundrechtliche Schutzpflicht ihm gegenüber nicht. Die Grundrechte des Beschwerdeführers sind daher u.E. durch die angegriffene Regelung nicht verletzt.

These 1:

Die Regelungen der Zwangsbehandlung im Betreuungsrecht sind nur ein Ausschnitt der Problematik, denn sie adressieren nur das Handeln der Vertreter im konkreten Fall, nicht das ärztliche oder pflegerische Handeln (das neben den rechtlichen Vorgaben vor allem den fachlichen Standards folgt und folgen muss) und nicht die Versorgungsstrukturen, die ganz wesentlich von den Regelungen des Bundes und der Länder zum Krankenhaus- und Heimrecht, vom Sozialrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe bzw. Teilhabe, vom Berufsrecht der jeweils beteiligten Gesundheitsberufe und nicht zuletzt von finanziellen Mitteln bestimmt werden.

These 2:

Das Gesetz schließt keinen Menschen von einer ggf. zwangsweise durchzuführenden Behandlung aus. Eine Zwangsbehandlung muss stationär in einem dafür geeigneten Krankenhaus durchgeführt werden (§ 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB). Dies führt jedoch weder zu einem rechtlichen noch zu ei-

¹³ Das entspricht ganz herrschender Auffassung, vgl. nur Marschner, in: Jürgens, Betreuungsrecht. Kommentar, 5. Aufl. 2014, § 1906 BGB Rn. 10 ff., 13 ff., 16 ff., 24 ff.; Schwab, in: Münchener Kommentar zum BGB, Bd. 9, 7. Aufl. 2017, § 1906 BGB Rn. 16 f., 37 ff., jeweils m.w.N.

nem faktischen Ausschluss bestimmter Patienten, da jeder Patient falls nötig in ein solches Krankenhaus verbracht werden kann.

These 3:

Bei der Entscheidung über die zwangsweise Behandlung eines Patienten und die dafür ggf. erforderliche Verbringung in ein dafür geeignetes Krankenhaus haben Arzt und Patientenvertreter jeweils die Chancen und Risiken der geplanten Behandlung, der ggf. nötigen Verbringung des Patienten in ein geeignetes Krankenhaus und der ggf. zwangsweisen Durchführung umfassend abzuwägen. In diese Abwägung sind die gesundheitlichen Risiken einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus ebenso einzubeziehen wie die Nachteile einer medizinisch weniger effektiven Behandlung außerhalb eines Krankenhauses oder eines Verzichts auf diese Behandlung.

These 4:

§ 1906a BGB ist nicht zu erweitern um eine Regelung, die eine Zwangsbehandlung an anderen Behandlungsorten erlaubt.

These 5:

Eine heimliche Medikamentengabe ist weder im Betreuungsrecht noch im Recht des Behandlungsvertrags ausdrücklich geregelt. Sie wirft zahlreiche schwierigste Fragen auf. Diese müssen dringend offen und interdisziplinär diskutiert werden. In dieser Debatte wird es darum gehen, ob die heimliche Medikamentengabe aus rechtsstaatlichen Gründen generell abzulehnen ist oder ob sie in besonders gravierenden Ausnahmefällen als milderer Mittel zulässig sein könnte.

Bochum, 10.07.2019

Ärztliche Zwangsmaßnahmen - Genehmigungen nach § 1906a BGB (zuvor § 1906 Abs. 3 BGB aF)

Bundesland	Einwohner 31.12.2017	Genehmi- gungen 2014	Genehmi- gungen 2015	Genehmi- gungen 2016	Genehmi- gungen 2017	je 100.000 Einwohner 2014	je 100.000 Einwohner 2015	je 100.000 Einwohner 2016	je 100.000 Einwohner 2017
Baden - Württ.	11023425	611	584			5,7014	5,3678		
Bayern	12997204	1086	821	782	449	8,5569	6,3923	6,0541	3,4546
Berlin	3613495	159	127	236	306	4,5823	3,6079	6,6266	8,4683
Brandenburg	2504040		152	115	67		6,1171	4,6146	2,6757
Bremen	681032	42	24		45	6,3455	3,5741		6,6076
Hamburg	1830584	168	170	139	87	9,5303	9,5110	7,6995	4,7526
Hessen	6243262	396	413	338	256	6,4983	6,6870	5,4598	4,1004
Mecklenb.-V.	1611119	89	124	371	128	5,5655	7,6906	23,0687	7,9448
Niedersachsen	7962775	696	961	336	363	8,8926	12,1237	4,2267	4,5587
NRW	17912134	1758	1476	224	318	9,9671	8,2617	1,2521	1,7753
Rheinland-Pf.	4073679	251	174	176	115	6,2569	4,2933	4,3278	2,8230
Saarland	994187	15	19	2	28	1,5166	1,9084	0,2006	2,8164
Sachsen	4081308	213	227	248		5,2524	5,5571	6,0773	
Sachsen-Anh.	2223081	28	33	23	33	1,2525	1,4696	1,0280	1,4844
Schl.-Holst.	2889821	162	248	301		5,7226	8,6752	10,4481	
Thüringen	2151205	71	129	85	85	3,2920	5,9427	3,9379	3,9513
Bundesweit*	82792351	5745	5682	3376	2280	7,0753	6,9145	4,0943	2,7539

Daten: Stat. Bundesamt (Einwohnerzahlen), Bundesamt für Justiz, Sondererhebung Verfahren nach dem BtG, für 2017 zT B-Statistik

Erläuterung: In den 2017er Zahlen sind auch Verlängerungsgenehmigungen enthalten; vorher wurden diese nicht erfasst.

Die Genehmigungen betreffen solche, die durch Betreuer und Bevollmächtigte gestellt wurden.

Zusammenstellung: Horst Deinert