

Stellungnahme des BdB e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Regelung über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Betreuungsrecht und zur Stärkung des Ultima-Ratio-Gebots sowie der Selbstbestimmung der Betroffenen

I. Vorbemerkungen

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf zur Änderung der Regelungen über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Betreuungsrecht legt das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) einen Gesetzentwurf vor, der die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts aus seinem Urteil vom 26. November 2024 (1 BvL 1/24) umsetzen soll. Das Bundesverfassungsgericht hatte in dieser Entscheidung die bisherigen gesetzlichen Grundlagen für ärztliche Zwangsmaßnahmen teilweise für verfassungswidrig erklärt.

Im Rahmen der mündlichen Verhandlung sprach sich der BdB 2024 überwiegend gegen die Zulassung ambulanter bzw. stationsäquivalenter Zwangsbehandlungen aus. Er verwies auf erhöhte Risiken, eine fehlende medizinische Versorgungssicherheit außerhalb von Krankenhäusern sowie auf die Gefahr, dass eine Ausnahmeregelung langfristig zu einer Ausweitung von Zwangsmaßnahmen führen könnte. Gleichwohl hielt der BdB eine sehr eng begrenzte Ausnahmeregelung für denkbar, wenn eine Behandlung im Krankenhaus für die betroffene Person mit erheblichen zusätzlichen Belastungen verbunden ist und zugleich strenge Schutzmechanismen gewährleistet sind.

Ziel des vorliegenden Referentenentwurfs ist es, in eng begrenzten Ausnahmefällen die Durchführung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme auch außerhalb eines Krankenhauses zu ermöglichen. Danach sollen derartige Maßnahmen künftig auch außerhalb eines Krankenhauses zulässig sein, wenn eine Behandlung im Krankenhaus oder die Verbringung in ein solches für die betroffene Person unzumutbar wäre und zugleich sichergestellt ist, dass am Ort der Durchführung ein dem konkreten medizinischen Bedarf entsprechendes Versorgungsniveau gewährleistet wird. Flankierend sieht der Entwurf weitere Änderungen vor, die die Beachtung des Ultima-Ratio-Grundsatzes stärken und die gerichtliche Kontrolle durch erweiterte Dokumentations- und Darlegungspflichten im Genehmigungsverfahren verbessern sollen.

Der BdB vertritt die Interessen von rund 8.000 hauptamtlichen Berufsbetreuer*innen, die in ihrer täglichen Arbeit mit komplexen Fragestellungen des Betreuungsrechts konfrontiert sind. Den Berufsbetreuer*innen kommt dabei eine besondere Verantwortung zu, die Grundrechte ihrer Klient*innen zu wahren – insbesondere in sensiblen Bereichen wie ärztlichen Zwangsmaßnahmen, die tief in die persönliche Freiheit und die körperliche Unversehrtheit der betroffenen Menschen eingreifen. Aus Sicht des BdB ist es von zentraler Bedeutung, dass eine geplante Regelung die Rechte der betroffenen Personen wirksam schützt, den verfassungsrechtlichen Vorgaben entspricht und zugleich in der (Betreuungs-)Praxis handhabbar ist. Nach Einschätzung des BdB weist der vorliegende Entwurf jedoch nahezu keine praktische Umsetzbarkeit auf, wie im Folgenden näher ausgeführt wird. In der derzeitigen Fassung stellt dieses Gesetz eine Scheinlösung dar, die vor allem Betroffene verunsichert und niemandem hilft. Der BdB kann den Gesetzentwurf daher nicht unterstützen.

II. Stellungnahme

A. Wille und Wunsch des*der Betroffenen

Zunächst ist anzumerken, dass die erst in § 1832 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 BGB-E genannte Voraussetzung, dass die Durchführung außerhalb des Krankenhauses auch nur dann zulässig ist, wenn dies dem nach § 1827 zu beachtenden und nach § 1828 festgestellten Willen des Betreuten*der Bereuten entspricht, als wesentliche Voraussetzung vorangestellt werden sollte. Diese sollte daher entweder als erste Voraussetzung in Nr. 1 zu benennen oder als eigener vorangestellter Absatz formuliert werden. Dies flankiert die in § 1827 Abs. 4 BGB-E neu aufgenommene Behandlungsvereinbarung und bringt die Wunschbefolgung als tragenden Pfeiler des Betreuungsrechts zum Ausdruck.

B. Unklare Bestimmungen, Widersprüchlichkeiten zwischen Gesetzestext und Gesetzesbegründung

Es ist anzumerken, dass die Neuregelung durch die teilweise widersprüchlichen oder unklaren Ausführungen in der Gesetzesbegründung in ihrem eigentlichen Regelungsgehalt unklar bleibt. So scheinen die in § 1832 Abs. 2 BGB-E genannten Voraussetzungen für die Annahme eines Ausnahmefalles zwar dem Wortlaut des Gesetzes nach möglich; diese dem Wortlaut des Gesetzes nach bestehende Möglichkeit des Vorliegens eines Ausnahmefalles wird jedoch durch Ausführungen in der Gesetzesbegründung konterkariert, bzw. „ausgehebelt“.

Da bei Auslegung einer gesetzlichen Bestimmung auch auf den gesetzgeberischen Willen, mithin auf die diesen Willen zum Ausdruck bringenden Ausführungen einer Gesetzesbegründung, zurückgegriffen wird und vorliegend - mangels bereits bestehender Kommentierung oder umfassender Kasuistik - ausschließlich zurückgegriffen werden muss, wird dies in der Folge dazu führen, dass in der Anwendung des neuen Gesetzes die Betreuungsgerichte in der Entscheidung über das Vorliegen eines Ausnahmefalles einen solchen regelmäßig verneinen werden.

Hierzu im Einzelnen:

1. Unklare Bestimmung zur Zwangsbehandlung im privaten Wohnraum

Der Gesetzesentwurf schließt nicht, jedenfalls nicht in der gebotenen Eindeutigkeit, die Durchführung einer ärztlichen Zwangsbehandlung im engeren häuslichen Umfeld („in den eigenen vier Wänden“), sei es die eigene Wohnung oder das in einer Einrichtung bewohnte Zimmer, aus. Dass dies ausgeschlossen sein könnte, kann lediglich der Bestimmung in § 1832 Abs. 2 S. 2 Nr. 4 BGB-E entnommen werden. Denn dort ist als Voraussetzung einer Zwangsbehandlung außerhalb eines Krankenhauses bestimmt, dass bei der Durchführung keine Beeinträchtigung der Unverletzlichkeit der Wohnung drohen darf.

In der Gesetzesbegründung wird dies indes eingeschränkt, indem ausgeführt wird: „Denn die Verlagerung der Zwangsbehandlung an den Ort, an dem die betreute Person lebt, bedeutet für diese letztlich auch, den Zwang in ihren privaten Wohnraum als einem „Safe Space“ zu bringen. Bei einer Zwangsbehandlung in der privaten Wohnung oder auch dem persönlich bewohnten Zimmer in einer Einrichtung ist daher stets in besonderer Weise in den Blick zu nehmen, ob und inwieweit die Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme in diesem Wohnumfeld in der ohnehin schon bestehenden besonderen Belastungssituation traumatisierende psychische Folgen für die betroffene Person und gegebenenfalls auch für das künftige Zusammenleben mit etwaigen Mitbewohner*innen

haben kann. Demnach ist eine Durchführung auch im (engsten) privaten Wohnraum nicht ausgeschlossen; diese erfordert lediglich einer besonderen Abwägung.

Sofern der Gesetzgeber auch eine private Wohnung oder ein persönlich bewohntes Zimmer in einer Einrichtung als alternativen Durchführungsort als zulässig ansehen sollte, so wäre eine eindeutige, dem Gesetzestext selbst zu entnehmende Bestimmung zu schaffen, die keinen Interpretationsspielraum über die grundsätzliche Zulässigkeit oder Unzulässigkeit zulässt.

Die Formulierung in § 1832 Abs. 2 S. 2 Nr. 4 BGB (wonach keine Beeinträchtigungen der Unverletzlichkeit der Wohnung drohen dürfen) und die hierzu im Widerspruch stehenden Ausführungen in der Gesetzesbegründung lassen den gesetzgeberischen Willen indes nicht erkennen.

Im Übrigen fehlt es u.a. an einer Beschreibung und definierten Abgrenzung der in diesem Kontext verwendeten Begriffe „Wohnung“, „Wohnraum“ „häusliches Umfeld“ und „persönliches Lebensumfeld“.

Fazit:

Die Bestimmung des § 1832 Abs. 2 S. 2 Nr. 4 BGB wird in seiner Uneindeutigkeit zu Unsicherheit bei den beteiligten Akteuren führen.

Position des BdB:

Der BdB vertritt die Auffassung, dass die Durchführung von Zwangsbehandlungen im Wohnraum (private Wohnung oder persönlich bewohntes Zimmer in einer Einrichtung) ausdrücklich ausgeschlossen werden sollte.

2. Mit Zwang verbundene Verbringung an den alternativen Behandlungsort als Ausschlusskriterium (§ 1832 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 BGB-E)

In § 1832 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 BGB-E wird als weitere Voraussetzung bestimmt, dass die nach Nr. 1 festzustellende drohende gesundheitliche Beeinträchtigung bei Durchführung der ärztlichen Maßnahme außerhalb des Krankenhauses vermieden oder signifikant reduziert werden muss.

Die gesundheitliche Beeinträchtigung kann zu einen durch den Aufenthalt in einem Krankenhaus, zum anderen durch die Verbringung dorthin drohen.

Dem Wortlaut der Bestimmung nach, reicht eine - wenn auch signifikante - Reduzierung der gesundheitlichen Beeinträchtigung. Indes heißt es in der Begründung des Gesetzesentwurfs zu der mit einer Verbringung verbundenen gesundheitlichen Beeinträchtigung, dass von der Ausnahmebestimmung nicht Gebrauch gemacht werden kann, wenn die Verbringung innerhalb der Wohneinrichtung oder vom Wohnort zu einer anderen Einrichtung mit nahezu Krankenhausstandard mit der Anwendung unmittelbaren Zwangs verbunden ist, weil der Betroffene sich gegen die Verbringung mit natürlichem Willen wehrt. Denn in diesen Fallgestaltungen drohe eine Beeinträchtigung der Gesundheit des Klienten durch die gewaltsame Verbringung gleichermaßen wie im Falle der gewaltsamen Verbringung in ein Krankenhaus. Und da dann nicht davon ausgegangen werden könne, dass die drohende Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit außerhalb eines Krankenhauses vermieden oder signifikant reduziert würde, könne „(...) die Ausnahmebestimmung mithin nur zur Anwendung kommen, wenn die Anwendung von unmittelbarem körperlichem Zwang gerade vermieden wird.“

Wenn jedoch kein Raum für eine Abwägung der Intensität des mit der Verbringung in ein Krankenhaus oder mit der Verbringung an einen anderen Durchführungsort anzuwendenden Zwangs, der auf

den*die Betroffene einwirkt, besteht, wird die Möglichkeit einer Durchführung außerhalb eines Krankenhauses gänzlich ausgeschlossen.

Insoweit verkennt der Gesetzesentwurf - jedenfalls in seiner Begründung zur Voraussetzung der Nr. 2 -, dass erst die Abwägung der Intensität des in beiden Fällen (Verbringung in ein Krankenhaus oder Verbringung an einen alternativen Behandlungsort) anzuwendenden Zwangs die Durchführung einer für den*die Betroffene am wenigsten belastende Maßnahme ermöglicht.

Es sind keine Fallgestaltungen denkbar, in welcher die Voraussetzung nach § 1832 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 BGB-E in erfüllt wären, wenn eine (auch) mit Zwang verbundene Verbringung an einen alternativen Durchführungsort per se ausgeschlossen ist.

- a. Wenn der*die Betroffene sich gegen die Durchführung der Zwangsbehandlung als solcher wehrt, wird er*sie sich im gleichen Maße auch gegen die Verbringung an den Ort wehren (z.B. andere Räumlichkeit innerhalb der Einrichtung), an dem die gegen seinen*ihren natürlichen Willen durchzuführende Behandlung erfolgen soll. Eine zwangsweise Verbringung lässt sich in solchen Fällen nicht vermeiden.
Damit werden aber per se gerade solche Fälle ausgeschlossen, die der Situation der Betroffenen, die der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zugrunde lag, entsprechen. Bei psychiatrischen Behandlungsabläufen mit wiederkehrenden Depotmedikation gegen den Willen des*der Betroffenen, wird nach den Ausführungen in der Begründung des Gesetzesentwurfs die Annahme einer Ausnahme ausgeschlossen sein, da in diesen Fällen auch die Verbringung an den alternativen Durchführungsort mittels Anwendung von Zwang erfolgen wird. In der Konsequenz wird in den wenigen, aber zumindest denkbaren Fällen, in denen eine Behandlung außerhalb eines Krankenhauses möglich wäre, die Anwendung der Ausnahme versagt.
- b. Ein mit einer Verbringung an den alternativen Behandlungsort verbundener Zwang wäre insoweit nur vermeidbar, wenn es zur Durchführung der Behandlung schon keiner Verbringung bedarf. Als Durchführungsort bliebe in dem Fall jedoch letztendlich nur die eigene Wohnung oder das selbst bewohnte Zimmer in einer Einrichtung. Eine solche Zwangsbehandlung „in den eigenen vier Wänden“ ist indes ausdrücklich abzulehnen. Ob eine solche nach § 1832 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 BGB-E möglich ist, bleibt unklar.
- c. Es blieben noch solche Fälle, in denen der*die Betroffene nicht der Behandlung als solcher, sondern nur der Durchführung der Behandlung im Krankenhaus entgegentritt, z.B. weil der Ort „Krankenhaus“ mit traumatisierenden Erlebnissen verbunden ist. Bei einer solchen Fallgestaltung bedarf es entweder schon keiner Maßnahme nach § 1832 Abs. 1 BGB, da die Behandlung mit Willen des*der Betroffenen an diesem alternativen Durchführungsort durchgeführt wird und daher keine Zwangsbehandlung vorliegt. Oder, wenn die Behandlung ausschließlich in einem Krankenhaus durchgeführt werden kann (z.B. operative Maßnahmen), wird für eine Ausnahmeregelung nach § 1832 Abs. 2 BGB-E schon deshalb kein Raum sein, da die gebotene medizinische Versorgung ausschließlich im Krankenhaus zur Verfügung steht.

Die Einschränkung der Voraussetzung in Nr. 2 des Gesetzesentwurfs, wie sie in die Gesetzesbegründung Eingang gefunden hat, führt in der Konsequenz mithin dazu, dass es in der praktischen Anwendung des § 1832 Abs. 2 BGB-E keinen Ausnahmefall geben wird.

Es ist auch nicht verständlich, weshalb in der Gesetzesbegründung, entgegen des Wortlautes der Bestimmung, allein auf die Zwangsvermeidung - ohne die Möglichkeit eine Abwägung im Einzelfall in Bezug auf die Intensität des auf den*die Betroffenen einwirkenden Zwanges - abgestellt wird.

Die Intensität des auf eine*n Betroffene*n mit der Verbringung einwirkenden Zwanges kann signifikant unterschiedlich ein. So ist z.B. die (zwangsweise) Verbringung des*der Betroffenen in einen anderen Raum innerhalb der von ihm*ihr bewohnten Einrichtung in der Dauer weniger intensiv als die (zwangsweise) Verbringung in ein entfernt liegendes Krankenhaus. Ebenso kann das anzuwendende Zwangsmittel, die Anzahl der beteiligten Personen oder der Ort, an welchen verbracht werden soll, unterschiedlich intensiv auf den*die Betroffene einwirken.

Fazit:

Die nach dem Gesetzeswortlaut scheinbar bestehende Möglichkeit einer einzelfallbezogenen Entscheidung über die in Bezug auf den Zwang den*die Betroffenen am wenigsten belastende Maßnahme, wird mit den Ausführungen in der Begründung zu § 1832 Abs. 2 Nr. 2 BGB-E per se ausgeschlossen.

In der Folge kommt dies dem ausnahmslosen Krankenhausvorbehalt der bisherigen Regelung gleich und widerspricht eklatant den Erwägungen des Bundesverfassungsgerichts.

3. Fehlende Kriterien zur Bestimmung eines vergleichbaren Krankenhausniveaus (§ 1832 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 BGB-E)

In § 1832 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 BGB-E wird als weitere Voraussetzung benannt, dass am alternativen Durchführungsort zumindest nahezu Krankenhausstandard – auch hinsichtlich der erforderlichen Nachversorgung – gegeben sein muss und die Behandlung im Krankenhaus im konkreten Fall nicht zu einer signifikanten Verbesserung des medizinischen Versorgungsniveaus führt.

Es ist zunächst zu kritisieren, dass Kriterien zur Bestimmung des vergleichbaren Krankenhausstandards fehlen. Hierzu heißt es in der Begründung: „Das Vorliegen dieser Voraussetzung muss also einzelfallbezogen, mit Blick auf das konkrete Krankheitsbild und die konkrete Situation des Betreuten, die in Betracht gezogene ärztliche (Zwangs-)Maßnahme und unter Berücksichtigung der aktuellen psychischen Situation des Betreuten geprüft und beantwortet werden. In jedem Fall muss bei Durchführung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme an einem anderen Ort als einem Krankenhaus gewährleistet sein, dass es sich um eine fachärztliche Behandlung unter ärztlicher Gesamtverantwortung im Hinblick auf Qualifikation, Anwesenheit und Durchführungsverantwortung sowie nachträgliche Erreichbarkeit handelt.“

Eine Bestimmung zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung findet sich in § 115d Abs. 1 SGB V und § 39 Abs. 1 S. 5 SGB V. Die dort formulierten Grundsätze könnten in entsprechender Anwendung für das „vergleichbare Krankenhausniveau“ herangezogen werden. In § 115d Abs. 1 SGB V ist insoweit bestimmt, dass in medizinisch geeigneten Fällen, anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld erbracht werden kann unter der Voraussetzung, dass der Krankenhausträger sicherstellt, dass die erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte und die notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei Bedarf zur Verfügung stehen. § 39 Abs. 1 S. 5 SGB V wiederum ermöglicht eine Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams.

Es bleibt beim vorgelegten Gesetzesentwurf unklar, ob auch im Rahmen der Zwangsbehandlung nach § 1832 BGB die Möglichkeit ambulanter Behandlungsteams, die zum Zwecke der Durchführung der Behandlung die Einrichtung aufsuchen, bestehen soll. Der Begründung nach erscheint dies nicht dem gesetzgeberischen Willen zu entsprechen, denn hier heißt es zu § 1832 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 BGB-E: „Ebenfalls ist erforderlich, dass der entsprechende Standard in der betreffenden Einrichtung, während die ärztliche Zwangsmaßnahme gerichtlich genehmigt ist und vom Betreuer in die Durchführung

eingewilligt wird, dauerhaft vorhanden ist. Nicht ausreichend ist es daher, wenn dieser Standard nur zeitweise von außen in die Einrichtung gebracht wird. Abhängig von der konkreten Behandlungssituation kann es allerdings im Einzelfall für den erforderlichen dauerhaften Standard ausreichend sein, dass im Wege einer Rufbereitschaft die ständige Erreichbarkeit des ärztlichen und pflegerischen Personals sichergestellt ist.“

Durch diese Begründung wird die Voraussetzung in Nr. 3, die im Einzelfall durch den*die Betreuer*in geprüft werden muss, unklar.

Und ebenfalls werden per se gerade solche Fälle ausgeschlossen, die der Situation der Betroffenen, die der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zugrunde lag, entsprechen. Bei psychiatrischen Behandlungsabläufen mit wiederkehrender Depotmedikation gegen den Willen des*der Betroffenen wäre die Voraussetzung nach § 1832 Abs. 2 Nr. 3 BGB-E allenfalls dann erfüllt, wenn der*die Betroffene in einer Außenwohngruppe eines angeschlossenen Krankenhauses wohnen würde. In diesen Fällen wiederum würde jedoch die Durchführung der zwangsweisen Verabreichung daran scheitern, dass die Vergabe in der Wohngruppe selbst als häusliches Umfeld versagt sein wird. Oder die mit der Verbringung drohenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme außerhalb des Krankenhauses würde aufgrund der räumlichen Nähe des Krankenhauses weder vermieden oder signifikant reduziert sein.

Sofern mit dem Gesetzesentwurf eine vorübergehende Sicherstellung eines Krankenhausniveaus, z.B. durch ein ambulantes Behandlungsteam, ausgeschlossen ist, so ist davon auszugehen, dass keine Einrichtung, die nicht auch zugleich Krankenhaus ist, das verlangte dauerhafte Krankenhausniveau bietet.

Im Übrigen ist nicht nachvollziehbar, dass mit der Reform zwar einerseits in § 1832 BGB der bislang verwendete Begriff des „stationären“ Aufenthaltes in einem Krankenhaus aufgegeben werden soll, andererseits aber der alternative Behandlungsort einen nur mit einer stationären Behandlungsform einhergehenden „dauerhaften“ Standard aufweisen muss. Der Gesetzesentwurf verlangt für den alternativen Behandlungsort ein „Mehr“ an medizinischer Versorgung einschließlich der Nachversorgung als er es von einem Krankenhaus verlangt.

Fazit:

Es fehlen Kriterien zur Bestimmung des Begriffs „Krankenhausstandards“, bzw. wann ein solcher „nahezu erreicht“ ist. Diese könnten u.a. in Anlehnung an die Bestimmungen der §§ 115d, 39 SGB V geschaffen werden.

Es ist widersprüchlich, einerseits den bislang verwendeten Begriff des „stationären“ Aufenthalts in einem Krankenhaus aufzugeben, andererseits aber den Einsatz sog. ambulanter Behandlungsteams am alternativen Durchführungsort zu versagen.

C. unklare Bestimmung neu zugewiesener Betreuertätigkeiten

Mit dem Gesetzesentwurf werden an Betreuer*innen neue Aufgaben zugewiesen. Diese bleiben in der praktischen Umsetzung unklar.

Hierzu im Einzelnen:

1. Fehlende Zuständigkeitszuweisung der Dokumentation nach § 1828 Abs. 3 BGB-E

§ 1828 Abs. 3 BGB-E sieht vor, dass u.a. der wesentliche Inhalt des Gesprächs zur Feststellung des Patientenwillens zu dokumentieren ist. Die Dokumentation soll dem Betreuungsgericht in nachvollziehbarer Form zur Verfügung gestellt werden. Gemäß der Begründung wird dabei bewusst von konkreten Vorgaben bezüglich der Art und Weise und der dokumentierenden Person abgesehen. Dies wird in der Konsequenz in der praktischen Anwendung indes regelmäßig zum Streit zwischen behandelndem Arzt bzw. behandelnder Ärztin und dem*der Betreuer*in führen, wer die Dokumentationsleistung zu erbringen hat.

2. Unklarer Umfang der Angaben nach § 1832 Abs. 3 S. 2 BGB-E

Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass der*die Betreuer*in dem Gericht neben der Dokumentation nach § 1828 Absatz 3 BGB-E konkrete Angaben dazu übermitteln soll, wie und von wem der Überzeugungsversuch durchgeführt wurde und welche anderen den Betroffenen bzw. die Betroffene weniger belastenden Maßnahmen geprüft wurden.

Hierzu heißt es in der Gesetzesbegründung, dass der*die Betreuer*in „in der gebotenen Tiefe“ über die aktuelle Behandlungssituation, das Ob und Wie des Überzeugungsversuchs und die ernsthafte Prüfung und gegebenenfalls Anwendung milderer Mittel informiert worden ist. Zu diesem Zweck sei „ein entsprechend fundierter Austausch“ zwischen den medizinisch bzw. pflegerisch beteiligten Personen und dem*der Betreuer*in notwendig.

In welcher Form der*die Betreuer*in dem Gericht wiederum diesen Austausch und seine*ihre Überzeugung darzustellen haben wird, ist nicht formuliert.

Insbesondere in Hinblick auf die - wie es in der Gesetzesbegründung formuliert ist - „geprüften weniger belastenden Maßnahmen“- stellt sich die Frage, auf wessen Prüfung abgestellt wird und in welchem Umfang diese Prüfung von dem Betreuer*der Betreuerin gegenüber dem Gericht dargelegt werden soll. Betreuer*innen sind in Bezug auf die aktuelle Behandlungssituation, die möglichen mildereren Mittel oder die prognostische Bewertung, ob gesundheitliche Risiken außerhalb eines Krankenhauses signifikant reduziert werden, regelmäßig auf die ärztliche Einschätzung angewiesen. Ob und inwieweit von Betreuer*innen nunmehr verlangt wird, diese ärztliche Einschätzung zu prüfen, bzw. die Prüfung dem Gericht darzulegen, bleibt unklar.

Fazit:

Den Betreuer*innen werden neue Aufgaben und Pflichten gegenüber dem Gericht zugewiesen, die in der praktischen Umsetzung unklar bleiben. Ebenfalls werden fehlende Kompetenzzuweisungen Streitigkeiten zwischen den beteiligten Akteuren zur Folge haben.

D. Verfahrensbezogene Änderungen

Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb einstweilige Anordnungen grundsätzlich für die Ausnahmeregelung des § 1832 Abs. 2 BGB-E ausgeschlossen sein sollen. Nicht überzeugend ist die Begründung, dass in eilbedürftigen Fällen schon aus medizinischer Sicht die strukturellen Gegebenheiten und das Versorgungsniveau eines Krankenhauses erforderlich sein wird, weshalb für die von der Ausnahmeregelung erfassten ambulanten ärztlichen Zwangsmaßnahmen kein Bedürfnis für die Anwendung von einstweiligen Anordnungen oder einstweiligen Maßregeln bestehen wird. Sofern nicht ausgeschlossen ist, dass Akutsituationen eintreten können, deren Behandlung nicht eine Verbringung in ein Krankenhaus erforderlich machen, beeinträchtigt der grundsätzliche Ausschluss einstweiliger gerichtlicher Entscheidungen in nicht zu rechtfertigender Weise den Rechtsschutz der Betroffenen.

Die Vorgaben für die Qualifikation und die Aufgaben von Verfahrenspfleger*innen in § 317a BGB-E sind zu begrüßen. Allerdings sind medizinische und Fähigkeiten zur betreuungsspezifischen Kommunikation besonders wichtig. Es erscheint zweifelhaft, weshalb insoweit der Nachweis der erforderlichen Kenntnisse auch aufgrund juristischer Berufsqualifikation erbracht werden kann.

Der BdB regt an, dass in Fällen, in denen ehrenamtliche Betreuer*innen, die zugleich unter § 1859 Abs. 2 Nr. 1 – 3 BGB fallen, Entscheidungen zur Zwangsbehandlung -zumindest, wenn es um den Ort der Zwangsbehandlung geht- zu treffen haben, vergleichbar mit der Regelung des § 1817 Abs. 2 BGB ein besonderer Betreuer*eine besondere Betreuerin zu bestellen ist. Andernfalls besteht die Gefahr, dass der Betreuer*die Betreuerin aufgrund der familiären Verbundenheit seine*ihre Entscheidung nicht ausreichend objektiv treffen kann. Außerdem könnten dann für diese Fallkonstellationen besonders fachkundige Betreuer*innen eingesetzt werden.

III. Zusammenfassung & Positionen des BdB e.V.

Der vorgelegte Gesetzesentwurf soll entsprechend der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts Ausnahmen zum Krankenhausvorbehalt schaffen. Die geplanten neuen Bestimmungen, insbesondere § 1832 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 und Nr. 3 BGB-E, jedenfalls unter Berücksichtigung der Begründung dieser Änderungen, ermöglichen solche Ausnahmen indes nicht. Die Bestimmungen sind vielmehr geeignet, weitere Rechtsunsicherheit zu schaffen.

Der BdB begrüßt grundsätzlich das Beibehalten des Krankenhausvorbehalts und das Bemühen, Ausnahmetatbestände zu schaffen. Dem BdB ist bewusst, dass die Umsetzung der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden ist, da einerseits dem Ultima-Ratio-Gebot entsprochen, andererseits aber für besondere Einzelfälle Ausnahmen geschaffen werden müssen.

Der vorgelegte Gesetzesentwurf ist jedoch nicht geeignet, gerade für diese Fälle eine praxisorientierte und für alle Seiten rechtssichere Regelung zu schaffen.

Hamburg, 24. März 2026