

5. November 2025

Anmerkungen zur vom BVerfG geforderten Novellierung von § 1832 BGB

Zum Gespräch im Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
am 12. November 2025

Gesprächsteilnahme im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V.
(die-BPE), Vorbergstr. 9 A, 10823 Berlin

I. Vorbemerkungen

Auch wenn die Fragen der ethischen und rechtlichen Zulässigkeit der Anwendung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen (Zwangsbehandlung) nicht Gegenstand der vom BVerfG geforderten Öffnung des Krankenhausvorbehalts in § 1832 BGB sind, erscheint es vor den nachfolgenden Überlegungen angemessen und sinnvoll, auf Folgendes hinzuweisen:

- Angesichts der durch das GG und die Rechtsprechung des BVerfG garantierten Selbstbestimmung in Behandlungsangelegenheiten sind an die Indikation, die Zulässigkeit und die Begründung ärztlicher Zwangsmaßnahmen bei einer betreuten Person höchste Ansprüche zu stellen.
- Im Fokus internationaler Organisationen steht angesichts der Anwendung von Zwangsmaßnahmen, vor allem in der Psychiatrie, die Wahrung der Menschenrechte. Hierauf legen insbesondere die WHO und die UN-Behindertenrechtskonvention großen Wert.
- Zudem lassen medizinische und empirische Metastudien kaum eindeutige Wirksamkeitsnachweise im Sinne überzeugender Evidenz einer Zwangsbehandlung erkennen.

Statt auf zahlreiche andere Nachweise sei hier nur auf die Dokumentation des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages vom 12.03.2024 – WD 8 – 3000 – 092/23 "Ambulante Behandlungsweisen in der psychiatrischen Versorgung. Aktuelle Studien zur Evidenz" verwiesen.

II. Geforderter Regelungsinhalt und -umfang

Als Konsequenz aus dem Urteil des BVerfG vom 26.11.2024 (1 BvL 1/24) sind Tatbestandsmerkmale normativ festzulegen, bei deren Vorliegen im Einzelfall eine ärztliche Zwangsmaßnahme außerhalb eines stationären Krankenhausaufenthaltes medizinisch vertretbar und rechtlich betrachtet als milderer Mittel zulässig ist. Das BMJV liest (im Schreiben vom 16.10.2025) aus der o. g. Entscheidung des BVerfG als Voraussetzung für einen Verzicht auf den Krankenhausvorbehalt heraus:

- Bei einer stationären Krankenhausbehandlung besteht die Gefahr der Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit der betreuten Person
- Die befürchtete Beeinträchtigung kann voraussichtlich bei einer Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme in der Einrichtung, in der die betroffene Person wohnt, vermieden oder reduziert werden
- Die Einrichtung erfüllt "nahezu" den Krankenhausstandard
- Es besteht keine Gefahr einer anderen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit der betreuten Person oder anderer grundrechtlich geschützter Positionen.

III. Lösungsansatz

Wenn außer der ärztlichen Zwangsmaßnahme auch die Zuführung zum stationären Krankenhausaufenthalt und die Durchführung der Maßnahme im Krankenhaus vom BVerfG als weiterer Freiheitseingriff dargestellt und bewertet wird, hat sich die staatliche Schutzpflicht auch auf hierbei mögliche Gefährdungen zu erstrecken. Der Gesetzgeber hat also normative Ausnahmen vom Krankenhausvorbehalt zu schaffen, bei der der staatlichen Schutzpflicht dennoch Genüge getan wird.

Seit der Entscheidung des BVerfG vom 23.03.2011 (BVerfGE 128, 282) zur Zulässigkeit einer zwangsweisen Behandlung im Maßregelvollzug und seit dem Inkrafttreten des sog. Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013 (BGBl. I., 277) kommt dem Selbstbestimmungsrecht in Behandlungsangelegenheiten ein herausragender und normativ abgesicherter Wert zu.

Bei der zwangsweisen Behandlung einer betreuten Person kollidiert das Grundrecht auf Selbstbestimmung mit der staatlichen Schutzpflicht bei demselben Grundrechtsträger. Diese Kollision gilt es verfassungskonform aufzulösen.

Das Grundrecht auf Selbstbestimmung in Krankheitsangelegenheiten und bei einer möglichen Behandlung schließt den Verzicht auf bestimmte medizinisch als notwendig bezeichnete Maßnahmen ebenso ein wie den gänzlichen Verzicht auf eine Behandlung überhaupt, –

bis hin zur letzten Konsequenz der Wahrnehmung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben (BVerfGE 153, 182). Hinter der Wahrnehmung dieses umfassenden Rechts auf Selbstbestimmung hat die staatliche Schutzpflicht zurückzutreten. Der Selbstbestimmung kommt ein verfassungsrechtlicher Primat zu (vgl. Lipp, MedR 2025, 773). Das Recht auf Selbstbestimmung schließt damit auch das Recht ein, auf die staatliche Schutzpflicht teilweise oder gänzlich zu verzichten.

Es erscheint verfassungsrechtlich ohnehin problematisch, die staatliche Schutzpflicht vorrangig auf medizinisch definierte – und damit thetisch, von einem nicht verfassungsgemäß vorgesehenen Gesetzgebungsorgan formulierte und festgesetzte – Vorgaben einer Krankenbehandlung zu beziehen und erst nachrangig auf den rechtlichen Schutz der Ausübungsmöglichkeit von Selbstbestimmung. Dies würde einen verfassungsrechtlichen Vorrang von im Rahmen einer weitgehenden ärztlichen Therapiefreiheit festgelegten medizinischen Maßnahme vor dem Grundrecht auf Selbstbestimmung bedeuten (vgl. zu dieser grundsätzlichen Problematik am Beispiel des Umgangs mit Corona: "Freiheit oder Leben? Das Abwägungsproblem der Zukunft", hg. von Günther & Volkmann, Berlin 2022). Danach ist auch das Diktum des BGH, wonach sich eine ärztliche Zwangsmaßnahme vor allem auch als den Betroffenen begünstigende Maßnahme der staatlichen Fürsorge darstelle (BGH R&P 2022, 171 f.; BGH BtPrax 2022, 178), verfassungsrechtlich äußerst kritisch zu betrachten. Diese Auffassung käme einer Hypertrophierung der Schutzpflicht in Gestalt einer Pflicht zur Behandlung vor dem Schutz des Grundrechts auf Ausübung von Selbstbestimmung gleich.

Einwilligungsfähige Personen können die Einwilligung in eine indizierte Behandlung einfach durch ihre Erklärung verweigern. Liegt zum Zeitpunkt einer Behandlungsentscheidung keine Einwilligungsfähigkeit (mehr) vor, kann die Selbstbestimmung der betroffenen Person in einer zuvor wirksam verfassten Patientenverfügung (§ 1827 BGB) bzw. als rechtlich bindender Behandlungswunsch bzw. als Ausfluss des mutmaßlichen Willens ihren durchschlagenden Ausdruck finden. Dies schließt sowohl den Verzicht auf eine wie auch das Verbot einer ärztlichen Zwangsmaßnahme ein. Eine Patientenverfügung muss dem Bestimmtheitsgrundsatz folgend erkennen lassen, ob sie in der konkreten Behandlungssituation Geltung beanspruchen kann und soll. Sie ist ausreichend bestimmt, wenn sich feststellen lässt, in welcher Behandlungssituation welche ärztlichen Maßnahmen durchgeführt werden bzw. unterbleiben sollen (BGH R&P 2023, 185, 186, zur Geltung einer Patientenverfügung im bayer. Maßregelvollzug – nicht beachtlich bei Selbstgefährdung; BGH NJW 2025, 58, 59, zur Geltung einer Patientenverfügung im NRW-Maßregelvollzug – beachtlich auch bei Selbstgefährdung; BGH NJW 2025, 1888, 1890, – Patientenverfügung muss sich nicht als Ergebnis rationaler Überlegungen darstellen). Es ist Aufgabe des Betreuers festzustellen, ob die Aussagen in

der Patientenverfügung auf die aktuelle Situation zutreffen. Wenn dies der Fall ist, hat er dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen (§ 1827 Abs. 1 BGB). Gegebenenfalls hat er bereits die "Untersuchung" nach §§ 1827 Abs. 1 S. 1, 1832 Abs. 1 S. 1 BGB zu verhindern (vgl. Kammeier, MedR 2025, 81, 82).

Hat die betreute Person in einer wirksamen Patientenverfügung festgelegt oder als Behandlungswunsch zum Ausdruck gebracht oder ergibt sich aus der Ermittlung ihres mutmaßlichen Willens, dass eine erforderliche ärztliche Zwangsmaßnahme nach § 1832 BGB auch außerhalb eines stationären Krankenhausaufenthalts zulässig sein kann oder sogar gewünscht wird, ist einer solchen selbstbestimmten Vorgabe zu folgen. Diese Möglichkeiten hat der Gesetzgeber zu normieren und damit den Krankenhausvorbehalt für die hiervon abweichende Entscheidung einer einzelnen betroffenen betreuten Person zu öffnen.

Damit entscheidet die betroffene Person selbst, ob sie sich den Belastungen (und möglichen Gefährdungen) einer Zuführung zu einem Krankenhaus und dem verpflichtenden Aufenthalt dort während einer Zwangsbehandlung aussetzen will, oder ob sie einer Reduzierung des damit verbundenen Freiheitseingriffs und einer Behandlung in einer Wohneinrichtung, in der sie dauerhaft wohnt oder untergebracht ist und in der der Krankenhausstandard "voraussichtlich nahezu erreicht wird", den Vorzug gibt. Damit richtet sich die Intention der staatlichen Schutzpflicht nicht in erster Linie auf den wie auch immer medizinisch definierten Krankenhausstandard, sondern auf die Ausübung des Rechts auf Selbstbestimmung.

Bei einer solchen ausnahmsweise zulässigen Zwangsbehandlung in Abweichung vom Krankenhausvorbehalt in einer Einrichtung, in der bei einer Zwangsbehandlung (nur) "nahezu" der Krankenhausstandard erfüllt werden kann, ist der Gesetzgeber in der Pflicht, nicht zu unterschreitende ärztlich-medizinische Standards und deren Einhaltung und Kontrolle durch normative Verfahrensregelungen festzulegen. Diese Normen haben auch vorzusehen, wer außerhalb eines Krankenhauses ggf. erforderlich werdenden "unmittelbaren Zwang" im Kontext der Zwangsbehandlung ausüben darf.

IV. Lösungsvorschlag

Das Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Körper und den Umgang mit dessen krankheitsbedingten Beeinträchtigungen ist über das zivilrechtliche Behandlungsrecht (§§ 630a – 630h BGB) hinaus konzentriert in § 1827 BGB – Patientenverfügung – geregelt. Zum Vergleich kann hierzu auch auf die umfassenden Regelungen der §§ 3, 4 zur Organspende im Transplantationsgesetz – TPG – verwiesen werden.

Deshalb liegt es aus hiesiger Sicht nahe, im Fall einer medizinisch notwendig erachteten zwangsweisen Behandlung bei aktuell vorliegender Einwilligungsunfähigkeit die Entscheidung über die Inanspruchnahme der stationären Durchführung auf dem Niveau des Krankenhausstandards oder in der Wohneinrichtung bei garantiertem "nahezu" erreichtem Krankenhausstandard der betroffenen Person in einer Patientenverfügung zu ermöglichen.

Deshalb schlage ich vor, in § 1827 Abs. 1 BGB zwischen den Sätzen 1 und 2 folgenden ergänzenden Satz einzufügen (die Neuerung in **fett**):

"²Dies gilt auch für die Festlegung der Behandlungseinrichtung im Fall einer ärztlichen Zwangsmaßnahme nach § 1832 Abs. 1 Nr. 7 BGB."

Der bislang geltende Satz 2 würde damit zu Satz 3, und Satz 3 würde zu Satz 4.

In diesem Zusammenhang sollte dann auch § 1832 Abs. 1 Nr. 7 BGB wie folgt neu gefasst werden (Neuerungen in **fett**):

... "7. die ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus **oder in einer Einrichtung, in der er untergebracht ist oder dauerhaft wohnt**, in dem die gebotene medizinische Versorgung des Betreuten einschließlich einer erforderlichen Nachbehandlung sichergestellt ist, durchgeführt wird. **Die Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme in der Einrichtung, in der der Betreute untergebracht ist oder wohnt, ist nur zulässig, wenn der Betreute dies in einer Patientenverfügung festgelegt hat, wenn sich dies aus den Behandlungswünschen oder dem mutmaßlichen Willen ergibt und wenn diese Einrichtung bei der Durchführung und der Nachsorge der Maßnahme nahezu den Standard eines Krankenhauses erreicht.**"

Mit einer in dieser Weise novellierten Norm würde die Durchführung der Zwangsmaßnahme in einer Einrichtung auf den vom BVerfG für zulässig erachteten Ausnahmefall beschränkt, in dem sie vom Betroffenen selbst zuvor verfügt bzw. als zulässig festgelegt worden ist.

Als gesetzgeberisch besonders herausfordernd erscheint die vom BVerfG geforderte normative Fassung eines "reduzierten" Krankenhausstandards, der in der Einrichtung als "voraussichtlich nahezu erreicht" gegeben sein muss. Ein solcher Standard lässt sich nicht mit der Angabe einer Prozentzahl am Krankenhausstandard gemessen festsetzen, – erst recht nicht im Gesetz selbst. Deshalb erscheint es angebracht, unabdingbare (Qualitäts-) Merkmale in der Begründung des Gesetzes zu benennen, die dem Krankenhausstandard "nahekommen", ohne ihn jedoch vollständig zu erfüllen. Hierzu könnten beispielhaft aufgeführt werden:

- die schnelle Erreichbarkeit und Anwesenheit eines Arztes im Krisenfall, die nur unwesentlich über die Dauer der Erreichbarkeit eines Arztes im Nachtdienst einer größeren Klinik hinausgeht
- im Dienst befindliches Pflegepersonal, das nach dem inzwischen außer Kraft getretenen Krankenpflegegesetz von 2003 oder nach der generalistisch orientierten Ausbildung des Pflegeberufgesetzes von 2017 ausgebildet wurde; eine Ausbildung allein in der Altenpflege sollte als nicht ausreichend gelten
- wenn vorauszusehen ist, dass bei der Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme die Anwendung von "unmittelbarem Zwang" erforderlich werden wird, darf die Maßnahme nur in einem Krankenhaus vorgenommen werden.

Im Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit – FamFG – ist hinsichtlich der Unterbringungssachen gemäß § 312 Nr. 3 verfahrensrechtlich folgendes zu regeln:

- der Nachweis konkreter Anhaltspunkte zu den Behandlungswünschen bzw. zum mutmaßlichen Willen gemäß § 1827 BGB, aus denen sich der Verzicht auf eine stationäre Krankenhausbehandlung eindeutig erkennen lässt
- anknüpfend an § 1832 Abs. 1 Nr. 4 BGB – Überzeugungsversuch – sind in Aufnahme von § 630e Abs. 1 S. 3 BGB die Möglichkeiten alternativer Behandlungsmaßnahmen oder ihre Un-Durchführbarkeit darzulegen
- es ist ein schriftlich erstellter Behandlungsplan vorzulegen, der die vorgesehenen ärztlichen, pflegerischen, psychologischen, sozialtherapeutischen und nachsorgenden Maßnahmen aufführt, aus denen sich geringere Belastungen der betreuten Person erkennen lassen, als sie bei einem stationären Krankenhausaufenthalt zu erwarten wären.