



## Beiträge des BGT-Nord

22.-24.09.2011 in Hamburg

---

**AG 4 Referentin: Annette Loer** (RA Dr. Oliver Tolmein war leider erkrankt)

### 1. Rechtliche Grund- oder Kernaussagen

Da das Patientenverfügungsgesetz, das als 3. Betreuungsrechtänderungsgesetz mit der Neuregelung der §§ 1901 a – 1904 BGB vor 2 Jahren am 1. September 2009 in Kraft trat, die vorher umstrittene Reichweitenbegrenzung nicht enthält („...gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung“, § 1901 a Abs. 3 BGB), ist es juristisch unumstritten, dass es auch für psychiatrisch Erkrankte im Hinblick auf die Behandlung ihrer psychischen Erkrankung Geltung hat. Die wirksame, d.h. im Zustand der Einwilligungsfähigkeit erstellte PV, kann also unmittelbar als Einwilligungserklärung bzw. Ablehnung gelten oder, wenn sie, was überwiegend der Fall sein dürfte, nicht valide auf die konkrete Situation zutrifft, als Grundlage für die Feststellung des mutmaßlichen Willens oder der Behandlungswünsche dienen.

Die Frage, ob eine Einwilligungserklärung mit der PV unmittelbar vorliegt bzw. die rechtliche VertreterIn als Bevollmächtigte oder BetreuerIn diese für die PatientIn abgeben sollte, setzt aber zwingend voraus, dass zuvor eine medizinisch ärztliche Indikation für eine konkrete Behandlungsmaßnahme und die Art ihrer Durchführung gestellt wird. Diese Indikationsstellung liegt weiterhin in der alleinigen ärztlichen Verantwortung. Sie hat u.a. das Behandlungsziel zu benennen, zu berücksichtigen, ob dieses Ziel auch bei entgegenstehendem natürlichem Willen überhaupt zu erreichen ist und ob es der Persönlichkeit entspricht. Rechtliche Vertreter haben in diesem Stadium die Aufgabe, die behandelnde ÄrztIn darin zu unterstützen, eine richtige Indikation zu stellen. Behandelnde ÄrztInnen sind verpflichtet, die PatientInnen aufzuklären, auch wenn sie einwilligungsunfähig sind. BetreuerInnen sollten eine überzeugende abgewogene Indikationsstellung einfordern, bevor es um die Frage der Einwilligung geht, § 1901 b Abs.1 BGB.

Selbstverständlich ist, dass es auf eine PV oder den mutmaßlichen Willen erst dann ankommt, wenn aktuell die Einwilligungsunfähigkeit feststeht.

## 2. Erkenntnisse der AG:

In der bisherigen Praxis gibt es ganz wenige Erfahrungen mit PVen von BetreuerInnen und Betreuungsgerichten psychisch Erkrankten zur Regelung der psychiatrischen Behandlung. Die Unsicherheit scheint groß, auch Ängstlichkeit wird deutlich (was ist, wenn der Betreute in seiner PV eine notwendige Behandlung ablehnt ?).

Kontrovers wurde überlegt, mit welcher Intensität und in welchem Rahmen BetreuerInnen mit ihren Betreuten über ihre Behandlungswünsche sprechen sollten, wie meistens eine Frage des Einzelfalles. Es gibt sicher keine Verpflichtung, eine PV schriftlich festzuhalten. Sicher ist aber auch, dass BetreuerInnen gem. § 1901a Abs. 2 BGB verpflichtet sind, ihre stellvertretende Entscheidung allein nach den Behandlungswünschen und dem mutmaßlichen Willen und wie bei jedem Betreuerhandeln auch an die Wünsche und Vorstellungen nach § 1901 Abs. 2 und 3 BGB zu orientieren. Damit dürfte es auch eine Rechtspflicht sein, sich als BetreuerIn die nötigen Kenntnisse zu verschaffen, um eine in diesem Sinne richtige Entscheidung treffen zu können. BetreuerInnen haben nicht die Aufgabe, die ärztliche Indikation zu legitimieren. Der Umgang mit nicht einsichtigen Betreuten wird damit nicht einfacher. Die „Wohlschranke“ des § 1901 Abs.3 BGB (wobei allerdings das Wohl nicht objektiv sondern gem. Abs. 2 nach den persönlichen Wünschen und Vorstellungen zu interpretieren ist) gibt es in §1901 a und b ausdrücklich nicht.

Was gilt, wenn die Voraussetzungen für eine Unterbringung vorliegen, eine PV oder der mutmaßliche Wille, wie er frei gebildet worden wäre, einer Behandlung widerspricht?

Eine Unterbringung zur Heilbehandlung ohne akute Eigengefährdung gem. § 1906 Abs. 1 Zif. 2 BGB dürfte nicht zulässig sein.

Auch bei einer Unterbringung zur Abwendung einer akuten Eigen- oder Fremdgefährdung nach § 1906 Abs. 1 Zif. 1 BGB oder nach den Landesgesetzen ist eine PV bzw. der mutmaßliche Wille grundsätzlich zu berücksichtigen, hindert evtl. aber nur die Behandlung, nicht jedoch die Unterbringung. So kann es zu extrem problematischen und kaum aushaltbaren Situationen kommen, in der bei Berücksichtigung des Patientenwillens eine langfristige geschlossene Unterbringung nur zur Sicherung die Folge wäre oder auch eine schwere krankheitsbedingte Einschränkung, verbunden mit einem hohen Leidensdruck (der wahnhaft und ängstlich in der Ecke hockende eingekotete Patient) - und wir würden so gerne helfen und hätten auch die (begründete?) Hoffnung, dass es mit einer auch zwangsweise verabreichten Medikation eine Erlösung geben kann.

Das PV-Gesetz verlangt, dass dem Willen der PatientIn soweit Folge zu leisten ist, wie sie die jetzt konkret eingetretene Situation in groben Zügen vorhergesehen hat und auch einen Freiheitsentzug mit bloßem Verwahren oder ein psychisches oder körperliches Leiden tatsächlich in Kauf genommen und einer medikamentösen Behandlung vorgezogen hätte. Der Maßstab der Betreuerentscheidung bleibt der Wille der Betreuten (was würde die Betreute jetzt wollen, welchen Umgang mit ihr, wenn sie sich in ihrer jetzigen akuten Situation betrachten könnte?) und nicht ein „vernünftiges“ Handeln. Es fällt uns noch schwer, uns von der gutmeinenden Fürsorge zu verabschieden.

### 3. Ziele/ Ausblicke

Die PV sollte nicht einseitig als Instrument genutzt werden, um bestimmte psychiatrische Behandlungen abzulehnen, sondern auch zur Gestaltung zustimmender Willensbekundungen. Ein großer Teil der Betreuten ist durchaus willens und in der Lage, die Behandlung mitzugestalten und auch vorsorglich für den Fall der Krise und der Einwilligungsunfähigkeit Einfluss zu nehmen. BetreuerInnen sollten mit ihren Betreuten „in guten Tagen“ über deren Behandlungswünsche in Krisenzeiten ins Gespräch kommen. Genutzt werden könnten auch die sog. Behandlungsvereinbarungen, die mit einer bestimmten Klinik oder der behandelnden ÄrztIn ausgehandelt werden. Es gibt leider nur wenige Kliniken, die dieses Instrument nutzen und von sich aus anbieten. Wünschenswert wäre als Standard ein Entlassungs- oder Nachbereitungsgespräch (z.B. nach 2 Wochen) in der Klinik unter Beteiligung der BetreuerIn und evtl. weiterer Personen nach einer stationären Behandlung, insbesondere wenn sie nicht freiwillig erfolgte, um aus dem Erleben des Aufenthaltes Erkenntnisse für die Zukunft zu sammeln: „Was hat geholfen, was war belastend, was sollte anders gestaltet werden?“ Der Dialog unter den Beteiligten auf Augenhöhe ist zu fördern und zu fordern.

Die konsequente Anwendung des Betreuungsrechtes bedeutet, den Willen der Betroffenen ernst zu nehmen, ihr Selbstbestimmungsrecht auch für die Fragen der psychiatrischen Behandlung zu stärken. Für die Betroffenen können sich neue Erfahrungen eröffnen, selber Verantwortung zu übernehmen, was auch zur Stabilisierung des seelischen Erlebens beitragen kann.

Die Auseinandersetzung über Krankheitserfahrung und Behandlungswünsche ist eine Chance für BetreuerInnen, die Wünsche und Wertvorstellungen ihrer Betreuten für den Krankheitsfall kennen zu lernen, um im Ernstfall besser in deren Sinne entscheiden zu können, wie es gem. § 1901 BGB stets ihre schwierige Aufgabe ist. Ein solch offener und nicht angstbesetzter Umgang mit

dem Instrument der Patientenverfügung oder der Behandlungsvereinbarung erfordert aber auch eine eigene Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten und den Grenzen der psychiatrischen Behandlung.

*Verwiesen sei auf die Ausführungen zur AG 7 in Betrifft Betreuung 11 vom 12. VGT in Brühl 2010.*