

Betreuungsrecht: Der freie Wille aus medizinischer Sicht

E. Habermeyer

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Aufbau

1. Betreuungsrecht: Freier Wille
2. Diskussion von 2 Fällen
3. Wille/Einwilligungsfähigkeit
4. Fremdgefährdung

1) Betreuungsrecht und Willensfreiheit

Betreuungsrecht

Voraussetzungen:

1. Vorliegen einer psychischen Erkrankung oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung
2. Betroffener kann seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen
3. Erforderlichkeitsgrundsatz
4. **keine Betreuung gegen den freien Willen des Betroffenen**

Was bedeutet das?

Was aber ist ein „freier Wille“ ?

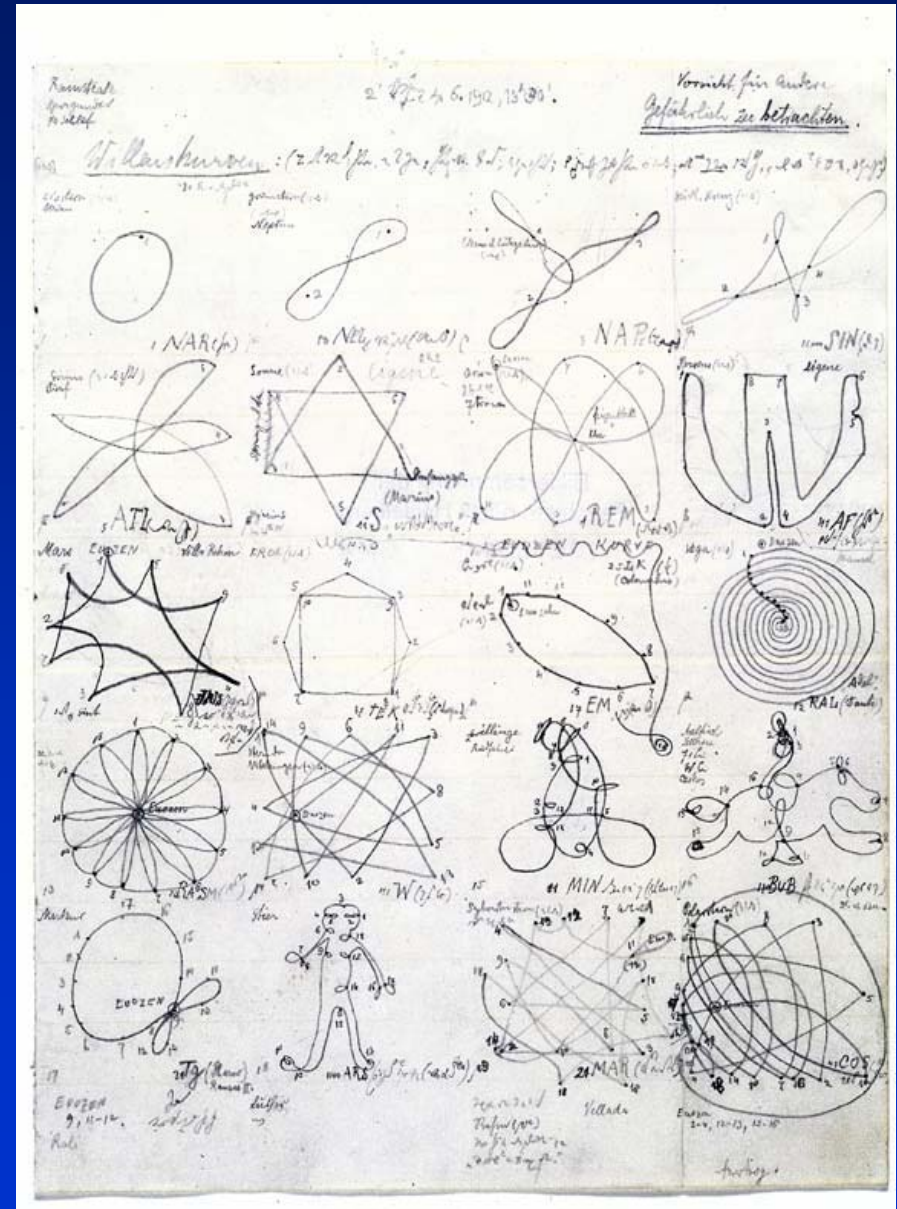
Freud:

„Wir leben nicht, sondern werden gelebt“

Jaspers:

„Die Welt ist keineswegs bloß erlittene Umwelt, sondern Aufgabe der Gestaltung“

Hyacinth Freiherr von Wiser:
Willenskurven, 1912

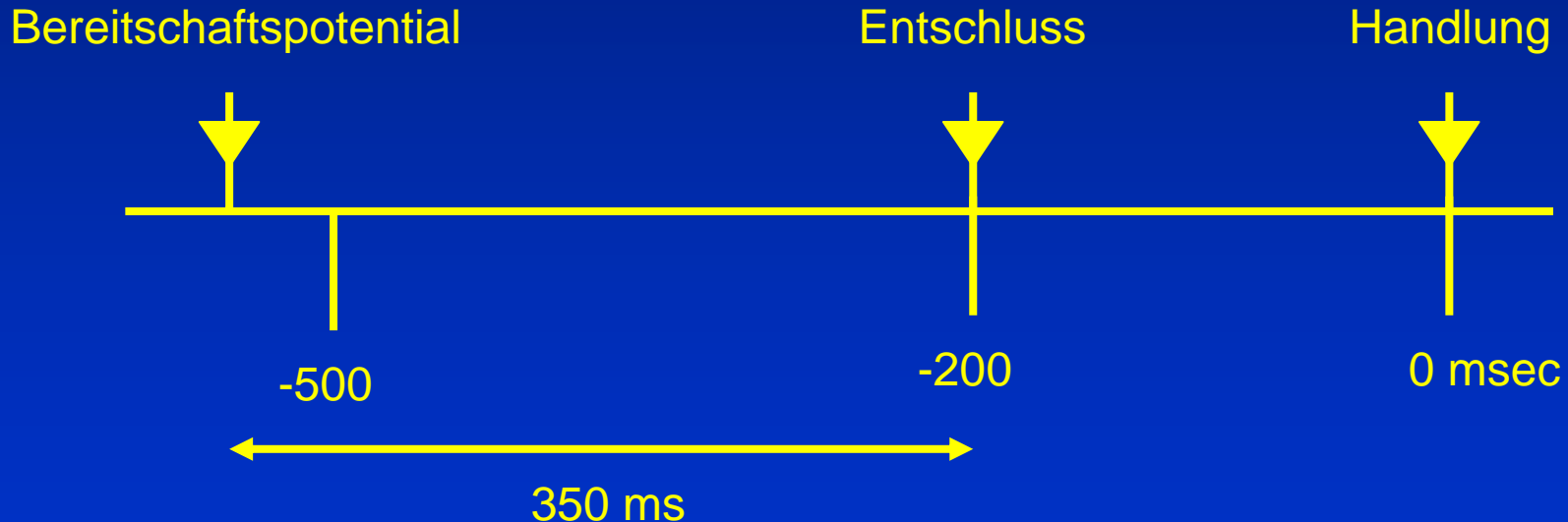


Libet (1983)

Bereitschaftspotential (BP) des Supplementär Motorischen Areals des Frontallappens

Frage: Verhältnis Intention zu BP

Hypothese: Intention zeitgleich BP



Roth: „Willensakt tritt auf, nachdem das Gehirn entschieden hat, welche Bewegung es ausführen wird“

Aber: 0,2 sec. Vetorecht??!!

Determinismus- Diskussion der Neurowissenschaften

- Der freie Wille ist nur eine nützliche Illusion. Was als freie Willensentscheidung erscheint, ist nichts anderes als das nachträgliche Ratifizieren einer Entscheidung, die das Gehirn schon längst getroffen hat.
- Willensfreiheit ist mit der Dominanz des Gefühls über die Ratio nicht vereinbar. Ausschlaggebend für Entscheidungen sind die Gefühle; das limbische System hat bei der Handlungssteuerung das erste und das letzte Wort.

⇒ Betreuung für jedermann?

⇒ Aber wer betreut dann wen?

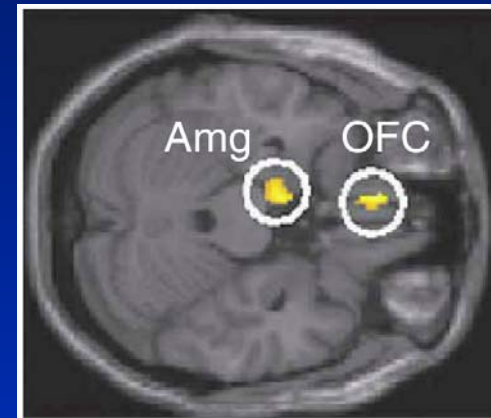
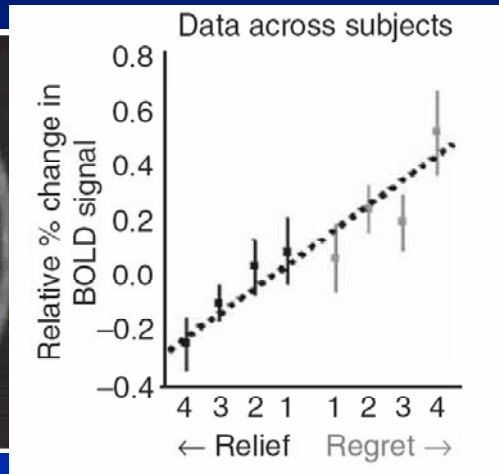
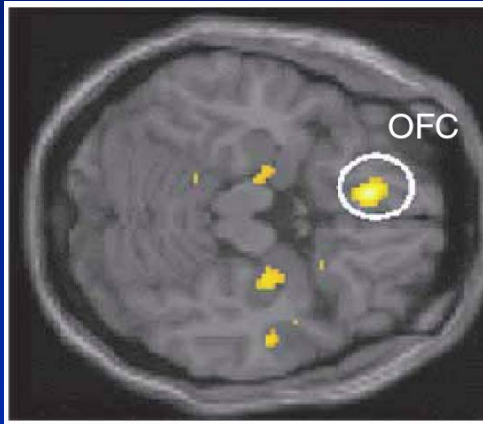
Gerhard Roth

Was passiert bei der Entscheidungsfindung?

- Bewertung und Präferenzbildung unter verschiedenen Optionen (in Bezug auf Valenz, Intensität, Zeit und Wahrscheinlichkeit)
 - ➔ kognitive und emotionale Netzwerke involviert
- Handlungsausführung und Unterdrückung von Handlungsalternativen (Antrieb und Hemmung)
 - ➔ emotionale, kognitive und motorische Netzwerke involviert
- Ergebnis und Ergebnisauswertung
Differenz zwischen erwartetem und tatsächlichem Ausgang entscheidet über die Stärke des Lerneffektes
 - ➔ überwiegend emotionale Netzwerke involviert

Lernen aus Erfahrung

Gefühle begleiten Entscheidungsprozesse



Bedauern beim Erkennen der falschen Entscheidung

Auswirkungen des Bedauerns auf neue Entscheidungen

Man bedauert falsche Entscheidungen, für die man selbst Verantwortung übernehmen muss. Man „lernt aus Erfahrung“, um dieses **unangenehme Gefühl zukünftig zu vermeiden.**

2 Thesen

- 1. Der Mensch ist nicht frei in einem absoluten Sinne.**
Vorgegebenes (Dispositionen) begünstigt bestimmte Lebensentwicklungen und erschwert andere.
- 2. Gestalterische Entwicklung interagiert mit Vorgegebenem**
und greift im Sinne der “neuronalen Plastizität” in die Biologie ein.

Außerdem:

Gibt es nicht Menschen, die (noch) unfreier sind als der Durchschnitt der Bevölkerung?!!

Sind es nicht gerade diese Menschen, die unter den Schutz des Betreuungsrechtes fallen sollen bzw. notfalls auch gegen ihren Willen müssen?!!

2) Fallbeispiele

Fall 1

- 21-jährige Frau
- lebt seit 1 Jahr in psychiatrischem Wohnheim
- zuvor obdachlos
- Alkohol/Drogenkonsum
- Gewichtsverlust: von 80 auf 52 kg
- Betreuer will Krh-einweisung wg. Gewichtsverlust
- Anorexie?
- Pat. lehnt Unterbringung ab

Fall 2

- 22jähriger Mann
- inhaftiert wg. Schwarzfahren und Körperverletzung
- seit Kindheit/Jugend verhaltensauffällig
- Heimaufenthalte, Eltern waren hilflos
- seit 18 Betreuung, da wiederholt wg. Alkohol und Gewalt in Psychiatrie
- Schulden, drohende Obdachlosigkeit
- Delikt während Betreuung
- Prob. will Fortführung der Betreuung nach der Haft

Gemeinsamkeiten

- Junge Erwachsene
- Milieuschäden
- Delinquenz
- Obdachlosigkeit
- Schulden
- Betreuung existiert

Entscheidend

1. Psychische Erkrankung:
weit gefasst
prinzipiell auf gesamtes Diagnosespektrum
anwendbar
Süchte, Dissozialität
2. persönliche Angelegenheiten **können** nicht mehr
besorgt werden:
Präzisierung
Fähigkeit entscheidend

Konsequenz

- nicht jede psychische Störung rechtfertigt eine
Betreuung
- entscheidend ist weniger die Diagnose als vielmehr
das Ausmaß an Fähig- und Fertigkeiten
- dazu kommt der Erforderlichkeitsgrundsatz

Diskussion der Fälle

Fall 2:

- Psych. Störung liegt vor: Dissoziale Persönlichkeitsstörung
- Vorteile der Betreuung genutzt
- Fehlverhalten fortgesetzt
- keine Kooperation bei problematischen Aspekten
- Befund: keine Einbußen der Realitätskontrolle, unterdurchschnittliche Intelligenz, hohe Aggressivität, Identifikation mit kriminellen Verhaltensstilen

Fall 1

- auf dem ersten Blick: Drogenmissbrauch und Anorexie
- vitale Bedrohung?
- Befund: formale Denkstörungen, kein Problembewusstsein, Situation wird nicht erfasst, Kontaktverhalten auffällig
- Diagnose: Schizophrenie
- Betreuung gerechtfertigt, aber Unterbringung gegen den Willen?

Die Unterbringung nach BtG kann durch einen Betreuer mit dem Aufgabenkreis „Aufenthaltsbestimmung“ erfolgen, wenn:

1. die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt"
2. eine Behandlung oder ein ärztlicher Eingriff nötig ist, die ohne die Unterbringung nicht durchgeführt werden kann und der Betreute aufgrund des genannten Zustandes die Notwendigkeit einer Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann (§ 1906 1 BGB).

⇒ Die Unterbringung ist somit ausschließlich bei Eigengefährdung bzw. fehlender Einwilligungsfähigkeit und nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes zulässig.

⇒ Ohne Genehmigung kann nur untergebracht werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

Fazit

Lehnt ein Betroffener mit psychischer Erkrankung, seelischer bzw. geistiger Behinderung eine Betreuung bzw. Maßnahmen des Betreuers ab, ist zu prüfen, ob

Einwilligungsfähigkeit

besteht.

- ⇒ Der einwilligungsfähige Betroffene kann Hilfe und Unterstützung ablehnen.
- ⇒ Der Nicht-Einwilligungsfähige benötigt Hilfe und Unterstützung

3) Einwilligungsfähigkeit

Einwilligungsfähigkeit:

- diagnostische und therapeutische Eingriffe müssen genehmigt werden,
- wirksame Einwilligung nur nach verstandener Aufklärung,
- Voraussetzung ist die Fähigkeit, Bedeutung und Tragweite des Eingriffs ermessen zu können,
- kein Rechtsgeschäft, sondern Genehmigung einer Handlung,
- Anforderungen von der Schwere des Eingriffes abhängig

Helmchen/Lauter:

nicht einwilligungsfähig ist, wer

1. wegen psychischer Erkrankung nicht erfassen kann,

- um welche Tatsachen es sich handelt

=> Verständnis

- welche Folgen und Risiken sich aus Ablehnung oder Zustimmung ergeben

=> Verarbeitung

- welchen Wert die berührten Güter für ihn haben

=> Bewertung

2. seinen Willen nicht bestimmen kann

=> Betonung des Aufklärungsaspektes u. des Problembewusstseins

Wille

Funktion, die mittels *kognitiver Fähigkeiten* des Menschen, auf der Grundlage von *Werten*, getragen von *affektiven, dynamischen Elementen*, über *Reflexion, Planung* und *Wahl* zunächst *zielgerichtete Entscheidungen* und dann auch deren *Realisierung* bewirkt.

Habermeyer, Saß (2002)

Konsequenz

Von freier Willensbestimmung kann nicht gesprochen werden, wenn eine Erkrankung

1. die Umsetzung persönlicher Wertvorstellungen verhindert, indem sie kognitive Voraussetzungen der Entscheidungsfindung, Planung, Reflektion und Zielgerichtetheit verunmöglicht oder
2. die Persönlichkeit Betroffener soweit verändert, dass der Zugang zu persönlichen Wertvorstellungen verstellt bzw. das Wertgefüge verformt wird.

(Habermeyer u. Saß, 2002).

Mögliche Ausschlussgründe der Einwilligungsfähigkeit:

- kognitive Leistungseinbußen (z.B. Desorientiertheit, Merkfähigkeitsstörungen)
- affektive Veränderungen,
- Wahnsymptome,
- Ich-Erlebnisstörungen,
- Halluzinationen
- Ambivalenz

⇒ können die Berücksichtigung bzw. Umsetzung eigener Wertvorstellungen verhindern.

⇒ kognitive Voraussetzungen als situationsunabhängige Grundbedingung

⇒ die auf das Wertgefüge einwirkenden Symptome sind eingehender bezüglich konkreter Auswirkungen auf die Situation, in der die Patientenverfügung verfasst bzw. die Aufklärung durchgeführt wurde, zu prüfen.

Fall 1

- Pat. ist nicht einwilligungsfähig
 - reduzierte Auffassungsgabe
 - verkennt die Situation
 - formale Denkstörungen
 - keine Kritikfähigkeit
- ⇒ keine Krankheitseinsicht, keine freie Entscheidung über Vor- und Nachteile der Behandlung möglich
- Störung ist behandelbar, ohne Behandlung droht Chronifizierung mit überdauernden Defekten
- ⇒ Unterbringung sinnvoll und rechens

Fall 2

- Psychische Störung: ja
- keine Störungen der Realitätskontrolle
- Denken geordnet
- Einwilligungsfähigkeit gegeben
- Fähigkeit zur Besorgung eigener Angelegenheiten ist gegeben
- Betreuungsrecht kann hier nicht wirken, da keine Bereitschaft zur konstruktiven Mitarbeit
- Betreuungsrecht dient nicht zur Abwehr von Fremdgefährdung
- Fall fällt in die Zuständigkeit der Justiz
- das Betreuungsrecht ist kein Instrument zur Bekämpfung von Straftaten!?

4) Fremdgefährdung

Gewalt

Zwangsweise Zuführung zur ambulanten Heilbehandlung

Betreuer darf Betroffenen gegen dessen Willen zur ambulanten Heilbehandlung zwingen, wenn

- keine Krankheitseinsicht besteht
- Gefahr besteht, dass der Betroffene sich der Behandlung entziehen will

Kommentar der DGPPN: problematisch !

- ethisch: Verletzung der Patientenautonomie
- praktisch: Wer setzt den Zwang um?

Wie kann der Betroffene gefunden werden?

Kann ein Arzt zur Zwangsbehandlung gezwungen werden?

Konsequenzen für die Arzt-Patientenbeziehung?

Dient diese Maßnahme nicht eher der Abwehr von

Fremdgefährdung und damit einem Zweck, der ausdrücklich nicht Zweck einer Betreuung ist?

Fremdgefährdung und Betreuungsrecht

Anzahl schizophrener Pat. im Maßregelvollzug steigt

Dieser Anstieg ist gegenüber anderen Störungen überproportional

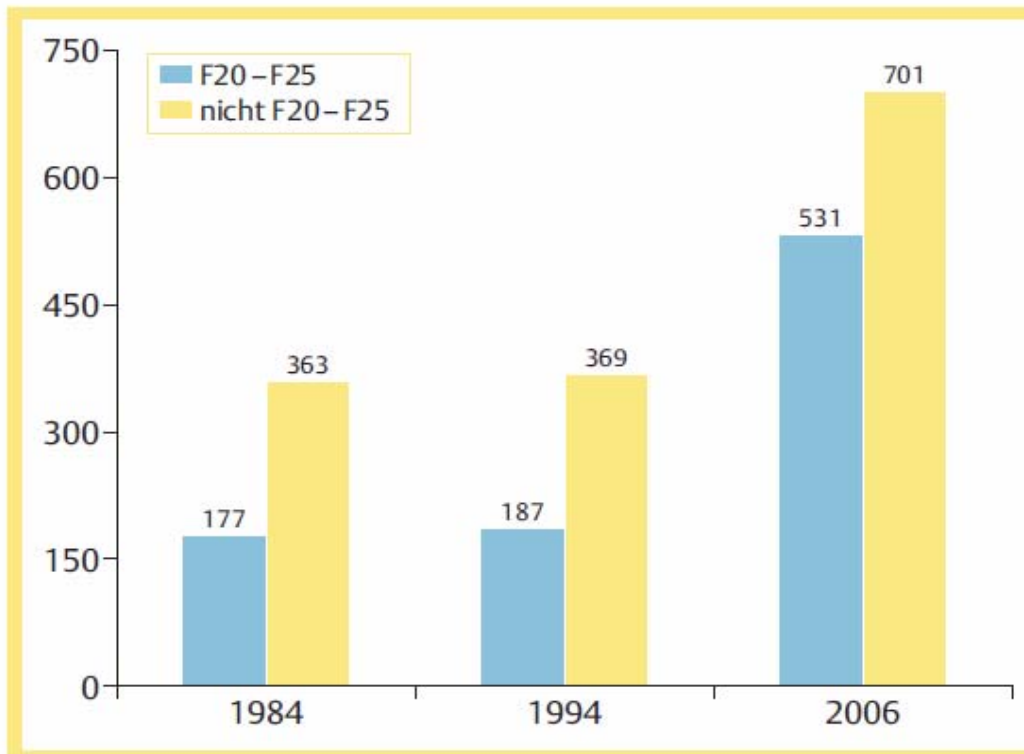


Abb. 2 Zahl schizophrener und nicht schizophrener Patienten im Maßregelvollzug (§63 StGB) in forensischen Kliniken Nordrhein-Westfalens in den Jahren 1984, 1994 und 2006.

Quelle: Kutscher et al. 2009

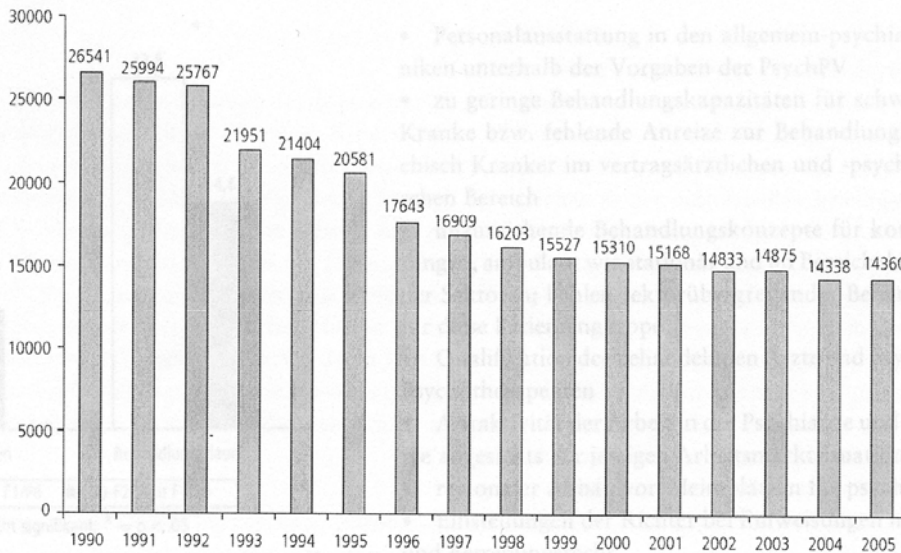


Abb. 2: Zahl psychiatrischer Betten in NRW in den Jahren 1990 bis 2005; Quelle: Landesamt f. Datenverarbeitung und Statistik NRW

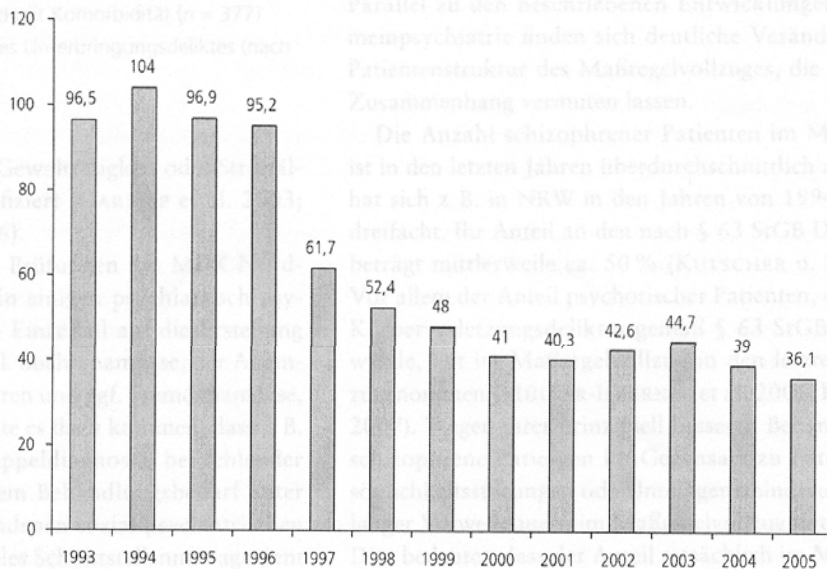


Abb. 3: Mittlere stationäre Behandlungsdauer (in Tagen) schizophrener Patienten in den Jahren 1993 bis 2005 in NRW; Quelle: Landesamt f. Datenverarbeitung und Statistik NRW

Ursache des Anstiegs wird im Abbau psychiatrischer Betten bzw. Verkürzung der Verweildauer gesehen.

Letztlich fehlen aber Daten zu diesem Klientel und möglichen Auslösebedingungen dieser Entwicklung

Quelle: Dönisch-Seidel et al. 2007

Zusammenfassung der Daten

- Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungen und Kriminalität/Gewalttätigkeit existieren
- dies betrifft insbesondere Substanzabhängigkeiten u. Persönlichkeitsstörungen
- Risiko von Gewaltkriminalität für Psychosen erhöht (1: 2000 statt 1:10.000 in der Normalbevölkerung)
- Risiko von Tötungsdelikten deutlich erhöht (12fach)
- hier bestehen direkte kausale Effekte
- leichtere Formen der Kriminalität werden eher auf eine erhöhte Vulnerabilität für kriminalitätsbegünstigende Faktoren (Substanzabhängigkeit, Armut, Verwahrlosung) und Versorgungsdefizite zurückgeführt

Unterbringungsdelikte (führendes Delikt)

Delikt	NRW	M-V
Tötungsdelikt (incl. Versuche)	29,4%	22,2%
Körperverletzung	29,6%	35,6%
Sexualdelikt	12,8%	11%
Eigentumsdelikt	14,9%	8,8%
Brandstiftung	8,9%	20%
Sonstige Delikte	4,5%	4,4%

⇒ überwiegend (57,8%) Gewaltdelikte

Opfer/Tatort

- Opfer in 22 Fällen aus dem persönlichen Umfeld
- Bei Tötungsdelikten und Körperverletzung in 57,7% der Fälle Opfer aus dem Nahbereich und nur in 23% fremde Opfer
- Tatbegehung in 12 Fällen direkt im Wohnumfeld: 6x eigene Wohnung; 3x Elternhaus, 3x Wohnheim (davon 2 psychiatr. Wohnheime)
- 5 Delikte in psychiatrischer Klinik (3x Körperverletzung (davon einmal mit Todesfolge, je 1x Brandstiftung, versuchter Totschlag)

Psychiatrische Vorgeschichte

	NRW	M-V
Anteil von Pat. mit stationärer Vorbehandlung	78,3%	84,4%
Durchschnittliche Zahl der Aufenthalte	7,5	5,7
Anteil von Pat. mit unfreiwilligen stationären Vorbehandlungen	88,6%	40%
Durchschnittliche Behandlungsdauer je Aufenthalt	9,7 Wochen	5,1 Wochen
Gesamtbehandlungsdauer	44,9 Wochen	29,3 Wochen
Gesetzliche Betreuung	36%	33%

⇒ keine trennbare Population, sondern
allgemeinpsychiatrisch relevante Gruppe

aber:

- Allgemeinpsychiatrie HRO betreut pro Jahr 2500 Pat., Klientel ist sehr heterogen
- Anteil der potentiell unterversorgten und dadurch forensifizierten Pat. ist demgegenüber minimal
- Überhaupt entspricht die Zahl der 45 untergebrachten Pat. einem Anteil von 0,27% der in M.-V. zu erwartenden ca. 16800 Pat.
- Vorhersage ist statistisch gesehen allein wg. der Seltenheit der Delikte ausgesprochen schwierig

⇒ Handelt es sich um ein aufgebauschtes Problem?

⇒ Besteht überhaupt Handlungsbedarf?

Weiter wie bisher?

- „Verschiebung“ von Patienten von der allgemeinen zur forensischen Psychiatrie aufgrund kürzerer stationärer Behandlungen ist wenig plausibel.
- Trends im MRV sind Abbildungen eines gesellschaftlichen Trends mit größerem Sicherheitsbewusstsein und geringerer Risikotoleranz.
- Die konsequente Anwendung von Risikoeinschätzungsinstrumenten in der allgemeinen Psychiatrie führt durch präventives Einsperren zu einer vielfachen Verletzung von Menschenrechten, denn nur die allerwenigsten der präventiv eingesperrten Personen werden tatsächlich straffällig.
- An der Häufigkeit von Gewalttaten psychisch Kranker würde sich kaum etwas ändern, denn die meisten späteren Gewalttäter würden durch die Risikoeinschätzung nicht erfasst.
- Es käme zu einer Umverteilung von Behandlungs- und Betreuungskapazitäten zugunsten solcher Patienten, die als Risikopatienten eingestuft werden, und zuungunsten der Patienten, bei denen aufgrund klinischer Symptome und subjektivem Leiden eine Behandlung geboten ist.

Nein

- Kliniksuzide sind ebenfalls selten (in Zürich 141 bei 87.341 Aufnahmen, entspricht 0,16%)
 - Trotzdem wird versucht, sie zu verhindern
 - Es geht auch nicht um Wegsperren
- ⇒ Kann die Behandlung von Pat. mit juristischer VG, sozialer Desintegration und Risikopsychopathologie mit den Bedürfnissen der zahlenmäßig weit überwiegenden Patienten abgestimmt werden?

Ja!

1. Es geht nämlich nicht unbedingt um spezifische Behandlungsprogramme, sondern zunächst einmal darum das Bewusstsein für eine problematische Gruppe zu schärfen
2. Das Problemfeld Fremdaggessivität muss adressiert und nicht delegiert werden
⇒ Bei der Anamneseerhebung muss nach juristischer VG gefragt werden
3. Soziale Desintegration beenden
⇒ enge Kooperation mit Wohnheimen erforderlich
4. Complianceproblematik bearbeiten
⇒ enge Kooperation mit Vormundschaftsgerichten erforderlich
5. Forensisch-psychiatrisches Wissen nutzen
⇒ fachlicher Austausch, Kooperation

Fazit: Betreuungsrecht

- Recht auf Selbstbestimmung
- Selbstbestimmung heißt auch seine Fähigkeiten nutzen
- Eingriffe in die Selbstbestimmung nur bei Defiziten rechters
- Maßnahmen gegen den Willen nur bei gravierenden Defiziten

Fazit: Gewalt

- Psychisch Kranke gelten zu Unrecht als unkontrollierbar und gewaltbereit
- Es gibt aber eine wichtige Patientengruppe mit einem hohen Gewaltrisiko
- Bei manchen Patienten besteht der Behandlungsauftrag darin, Straftaten zu verhindern
- Hier liegt auch eine Aufgabe des Betreuungsrechts