



## Beiträge des 12. Vormundschaftsgerichtstag

04.-06.11.2010 in Brühl

---

### **AG 7 psychiatrische Patientenverfügung Behandlungsvereinbarungen für psychisch Kranke im Lichte des Patientenverfügungsgesetzes**

**Referentinnen: Margret Osterfeld und Sabine Kirschnick-Tänzer,  
Moderation: Annette Loer**

Leider musste Herr Rechtsanwalt Dr. Oliver Tolmein seine Teilnahme wegen eines wichtigen Gerichtstermins kurzfristig absagen. Seine Überlegungen aus der Vorbereitung der AG wurden eingebracht.

Zunächst wurden die rechtlichen Grundlagen dargelegt und diskutiert:

Im Gesetzgebungsverfahren zum 3. Betreuungsrechtsänderungsgesetz, mit dem am 01.09.2009 das Patientenverfügungsgesetz in Kraft trat und die Vorschriften der §§ 1901 a – 1904 BGB neu geregelt wurden, standen allein Entscheidungen am Lebensende im Focus der Diskussionen. Zwar hatten Psychiatrieerfahrene frühzeitig auch ihre Interessen versucht einzubringen, wurden aber in der Debatte nicht gehört.

Im Ergebnis ist das Gesetz, da die umstrittene Reichweitenbegrenzung auf die Sterbephase nicht aufgenommen wurde, nicht auf die Behandlung somatisch Erkrankter in der letzten Lebensphase beschränkt. Es ist juristisch unstrittig, dass der Wortlaut des Gesetzes für alle Erkrankungen und für alle Arten der medizinischen Behandlung gilt.

Folglich: Auch psychiatrisch Erkrankte können das Instrument der Patientenverfügung nutzen, um ihre Behandlungswünsche in jeder Phase der Erkrankung selbst zu bestimmen = Verwirklichung von Selbstbestimmung im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention.

Die Patientenverfügung ist in Abgrenzung zur Behandlungsvereinbarung eine verbindliche einseitige Willenserklärung der PatientIn, nicht an eine vorausgegangene ärztliche Aufklärung oder Zustimmung gebunden. Die Behandlungsvereinbarung ist eine zweiseitige Vereinbarung zwischen PatientIn und ÄrztIn oder Klinik, der in der Regel ausdrücklich keine rechtliche Verbindlichkeit zukommen soll.

Um zu verstehen, welche rechtliche Bedeutung eine Patientenverfügung in der konkreten Situation der Einwilligungsunfähigkeit haben kann, wurde die Rechtsgrundlage für eine medizinische Behandlung dargelegt.

Bevor die PatientIn überhaupt zu entscheiden hat, ob sie ihre Einwilligung erklärt, bedarf es zwingend eines konkreten ärztlichen Behandlungsangebotes. Es steht allein in der ärztlichen Verantwortung, in jedem Stadium der Erkrankung eine individuelle Indikation für die Behandlung zu stellen, die angeboten werden soll. In diese Indikationsstellung sind nicht nur der psychopathologische Befund nach fachlichen Standards, das konkrete Behandlungsziel und die Abwägung von Nutzen und Risiken einer (z.B. medikamentösen) Behandlung einzubringen, sondern auch die subjektiven patientenbezogenen Faktoren, d.h. die aktuelle Lebenssituation, die subjektiven Vorstellungen, die Werte, Wünsche sowie die gesamte Persönlichkeit der PatientIn.

Das heißt, bevor überhaupt eine Indikation gestellt wird, also ein ärztliches Behandlungsangebot erfolgen kann, muss eine Kommunikation zwischen ÄrztIn und PatientIn unabdingbar stattfinden. Soweit hilfreich, kann und sollte in dieser Phase auch die Betreuungsperson, soweit vorhanden, an der

Seite der PatientIn beteiligt sein, um deren Interessen und Wünschen Ausdruck und wenn nötig Nachdruck zu verleihen.

Auch mit der psychisch erkrankten PatientIn ist in Augenhöhe einen Dialog zu führen, bevor sinnvoll eine Indikation für eine Behandlung gestellt werden kann. Ist zu erwarten, dass die PatientIn nicht bereit sein wird, die verordnete Medikation zu akzeptieren, ist bereits bei der Indikationsstellung zu fragen, ob mit einer zwangsweisen Verabreichung das Behandlungsziel – auch langfristig – überhaupt erreicht werden kann.

In der Praxis erleben wir es häufig, dass psychisch erkrankte PatientInnen mit ihren Vorstellungen weniger ernst genommen werden als PatientInnen in anderen Bereichen. Die mangelnde Compliance wird voreilig als krankheitsimmanent gesehen. Hier ist in weiten Teilen ein Umdenken vonnöten. Gute Beispiele gibt es (zu wenig?).

Zwischenergebnis: Die Indikation als ärztliche Empfehlung in der konkreten Situation unter Berücksichtigung der Individualität der PatientIn ist das ärztliche „Angebot“ im Sinne des § 1901b Abs.1 BGB.

In einem juristisch 2. Schritt hat die PatientIn zu entscheiden, ob sie dieses Angebot annimmt und in die Behandlung einwilligt oder es ablehnt. Die freie Entscheidung der PatientIn basierend auf ihrem Selbstbestimmungsrecht ist Ausdruck der Patientenautonomie. Nur die Einwilligung nach umfassender Aufklärung – der „informed consent“ - macht die Behandlung rechtmäßig.

Ist die PatientIn aktuell einwilligungsfähig, ist eine etwaige Patientenverfügung irrelevant, dann gilt nur die aktuelle Erklärung. Allein aus der Tatsache, dass die PsychiatriepatientIn das Angebot nicht annimmt, kann nicht auf die Einwilligungsunfähigkeit geschlossen werden. (Beliebter Fehlschluss: „Dass sie diesem vernünftigen Vorschlag nicht zustimmt bestätigt doch nur, wie krank sie ist.“)

Die schriftliche Vorausverfügung nach § 1901 a Abs.1 BGB, die im Zustand der Einwilligungsfähigkeit verfasst sein muss, stellt die unmittelbare Einwilligung oder Ablehnung der angebotenen (indizierten) Behandlung dar, wenn sie valide auf die konkrete Situation zutrifft. Soweit eine rechtliche Betreuung mit dem Aufgabenkreis der Gesundheitsfürsorge besteht, hat die BetreuerIn nur die Aufgabe, der Verfügung „Ausdruck und Geltung zu verschaffen“, §1901a Abs.1 S. 2 BGB. Die BetreuerIn hat in diesem Fall keine eigene Entscheidung zu treffen oder eine Einwilligungs- oder Ablehnungserklärung abzugeben. Es ist auch nicht zwingend erforderlich, eine Betreuung einzurichten, wenn sie nicht besteht und auch keine Vollmacht erteilt wurde.

In der Praxis dürfte aber, wenn die Indikation für eine psychiatrische Behandlung nach dem oben Gesagten gestellt wurde, eine psychiatrische Vorausverfügung in den seltensten Fällen so konkret gefasst sein, dass sie unmittelbar und umfassend die akute Situation wiedergibt und auf sie zutrifft.

Liegt keine wirksame oder keine valide Patientenverfügung vor, gilt § 1901 a Abs.2 BGB. Es bedarf dann einer Entscheidung durch die VertreterIn, also BetreuerIn oder Bevollmächtigte. Diese ist bei ihrer Entscheidung über die Einwilligung aber nicht frei, sondern an den mutmaßlichen Willen und die Behandlungswünsche – und nicht an das objektive Wohl, was immer das sein mag – gebunden.

Es mag an dieser Stelle dahinstehen, ob mit dieser Vorschrift ein Paradigmenwechsel erfolgt ist vom Wohl zum Willen oder ob die „magna charta“ des Betreuungsrechts, nämlich die Bindung an das Wohl, die Wünsche und Vorstellungen in § 1901 Abs. 2 und 3 BGB, schon immer eine solche Auslegung erforderte.

Die Behandlungswünsche können aus der Verfügung, auch wenn sie nicht valide passt, hergeleitet werden. Sie hat auf dieser Ebene weiterhin eine Bedeutung.

Der mutmaßliche Wille steht nicht fest, sondern ist zu ermitteln. Auch hier gilt: Es ist mit allen zu reden, die dazu beitragen können herauszufinden, was die PatientIn in dieser konkreten Situation wollen würde, wenn sie sich und ihre aktuellen Krankheitssymptome als solche wahrnehmen und abgewogen über die angebotene Behandlung entscheiden könnte.

Wird im Ergebnis schließlich die angebotene Behandlung abgelehnt, muss dies nicht das Ende der Behandlung bedeuten, sondern die gemeinsame Suche nach einem Konsens. Die PatientIn sollte nicht „erpresst“ werden.

Folgende Problemfelder wurden diskutiert:

Setzt die Einwilligungsfähigkeit bei Abfassen der Patientenverfügung auch eine gewisse Krankheitseinsicht voraus?

Verlangt werden muss wohl eine gewisse Einsicht und Fähigkeit zur Vorausschau, mit welchen Folgen und Risiken eine Behandlung oder ein Unterlassen der indizierten Behandlung verbunden ist.

Geht bei fehlender Krankheitseinsicht der mutmaßliche Wille dahin, sich auch dann nicht behandeln zu lassen, wenn die Folge der nichtbehandelten akuten Krankheitsphase zu einer Eigengefährdung führt und der Patient erkennbaren Qualen (z.B. wahnhaften Ängsten) ausgesetzt ist?

Verlangt werden muss wohl, dass in der Patientenverfügung die Folgen so beschrieben sind, wie sie dann auch tatsächlich eintreten. Nur wenn die PatientIn weiß, wie es ihr in der Psychose ergeht und ihr Leiden antizipieren und voraussehen kann, ist sie auch in der Lage, wirksam auf eine Behandlung zu verzichten. Wenn feststeht, dass die Tragweite der Verfügung erkannt wurde und auch ausdrücklich die Gefahr eines schweren Schadens oder gar Lebensgefahr in Kauf genommen werden, schließt eine solche Patientenverfügung auch eine Zwangsmedikation aus.

Ist davon auszugehen, dass schon bei Abfassung der Verfügung die Einwilligungsfähigkeit nicht gegeben war, so ist sie dennoch nicht völlig ohne Bedeutung. Sie stellt dann einen Behandlungswunsch dar oder gibt zumindest Anhaltspunkte für die Feststellung des mutmaßlichen Willens.

Wir haben das Konzept der „PatVerfüe“ (siehe „Patverfü.de“) als Beispiel für eine dezidiert ablehnende Vorausverfügung besprochen. In diesem Vordruck wird schon die Existenz von psychiatrischen Erkrankungen geleugnet und bereits eine psychiatrische Untersuchung zur Diagnostik abgelehnt. Jede Art der psychiatrischen Behandlung wird verboten. Sie ist in der Regel mit einer Bevollmächtigung verbunden. Damit sollen selbstverständlich auch Unterbringungen verhindert werden.

Die strikte Anwendung der in sich klaren Äußerung wird spätestens dann problematisch, wenn eine akute Selbstgefährdung vorliegt. Letztlich muss die PatientIn dann geschützt werden, wenn das eingetreten Risiko in der Verfügung nicht ausdrücklich in Kauf genommen worden ist oder nicht davon auszugehen werden kann, dass sie sich bei Abfassen der Verfügung über die Folgen im Klaren war.

Wenn die Bevollmächtigte bei Eintritt einer akuten Selbstgefährdung nicht tätig wird, ist Raum für eine Betreuungseinrichtung, wenn nicht bereits die öffentlich-rechtlichen Unterbringungsvorschriften greifen. Eine Unterbringung kann nicht vollständig ausgeschlossen werden. Die Hürden für eine Zwangsmaßnahme sind jedoch wesentlich höher. Eine PatientIn, die im Vorfeld eine derart weitreichende und umfassende Ablehnung äußert, darf erst dann behandelt werden, wenn die Symptome nach menschlichem Ermessen unerträglich werden. Fraglich ist, ob eine Behandlung in solchen Fällen dann geboten ist, wenn ohne Behandlung eine dauerhafte geschlossene Heimunterbringung alternativlos wäre.

Die gerichtliche Genehmigungspflicht bei einem Dissens über den (mutmaßlichen) Willen gem. § 1904 Abs. 2 BGB ist beachtlich.

Derzeit gibt es in der Praxis sehr wenige Erfahrungen mit solchen extremen Verfügungen. Hinzuweisen ist auf eine gerichtliche Entscheidung des Landgerichts Bochum, der eine solche Verfügung zugrunde lag. Die Kammer hat es sich bei der Nichtbeachtung der Verfügung etwas leicht gemacht, LG Bochum vom 17.01.2010, Az 7 T 558/09.

Patientenverfügungen können aber nicht nur einen ablehnenden Inhalt haben, sondern bestimmte positive Behandlungswünsche oder gar vorweggenommene Einwilligungen formulieren.

Problematisch ist, ob die Vorausverfügung so hinreichend konkret bestimmt ist, dass sie valide die konkrete Behandlungssituation wiedergibt und unmittelbar als Einwilligung gelten kann. Dies dürfte nur für PatientInnen in Betracht kommen, die ihre Erfahrungen mit ihrer Erkrankung und mit Behandlungsmethoden differenziert wiedergeben, sowie die Art und Wirkungsweise von Medikamenten, einschließlich der Dosierung, vorhersehen können. In der überwiegenden Praxis wird dies selten der Fall sein, so dass ein Vertreterhandeln erforderlich wird. Hilfreich ist in jedem Fall die zusätzliche Bevollmächtigung, damit im Zweifel eine Konkretisierung erfolgen kann.

In dieser Form ist die Patientenverfügung nicht nur zu verstehen als ein Abwehrrecht, sondern als konstruktives Element der Selbst- mindestens der Mitbestimmung.

Wir haben darüber diskutiert, dass es Aufgabe der BetreuerInnen sein sollte, mit ihren Betreuten „in guten Tagen“ oder nach Abschluss einer Behandlung, die gegen den aktuellen Willen durchgeführt wurde und für die die BetreuerIn die Verantwortung für ihre Einwilligung alleine tragen musste, eine psychiatrische Patientenverfügung zu erstellen. Die BetreuerIn ist schließlich gem. § 1901 Abs. 2 und 3 BGB ohnehin verpflichtet, die Vorstellungen und Wünsche ihrer Betreuten zu kennen und umzusetzen. Eine schriftliche Verfügung würde ihre Entscheidungen stärken können. Sie übernimmt dadurch im Sinne der UN-Konvention mehr die Rolle der Assistenz als der rechtlichen Vertretung.

Wie solche Verfügungen im Einzelfall aussehen können, kann hier nicht wiedergegeben werden. Frau Osterfeld hat ihre eigene vorgestellt.

Sie dürften individuell sehr unterschiedlich sein. Wir können aber aufrufen, dieses Instrument phantasievoll zu nutzen und Erfahrungen auszutauschen.

Erfahrungen mit der Behandlungsvereinbarung gibt es inzwischen seit über 15 Jahren. Mit ihr sollen gute wie schlechte stationäre Behandlungserfahrungen genutzt werden, um sie in positive Behandlungswünsche für eine bessere Praxis umzuwandeln. PatientInnen, die in der akuten Behandlungssituation von ihren Patientenrechten keinen Gebrauch machen können, sollen auf diese Weise eine Mitsprachemöglichkeit erhalten. Folge ist auch ein partnerschaftlicher Umgang zwischen BehandlerIn und PatientIn - als „VertragspartnerInnen“ - auf Augenhöhe; Verhandeln statt Behandeln. PatientInnen erleben sich als kompetent in ihrer Sache. Stationäre Aufenthalte werden dadurch zwar nicht vermieden, aber im Sinne der PatientIn anders gestaltet. Sie können dazu beitragen, Zwangsmaßnahmen zu vermeiden. Inhaltlich geht es in der Regel nicht ausschließlich um die medikamentöse Behandlung, sondern um weitere therapeutische Maßnahmen, Gestaltung des Settings, die Form des Umganges im Sinne des „Was kann helfen – was kann entlasten?“, alle Umstände, die für die Akzeptanz der Behandlung und der Genesung wichtig sein können.

Ihre unmittelbare rechtliche Bedeutung ist unklar und soll es vermutlich auch sein. Sie sind in der Regel eine Vereinbarung zwischen einer Klinik und einer PatientIn, meistens ausdrücklich nicht verbindlich.

Frau Kirschnick-Tänzer, Oberärztin im KRH Wunstorf, hat die in der Region Hannover entwickelten Vereinbarungen und wie sie konkret zustande kommen sowie die Entstehungsgeschichte dargestellt (siehe im Internet unter Region Hannover - Sozialpsychiatrischer Verbund – Arbeitshilfen).

Festzustellen ist allerdings, dass die anfängliche Euphorie nachgelassen hat. Es fragt sich, warum nur wenige PatientInnen davon Gebrauch machen und auch die Kliniken von sich aus nur in Einzelfällen dazu anregen. Vielleicht kann auch dieses Instrument neu belebt werden.

Die aktuelle Diskussion um das „neue“ Patientenverfügungsgesetz sollte in Verbindung mit den Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention genutzt werden, um auch für psychisch Erkrankte neue Wege zu finden oder bestehende Pfade zu verbreitern, ihre Behandlung selbstbewusst mitbestimmen zu können.

*Annette Loer*