

Aktion psychisch Kranke e.V. (Hg.)

# Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung bei psychischen Erkrankungen

Dokumentation des Workshops  
»Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung  
bei psychischen Erkrankungen«  
am 7. Juli 2010 in Berlin, Rathaus Schöneberg

gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V. (Hg.)

# **Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung bei psychischen Erkrankungen**

**Dokumentation des Workshops »Patientenverfügung und  
Behandlungsvereinbarung bei psychischen Erkrankungen«  
am 07.Juli 2010 in Berlin, Rathaus Schöneberg**

Aktion Psychisch Kranke e.V. in Kooperation  
mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie,  
Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

Psychiatrie-Verlag

**Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hg.).** Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung  
bei psychischen Erkrankungen  
Psychiatrie-Verlag, Bonn  
ISBN 978-3-88414-526-5

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

1. Auflage 2010

© Aktion Psychisch Kranke e.V., Bonn

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung der Herausgeberin vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Redaktion: Jörg Holke, Ruth Forster

Herstellung: Psychiatrie-Verlag, Bonn

Umschlaggestaltung: p.o.l: kommunikation design

Satz: Psychiatrie-Verlag, Bonn

Druck: Kessler Druck + Medien, Bobingen

Psychiatrie-Verlag im Internet: [www.psychiatrie-verlag.de](http://www.psychiatrie-verlag.de)

<b>Einführung</b>	5
<b>Patientenverfügung – Fragen zu Leben und Tod</b> Helga Kühn-Mengel	8
<b>Auswirkungen des Patientenverfügungsgesetzes auf die medizinische Versorgung psychisch Kranker</b> Dirk Olzen	11
<b>Rechtliche Aspekte von Behandlungsvereinbarungen</b> Rolf Marschner	22
<b>Patientenverfügungen bei psychischen Erkrankungen – Möglichkeiten und Grenzen aus medizinethischer Sicht</b> Jochen Vollmann	28
<b>Behandlungsvereinbarung und Patientenverfügung aus Sicht einer Psychiatrieerfahrenen</b> Sibylle Prins	35
<b>Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung aus Sicht einer Angehörigen</b> Gudrun Schliebener	41
<b>Behandlungsvereinbarungen aus therapeutischer Sicht</b> Andreas Heinz und Raoul Borbé	45
<b>Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen – Fazit und Ausblick</b> Reinhard Peukert und Jörg Holke	49
<b>Autorinnen und Autoren</b>	56



## Einführung

Der deutsche Bundestag hat eine gesetzliche Regelung zur Wirksamkeit und Reichweite von Patientenverfügungen beschlossen. Ab dem 1. September 2009 sind die Voraussetzungen von Patientenverfügungen und ihre Bindungswirkung eindeutig im Gesetz bestimmt. Mit einer Patientenverfügung wird dem Arzt der Wille eines Patienten vermittelt, der sich zur Frage seiner medizinischen Behandlung nicht mehr selbst äußern kann.

Volljährige können in einer schriftlichen Patientenverfügung im Voraus festlegen, ob und wie sie später ärztlich behandelt werden wollen, wenn sie ihren Willen nicht mehr selbst äußern können. Künftig sind Betreuer und Bevollmächtigte im Fall der Entscheidungsunfähigkeit des Betroffenen an seine schriftliche Patientenverfügung gebunden. Sie müssen prüfen, ob die Festlegungen in der Patientenverfügung der aktuellen Lebens- und Behandlungssituation entsprechen und den Willen des Betroffenen zur Geltung bringen.

Niemand ist gezwungen, eine Patientenverfügung zu verfassen. Patientenverfügungen können jederzeit formlos widerrufen werden.

Gibt es keine Patientenverfügung oder treffen die Festlegungen nicht die aktuelle Situation, muss der Betreuer oder Bevollmächtigte unter Beachtung des mutmaßlichen Patientenwillens entscheiden, ob er in die Untersuchung, die Heilbehandlung oder den ärztlichen Eingriff einwilligt. Die Entscheidung über die Durchführung einer ärztlichen Maßnahme wird im Dialog zwischen Arzt und Betreuer bzw. Bevollmächtigtem vorbereitet. Der behandelnde Arzt prüft, was medizinisch indiziert ist und erörtert die Maßnahme mit dem Betreuer oder Bevollmächtigten, möglichst unter Einbeziehung naher Angehöriger und sonstiger Vertrauenspersonen.

Sind sich Arzt und Betreuer bzw. Bevollmächtigter über den Patientenwillen einig, bedarf es keiner Einbindung des Vormundschaftsgerichts. Bestehen hingegen Meinungsverschiedenheiten, müssen folgenschwere Entscheidungen vom Vormundschaftsgericht genehmigt werden.

Gemäß § 27 Sozialgesetzbuch (SGB) V ist bei der Krankenbehandlung »den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen«. Das gilt auch und im Besonderen für die Einbeziehung der psychisch kranken Menschen bei der Behandlungsplanung zu Beginn einer Behandlung, bei der Planung des weiteren Vorgehens im Rahmen eines Versorgungsmanagements sowie der langfristigen Klärung von Behandlungswünschen im Bedarfsfall.

Manche psychischen Erkrankungen sind mit Funktionseinschränkungen in verschiedenen Bereichen verbunden, die die Fähigkeit zur Einschätzung von Behandlungsbedarfen beeinträchtigen oder aussetzen können:

- Psychische Energie
- Motivation
- Emotionalität
- Denken, formal und inhaltlich
- Gedächtnis
- Orientierung
- Einsicht, Urteil, Planung
- Impulskontrolle – Drang nach Suchtmitteln
- Impulskontrolle – selbst- und fremdgefährdendes Verhalten

Insofern kann im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung ein Zustand der Einwilligungsunfähigkeit im Sinne des § 1901 a Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) entstehen, bzw. ein Zustand, in dem der Patient nicht in der Lage ist, sein Selbstbestimmungsrecht gegenüber Therapeuten auszuüben.

In den Erörterungen im Gesetzgebungsverfahren wurden hauptsächlich lebensverlängernde Maßnahmen bei unheilbaren Erkrankungen thematisiert. Psychische Erkrankungen sind in der Regel heilbar. Sofern aufgrund einer psychischen Erkrankung Entscheidungsunfähigkeit entsteht, handelt es sich dabei meist um eine vorübergehende Phase, die allerdings ohne psychiatrische Behandlung erheblich länger anhalten oder manifest werden kann. Daher ergeben sich aus der neuen Rechtsvorschrift des § 1901 a BGB zahlreiche medizinische und rechtliche Fragen, die in bisherigen Informationen und Publikationen zur Patientenverfügung nicht oder nicht erschöpfend behandelt wurden, z. B.:

- Was ist zu beachten, wenn jemand beabsichtigt, eine aus seiner Sicht sinnvolle Patientenverfügung für den Fall einer psychischen Erkrankung zu formulieren?
- Was ist zu beachten, wenn jemand beabsichtigt, statt einer Patientenverfügung über eine zweiseitige Behandlungsvereinbarung eine tragfähige Vorsorge zu treffen? – Das Instrument der Behandlungsvereinbarung hat sich in letzter Zeit in der psychiatrischen Behandlung verbreitet und bewährt.
- Nach welchen Kriterien kann ein behandelnder Psychiater entscheiden, ob in einer Behandlungssituation eine Patientenverfügung wirksam ist? (Entscheidungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Erkrankung)
- Nach welchen Kriterien (und von wem?) kann entschieden werden, ob bei Formulierung einer Patientenverfügung Entscheidungsfähigkeit bestand?
- Welche Behandlungsmaßnahmen sind unter der Bedingung von selektiven Behandlungsausschlüssen in der Patientenverfügung möglich? (Behandlungsflexibilität)
- Welche Möglichkeiten der Behandlung unter Berücksichtigung einer vorliegenden Patientenverfügung gibt es bei nach § 1906 BGB (Unterbringung durch Betreuungsgericht) veranlasster Unterbringung?

- Wie lassen sich unterschiedliche Regelungen in verschiedenen Dokumenten (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Behandlungsvereinbarung, Gerichtsbeschluss nach § 1906 BGB, Beschluss nach Landespsychiatrie-Gesetz im Fall von Fremd- und Selbstgefährdung usw.) im Interesse des Patienten und in Übereinstimmung mit geltendem Recht zusammenführen?
- Kann der Patient nur Unterlassung verlangen oder auch bestimmte Behandlungsmethoden (Elektrokrampf-Therapie [EKT])?

In den Beiträgen der vorliegenden Workshopdokumentation werden diese Fragestellung und deren Beantwortung aus unterschiedlichen Perspektiven erörtert. Die Historie und den Hintergrund des Gesetzgebungsverfahrens fasst Helga Kühn-Mengel aus der Perspektive als damals beteiligte Bundestagsabgeordnete und Patientenbeauftragte zusammen. In den Beiträgen von Dirk Olzen und Rolf Marschner werden die rechtliche Aspekte der Patientenverfügung und der Behandlungsvereinbarung dargestellt. Die Ausführungen von Jochen Vollmann zur medizin-ethischen Perspektive konkretisieren den Inhalt der Patientenverfügung. Die Vorteile einer zweiseitigen Behandlungsvereinbarung aus Sicht einer Psychiaterin und einer Angehörigen stellen Sybille Prins und Gudrun Schliebener in ihren Beiträgen dar. Dass die Behandlungsvereinbarung auch aus psychiatrischer Sicht die geeignete Lösung ist, verdeutlichen Andreas Heinz und Raoul Borbé in ihrem Referat. Im Abschlussbeitrag der Dokumentation fassen Reinhard Peukert und Jörg Holke die Erkenntnisse des Workshops zusammen.



# Patientenverfügung – Fragen zu Leben und Tod

Helga Kühn-Mengel

*Die Diskussion um die Patientenverfügung* muss im Zusammenhang gesehen werden mit gesellschaftlichen Entwicklungen, mit der wachsenden Bedeutung von Patientenrechten, dem Fortschritt in der Medizin, der Medizintechnologie, der Intensivmedizin. Wegen dieser Möglichkeiten der Medizin, nicht nur Leben zu retten und Lebensqualität zu verbessern, sondern auch den Tod hinauszuzögern, besteht gleichzeitig bei vielen Menschen die Furcht vor einem langen, entwürdigenden Leiden und Sterben.

Zudem scheint es Merkmal einer leistungsorientierten Gesellschaft zu sein, Fragen der Zukunft, des Fortschritts, der Überwindung von Grenzen zu betonen und weniger die der Bewältigung von Verlust, der Begrenztheit des Lebens oder der Ohnmacht gegenüber dem Tod. Die zunehmende Stärkung von Patientenrechten andererseits eröffnet neue Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume – sie stellen eine Herausforderung dar für eine Gesellschaft, die es gewohnt ist, Themen wie Alter, Sterben und Tod zu verdrängen.

*Die Einwilligung ist Voraussetzung ärztlicher Behandlung:* Der Arzt hat grundsätzlich die Verpflichtung, seine Patientin, seinen Patienten zu behandeln, Leiden zu mindern, Leben zu schützen. Umgekehrt bedarf aber jede medizinische Behandlungsmaßnahme der Einwilligung des Patienten. Dieser Zustimmung muss eine angemessene Aufklärung vorangehen.

Solange der Patient in der Lage ist, sich sprachlich oder auch nicht-sprachlich (durch Mimik, Gestik) auszudrücken, kann seine Zustimmung (und Ablehnung) ermittelt und festgestellt werden.

Erst wenn der Patient nicht mehr fähig ist, seinen aktuellen Willen zu äußern (weil er z. B. bewusstlos oder dement ist), kann eine konkrete Zustimmung zur Behandlung nicht mehr eingeholt werden. Für diesen Fall müssen sich Arzt oder Betreuer am mutmaßlichen Willen des Patienten orientieren und diesen individuell ermitteln und beachten. Hierbei kommt in der Praxis der Aussage von Angehörigen eine wichtige Rolle zu. Der mutmaßliche Wille kann sich aus der Lebens- oder Behandlungssituation, aus früheren Äußerungen, Werthaltungen und Überzeugungen ergeben.

Die Patientenverfügung oder auch die Vorsorgevollmacht sind Instrumente, für eine Situation vorzusorgen, in der die Menschen ihre Wünsche hinsichtlich einer Behandlung nicht mehr zum Ausdruck bringen können. Sie sollen sicherstellen, dass im Interesse und nach dem Willen eines Patienten gehandelt wird, dass seine Festlegungen über Einleitung oder Nichteinleitung lebenserhaltender

Maßnahmen, über Therapien am Ende des Lebens, über Sterbebegleitung, berücksichtigt werden.

Mehrere Millionen Bundesbürger und Bürgerinnen hatten schon vor der Verabschiedung des entsprechenden Gesetzes eine sogenannte Patientenverfügung verfasst.

Sie wollten darin dokumentieren, dass sie im Falle einer (tödlichen) Krankheit bestimmte lebenserhaltende Maßnahmen (z. B. Wiederbelebung, künstliche Ernährung) nicht wünschten.

Aber es fehlte eine gesetzliche Regelung, ob und in welchem Umfang eine solche Vorabverfügung von Ärzten und Betreuern zu beachten sei.

*Die Rechtslage vor dem Gesetz* stellte sich wie folgt dar: Hatte der Patient vorab im einwilligungsfähigen Zustand ausdrücklich erklärt, er lehne bestimmte Behandlungen ab, so war dies, nach höchstgerichtlicher Rechtsprechung, zu beachten, aber nicht in jedem Fall verbindlich. Der Bundesgerichtshof hatte hierzu Kriterien entwickelt, unter welchen Voraussetzungen eine Patientenverfügung Geltung habe: So dürfe der in einer Verfügung geäußerte Wille vom Arzt keine Behandlung, kein Verhalten verlangen, das gegen ein gesetzliches Verbot verstoße. Betont wurde auch die strafrechtliche Abgrenzung zwischen zulässiger passiver Sterbehilfe und unzulässiger aktiver Sterbehilfe. Zudem mussten lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen erst dann unterbleiben, wenn dies dem Willen des Patienten, den er in einer Patientenverfügung geäußert hatte, entsprach und wenn sein Grundleiden einen »irreversiblen tödlichen« Verlauf angenommen hatte. War für den Patienten ein Betreuer bestellt, musste dieser die Ablehnung oder den Abbruch einer ärztlich angebotenen Behandlung vom Vormundschaftsgericht genehmigen lassen.

An der BGH-Rechtsprechung wurde häufig kritisiert, dass sie im Einzelnen nicht immer deutlich sei. Von daher wurde von vielen Seiten eine klare gesetzliche Regelung gefordert.

*Ein erster Referenten-Entwurf des Bundesministeriums für Justiz* aus dem Jahre 2004 war als zu weitgehend betrachtet und im Jahre 2005 wieder zurückgezogen worden: Dieser Entwurf sah weder eine schriftliche Patientenverfügung vor noch eine Verbindlichkeit für bestimmte Krankheitsphasen (die sog. Reichweitenbeschränkung).

Im Januar 2009 schließlich lagen mehrere fraktionsübergreifende Gesetzesentwürfe vor: *Der Entwurf der Abgeordneten Bosbach, Röspel u. a.* differenziert unter Berufung auf die Patientensicherheit und den Lebensschutz je nach Behandlungssituation, welche Reichweite eine Patientenverfügung hat. Er bezieht sich auf die vom BGH genannten Voraussetzungen. Ist eine Patientenverfügung schriftlich niedergelegt, ist der Abbruch einer lebenserhaltenden Behandlung nur möglich, wenn eine »unheilbare, tödlich verlaufende Krankheit« vorliegt oder der Patient auf Dauer bewusstlos ist. Bei nicht tödlichen

Erkrankungen dürfen lebenserhaltende Maßnahmen nur dann abgebrochen werden, wenn der Patient sich umfassend medizinisch und rechtlich beraten ließ, die Patientenverfügungen notariell beurkundet und nicht älter als fünf Jahre ist. Zusätzlich muss bei Behandlungsabbruch immer eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichts erfolgen.

*Der Entwurf der Abgeordneten Zöller, Faust u. a.* verpflichtet den Betreuer, Patientenverfügungen ohne jede Reichweitenbegrenzung und auch ohne Einhaltung der Schriftform (die Erklärung »soll«, muss aber nicht, schriftlich erfolgen) zu beachten. In der jeweils konkreten Behandlungssituation ist jedoch nicht nur die schriftliche oder mündliche Patientenverfügung zu beachten, sondern es ist zudem der aktuelle mutmaßliche Patientenwille durch Behandler, Betreuer und Angehörige zu ermitteln. Mit der Verfügung darf kein Automatismus verbunden sein. Das Vormundschaftsgericht entscheidet nur bei Dissens zwischen Arzt und Betreuer.

Am Referentenentwurf des BMJ orientiert sich *der Entwurf der Abgeordneten Stünker, Kauch u. a.* Allerdings verlangt er die schriftliche Abfassung der Patientenverfügung. Liegt sie vor, ist sie für den Betreuer des Patienten immer verbindlich, und zwar unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung. Der Betreuer hat lediglich zu prüfen, ob die Vorabverfügung noch auf die jeweils aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft. Fehlt eine schriftliche Verfügung, ist wie bisher auf den mutmaßlichen Willen des Patienten abzustellen. Willigt der Betreuer in lebensverlängernde oder -erhaltende Maßnahmen nicht ein und können Arzt und Betreuer kein Einvernehmen über den mutmaßlichen Patientenwillen erzielen, ist eine Entscheidung des Vormundschaftsgerichts herbeizuführen.

Am 18. Juni 2009 fand der sogenannte »Stünker-Entwurf« im Deutschen Bundestag eine deutliche Mehrheit. Damit sind Patientenverfügungen auf eine rechtliche Basis gestellt, helfen Selbstbestimmungsrechte zu sichern, Verantwortung in eigener Sache zu übernehmen und Dritten (Angehörigen, Betreuern, Pflegenden) für den Fall der Nichteinwilligungsfähigkeit eine Handlungsorientierung zu geben. Aber die Gestaltung selbstbestimmter Prozesse setzt nicht nur einen klar formulierten Willen voraus, sondern auch ein Gesundheitssystem und Leistungsrecht, das sich an den Bedürfnissen und Lebenslagen der Menschen orientiert.

Die Sicherung der Selbstbestimmung äußert sich in umfassender Beratung und Information der Patienten und Patientinnen, in ausreichenden medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Möglichkeiten, in der Bereitschaft der Gesellschaft, der Vereinsamung und der Entsolidarisierung entgegenzuwirken.

# Auswirkungen des Patientenverfügungsgesetzes auf die medizinische Versorgung psychisch Kranker

Dirk Olzen

Das letzte Jahr hat einschneidende rechtliche Änderungen für die psychiatrische Heilbehandlung mit sich gebracht, deren Ausmaß bisher weder in der Wissenschaft noch in der Praxis erkannt worden ist. Es geht um das sog. Patientenverfügungsgesetz vom 29.07.2009.

## I. Das Patientenverfügungsgesetz (PatVG)

Gravierend für die Praxis der psychiatrischen Behandlung sind die Auswirkungen des Patientenverfügungsgesetzes, das am 01.09.2009 in Kraft getreten ist, gleichzeitig mit einem neuen Verfahrensgesetz, dem Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit. Ich beginne mit einer kurzen Darstellung der wesentlichen Vorschriften.

### 1. Die neuen Regelungen

a) Den Mittelpunkt der Gesetzesänderung bildet § 1901 a im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB). In Abs. 1 S. 1 wird eine Definition der Patientenverfügung gegeben. Es handelt sich »um eine für den Fall einer späteren Einwilligungsunfähigkeit verfasste Erklärung ..., welche entweder die Einwilligung in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder (sonstige) ärztliche Eingriffe oder aber deren Untersagung beinhaltet«. Eine Patientenverfügung betrifft somit keine spezifischen Behandlungswünsche bezüglich Ort der Behandlung oder Arzt. Ebenfalls nicht geregelt werden kann die aktive Sterbehilfe. Dies wäre sittenwidrig.

Abs. 1 S. 1 verlangt die Errichtung durch einen einwilligungsfähigen Volljährigen in schriftlicher Form. Ein Widerruf ist gemäß § 1901 a Abs. 1 S. 3 jederzeit grund- und formlos möglich. Bei konkreten Anhaltspunkten dafür, dass der Betroffene vom Inhalt einer Verfügung Abstand genommen hat, entfaltet diese keine Bindungswirkung.

Umstritten ist, ob für den Widerruf ebenfalls Einwilligungsfähigkeit erforderlich ist. Der Wortlaut des § 1901 a Abs. 1 S. 3 setzt dies nicht voraus. Nach dem

allgemeinen Rechtsgedanken muss der Widerruf als »actus contrarius« denselben Wirksamkeitsvoraussetzungen wie die Patientenverfügung unterliegen. Für die systematische Auslegung ist § 1905 Abs. 1 S.1 Nr.1 entscheidend. Danach ist (nur) bei einer Sterilisation der natürliche Wille einer einwilligungsunfähigen Person beachtlich. Daraus lässt sich herleiten, dass beim Widerruf einer Patientenverfügung dieser Wille gerade nicht ausreichen soll. Zudem würde eine entgegengesetzte Auffassung die in der Patientenverfügung getroffenen Anordnungen entwerten, die gerade in der Zeit der Einwilligungsfähigkeit für den Fall ihres späteren Fehlens mit Bedacht getroffen werden.

Die Rechtsstellung des Betreuers/Bevollmächtigten wurde erheblich aufgewertet. § 1901 a Abs. 1 S. 1, 2 verlangt, dass die Willensermittlung stets durch den Betreuer bzw. Vorsorgebevollmächtigten zu erfolgen hat. Das Vorhandensein eines Vorsorgebevollmächtigten macht eine Betreuung entbehrlich, § 1896 Abs. 2 S. 2. Eine solche Vollmacht muss – in Bezug auf die Unterbringung und bei Gefahr schwerer gesundheitlicher Gefahren oder Todesgefahr, vgl. §§ 1904 Abs. 5 S. 2, 1906 Abs. 5 S. 1 – schriftlich erteilt werden und die entsprechenden Maßnahmen, die in Rede stehen, ausdrücklich erfassen.

Der Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigte als gesetzlicher Vertreter – und nicht der Arzt – prüft bei Einwilligungsunfähigkeit des Betroffenen, ob die in der wirksamen Patientenverfügung enthaltenen Festlegungen im Hinblick auf ärztliche Behandlungen auf die »aktuelle Lebens und Behandlungssituation« zutreffen, § 1901 a Abs. 1 S. 1. Es entscheidet der wirkliche Wille des Erklärenden. Allgemeine Vernunftserwägungen bleiben außer Betracht. Gelangt der Vertreter zu der Auffassung, dass die Patientenverfügung wirksam ist, nicht widerrufen wurde und auf die vorliegende Situation zutrifft, muss er dem Willen des Betreuten Geltung verschaffen. Dessen Anweisungen sind in gleicher Weise beachtlich wie die eines einwilligungsfähigen Patienten.

Auch ohne wirksame Patientenverfügung oder dann, wenn sie auf die Lebenssituation nicht zutrifft, muss der Wille des Betroffenen mit Hilfe des Betreuers/Bevollmächtigten festgestellt werden. Dieser muss sich an den »Behandlungswünschen oder dem mutmaßlichen Willen des Betreuten« ausrichten, der aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln ist. Hierfür sieht § 1901 a Abs. 2 S. 3 die Berücksichtigung früherer mündlicher oder schriftlicher Äußerungen (u. a. Patiententestamenten, sofern diese keine Bindungswirkung entfalten), ethischer oder religiöser Überzeugungen oder sonstiger persönlicher Wertvorstellungen vor.

§ 1901 a Abs. 3 erklärt den Willen des Betroffenen unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung für beachtlich. Eine sogenannte Reichweitenbeschränkung hat sich nicht durchgesetzt. Der Gesetzgeber wollte zwar bei der Regelung hauptsächlich die Patientenautonomie am Lebensende regeln und hat sich im Gesetzgebungsverfahren – mit Ausnahme der Demenz – nicht mit psychischen

Krankheiten befasst. Er beabsichtigt jedoch, das Selbstbestimmungsrecht in allen Lebenslagen – und damit auch bei psychischen Erkrankungen – zu stärken. Wenn der Patient über Behandlungen am Lebensende selbst bestimmen darf, muss dies erst recht für die Umstände des Weiterlebens gelten. Patientenverfügungen sind also auch für psychische Erkrankungen anwendbar.

b) Die Entscheidungsfindung über den Willen des Betroffenen regelt § 1901 b. Die Norm verlangt einen Dialog zwischen den Beteiligten. Der Arzt allein entscheidet, welche Maßnahmen medizinisch indiziert sind, § 1901 b Abs. 1 S. 1. Deren Durchführung jedoch muss von Arzt und Betreuer/Bevollmächtigtem gemeinsam erörtert werden. Nahe Angehörige oder sonstige Vertrauenspersonen sind einzubeziehen, wenn dies keine erhebliche Verzögerung zur Folge hat.

c) Gemäß § 1904 ist die Einschaltung des Betreuungsgerichtes erforderlich, wenn der Arzt eine medizinisch indizierte Behandlung anbietet und der Betreuer sie ablehnt, sofern die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute aufgrund des Unterbleibens der Maßnahme stirbt oder einen schweren gesundheitlichen Schaden erleidet. Es entscheidet gemäß § 1904 Abs. 3 der (verbindliche) Wille des Patienten.

Sind sich Arzt und gesetzlicher Vertreter über den Willen des Patienten einig, muss das Betreuungsgericht nicht eingeschaltet werden. Ärztliche Maßnahmen, die nicht zu einer so weitgehenden Gefährdung führen, wie es gerade angesprochen wurde, werden allein durch den Betreuer entschieden.

d) Die neuen Verfahrensregeln des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG), die ebenfalls seit dem 01.09.2009 gelten, bestimmen in § 287 Abs. 3, dass ein entsprechender Gerichtsbeschluss erst zwei Wochen nach Bekanntgabe an den Betreuer/Bevollmächtigten und an den Verfahrenspfleger des Betreuten wirksam wird. Bis dahin muss der Arzt Grundsätze beachten, die ich später noch schildern werde.

## 2. Vorläufiges Ergebnis

Die Diskussion um das Patientenverfügungsgesetz bezog sich auf die Sterbehilfe. Ihre Auswirkungen auf die psychiatrische Behandlung sind vom Bundestag nicht hinreichend zur Kenntnis genommen worden, betreffen diese jedoch mangels Reichweitenbeschränkung. Streitpunkte sind bisher vor allem, ob der Widerruf Einwilligungsfähigkeit verlangt, ferner, ob stets ein Vertreter des Patienten hinzugezogen werden muss, oder ob auch der Arzt eine ihm eindeutig erscheinende Patientenverfügung ausführen darf. Auf dieses Problem werde ich später noch kurz eingehen. Es lässt sich gegenwärtig schwer abschätzen, wie sich die neuen Normen auf die §§ 1896 ff. und vor allem die Unterbringungsgesetze der Länder auswirken werden.

a) Geht man zunächst im Betreuungsrecht der Frage nach, wann psychiatrische Untersuchungen oder Befragungen in Rede stehen, so stößt man auf § 1896. Zur Feststellung der Betreuungsbedürftigkeit im Sinne des § 1896 Abs. 1 hat ein Sachverständiger den Betroffenen »zu untersuchen oder zu befragen«, § 280 FamFG. Dies kann das Gericht anordnen und grundsätzlich auch gegen den Willen des Betroffenen durchsetzen, § 283 Abs. 1 S. 1 FamFG. Der Komplex wird von § 1901 a nicht erfasst: Befragungen finden sich im Wortlaut des § 1901 a nicht wieder. Abweichendes gilt aber für psychiatrische Untersuchungen, die grundsätzlich von der Norm erfasst werden. Die Gesetzessystematik bringt uns nicht weiter: Das Selbstbestimmungsrecht, das § 1901 a zum Ausdruck bringt, ist im Betreuungsrecht begrenzt durch das Wohl des Patienten. Auch ein Blick auf die Entstehungsgeschichte des Gesetzes hilft nicht, da man einerseits primär die Sterbehilfe vor Augen hatte, andererseits aber auch das Selbstbestimmungsrecht allgemein stärken wollte.

Entscheidend sind damit Sinn und Zweck der neuen Regelungen. Sie liegen in der Stärkung der Patientenautonomie in gesundheitlichen Angelegenheiten. Die Feststellung der Betreuungsbedürftigkeit nach § 1896 dient aber gerade dazu, die Betreuungsbedürftigkeit und die Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen zu untersuchen. Denn ein Betreuer darf gegen den freien Willen des Betroffenen nicht bestellt werden, § 1896 Abs. 1 a. Es handelt sich um ein Amtsverfahren, nicht um die Entscheidungsbefugnis des Patienten über seine ärztliche Behandlung. Sinn und Zweck führen also dazu, dass sich § 1901 a auf die Untersuchung zur Feststellung der Betreuungsbedürftigkeit nicht auswirkt. Es bleibt bei dem bisherigen Verfahren. Die Untersuchung und Befragung können gerichtlich erzwungen werden. Der Betroffene muss allerdings nicht mitwirken und auch keine körperlichen Eingriffe dulden.

b) Entsprechendes gilt für die Feststellung, ob zur Wahrnehmung von Rechtsgeschäften ein Einwilligungsvorbehalt angeordnet werden soll. Dieses Verfahren unterliegt den gleichen Regeln wie die Untersuchung zur Feststellung der Betreuungsbedürftigkeit nach §§ 1896, 1903 BGB i. V. m. § 280 Abs. 1 S. 1 FamFG.

c) Umfangreich sind die Auswirkungen des PatVG auf § 1906 Abs. 1. Hier muss zunächst gem. § 321 Abs. 1 S. 2 FamFG durch eine Untersuchung oder Befragung festgestellt werden, ob eine Unterbringung erforderlich ist, wenn ja, nach Nr. 1 wegen Selbstgefährdung oder nach Nr. 2, weil eine Behandlung während der Unterbringung vorgenommen werden soll, deren Notwendigkeit der Patient nicht einsehen kann.

aa) Diese Untersuchung und die Befragung hinsichtlich der Einsichtsfähigkeit werden durch das PatVG nicht beeinflusst. Denn auch sie sollen klären, ob und wie das Selbstbestimmungsrecht des Betreuten künftig wahrgenommen werden kann.

bb) Das Gleiche gilt für die Unterbringung. § 1901 a selbst nennt die Unterbringung nicht. Sie stand auch nicht im Fokus des PatVG, sondern nur die Sterbehilfe.

cc) Die nach § 1906 Abs. 1 Nr. 2 in Aussicht genommene Heilbehandlung könnte aber dem Verfahren nach §§ 1901 a f. unterliegen. Gegen die Überlegung, die Norm restriktiv im Hinblick auf ärztliche Maßnahmen am Lebensende auszulegen, spricht, dass § 1901 a Abs. 3 eindeutig den Vorrang des Patientenwillens unabhängig von Art und Stadium jeder Krankheit anordnet. Die Regelung, wonach die Verpflichtung, Wünsche des Betreuten zu beachten, ihre Grenze an dessen Wohl findet, wird also bei Patienten durchbrochen, die in gesunden Tagen für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit ihren freien Willen festgelegt haben. Psychiatrische Behandlungen während einer Unterbringung müssen deshalb unterbleiben, wenn ein verbindlicher entgegenstehender Patientenwille festgestellt wird. Dies führt weitergehend dazu, dass in diesem Falle aus Gründen der Verhältnismäßigkeit auch eine Unterbringung ausgeschlossen oder jedenfalls zu beenden ist, sobald die Willensfeststellung zu einem klaren Ergebnis führt, obwohl dies nicht direkt aus § 1901 a folgt.

d) Entsprechende Grundsätze gelten auch für die unterbringungsähnlichen Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4. Die vorgelagerte psychiatrische Untersuchung und Befragung, ob solche Maßnahmen notwendig sind, werden durch das PatVG nicht berührt. Ebenso unterfallen die unterbringungsähnlichen Maßnahmen selbst nicht dem Wortlaut des § 1901 a. Sollten als milderer Mittel statt Fixierungen Medikamente in Rede stehen, so handelt es sich zwar um eine ärztliche Behandlung, jedoch keine Heilbehandlung, sondern eine Maßnahme, welche primär der Freiheitsentziehung dient.

Festhalten lässt sich hier, dass Zwangsbehandlungen auf der Grundlage des Betreuungsrechts wegfallen, wenn der entgegenstehende Wille gem. §§ 1901 a, b festgestellt wurde. Vorbereitende Untersuchungen in einem Amtsverfahren, die Unterbringung wegen Selbstgefährdung sowie die unterbringungsähnlichen Maßnahmen bleiben dagegen vom PatVG unberührt.

3. a) Psychisch Kranke können nicht nur auf der Grundlage des Betreuungsrechtes, sondern auch nach den Unterbringungsgesetzen der Länder untergebracht und evtl. behandelt werden. Diese Gesetze divergieren und erlauben teilweise weitgehende Zwangsbehandlungen. Sie im Einzelnen zu untersuchen, würde den hier vorgegebenen Zeitrahmen einerseits sprengen, ist aber auch andererseits nicht nötig, wenn sich das Selbstbestimmungsrecht eines Patienten auch auf die Landesgesetze auswirkt. Es käme dann auch hier im Hinblick auf die Behandlung wiederum zu einer Willensfeststellung gem. § 1901 a. Deshalb habe ich exemplarisch ein Gesetz aufgegriffen, das Maßnahmen in recht weitem Umfang vorsieht, das PsychKG NRW.

Die Anwendungsbereiche des Betreuungsrechtes und des Unterbringungsrechtes überschneiden sich nur teilweise. Anders als § 1906 Abs. 1 Nr. 2 sieht das nordrhein-westfälische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW) keine Unterbringung ausschließlich zwecks



Behandlung vor, sondern nennt die Selbstgefährdung wie § 1906 Abs. 1 Nr. 1 und zusätzlich die Fremdgefährdung als Unterbringungsgrund. Das PsychKG stellt als Recht der Gefahrenabwehr auch nicht auf die Einwilligungsunfähigkeit des Betroffenen ab, während § 1906 nur den einwilligungsunfähigen betreuten Patienten betrifft. Deshalb ist nicht leicht zu beantworten, wie die Gesetze sich zueinander verhalten.

b) Das PsychKG NRW enthält in § 1 Abs. 3 eine Aussage zum vorgenannten Verhältnis. Die Norm ordnet aber – ebenso wie andere Landesgesetze – keinen allgemeinen Vorrang des Betreuungsrechtes an, sondern stellt das öffentliche Unterbringungsrecht nur zurück, wenn bereits betreuungsrechtlich untergebracht worden ist. Allgemein geht die Praxis von einer Gleichrangigkeit der Unterbringungsrechtsgrundlagen aus, die aber nur in bestimmten Situationen in Rede steht: Im Falle der Fremdschädigung erfolgt eine Unterbringung ausschließlich nach dem PsychKG, bei Gefahr der Selbstschädigung und erreichbarem Betreuer hingegen genießt die betreuungsrechtliche Unterbringung meist Vorrang. In der Krisenintervention, in der kein Betreuer bestellt oder erreicht werden kann, kommt dem PsychKG praktischer Vorrang zu. Weder das PsychKG noch das Betreuungsrecht selbst treffen also eine klare Aussage darüber, ob die Ermittlung des Patientenwillens auf der Grundlage des PsychKG den Regeln der §§ 1901 a ff. folgen muss. Deshalb gilt das PatVG nicht direkt, sondern es bedarf der Gesetzesauslegung.

aa) Die Eingangsuntersuchung oder -befragung gem. § 13 PsychKG in Verbindung mit den Vorschriften des FamFG, die dazu dient, die Selbst bzw. Fremdgefährdung als Unterbringungsgrund zu erkennen, bereitet keine ärztliche Behandlung vor. Es handelt sich wiederum um ein Amtsverfahren, sodass ein entgegenstehender Wille des Patienten bedeutungslos ist. Das PatVG gilt damit nicht.

bb) Ebenso hängt die Unterbringung selbst generell nicht vom Willen des Patienten ab. Denn gem. § 10 PsychKG besteht ihr Ziel in der Abwendung einer Selbst oder Fremdgefährdung. Dafür gilt § 1901 a weder nach Wortlaut noch Sinn und Zweck. Allenfalls sind Rückwirkungen auf die Zulässigkeit der Unterbringung zu prüfen, wenn der Patientenwille der Zwangsbehandlung während der Unterbringung entgegenstehen würde wie bei § 1906 Abs. 1 Nr. 2.

cc) Die zentrale Frage lautet also, ob die Zwangsbehandlung nach § 18 PsychKG durch den entgegenstehenden Willen des Patienten abgewendet werden kann.

(1) Da es sich um eine Heilbehandlung handelt, die während der öffentlich-rechtlichen Unterbringung stattfinden soll, ist der Wortlaut mit dem des § 1901 a deckungsgleich.

(2) Der Blick auf die Systematik des PsychKG hingegen erweckt Zweifel: Gemäß § 2 S. 1 ist auf den Willen und die Bedürfnisse des Betroffenen Rücksicht zu nehmen, allerdings nur, soweit das Wohl des Patienten nicht entgegensteht.

Außerdem zeigt § 18 Abs. 4 in Verbindung mit Abs. 3 PsychKG, dass in den dort genannten Fällen der Lebens oder schweren Gesundheitsgefahr für ärztliche Maßnahmen jedenfalls nach dem Wortlaut nicht einmal die Einwilligung eines einwilligungsfähigen Patienten erforderlich ist, etwas, was auch aus dem Straf- und Maßregelvollzug bekannt ist. Dies spricht dafür, dass eine antizipierte Verweigerung der Einwilligung durch Patientenverfügung einer Zwangsbehandlung nicht entgegenstehen kann. Ferner zeigen die Verfahrensregeln der öffentlichrechtlichen Unterbringung, dass der Gesetzgeber des neuen FamFG keinen uneingeschränkten Vorrang der Patientenautonomie schaffen wollte.

Fraglich ist aber, ob sich ein anderes Ergebnis aus Art. 31 Grundgesetz (GG) ergibt, wonach Bundesrecht Landesrecht bricht. Eine solche Kollisionsregel setzt sich aber nur durch, wenn beide Normen denselben Regelungsgegenstand haben. Das Betreuungsrecht trägt ausschließlich dem Fürsorgegedanken der Gesellschaft Rechnung. Das PsychKG hingegen stellt die Gefahrenabwehr in den Vordergrund. Zwar gilt auch dort der Gedanke der Fürsorge. Die Anwendungsbereiche des Betreuungsrechtes und des PsychKG sind aber nicht identisch, sodass die Vorrangregelung für Bundesrecht in Art. 31 GG nicht zwingend eingreift.

(3) Die Entstehungsgeschichte bringt keine neuen Erkenntnisse, weil bei Schaffung des PsychKG im Jahre 1999 das Betreuungsrecht noch nicht novelliert war.

(4) Fraglich ist, was sich aus Sinn und Zweck des § 18 PsychKG einerseits und des § 1901 a BGB andererseits ergibt. Dabei zeigt sich, dass die Gefahrenabwehr durch § 1901 a BGB nicht berührt werden kann, sodass eine Abwehr der Selbst- oder Fremdgefährdung nicht vom Patientenwillen abhängt. Die Behandlung auf der Grundlage des PsychKG beruht aber auch auf dem Fürsorgegedanken. In diesem Bereich hat der Gesetzgeber jedoch m. E. durch die Neuregelung im BGB dem Selbstbestimmungsrecht uneingeschränkt Geltung verschaffen wollen, sodass die landesrechtlichen Regelungen sich darin einfügen müssen. Diese Grundentscheidung liegt auf der Linie zweier zentraler Bundesgerichtshof-Entscheidungen der Jahre 2003 und 2006, wonach eine Zwangsbehandlung stets unzulässig sein soll. Ich räume allerdings ein, dass dieser Vorrang des Selbstbestimmungsrechts nicht im Wortlaut des § 18 PsychKG seinen Niederschlag findet. Ich bin dennoch überzeugt, dass man die Norm im Lichte des Patientenverfügungsgesetzes so auslegen muss, dass eine Zwangsbehandlung nur solange zulässig ist, bis der Wille des Betroffenen in dem förmlichen Verfahren des PatVG festgestellt wurde. Dies schließt die Unterbringung – anders als bei § 1906 Abs. 1 Nr. 2 – nicht aus, weil sie allein der Gefahrenabwehr dient und nicht die spätere Behandlung vorbereiten soll.

dd) Die unterbringungsähnlichen Maßnahmen nach § 20 PsychKG sind ebenso wie im Rahmen des § 1906 Abs. 4 BGB vom Patientenverfügungsgesetz nicht erfasst.

## Zusammenfassung

Aus dieser Darstellung ergeben sich zusammenfassend für die psychiatrische Behandlung einwilligungsunfähiger Patienten erhebliche Konsequenzen. Zunächst zum Problem, welche Maßnahmen nicht vom PatVG beeinflusst sind:

1. Psychiatrische Befragungen und Untersuchungen zur Feststellung der Betreuungsbedürftigkeit und zur Notwendigkeit eines Einwilligungsvorbehaltes, §§ 1896 Abs. 1, 1903. Rechtsgrundlage, für dieses Amtsverfahren bilden die zum 01.09.2009 in Kraft getretenen Vorschriften des FamFG (§§ 280, 283, 284).
2. Auch die psychiatrische Befragung und Eingangsuntersuchung, mit der über eine Unterbringung, gleich auf welcher Rechtsgrundlage entschieden werden soll, müssen vom Betroffenen geduldet werden.
3. a) Ergibt sich dabei die Gefahr einer Selbstschädigung, kann er betreuungsrechtlich ohne Rücksicht auf das PatVG untergebracht werden, § 1906 Abs. 1 Nr. 1.

Das Gleiche gilt auch dann, wenn der Betroffene auf der Grundlage des § 11 PsychKG NRW wegen Fremd- oder Selbstgefährdung untergebracht werden soll.

b) Unterbringungsähnliche Maßnahmen zur Gefahrenabwehr werden ebenfalls vom PatVG nicht erfasst. Ausnahmsweise dürfen Medikamente, soweit dieser Eingriff milder ist als etwa eine Fixierung, eingesetzt werden.

c) Demgegenüber entfällt die betreuungsrechtliche Möglichkeit einer Unterbringung zum Zwecke der ärztlichen Behandlung bei entgegenstehendem Patientenwillen, sofern dieser Wille verbindlich im Verfahren nach §§ 1901 a ff. festgestellt wird, weil auch die Behandlung selbst durch den Patienten ausgeschlossen werden kann.

4. Problematisch sind die Auswirkungen dieses Gesetzes auf die Unterbringungsgesetze der Länder. Hier stehen sich der Wortlaut des § 18 Abs. 4 PsychKG NRW, der bei Lebens- oder schwerer Gesundheitsgefahr keine Rücksicht auf den entgegenstehenden Willen des Betroffenen nimmt, und die Kodifizierung des Selbstbestimmungsrechtes in § 1901 a gegenüber. Nach meiner Ansicht gebührt Letzterem der Vorrang.

Die Wahl zwischen zwei verwandten Rechtsinstituten kann nicht zur Umgehung des Selbstbestimmungsrechtes führen. Auch wenn sich eine andere Ansicht vertreten lässt, wird vorsorglich die Einschaltung eines gesetzlichen Vertreters und bei Meinungsverschiedenheiten des Betreuungsgerichts zur Klärung des Patientenwillens empfohlen.

5. Folgt man dem, so sind also seit dem 01.09.09 alle Behandlungen einwilligungsunfähiger Patienten nur unter Einhaltung der §§ 1901 a ff. durchzuführen. Für die Prüfung des Patientenwillens ist demnach vor der ärztlichen Behandlung stets ein Betreuer heranzuziehen.

Ein Betreuer muss ferner vorhanden sein, wenn es um die Unterbringung gem. § 1906 geht.

Ein Betreuer ist entbehrlich, wenn eine schriftliche Vorsorgevollmacht vorliegt, die sich ausdrücklich auf die Durchführung oder Unterlassung der in § 1904 geregelten gefährlichen ärztlichen Maßnahmen oder die Unterbringung bzw. die unterbringungsähnliche Maßnahme bezieht, §§ 1904 Abs. 5 S. 2, 1906 Abs. 5.

Ohne eine solche Vorsorgevollmacht oder in Fällen, in denen noch kein Betreuer bestellt wurde oder ein bestellter Betreuer an der Ausübung seiner Pflichten gehindert ist, ordnet das Gericht die notwendigen Maßnahmen an, §§ 1908 i, 1846 BGB i. V. m. 334 FamFG.

6. Wie geht es dann weiter? Der gesetzliche Vertreter prüft die Wirksamkeit einer evtl. Patientenverfügung, den fehlenden Widerruf und ihre Anwendbarkeit im konkreten Fall. Als wichtiges Korrektiv dient die Frage, ob die »aktuelle Lebens- und Behandlungssituation« nach dem Willen des Betroffenen von der Patientenverfügung erfasst ist. Dies kann etwa in Fällen zweifelhaft sein, in denen der Betroffene eine Behandlung mit Psychopharmaka zwar generell abgelehnt hat, durch diese seine Einwilligungsfähigkeit jedoch innerhalb kurzer Zeit wieder hergestellt werden könnte. Gleiches gilt, wenn als Alternative zur Abwendung einer Selbst oder Fremdgefährdung lediglich eine (u. U. langfristige) Fixierung in Betracht käme. Auch ohne Patientenverfügung muss der gesetzliche Vertreter den Willen des Patienten möglichst konkret feststellen, § 1901 a Abs. 2.
7. Gemäß § 1901 b BGB müssen ärztliche Maßnahmen, deren Unterbleiben dem Betreuten Lebens- oder schwere Gesundheitsgefahr brächten, zwischen Arzt und Betreuer abgesprochen werden. Stimmen beide bezüglich der Einschätzung des Patientenwillens überein, so können die Maßnahmen ohne Einschaltung des Betreuungsgerichtes durchgeführt werden, § 1904 Abs. 4. Oft wird man zu dem Schluss kommen können, dass der Patient in der Verfügung nicht die Situation vorausgesehen hat, auch ohne die abgelehnte Behandlung lange Zeit untergebracht zu werden, oder auch sterben zu können, § 1901 a Abs. 1 S. 2. Lehnt der Betreuer aber die Maßnahme unter Berufung auf den Patientenwillen ab, kann der Arzt das Betreuungsgericht anrufen, das den Willen des Patienten verbindlich feststellt, vgl. § 1904 Abs. 3. Über ärztliche Behandlungen unterhalb dieser Gefahrengrenze entscheidet der Betreuer/Bevollmächtigte allein und abschließend.
8. Das PatVG erfordert u. U. aber einen erheblichen Zeitaufwand, jedenfalls dann, wenn sich Betreuer und Arzt nicht einigen können und das Betreuungsgericht angerufen werden muss. Auch in dieser Zeit muss über Behandlungen entschieden werden. Ähnlich gelagert sind Konstellationen, in denen nach einer Notfallsituation zwar eine Patientenverfügung vorliegt, der Patientenwille

aber noch nicht förmlich durch einen Betreuer festgestellt wurde. Es stellt sich hier die Frage, ob dann dem Arzt die Kompetenz zur Willensermittlung zufällt oder es bei dem förmlichen Verfahren bleibt. In letzterem Fall träfe den Arzt zunächst eine Weiterbehandlungspflicht. Für eine Willensermittlung in Notfallsituationen durch den Arzt lässt sich der Schutz des Selbstbestimmungsrechts anführen, der im Mittelpunkt des Gesetzgebungsverfahrens zum Patientenverfügungsgesetz stand. Bliebe es beim förmlichen Verfahren, käme Patientenverfügungen hinsichtlich Notfallsituationen (z. B. Reanimation) keine Wirkung zu. Regelmäßig führte die Wiederbelebung zu einer unumkehrbaren Situation, sodass dem Willen letztlich nicht Rechnung getragen werden könnte. Daraus ließe sich schließen, dass der Anwendungsbereich der §§ 1901 a ff. BGB erst im Falle der Betreuerbestellung eröffnet ist. Im Vorfeld verbliebe hingegen die Willensermittlung – entsprechend der alten Rechtslage – beim behandelnden Arzt.

Diese Einwände überzeugen jedoch nicht: Auch ein Unterlassen von Notfallmaßnahmen durch den Arzt aufgrund des fälschlich ermittelten Willens hätte einen irreversiblen Zustand zur Folge. Die §§ 1901 a ff. BGB selbst sehen keine Zuständigkeit des Arztes zur Willensermittlung vor. Die Ermittlung von tatsächlichem sowie mutmaßlichem Willen obliegt alleine dem Betreuer. Ferner kommt der Patientenverfügung selbst nach dem Gesetzeswortlaut keine unmittelbar rechtfertigende Wirkung zu. Erst die aus dem Verfahren nach §§ 1901 a f. BGB folgende Entscheidung hat konstitutive Wirkung. Durch die zwingende Einschaltung eines selbst gewählten Vorsorgebevollmächtigten oder eines gerichtlich bestellten Betreuers wird dem Schutz des Selbstbestimmungsrechts des Betroffenen Rechnung getragen. Auch die Systematik des Gesetzes spricht gegen eine Zuständigkeit des Arztes, sogar in Notfällen. § 1901 b Abs. 2 BGB sieht von einer Konsultation naher Angehöriger im Falle erheblicher Verzögerung ab. Dies bedeutet, dass der Gesetzgeber das Problem der Eilbedürftigkeit erkannt hat. Er hat aber dem Arzt auch in Not- und Eilfällen keine Kompetenz zugewiesen. Der Betreuer bzw. Bevollmächtigte bleibt weiterhin für die Feststellung des Patientenwillens zuständig.

Schließlich spricht auch das größere Straf- und Haftungsrisiko des Arztes im Falle der selbstständigen Willensermittlung für das förmliche Verfahren – auch in Notfallsituationen.

Da der Patientenwille im Eilfall also noch nicht verbindlich festgestellt wird, ist wie bisher nach dem mutmaßlichen Patientenwillen zu behandeln. Das heißt im Zweifel, dass ein Patient leben will. Lebenserhaltende Maßnahmen sind deshalb nötig, weil sie die spätere Willensermittlung beim Betroffenen ermöglichen. Auch würde sich der Arzt im Falle ihres Unterlassens u. U. dem Vorwurf der Tötung aussetzen. Ähnliche Überlegungen gelten für die Behandlungspflicht bei Gefahr

schwerwiegender Gesundheitsschäden, also für unaufschiebbare Maßnahmen. Hierhin deutet auch § 18 Abs. 4 PsychKG NRW, der den Willen des Patienten in dieser Situation überhaupt nicht berücksichtigt.

Bei der übrigen ärztlichen Behandlung kann eine klar gefasste Patientenverfügung dem Arzt ein Anhaltspunkt sein. Er sollte Maßnahmen, die zurückgestellt werden können, ohne dass dem Patienten Schaden droht, zurückstellen, bis er das Gericht oder den Vorsorgebevollmächtigten erreicht.

# Rechtliche Aspekte von Behandlungsvereinbarungen

Rolf Marschner

## Vorbemerkung

In dem Referat von Prof. Dr. Olzen wurde dargelegt, dass bei Vorliegen einer verbindlichen Patientenverfügung nach § 1901 a Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) eine Behandlung gegen den Willen des Betroffenen selbst dann nicht mehr möglich ist, wenn eine Unterbringung durch den Betreuer oder nach einem Ländergesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vorliegt. Dies bedeutet einen erheblichen Schritt zur Verwirklichung der Patientenrechte.

Die Unterbringung selbst zur Abwendung einer akuten Selbst- oder Fremdgefahr wird dadurch aber nicht berührt. Diese bleibt auf der Grundlage der bestehenden Gesetze zur Gefahrenabwehr möglich. Ob ein »Sonderrecht« für psychisch kranke Menschen zukünftig bestehen bleiben kann, richtet sich nach den Regelungen der UN-Behindertenkonvention, deren Auslegung im Einzelnen noch umstritten ist.

Anstelle einer Patientenverfügung kommt auch der Abschluss einer Behandlungsvereinbarung bei psychischen Erkrankungen in Betracht.

## Ausgangspunkt

Behandlungsvereinbarungen wurden zunächst als vertrauensbildende Maßnahmen in der Psychiatrie verstanden.

Sie wurden in den Jahren 1993 und 1994 in Bielefeld entwickelt und beruhen auf der Überlegung, dass ein Betroffener mit Psychiatrieerfahrung sich außerhalb einer stationären Unterbringung mit den behandelnden Ärzten des für ihn zuständigen Krankenhauses über die bei einem eventuellen weiteren Krankenhausaufenthalt durchzuführenden Maßnahmen verständigt (s. DIETZ/PÖRKSEN/VOELZKE, Behandlungsvereinbarungen, 1998). Gegenstand der Behandlungsvereinbarung sind typischerweise nicht nur die Gestaltung der Unterbringungssituation sowie die Klärung sozialer Fragen, sondern auch die Behandlungssituation als solche und damit auch die Medikation und die Zwangsbehandlung. In Betracht kommen insoweit sowohl zustimmende als auch ablehnende Willensbekundungen. Ziel der

Behandlungsvereinbarung ist eine differenzierte, von beiden Seiten akzeptierte Vereinbarung.

Eine rechtliche Verbindlichkeit wurde der Behandlungsvereinbarung zunächst nicht oder nur in begrenztem Umfang zugesprochen.

Dies ergibt sich aus den Veröffentlichungen zur Behandlungsvereinbarung und aus der der Bielefelder Behandlungsvereinbarung vorgestellten Präambel auch noch in der jetzigen Fassung. Allerdings soll bei Abweichen von der Behandlungsvereinbarung dies begründet werden und soll im Einzelfall bei Abweichen ein Behandlungsfehler vorliegen können.

## Akzeptanz

Die Behandlungsvereinbarung wurde sowohl von den Betroffenen als auch von den Behandelnden unterschiedlich aufgenommen.

Innerhalb der Betroffenen gibt es – soweit erkennbar – unterschiedliche Auffassungen und Stellungnahmen zu der Behandlungsvereinbarung. Während diese für die einen die Möglichkeit beinhaltet, gestaltend auf die Behandlung Einfluss zu nehmen und damit ihr Selbstbestimmungsrecht auszuüben, handelt es sich für die anderen eher um einen »Pakt mit dem Teufel«. Die Unterschiede beruhen auf der grundsätzlichen Einstellung zur Psychiatrie und zu dem Vorliegen von psychischer Krankheit. Die Behandler dagegen fürchten teilweise den Verlust von Entscheidungsmacht.

Die Verbreitung der Behandlungsvereinbarung ist regional sehr unterschiedlich. Sie hat sich jedenfalls nicht bundesweit durchgesetzt.

## Entwicklungen in der Psychiatrie

Die Behandlungsvereinbarung steht in Übereinstimmung mit psychiatrischen Bestrebungen, Patienten stärker in die Entscheidung über die Behandlung einzubeziehen (z. B. »Shared Decision Making«).

Auch die stationäre Psychiatrie stellt sich zunehmend der Frage der Reduzierung von Gewalt und Zwang (z. B. APK 1997).

Dies beinhaltet vor allem Maßnahmen zur Gewaltprävention und zur Deeskalierung in Krisensituationen. Die Indikation für Gewaltanwendung bleibt dann auch aus Sicht der Psychiatrie auf seltene Ausnahmefälle begrenzt.



## **Gesetzliche Grundlagen**

Eine ausdrückliche Erwähnung findet die Behandlungsvereinbarung nur in § 2 PsychKG-NRW. Danach ist auf den in eine Behandlungsvereinbarung geäußerten Willen des Betroffenen Rücksicht zu nehmen.

Ähnliche Formulierungen finden sich in verschiedenen PsychKG und im Betreuungsrecht (§ 1901 Abs. 3 BGB). Danach ist den Wünschen des Betroffenen zu entsprechen, soweit nicht höherrangige Rechtsgüter gefährdet sind. Insoweit enthält das Betreuungsrecht im Rahmen der vorgenannten Grenze einen Willensvorrang vor dem sogenannten objektiven Wohl des Betroffenen. Auch das Wohl ist im Betreuungsrecht subjektiv nach den persönlichen Wünschen und Vorstellungen des Betroffenen zu interpretieren (§ 1901 Abs. 2 BGB).

## **Verbindlichkeit der Behandlungsvereinbarung**

Der Behandlungsvertrag verpflichtet den Arzt zur Gewährung der vereinbarten Behandlung. Ein Abweichen von der Behandlungsvereinbarung kann einen ärztlichen Behandlungsfehler darstellen.

Wie in der somatischen Medizin ist es möglich, den Inhalt der Behandlung von vornherein auf eine bestimmte Behandlung zu beschränken. Weicht der behandelnde Arzt davon ab, liegt eine Vertragsverletzung vor. Außerdem gehört die Beteiligung des Patienten an den Entscheidungen über die durchzuführende Behandlung zu den ärztlichen Standards, sodass ein Abweichen einen ärztlichen Behandlungsfehler darstellt.

Der in der Behandlungsvereinbarung niedergelegte Wille des Betroffenen ist nach § 1901 a Abs. 1 und 2 BGB beachtlich. Insoweit gelten die gleichen Grundsätze wie bei der Patientenverfügung, da es sich um eine einseitige Willenserklärung handelt, die in jeder Behandlungsvereinbarung enthalten ist. Die Verbindlichkeit besteht daher wie eingangs dargelegt auch im Rahmen einer Unterbringung durch den Betreuer oder nach PsychKG.

Ein Widerruf kommt wie bei der Patientenverfügung in Betracht. Bei bestehender Einwilligungsfähigkeit geht der aktuelle Wille vor. Auch bei aktuell nicht bestehender Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen kann die Patientenverfügung entsprechend den Grundsätzen des § 1901 Abs. 3 BGB widerrufen werden, da den dann aktuellen Wünschen des Betroffenen zu folgen ist. Insoweit ist nach allerdings umstrittener Auffassung keine Einwilligungsfähigkeit erforderlich.

## Anforderungen an Behandlungsvereinbarung

Wie bei der Patientenverfügung ist bei dem Abschluss der Behandlungsvereinbarung Einwilligungsfähigkeit erforderlich. Sie muss außerdem hinreichend bestimmt sein.

Einwilligungsfähig ist, wer die durch die Entscheidung berührten Güter und Interessen, die der Entscheidung zugrunde liegenden Tatsachen, die sich aus der Entscheidung ergebenden Folgen und Risiken sowie die Mittel, die zur Erreichung des angestrebten Zwecks zur Verfügung stehen, unbeeinflusst von seiner Krankheit erfassen und sein Verhalten danach richten kann (AMELUNG R & P 1995, 20). Dabei ist das subjektive Wertesystem des Betroffenen zugrunde zu legen.

Die Behandlungsvereinbarung setzt ein Gespräch mit den behandelnden Ärzten und damit eine ärztliche Aufklärung voraus. Dies ist in dem österreichischen Patientenverfügungsgesetz vom 08.05.2006 ausdrücklich geregelt. Nach § 5 dieses Gesetzes muss der Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung eine umfassende ärztliche Aufklärung einschließlich einer Information über Wesen und Folgen der Patientenverfügung für die medizinische Behandlung vorangehen. Der aufklärende Arzt hat dies zu dokumentieren und dabei auch das Vorliegen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten darzulegen. Eine entsprechende Vorschrift ist in den deutschen Regelungen zur Patientenverfügung nicht enthalten.

## Vorteile der Behandlungsvereinbarung

Aus Sicht der Betroffenen ist der Abschluss einer Behandlungsvereinbarung vorzugswürdig, weil der Streit um die Verbindlichkeit (insbesondere die Einwilligungsfähigkeit) minimiert wird.

Bei Vorliegen einer Behandlungsvereinbarung kann von den dann behandelnden Ärzten der Einwand nicht erhoben werden, bei Abfassung der Behandlungsvereinbarung hätte Einwilligungsunfähigkeit vorgelegen, da diese bereits ärztlich geprüft wurde. Desgleichen wurden die Inhalte der Behandlung konkret besprochen und niedergelegt.

Ein weiterer Grund für den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung statt einer Patientenverfügung kann darin bestehen, dass die Kosten der Behandlung wie bisher von der Krankenversicherung übernommen werden. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 10.04.2008 R & P 2009, 138) handelt es sich bei der Krankenhausbehandlung um eine Komplexleistung, das heißt das Zusammenwirken eines multiprofessionellen Teams aus Psychologen, Sozialpädagogen, Bewegungs- und sonstigen Therapeuten sowie psychiatrischem Krankenpflegepersonal unter fachärztlicher Leistung. Die Durchführung einer medikamentösen Therapie ist nicht zwingend erforderlich.

Dagegen besteht keine Verpflichtung der Krankenkasse zur Übernahme der Kosten, wenn eine Unterbringung ausschließlich zur Verhinderung von Selbst- oder Fremdgefährdung erfolgt, selbst wenn die Gefährdung der eigenen oder einer anderen Person krankheitsbedingt ist. In diesem Fall müssen nach den Regelungen aller Unterbringungsgesetze der Betroffene selbst oder, soweit er mittellos ist, der Sozialhilfeträger für die Kosten der Unterbringung aufkommen. Der Sozialhilfeträger ist durch das Krankenhaus gegebenenfalls frühzeitig einzuschalten. Mit der Behandlungsvereinbarung wird daher gegenüber einer (jegliche Behandlung) ablehnenden Patientenverfügung sichergestellt, dass keine Kosten auf den Betroffenen zukommen.

Aus Sicht der Behandler ist die Behandlungsvereinbarung vorzugswürdig, weil sie einen argumentativen Einfluss auf den Inhalt der Behandlung behalten.

Während die Patientenverfügung gegebenenfalls von dem Betroffenen allein ohne ärztliche Beratung und ohne Arztgespräch erstellt werden kann, kann im Rahmen des Gesprächs über die Behandlungsvereinbarung der behandelnde Arzt seine Gründe darlegen, welche Behandlung aus seiner Sicht erforderlich ist, und insoweit den Betroffenen überzeugen, diese Behandlung in Krisenfällen ganz oder zumindest teilweise zu akzeptieren.

## **Für wen kommt eine Behandlungsvereinbarung in Betracht?**

Eine Behandlungsvereinbarung ist für (fast) alle Betroffenen geeignet.

Diejenigen Betroffenen, die eine entsprechende Vereinbarung mit den behandelnden Psychiatern von vornherein ablehnen, können eine Patientenverfügung verfassen. Es empfiehlt sich in diesem Fall, die Patientenverfügung von vornherein mit einer Vorsorgevollmacht für eine Person des Vertrauens zu verbinden, damit im Krisenfall der Bevollmächtigte für die Umsetzung des in der Patientenverfügung niedergelegten Willens sorgen kann und kein Betreuer bestellt wird.

Eine Behandlungsvereinbarung ist für alle Behandler geeignet.

Es ist nicht ersichtlich, aus welchen Gründen in der Psychiatrie Tätige ein Entscheidungsmonopol über die durchzuführende Behandlung beanspruchen und sich einer Behandlungsvereinbarung verschließen können.

## **Kultur der Behandlungsvereinbarung**

Durch das Gesetz über die Patientenverfügung haben sich die Koordinaten der Entscheidungsfindung zu einem verbindlichen Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen verschoben. Anders als nach früherem Recht können die Betroffenen jederzeit darauf verweisen, einseitig eine verbindliche Patientenverfügung zu verfassen.

Es bedarf daher einer von der Klinikleitung initiierten Kultur der Behandlungsvereinbarung, um den therapeutischen Einfluss der Behandler auf den Ablauf der Behandlung zu wahren.

Es ist zu empfehlen, dass aufgrund der neuen Rechtslage alle psychiatrischen Einrichtungen standardmäßig eine Behandlungsvereinbarung anbieten. Es ist darüber hinaus erforderlich, dass der der Behandlungsvereinbarung zugrunde liegende Gedanke des gemeinsamen Entscheidens über die in der nächsten Krise durchzuführende Behandlung nicht nur formal umgesetzt wird, sondern die Betroffenen das Gefühl bekommen, dass diese gemeinsame Entscheidung dem selbstverständlichen Standard einer modernen Psychiatrie entspricht.

# Patientenverfügungen bei psychischen Erkrankungen – Möglichkeiten und Grenzen aus medizinethischer Sicht

Jochen Vollmann

Ziel des neuen »Patientenverfügungsgesetzes« ist es, dass autonome Bürger selbstbestimmte Entscheidungen für ihre zukünftige medizinische Behandlung im Falle der Selbstbestimmungsunfähigkeit verbindlich angeben können. Patientenverfügungen sind dann verbindlich, wenn sie Angaben über die konkrete gesundheitliche Situation enthalten, in dem die Behandlungswünsche gelten sollen. Weiterhin müssen Art und Umfang der gewünschten bzw. abgelehnten medizinischen Behandlung möglichst konkret formuliert sein. Weiterhin ist hilfreich, wenn der Verfasser Auskunft über seine persönliche Werthaltung, Lebensstil, religiöse Überzeugung etc. macht.

Auch wenn Patientenverfügungen im Gesetzgebungsprozess primär für das Problemfeld Entscheidungen am Lebensende von schwer körperlich kranken, wie z. B. Krebspatienten, diskutiert wurden, hat der Gesetzgeber explizit keine Reichweitenbeschränkung vorgenommen. Das bedeutet, dass Patientenverfügungen unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung gelten, also auch für alle Formen psychischer Erkrankungen.

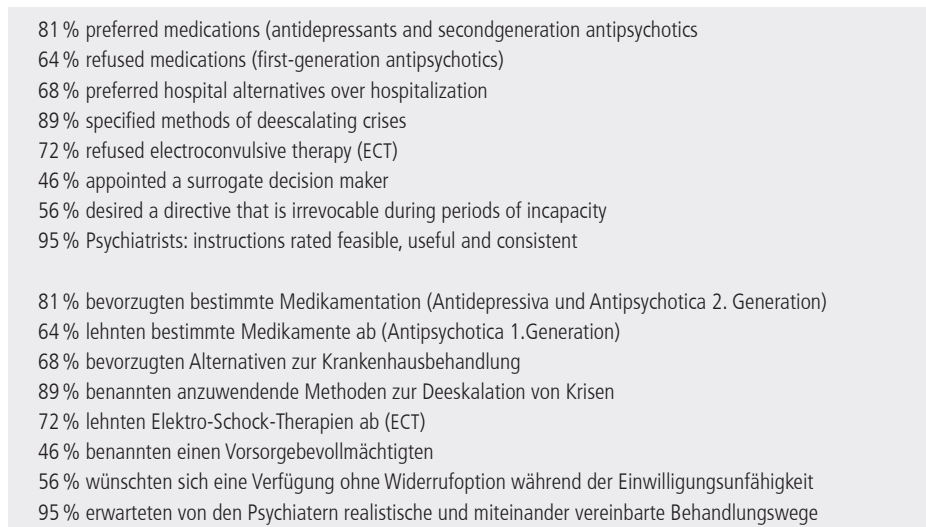
Bisher spielen Patientenverfügungen in der Psychiatrie nur eine begrenzte Rolle in der klinischen Praxis. Eine Internetrecherche unter den Begriffen »Patientenverfügungen« und »Psychiatrie« führt zu zahlreichen Homepages und Internetforen von Interessensorganisationen von psychisch Kranken und Psychiatricerfahrenen, Beratungsangeboten von Vereinen und Rechtsanwälten etc.

Als klinische Beispiele für die Inhalte von Patientenverfügung werden angeführt:

- Generelle Therapieablehnung (z. B. Neuroleptika, »Elektroschocks«, Beschäftigungstherapie)
- Ablehnung von hochpotenten Neuroleptika
- Ablehnung konkreter Psychopharmaka
- Festlegung einer Maximaldosis
- Festlegung einer maximalen Behandlungsdauer
- Festlegung eines neuroleptikafreien Therapieintervalls
- Zustimmung unter Bedingungen (z. B. Verlegung auf eine offene Station)
- Zustimmung in konkreten Situationen (z. B. akute Suizidalität)

In den USA liegen bereits mehrjährige Erfahrungen mit Patientenverfügungen in der Psychiatrie vor. Die dortige Handhabung ist wenig ideologisch, sondern

pragmatisch und praxisorientiert. Patienten machten in den Patientenverfügungen konkrete Angaben, die von Psychiatern überwiegend als hilfreich und konsistent beurteilt wurden.



**Abb. 1: Angaben in Patientenverfügungen in den USA (original und übersetzt)**

Aus ethischer Perspektive kann festgehalten werden, dass Patientenverfügungen nicht nur für körperliche, sondern auch für psychische Erkrankungen Anwendung finden können. Insofern liegt kein prinzipieller ethischer Unterschied zwischen Gültigkeit von Patientenverfügungen bei körperlichen versus seelischen Leiden vor.

Voraussetzung für die Gültigkeit von Patientenverfügungen ist aber die Selbstbestimmungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Verfassung von Patientenverfügungen. Da psychische Erkrankungen die Selbstbestimmungsfähigkeit von Patienten aufheben können, bedarf die Prüfung von Selbstbestimmungsfähigkeit bei der Verfassung von Patientenverfügungen in der Psychiatrie besonderer Beachtung. Es ist ärztliche Aufgabe, im Zweifelsfall die Selbstbestimmungsfähigkeit von Patienten zu prüfen. Hierzu gilt als »Gold Standard« in der internationalen psychiatrischen Literatur der MacArthur Competence Assessment Tool, der für die Bereiche Behandlung, medizinische Forschung und Forensik vorliegt.

Die Autoren haben den Test als »Decisional Competence Assessment Tool for Psychiatric Advance Directives« (DCAT-PAD) zur Prüfung der Selbstbestimmungsfähigkeit bei der Verfassung von psychiatrischen Patientenverfügungen weiterentwickelt.

Als Prüfkriterien formuliert der Test:

- understand the key components of PADs
  - appreciate whether or not PADs would be relevant to them and their treatment
  - reason about how PADs would affect their lives
  - choose whether they would want to fill out a PAD
  - understand the pros and cons of hospital treatment
  - appreciate whether hospitalization may be a relevant option for them
  - reason about how hospital treatment would affect their lives
  - choose whether they would want to be hospitalized if they became ill
- 
- Verständnis der Kernbestandteile der Patientenverfügung (PV)
  - Einschätzungsvermögen in Bezug auf die Auswirkung der PV auf die Behandlung
  - Einfluss der PV auf die Lebensgestaltung
  - freie Wahlmöglichkeit bzw. Entscheidung für eine PV
  - Verständnis für Pro und Kontra
  - Einschätzungsvermögen, ob die Krankenhausbehandlung eine wirksame Behandlungsoption ist
  - Einfluss der Krankenhausbehandlung auf die Lebensgestaltung
  - Wahlmöglichkeit zur Krankenhausbehandlung

**Abb. 2: Prüfkriterien DCAT-PAD (original und übersetzt)<sup>1</sup>**

Aus ethischer Sicht lassen sich folgende Schlüsse folgern:

- Patientenverfügungen gelten für die medizinische Behandlung unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung. Sie gelten demnach für die Behandlung von allen Erkrankungen unabhängig ob somatischer oder psychischer Natur.
- Da die Selbstbestimmungsfähigkeit durch psychische Erkrankungen aufgehoben sein kann, ist der Prüfung und Dokumentation dieses Sachverhalts besondere Beachtung zu schenken.
- Neben der Selbstbestimmungsfähigkeit sind die Passgenauigkeit der Patientenverfügung sowie möglichst konkrete Behandlungswünsche wichtig.
- Da das Kriterium der Passgenauigkeit mittels einer Verfügung für zukünftige Situationen naturgemäß nicht immer herzustellen ist, sind grundlegendere Angaben zur Werthaltung, Lebenseinstellung etc. hilfreich.
- Es wird empfohlen, die Patientenverfügung mit der Bevollmächtigung eines informierten und vertrauten Menschen mittels Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung zu verbinden.
- Eine rechtzeitige und angemessene Arzt-Patient-Kommunikation über Therapieoptionen und Patientenselbstbestimmung sollen dem Verfassen einer Patientenverfügung vorausgehen.

---

<sup>1</sup> WILDER CM, ELBOGEN EB et al. (2007): Effect of patients' reasons for refusing treatment on implementing psychiatric advance directives. *Psychiatric Services* 58. S. 1348–1350

## Literatur zur Thematik

- APPELBAUM, P. S. (1991): Advance directives for psychiatric treatment. *Hospital and Community Psychiatry* 42, 983–984
- APPELBAUM, P. S. (2004): Psychiatric advance directives and the treatment of committed patients. *Psychiatric Services* 55, 751–752, 763
- ASCHER-SVANUM, H., ZHU, B. et al. (2006): Time to discontinuation of atypical versus typical antipsychotics in the naturalistic treatment of schizophrenia. *BMC Psychiatry* 6, 8
- Chancen e. V. (2010): Entwurf einer Patientenverfügung <http://www.beep-world.de/members94/chancen-online/patientenverfuegung.htm>. Letzter Zugriff: 16.06.2010
- DRESSER, R. (2010): Suicide Attempts and Treatment Refusals. *Hastings Center Report* 40, 10–11
- ELBOGEN, E. B./SWANSON, J. W. et al. (2007): Competence to complete psychiatric advance directives: effects of facilitated decision making. *Law and Human Behavior* 31, 275–289
- FINZEN, A. (2009): Ende der Zwangspsychiatrie? Das neue Gesetz zur Patientenverfügung erweitert den Vorsorgespielraum psychisch Kranker. *Psycho-soziale Umschau* 042009, 26
- GRISSE, T./APPELBAUM, P. S. (1998): *Assessing competence to consent to treatment : a guide for physicians and other health professionals*. Oxford University Press, New York
- HACK, C. M. (2004): Patientenverfügung: Anleitung zur Kooperation <http://www.clinicum.at/dynasite.cfm?dsmid=60015&dspaid=420029> Letzter Zugriff: 20.07.2010
- HONBERG, R. S. (2010): Advance Directives [http://www.nami.org/Content/ContentGroups/Legal/Advance\\_Directives.htm](http://www.nami.org/Content/ContentGroups/Legal/Advance_Directives.htm). Letzter Zugriff: 16.06.2010
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel (2010): *Behandlungsvereinbarung*. Eigenverlag, Bielefeld
- National Resource Center on Psychiatric Advance Directives (2010): Homepage <http://www.nrc-pad.org>. Letzter Zugriff: 16.06.2010
- OLZEN, D./KAYA, E. et al. (2009): Die Auswirkungen des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes (Patientenverfügungsgesetz) auf die medizinische Versorgung psychisch Kranker. Gutachten für die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Berlin
- ROLSHOVEN, H./RUDEL, P. (1993): Das formelle Psychiatrische Testament. Gebrauchsanweisung und Mustertext. In: KEMPKE, K., LEHMANN, P. (Hg.) *Statt Psychiatrie*. Antipsychiatrieverlag, Berlin, 282–298
- SEIBT, M. (2009): Endlich kann der Zwangspsychiatrie ein Riegel vorge-schoben werden! In: Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener,



- Irren-Offensive, Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Berlin-Brandenburg, Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW, Werner-Fuss-Zentrum, Antipsychiatrische und betroffenenkontrollierte Informations- und Beratungsstelle (Hg.), Berlin
- SREBNIK, D./APPELBAUM, P. S. et al. (2004): Assessing competence to complete psychiatric advance directives with the competence assessment tool for psychiatric advance directives. *Comprehensive Psychiatry* 45, 239–245
- SREBNIK, D. S./RUTHERFORD, L. T. et al. (2005): The content and clinical utility of psychiatric advance directives. *Psychiatric Services* 56, 592–598
- SWANSON, J. W./MCCRARY, S. V. et al. (2006 a): Superseding psychiatric advance directives: ethical and legal considerations. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 34, 385–394
- SWANSON, J. W./SWARTZ, M. S. et al. (2006 b): Facilitated psychiatric advance directives: a randomized trial of an intervention to foster advance treatment planning among persons with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry* 163, 1943–1951
- SWARTZ, M. S./SWANSON, J. W. et al. (2006): Patient Preferences for Psychiatric Advance Directives. *International Journal of Forensic Mental Health* 5, 67–81
- WILDER, C. M./ELBOGEN, E. B. et al. (2007): Effect of patients' reasons for refusing treatment on implementing psychiatric advance directives. *Psychiatric Services* 58, 1348–1350

### **Eigene Publikationen zum Themenfeld**

- VOLLMANN, J. (1997): Die Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten in der sozialpsychiatrischen Praxis. Ein medizinethisches Modell und seine praktische Umsetzung. *Psychiatrische Praxis* 24, 181–184
- VOLLMANN, J. (1998): Ärztliche Lebensbeendigung und Patientenselbstbestimmung. Eine medizinethische Stellungnahme. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 123, 93–96
- VOLLMANN, J./KNÖCHEL-SCHIFFER, I. (1999): Patientenverfügungen in der klinischen Praxis. *Medizinische Klinik* 94, 398–405
- VOLLMANN, J. (1999): Aufklärung und Einwilligung von Patienten in der Medizin: Klinische Praxis – Medizinethik – Gesundheitsökonomie. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 45, 109–117
- VOLLMANN, J. (2000): Aufklärung und Einwilligung in der Psychiatrie. Ein Beitrag zur Ethik in der Medizin. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie, Band 96. Steinkopff, Darmstadt
- VOLLMANN, J. (2000): Chancen und Risiken von Patientenverfügungen bei

- dementiellen Störungen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 13, 38–50
- VOLLMANN, J. (2000): Einwilligungsfähigkeit als relationales Modell. *Klinische Praxis und medizinethische Analyse. Nervenarzt* 71, 709–714
- VOLLMANN, J. (2000): Patienten als Kunden? Ethische und professionelle Aspekte aus der Sozialpsychiatrie. *Management im Gesundheitswesen* Nr. 4 (Oktober 2000), S. 4–9
- VOLLMANN, J. (2001): Advance directives in patients with Alzheimer's disease. Ethical and clinical considerations. *Medicine, Health Care and Philosophy* 4, 161–167
- BAUER, A./VOLLMANN, J. (2002): Einwilligungsfähigkeit bei psychisch Kranken. Eine Übersicht empirischer Untersuchungen. *Nervenarzt* 73, 1031–1038
- VOLLMANN, J./BAUER, A./DANKER-HOPFE, H./HELMCHEN, H. (2003): Competence of mentally ill patients: A comparative study. *Psychological Medicine* 33, 1463–1471
- SCHILD MANN, J./BAUER, A./TILMANN, A./VOLLMANN, J. (2003): Aufklärung und Einwilligung zur Psychopharmakotherapie aus der Sicht schizophrener und depressiver Patienten. Eine empirische Untersuchung aus der klinischen Medizinethik. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 71, 265–270
- VOLLMANN, J./PFAFF, M. (2003): Patientenverfügungen: Theoretische Konzeption und praktische Bedeutung in den USA. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 128, 1494–1497
- VOLLMANN, J./KÜHL, K. P./TILMANN, A./HARTUNG, H. D./HELMCHEN, H. (2004): Einwilligungsfähigkeit und neuropsychologische Einschränkungen bei dementen Patienten. *Nervenarzt* 75, 29–35
- VOLLMANN, J./WANK, M./WEIDTMANN, A./REINHARDT, F. M. (2004): What did she »really« want? *Intensive Care Medicine* 30, 733
- BURCHARDI, N./RAUPRICH, O./VOLLMANN, J. (2004): Patientenselbstbestimmung und Patientenverfügungen aus der Sicht von Patienten mit Amyotropher Lateralsklerose. Eine qualitativ-emprische Untersuchung. *Ethik in der Medizin* 16, 7–21
- BREDEN, T./VOLLMANN, J. (2004): The cognitive based approach of capacity assessment in psychiatry: A philosophical critique of the MacCAT-T. *Health Care Analysis* 12, 273–283
- BURCHARDI, N./RAUPRICH, O./HECHT, M./BECK, M./VOLLMANN, J. (2005): Discussing living wills: a qualitative study of neurologists and patients with amyotrophic lateral sclerosis in Germany. *Journal of Neurological Sciences* 237, 67–74
- LANG-WELZENBACH, M./FASCHING, P. A./VOLLMANN, J. (2005): Patientenverfügungen und Therapieentscheidungen in der gynäkologischen Onkologie.

- Qualitative Interviews mit Patientinnen, Ärzten und Pflegepersonal. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 65, 494–499
- BURCHARDI, N./RAUPRICH, O./VOLLMANN, J. (2005): Patientenverfügungen in der hausärztlichen Betreuung von Patienten am Lebensende. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 6, 65–69
- VOLLMANN, J. (2008): Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit. *Beiträge zur Klinischen Ethik*. Kohlhammer, Stuttgart
- VOLLMANN, J./SCHILDMANN, J./SIMON, A. (Hg.) (2009): *Klinische Ethik. Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis*. Campus, Frankfurt/Main 2009
- VOLLMANN, J. (2010): Clinical ethics committees and clinical ethics consultation in psychiatry. In: HELMCHEN, H., SARTORIUS, N. (Hg.) *Ethics in psychiatry. European contributions*. Springer, Amsterdam, S. 109–128

# Behandlungsvereinbarung und Patientenverfügung aus Sicht einer Psychiatrieerfahrenen

Sibylle Prins

## Was ist die Behandlungsvereinbarung?

Die Behandlungsvereinbarung (BV) ist ein mehrseitiges Formular, auf dem individuelle Absprachen mit ehemaligen Patient/innen einer psychiatrischen Klinik für den Fall einer erneuten stationären Behandlung in dieser Klinik festgehalten werden.

Es handelt sich nicht um einen rechtlich verbindlichen, einklagbaren Vertrag, sondern lediglich um eine beidseitige Abmachung. In der Präambel verpflichtet sich allerdings die Klinik, die Absprachen einzuhalten, etwaige Abweichungen müssen begründet und dokumentiert werden. Die Behandlungsvereinbarung wird als zu beachtende Willenserklärung – auch bei einer Unterbringung – im nordrhein-westfälischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (*PsychKG NRW*) erwähnt.

Während sich eine Patientenverfügung auf jede mögliche eintreffende psychiatrische Diagnose und Behandlung bezieht, geht die Behandlungsvereinbarung von einer konkreten, bereits erfahrenen Behandlung in einer bestimmten Klinik aus. Sie ist auf die Besonderheiten des/der jeweiligen Patient/in und die spezielle Klinik abgestimmt. Diese beiden letzten Punkte beziehen sich auf die ursprüngliche Konzeption der BV. Im Zuge des Gesetzes über Patientenverfügungen kann sich in der Rechtsverbindlichkeit und in der Reichweite evtl. etwas geändert haben.

## Zur Geschichte der Behandlungsvereinbarung

Die Behandlungsvereinbarung wurde als gemeinsames Projekt der psychiatrischen Klinik Bielefeld-Bethel – Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld – und dem Verein Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld e. V., einer Selbsthilfe- und Interessenvertretungsorganisation von Betroffenen, entwickelt und ist seit 1994 in Kraft. Die Idee war, dass Psychiatrie-Erfahrene mehr Einfluss auf ihre Behandlung nehmen wollten, besonders dann, wenn sie mit einer vorangegangenen Behandlung unzufrieden waren, und diese ihren Bedürfnissen nicht entsprach. Vonseiten der Klinik gab es das Interesse, die Be-

troffenen als »Experten in eigener Sache« wahrzunehmen, und die Behandlung besser und individueller zu gestalten.

Analog zur Behandlungsvereinbarung, die sich auf die Behandlung in der Klinik während einer akuten Krise bezieht, wurde für den Heimbereich im Jahr 2004 ein ähnliches Instrument entwickelt, die sog. »*beidseitige Willenserklärung*«.

## Was enthält die Behandlungsvereinbarung?

Die Behandlungsvereinbarung enthält Regelungen und Absprachen zu folgenden Punkten:

- Kontakt- und Besuchswünsche (wer soll/darf zu Besuch kommen, wer nicht? Wer soll bei einer überraschenden Einweisung benachrichtigt werden?).
- Angaben zur ambulanten (Vor-)Behandlung bei niedergelassenen Ärzten, Regelungen zur Aufnahmesituation und zur pflegerischen Bezugsperson.
- Absprachen zu Medikamenten und Darreichungsformen.
- Die Möglichkeit, Elektrokrampftherapie grundsätzlich abzulehnen.
- Hinweise, wie möglicherweise in eskalierten Situationen psychiatrische Zwangsmaßnahmen (Isolierung, Fixierung etc.) vermieden werden können.
- Die Möglichkeit, bei erfolgten Zwangsmaßnahmen Einsicht in die Dokumentation und eine Nachbesprechung zu erhalten (in der Klinik Bielefeld-Bethel inzwischen Standard für alle Patient/innen).
- Angaben und Regelungen zur sozialen Situation, z. B. sind Kinder oder andere Personen bzw. Haustiere zu versorgen? Müssen hinsichtlich der Wohnsituation (Vermieter, Nachbarn) Fragen geklärt werden? Sind finanzielle Angelegenheiten zu erledigen, bzw. Fahrzeuge sicherzustellen? Wie soll der Kontakt zum Arbeitgeber erfolgen? usw.
- Für den Fall, dass eine gesetzliche Betreuung eingerichtet werden soll: Gibt es die Möglichkeit, eine/n Betreuer/in vorzuschlagen (Betreuungsverfügung)?

Als Anlage enthält die Behandlungsvereinbarung eine sog. Vorsorgevollmacht, mit der eine Vertrauensperson des/der Betroffenen individuell abgestimmt bevollmächtigt werden kann, dessen/deren persönliche Interessen wahrzunehmen, u. a.: Auskünfte von der Klinik zu erhalten, Akteneinsicht zu nehmen, Zustimmung zu ärztlichen Maßnahmen zu erteilen oder zu verweigern, sich um die finanziellen Angelegenheiten zu kümmern, mit Sozialleistungsträgern zu verhandeln, usw. Diese Bevollmächtigung ist freiwillig und kann jederzeit wieder zurückgenommen werden.

Darüber hinaus bietet die Behandlungsvereinbarung die Möglichkeit, zu allen weiteren, persönlich wichtigen Bereichen Absprachen zu treffen, z. B. zum

Tages- und Therapieprogramm während der Behandlung, Ernährung, Rückzugsbedürfnis etc.

## **Wie funktioniert eine Behandlungsvereinbarung?**

Die in einem gemeinsamen Gespräch aufgestellte und ggf. korrigierte Behandlungsvereinbarung (Verfahren siehe unten) wird dem/der Patient/in in einer von allen Beteiligten unterschriebenen Fassung zum Verbleib zugesandt, bei Bedarf kann dieser seine/n Vertrauensperson/e/n eine Kopie weitergeben. Ferner werden in der Klinik ebenfalls zwei unterschriebene Fassungen aufbewahrt, eine in der zentralen Aufnahme, eine auf der zuständigen Station. Falls eine Einweisung erfolgt, kommt die BV zum Einsatz und verbleibt während des Aufenthalts in den Patientenunterlagen.

## **Wie schließt man eine Behandlungsvereinbarung ab?**

Die/der Patient/in fordert bei der Klinik ein Blanko-Exemplar der BV an. Dann hat er/sie erst mal Zeit, seine/ihre Wünsche und Überlegungen zu formulieren. Anschließend wird ein Gesprächstermin mit der Klinik vereinbart, daran nehmen teil: der/die Psychiatrie-Erfahrene (Patient/in), der/die außerdem eine Vertrauensperson mitbringen kann, die Koordinatorin für Behandlungsvereinbarungen, der Oberarzt/die Oberärztin der zuständigen Station, ein/e Vertreter/in des Pflegeteams, ggf. weitere Personen. Die einzelnen Punkte der BV werden nun besprochen und ausgehandelt. Ein Vereinbarungsgespräch dauert im Regelfall 60– 120 Minuten, in Einzelfällen sind mehrere Gespräche notwendig. Danach erhält der Psychiatrie-Erfahrene die ausgefüllte BV zur Korrektur zugesandt. Ist er/sie mit den Formulierungen einverstanden, sendet er/sie ein unterschriebenes Exemplar an die Klinik, und erhält später das nun von allen Gesprächsteilnehmer/innen unterschriebene Exemplar zur persönlichen Aufbewahrung.

Haben sich im Laufe der Zeit die Überlegungen zur Krisenbehandlung oder die Lebensumstände gravierend geändert, ist es sinnvoll, die Behandlungsvereinbarung zu aktualisieren. Dies kann schriftlich oder telefonisch geschehen, manchmal wird ein erneutes Gespräch notwendig sein. Bisher wird es als wenig sinnvoll angesehen, bereits vor einer jemals erfolgten Behandlung in der Klinik mit dieser eine BV abzuschließen.

## Beispiele für Absprachen:<sup>1</sup>

*Frau A.* und auch die Mitarbeiter, die sie gut kennen, schätzen *Frau A.* als sehr ehrlich ein. Bei Suizidalität kann man sich gut auf Absprachen mit *Frau A.* verlassen.

In psychotischen Krisen dagegen schätzt *Frau A.* ihre Absprachefähigkeit als fraglich ein, möchte dann immer im Blick der Mitarbeiter sein.

Beängstigend für sie sind dann zu viele Menschen (bitte auch bei Visiten berücksichtigen). Zwei bis drei Personen sind für sie aber gut einschätzbar.

Drohen Situationen zu eskalieren, kann es hilfreich sein, *Frau A.* zu berühren und über den Körperkontakt einen Realitätsbezug herzustellen. Dies sollten nur männliche Mitarbeiter versuchen. *Frau A.* hat in der Vergangenheit Gewaltsituationen mit Frauen erlebt, diese können ggf. re-aktualisiert werden ...

... In Krisensituationen reagiert *Frau S.* sehr ängstlich auf Männer. Bezugsmitarbeiter sollte auf jeden Fall Frauen sein. In Notfallsituationen bitte immer Frauen hinzurufen.

Bekannt sind extreme Stimmungsschwankungen, in denen *Frau S.* auch sehr gereizt und angespannt sein kann. Diese gehen erfahrungsgemäß schnell vorbei, *Frau S.* kann aber in solchen Situationen verbal aggressiv reagieren. Das weiche Zimmer könnte dann für sie ein Angebot sein. Sie reagiert sich dann ab, z. B. durch Schlagen auf eine Matratze.

In sehr angespannten Zuständen möchte sie eine von ihr selbst geschriebene »Anweisung zu Erdungsübungen« gezeigt bekommen. Diese liegt der BV bei.

Sollte *Frau S.* verbal aggressiv und beleidigend gegenüber Mitarbeitern sein, ist dies nicht persönlich gemeint und *Frau S.* bedauert dieses im Nachhinein sehr ...

... Wenn *Frau B.* in die Klinik kommt, muss sie auf jeden Fall aufgenommen werden, da sie dann von starken suizidalen Gedanken geplagt wird, auch wenn sie dieses nicht explizit äußern kann.

*Frau B.* ist insulinpflichtig und bittet bei Aufnahme, ihr das mitgebrachte Insulin abzunehmen.

*Frau B.* äußert schnell Entlassungswünsche, diese sollten wenn nötig auch täglich mit ihr besprochen werden. Wenn sie sich eine Entlassung 100%ig zutraut, kann man sich in der Regel auf ihre Einschätzung verlassen.

Bei allen wichtigen Behandlungs- und Entlassungsplanungen sollte *Frau H.* vom Verein XYZ möglichst hinzugezogen werden ...

... Familiengespräche, z. B. mit *Herrn W.* und seiner Mutter, sollen NUR mit seinem Einverständnis erfolgen, keinesfalls von der Klinik ohne seine Zustimmung veranlasst werden.

---

1 Unter Verwendung eines Manuskripts der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld.

Herr W. wurde darüber informiert, dass bei Bedarf Angehörige auch ohne Zustimmung der Patienten über Gesprächsmöglichkeiten (Angehörigensprechstunden oder Selbsthilfegruppen) informiert werden ...

... Die letzten Aufnahmen von *Herrn T.* erfolgten gegen seinen Willen. Er war dann sehr in seiner eigenen Welt und seinen Vorstellungen gefangen, eine Verständigung war schwer möglich. Herr T. wünscht sich sehr, in Zukunft frühzeitig und freiwillig in die Klinik zu kommen. Absprachen hierzu wird er mit seinem Betreuer treffen. Herr T. möchte bei Aufnahme daran erinnert werden, dass auf dem Spiel steht, dass der Tierschutz ihm seine Katze wegnimmt. Deshalb möchte er zeitig die Medikamente einnehmen, um die Behandlung so kurz wie möglich zu halten. Er akzeptiert bis zu 800 mg Seroquel und Neurocil. Er wünscht sich, dass alles dafür getan wird, dass die Einnahme freiwillig erfolgt. Es wird ihm zugesagt, dass er bis zu 4 Std. (vorausgesetzt, es kommt nicht zu bedrohlichen Situationen) Zeit hat, die Medikamente einzunehmen. Erst dann soll ein Depot gegeben werden ...

... Wichtig ist es *Herrn S.*, alles zu tun, damit er seine Medikamente freiwillig einnimmt. Bekannte Mitarbeiter sollten ihm möglichst zu zweit nachdrücklich die Medikation anbieten. Ein Mitarbeiter sollte weiblich sein. Dies mache Herrn S. weniger Angst. Dabei bitte erklären, dass es sich bei den Tabletten nicht um »Gift« handelt. Auf jeden Fall soll eine Zwangsmedikation mit Spritzen vermieden werden. Bei einer Fixierung sollte das Zimmer leer sein, da Herrn S. dann alle möglichen Gegenstände irritieren. Bei der Fixierung im Beobachtungszimmer bitte das Bett in Blickrichtung zum Personal stellen, damit Herr S. dieses auch sehen kann.

Herr S. hat aufgrund von Erfahrungen große Angst, zum Duschen von einer großen Anzahl Mitarbeitern begleitet zu werden. Er möchte durch bekannte Mitarbeiter mit Nachdruck zum Duschen aufgefordert werden ...

... *Frau Z.* kommt erfahrungsgemäß nachts zur Aufnahme. Sie sollte dann auf jeden Fall aufgenommen werden, auch wenn die Symptome auf den ersten Blick nicht erkennbar sind. So können heftige Dekompensationen vermieden werden. In der akuten Krise braucht sie eine sehr enge Begleitung. Es muss auf jeden Fall verhindert werden, dass sie die Klinik unabgesprochen verlässt (Sichtkontakt). Sie würde dann Dinge tun, die sie hinterher stark bereut, z. B. sich in der Öffentlichkeit zu entkleiden.

Frau Z. ist es sehr wichtig, festzuhalten, dass sie, auch wenn sie sehr stark schimpft, noch nie Menschen gegenüber körperlich aggressiv geworden ist ...

## **Erfahrungen einer Betroffenen mit der Behandlungsvereinbarung**

Nach einem schlecht verlaufenen ersten Aufenthalt in der Klinik wurde mir die Behandlungsvereinbarung angeboten, wofür ich heute sehr dankbar bin. Sich zwei Monate nach meiner Entlassung mit drei vertrauten Menschen und fünf



Professionellen zu einem Gespräch zusammenzusetzen, setzte bei mir im Vorfeld schon eine intensive und verantwortungsvolle Auseinandersetzung mit meiner Erkrankung voraus.

Wichtig war mir, dass die Mitarbeiter den Menschen hinter der Psychose – in der ich auch anstrengend war – als Person erlebten, die gut verhandeln kann.

Ich konnte Kritik anbringen, musste aber auch aushalten zu hören, was die Profis während meines Aufenthalts wahrgenommen hatten.

Unverständlich finde ich, dass die prophylaktisch wirkende Maßnahme der Behandlungsvereinbarung nicht von der Krankenkasse bezahlt wird.

Heute begeben sich rechtzeitig in die Klinik, was sich sehr günstig auf die Verweildauer auswirkt. Es sind keine Experimente mit der Medikation nötig, und die Mitarbeiter wissen, welche Therapien/Maßnahmen mir helfen und was mir eher schadet.

Kritisch anmerken möchte ich noch, dass manche sehr individuellen Inhalte nicht in meinem Sinne verhandelbar sind.

Abschließend möchte ich allen Mut machen, eine Behandlungsvereinbarung abzuschließen, mit der Hoffnung, dass »Verhandeln statt Behandeln« zum Standard in allen psychiatrischen Kliniken in Deutschland wird.

D.D.

## Weitere Infos und Kontakt

Nähere Informationen erhalten Sie bei der Koordinatorin für Behandlungsvereinbarungen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Ev. Krankenhaus Bielefeld, Frau Pleininger-Hoffmann, Tel. 0521 77278559 oder beim Verein Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld e. V., zu erreichen über [info@vpe-bielefeld.de](mailto:info@vpe-bielefeld.de) sowie unter [www.psychiatrie-bielefeld.de](http://www.psychiatrie-bielefeld.de).

Mitglieder des Vereins Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld und Frau Pleininger-Hoffman sind auch gern bereit, die BV in Kliniken, Einrichtungen und bei Veranstaltungen außerhalb von Bielefeld vorzustellen (gegen Fahrtkostenerstattung, ggf. Unterkunft und evtl. Honorar).

# **Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung aus Sicht einer Angehörigen**

**Gudrun Schliebener**

Eine Patientenverfügung ist eine schriftliche Vorausverfügung eines einwilligungsfähigen Volljährigen. Sie gilt für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit und verfügt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt.

Eine Patientenverfügung ist also eine eindeutige, aber einseitige Willensbekundung. Die Behandlungsvereinbarung ist ebenfalls eine eindeutige Willensbekundung des/der Betroffenen, aber in Absprache und im Einvernehmen mit der infrage kommenden Klinik oder noch besser, falls vorhanden: mit den Diensten und Einrichtungen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes.

## **Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie**

Behandlungsvereinbarungen wurden erstmals ca. 1993 in Bielefeld von Mitgliedern des Vereins der Psychiatrieerfahrenen (VPE) und Mitarbeiter/innen der Klinik Gilead IV erarbeitet.

Die Behandlungsvereinbarung, die ich vorstellen möchte, wurde auf der Basis der Bielefelder Vereinbarung durch eine trialogische Gruppe, bestehend aus Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen aus dem Pflichtversorgungsgebiet der LWL-Klinik und Mitarbeitern der Klinik Gütersloh überarbeitet.

Grundlage für den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung ist die Überzeugung aller Beteiligten, gleichberechtigt, also «auf Augenhöhe» eine Vereinbarung zu treffen, die bei einer evtl. erforderlichen stationären Behandlung der Betroffenen hilfreich ist.

Durch die Aufnahme der Behandlungsvereinbarung in das nordrhein-westfälische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (*PsychKG NRW*) hatte der Gesetzgeber 1999 die Willensäußerungen der Betroffenen gestärkt und ihnen einen zu beachtenden Wert zugesprochen. Daher konnte bei Nichtbeachtung der Behandlungsvereinbarung oder bei unbegründeter Abweichung von einem Behandlungsfehler ausgegangen werden.

Nach der neuen Rechtslage mit Inkrafttreten des Patientenverfügungsgesetzes ist die Behandlungsvereinbarung eine Willensbekundung der/des Betroffenen, der nachzukommen ist.

Sie ist rechtlich der Patientenverfügung gleichgestellt.

Das Rahmenpapier, das Bestandteil der Behandlungsvereinbarung ist, beschreibt die Grundlagen, die zum Abschluss einer solchen Vereinbarung führen:

*»Betroffene sehen sich verstärkt für ihre psychische Entwicklung selbst verantwortlich und möchten erreichen, dass ihre Erfahrungen mit ihren Krisen in der Klinik beachtet und im Rahmen einer eventuell erforderlichen stationären Behandlung genutzt und umgesetzt werden.*

*Die Klinik will mit diesen Absprachen die Eigenverantwortlichkeit der Betroffenen stärken und ihre Erfahrungen nutzen, um in Krisensituationen adäquater helfen zu können.*

*Die Behandlungsvereinbarung dient auch der gegenseitigen Vertrauensbildung.*

*Sie enthält wichtige Hinweise für eine individuell angemessene Behandlung.*

*Das Aushandeln einer Behandlungsvereinbarung ist ein therapeutischer Prozess, dessen positive Auswirkungen sich möglicherweise erst viel später herausstellen.*

*Eine Behandlungsvereinbarung soll jeder/jedem Betroffenen während ihres/seines Klinikaufenthaltes im Anschluss an die akute Erkrankungsphase angeboten werden.*

*Der Zeitrahmen sollte so bemessen sein, dass die Möglichkeit zu ausführlicher Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Punkten – eine stationäre Behandlung betreffend – besteht.*

*Der Abschluss der Behandlungsvereinbarung soll in einem gemeinsamen Gespräch mit allen Beteiligten, nämlich*

- *der/dem Betroffenen*
- *der Vertrauensperson/den Vertrauenspersonen*
- *der zuständigen Stationsärztin/dem zuständigen Stationsarzt bzw. Bezugstherapeutin*
- *der zuständigen Fachärztin/dem zuständigen Facharzt*
- *der zuständigen Mitarbeiterin/dem zuständigen Mitarbeiter des Pflegedienstes*
- *ggf. der gesetzlichen Betreuerin dem gesetzlichen Betreuer erfolgen.*

*Da es sich nicht nur um eine einseitige Willenserklärung, sondern um eine VEREINBARUNG handelt, werden die einvernehmlichen Absprachen dokumentiert und von den Gesprächsteilnehmerinnen und Gesprächsteilnehmern unterschrieben.*

*Unterstützung bieten an:*

*Die Selbsthilfegruppe der Psychiatrieerfahrenen*

*und die Interessengemeinschaft der Angehörigen«*

Als Angehörige stehen wir der Behandlungsvereinbarung insgesamt positiv gegenüber. Wichtig erscheint uns folgender Aspekt: Der Abschluss einer

Vereinbarung bzw. die Vorbereitung dazu erfordert eine bewusste Auseinandersetzung mit der Erkrankung und mit den Erfahrungen, zum Beispiel: Was hat geholfen, welches Umfeld, welche Medikamente, welche Personen, welche therapeutische Angebote, und was hat nicht geholfen oder verletzt, zum Beispiel nicht beteiligt zu werden, nicht gefragt zu werden, Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen usw.?

Eine solche Auseinandersetzung bietet aber auch die Möglichkeit, im Fall einer erneuten Erkrankung Einfluss auf Behandlung und den Umgang mit der Erkrankung zu nehmen.

Darüber hinaus bietet die Behandlungsvereinbarung die Möglichkeit, für den Fall einer stationären Behandlung alle Dinge zu regeln, die gegebenenfalls im Falle einer Akuterkrankung nicht mehr regelbar sind, und die sich eventuell als Hinderungsgründe für die Inanspruchnahme einer stationären Behandlung herausstellen könnten. Zum Beispiel sind die Fragen zu klären, ob es in der Familie Kinder gibt und wie ist für diese gesorgt ist, oder es gibt es Verpflichtungen gibt, denen nachzukommen ist.

Als Angehörige sind wir für die Betroffenen oft die wichtigsten, die verlässlichsten Partner und Bezugspersonen, manchmal (leider) auch die einzigen. Dies gilt ganz besonders, wenn es sich um unsere Kinder oder Partner mit einer chronischen Erkrankung und mit zahlreichen und langen stationären Behandlungszeiten handelt. Und letztlich sind wir Ausfallbürgen für alles, was im psychiatrischen Hilfesystem schief läuft oder gar nicht geht. Häufig fühlen wir Angehörige uns nicht ausreichend informiert und in die Entscheidungsprozesse einbezogen.

Diesen Wunsch, einbezogen, gehört und gegebenenfalls gefragt zu werden, haben Angehörige auch in Bezug auf die Behandlungsvereinbarung. Dabei geht es gar nicht darum, alles mitentscheiden zu wollen. Aber wir möchten gehört und bei bestimmten Entscheidungen auch gefragt werden. So sollte es nicht vorkommen, dass Angehörige von den Vereinbarungen mit betroffen sind, ohne dass sie vorher an den Gesprächen beteiligt waren.

Erfahrungen, die in Kliniken gemacht werden, in denen Behandlungsvereinbarungen etabliert sind:

- Reduzierung von Zwangsunterbringungen
- Reduzierung von Zwangsmaßnahmen
- erhöhtes Maß an Freiwilligkeit

Ziele für die Betroffenen:

- Stärkung der Eigenverantwortlichkeit
- Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung
- Umsetzung eigener Erfahrungen
- Reduzierung des Ohnmachtsgefühls
- Mitspracherecht auf Vereinbarungsebene

Ziele für die Angehörigen:

- Stärkung der Verantwortlichkeit
- Sicherstellung des Anspruchs auf Information
- Sicherstellung der Einbeziehung in Behandlungsprozesse

Behandlungsvereinbarungen in der Akutpsychiatrie dienen der Vertrauensbildung zwischen Patientinnen/Patienten und professionell Tätigen.

Sie sind ein eindrucksvolles Beispiel für Partnerschaften in medizinischen Entscheidungsprozessen.

Dies gilt sowohl für jede einzelne Behandlungsvereinbarung zwischen ehemaligen Patientinnen/Patienten und Klinik oder Einrichtung als auch für den Prozess der Auseinandersetzung und Verständigung auf dem Weg zur Einführung der Behandlungsvereinbarung in einer Klinik oder Einrichtung.

Unter den gegebenen gesetzlichen Bedingungen ist jede Klinik gut beraten, offensiv Behandlungsvereinbarungen anzubieten, in erster Linie im Interesse ihrer Patientinnen und Patienten und deren Angehörige, aber auch in ihrem eigenen Interesse.

# Behandlungsvereinbarungen aus therapeutischer Sicht

Andreas Heinz und Raoul Borbé

In den Referaten von Prof. Olzen und Dr. Marschner wird dargelegt, wie die gesetzliche Neuregelung der Patientenverfügung die Patientenrechte erheblich stärkt. Eine Behandlung gegen den Willen der Betroffenen ist in solchen Fällen auch dann nicht mehr möglich, wenn eine gesetzliche Unterbringung vorliegt. Mit dieser neu geschaffenen Situation ergibt sich die Frage, ob die klassische Behandlungsvereinbarung dann noch eine Bedeutung haben kann. Denn Betroffene, welche ihre Behandlungswünsche in einer *Patientenverfügung* darlegen, tun dies abschließend und sind nicht darauf angewiesen, ihre Vorstellungen in einem Diskussionsprozess mit behandelnden Ärzten oder Einrichtungen zu besprechen und diesbezüglich einen Konsens herzustellen. Dennoch gibt es verschiedene Argumente, die eine *Behandlungsvereinbarung* als sehr sinnvoll und hilfreich erscheinen lassen. Dies soll im Folgenden anhand von Situationsbeschreibungen näher erläutert werden, welche sich aus der neuen gesetzlichen Regelung und ihren Folgerungen ergeben.

## Informationen über die Vielfalt von Behandlungsmöglichkeiten

Bei einer Patientenverfügung ist es nicht notwendig, sich vor Verfassen der Verfügung mit verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten auseinanderzusetzen. Lediglich die Einwilligungsfähigkeit des volljährigen Menschen in schriftlicher Form wird vorausgesetzt, und ein Widerruf soll nach § 1901 a Absatz 1 Satz 3 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) jederzeit möglich sein. Die Behandlungsvereinbarung bietet hier die Möglichkeit, auch bei Ablehnen einzelner Behandlungsschritte ggf. mit der Klinik oder einer anderen behandelnden Einrichtung Bereiche zu identifizieren, in denen eine therapeutische Hilfe gewünscht wird. Eine generelle Ablehnung von Gesprächen auch zu diagnostischen Zwecken mit Ärzten und sonstigem therapeutischen Personal ist im Rahmen einer Patientenverfügung möglich. Sofern hier aber die Angst vor unerwünschter Medikation im Vordergrund steht, kann in einer Behandlungsvereinbarung besprochen werden, welche psychotherapeutischen Gespräche möglich sind, ob es neben unerwünschten Neuroleptika auch Medikamente gibt, die im Zweifelsfall als hilfreich empfunden werden, wie ggf. mit akuten fremd- oder selbstgefährdenden Situationen umgegangen werden könnte etc.

## Unterbringung ohne Möglichkeit der Behandlung

Dr. Marschner und Prof. Olzen stimmen darin überein, dass durch die neuen gesetzlichen Regelungen derzeit die Unterbringung zur Abwendung einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung nicht berührt wird. Dies kann im Extremfall dazu führen, dass ein Patient oder eine Patientin beispielsweise aufgrund von akuter Fremdgefährdung untergebracht wird, aber nicht behandelt werden darf. Da wie oben ausgeführt auch psychotherapeutische Gespräche zur Behandlung gehören und in einer Patientenverfügung abgelehnt werden können, ergibt sich dann die Situation einer »Einsperrung ohne Therapie«. Wie eine solche Entscheidung zustande kommt, welche Institutionen neben dem zuständigen Gericht daran beteiligt sind, insbesondere ob hier immer ein Betreuer hinzuzuziehen ist oder nicht, ist derzeit Gegenstand juristischer Erörterungen. Aus therapeutischer Sicht erscheint eine solche Situation aber als extrem ungünstig, denn Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sind keine Gefängnisse und sollten auch unter keinen Umständen in eine solche Richtung transformiert werden. Dies würde jeglicher Reformbestrebung der letzten 40 Jahre zuwiderlaufen. Stationen, welche auch als Akutstationen zunehmend offen geführt werden, müssten dann geschlossen geführt werden. Hinzu kommt, dass durch eine solche Unterbringung ohne Behandlung sich der Zustand der Betroffenen verschlechtern kann. Wer trägt hierfür die Verantwortung, auch wenn es zur Fremdgefährdung beispielsweise von anderen Patienten oder des therapeutischen Personals kommt?

Eine Behandlungsvereinbarung bietet hier die Möglichkeit, solche Situationen im Vorfeld offen zu besprechen und zu einer für die Betroffenen wie für die Behandler einvernehmlichen Lösung zu kommen. Das erscheint auch deswegen notwendig, weil entsprechend der Aussagen von Herrn Marschner bei Unterbringung ohne Behandlung eine Leistungspflicht der Kassen nicht mehr besteht und der Betroffene selbst bzw. ggf. der Sozialhilfeträger für die Kosten der Unterbringung aufkommen müsste.

## Behandlungsvereinbarung im klinischen Alltag

Jenseits der genannten möglichen Problemsituationen bei Patientenverfügungen sind Behandlungsvereinbarungen grundsätzlich ein sehr sinnvoller Weg, um vor einer Krankenhausaufnahme oder sonstigen Behandlung die Wünsche und Erwartungen der Patienten verbindlich zu formulieren und in Absprache mit den Behandlern sowie den Angehörigen und sonstigen, von den Betroffenen gewünschten Personen, auch entsprechend zu fixieren. Ein Vorteil für Betroffene ist hier, dass sie die Behandlungswünsche und die Ablehnung bestimmter Maßnahmen und Therapien genau mit dem Therapeuten absprechen können. Ein

weiterer Vorteil einer Behandlungsvereinbarung ist, dass eventuell aktualisierte Versionen ältere Formulierungen ersetzen, sodass Unklarheiten wie bei Vorliegen verschiedener Patientenverfügungen von vornherein vermieden werden. Auch die Frage der Einwilligungsfähigkeit bei Abschluss einer Behandlungsvereinbarung mit entsprechenden Therapeuten ist direkt dokumentierbar, sodass die Wirksamkeit der Behandlungsvereinbarung für alle Seiten außer Frage steht und nicht im Zweifelsfall einer gerichtlichen bzw. gutachterlichen Klärung bedarf. Dies erscheint insbesondere deshalb wichtig, da – wie im Beitrag von Prof. Olzen ausgeführt – auch die juristische Lage bei lebensrettenden Sofortmaßnahmen noch nicht endgültig geklärt ist, wenn diesbezüglich Patientenverfügungen mit entsprechendem Inhalt vorliegen. Auch wenn es initial nach Aufnahme unklar ist, ob der Betroffene eine mitgeführte Patientenverfügung im Zustand der Einwilligungsfähigkeit verfasst hatte und wenn er keinen Bevollmächtigten benannt hat, müssen die Inhalte einer solchen Patientenverfügung gründlich geprüft und sorgfältig abgewogen werden, ob ggf. gegen diese Inhalte, also gegen den so formulierten Willen des Betroffenen gehandelt wird. Auch Erklärungen, die nicht einer Patientenverfügung im Sinne von § 1901 a Abs. 1 Satz 1 entsprechen, können Behandlungswünsche enthalten und eine Hilfe zur Feststellung des mutmaßlichen Willens sein. Für die Behandler ist das konsequente Anbieten von Behandlungsvereinbarungen im Gegensatz zu der eben beschriebenen Situation ein Garant dafür, dass die Wünsche und Einstellungen der Patienten nicht erst bei einer erneuten Akutaufnahme, sondern bereits im Vorfeld einer möglichen Therapie besprochen und berücksichtigt werden. Für Angehörige ergibt sich hier die besondere Möglichkeit, ihre Wünsche und Befürchtungen gegenüber den betroffenen Patienten wie den Therapeuten zu formulieren und in die Diskussion einzubringen.

Durch die neuen gesetzlichen Regelungen, welche Patientenverfügungen rechtlich verbindlich machen, sind die Behandlungsvereinbarungen ebenfalls verbindlich und werden der anstehenden Situation umso eher gerecht, je intensiver mögliche Fragen und Unklarheiten vorher zwischen den Betroffenen, ihren Angehörigen und den Therapeuten besprochen worden sind. Angesichts der Zielrichtung des Gesetzgebers, das Selbstbestimmungsrecht in gesundheitlichen Angelegenheiten zu stärken, sollte man noch aktiver die Betroffenen über Möglichkeiten der Willensfestlegung aufklären und sie im Sinne eines personenzentrierten Ansatzes dazu ermuntern, diese anzuwenden. Dies trifft in der Breite vor allem auf Krisenpässe zu, die ähnlich einem »Marcumar-Ausweis« für den Fall einer Notfallaufnahme wichtige Hinweise zur Erkrankung des Betroffenen, zur Medikation, zu Unverträglichkeiten und Allergien, aber auch zu wichtigen Bezugspersonen enthalten. Krisenpässe werden nach Rücksprache mit dem Patienten meist vom Arzt ausgefüllt und haben damit nicht die gleiche Verbindlichkeit wie Behandlungsvereinbarungen oder Patientenverfügungen.



Sie können aber wichtige Hinweise für eine dem Willen des Patienten entsprechende Behandlung geben und sind aufgrund des geringen organisatorischen Aufwands in der Klinikroutine gut einsetzbar. Für Behandlungsvereinbarungen ist der Aufwand größer, sodass sich das aktive Angebot seitens der Klinik auf bestimmte Patienten beschränken kann. Patientenverfügungen bedürfen nicht der ärztlichen Beratung. Gerade deswegen sollte eine solche aber möglich sein, wenn ein Betroffener von sich aus den Wunsch äußert, eine Patientenverfügung abzuschließen und ärztlichen Rat sucht; nicht nur in der Somatik, gerade auch in der Psychiatrie.

Daraus ergibt sich derzeit folgendes Schema:

	<u>Aktive Information</u>	<u>Beratung</u>	<u>Aktive Unterstützung</u>
<u>Krisenpass</u>	<u>++</u>	<u>++</u>	<u>++ (alle)</u>
<u>Behandlungsvereinbarung</u>	<u>+</u>	<u>++</u>	<u>+ (einige)</u>
<u>Patientenverfügung</u>	<u>0</u>	<u>++</u>	<u>0</u>

# **Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen – Fazit und Ausblick**

**Reinhard Peukert und Jörg Holke**

Die wesentlichen Problemstellungen bzw. Zielsetzungen, die im Fokus des Workshops standen, waren

- die Patientenverfügung und den Beratungsbedarf für die Patienten in der Tragweite einzuschätzen
- unterschiedliche Regelungsmöglichkeiten, den Patientenwillen zusammenzuführen
- Auswirkungen auf die Behandlungssituation und auf die Unterbringungsregelungen bzw. das Betreuungsrecht zu analysieren und erste Orientierungspunkte für die Umsetzung in die Praxis zu formulieren.

## **Patientenverfügung – Behandlungsauswirkungen und Patientenberatung**

Im Beitrag von Helga Kühn-Mengel zur Entstehungsgeschichte der neuen Gesetzgebung wird deutlich, dass die stärkere Berücksichtigung des Patientenwillens und die vom BGH geforderte Klarheit im Verfahren die Maxime im Gesetzgebungsverfahren waren.

Gerade aus ihrer Perspektive als ehemalige Patientenbeauftragte sieht sie die unbedingte Notwendigkeit einer umfassenden Beratung vor dem Verfassen einer Patientenverfügung.

Beratung muss vor allem Hilfestellung geben, eine wirksame Verfügung zu erstellen und wenn möglich Vorkehrungen für die Umsetzung zu treffen. Zudem gilt es Alternativen zu prüfen.

Nach der gesetzlichen Vorgabe kann der einwilligungsfähige Volljährige schriftlich festlegen, ob er in bestimmte, noch nicht unmittelbar bevorstehenden Untersuchungen, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt. Eine allgemeine Ablehnung von Behandlung reicht demnach nicht aus.

Es handelt sich »um eine für den Fall einer späteren Einwilligungsunfähigkeit verfasste Erklärung, welche entweder die Einwilligung in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder (sonstige) ärztliche Eingriffe oder aber deren Untersagung beinhaltet«. Eine Patientenverfügung betrifft somit keine spezifischen Behandlungswünsche bezüglich Ort der Behandlung oder des Arztes.

Jochen Vollmann verweist in seinem Beitrag aus medizinethischer Sicht auf die schon lange Tradition in Amerika, mit Patientenverfügung in der Praxis umzugehen. Ein entscheidender Faktor ist hier, die Kompetenzen zur Verfassung einer Patientenverfügung zu stärken. Das Verständnis und Wissen über psychische Erkrankungen und über mögliche Behandlungsmethoden in der Klinik sind demnach wichtige Komponenten, will man Behandlungsoptionen ausschließen. Behandlungswünsche bzw. -vorgaben lassen sich über eine Patientenverfügung nur schwer umsetzen, da hier die Behandlungsdiagnostik und Behandlungsplanung der entscheidende Faktor ist.

Vollmann formuliert unter Berücksichtigung der genannten gesetzlichen Vorgaben ethische Voraussetzungen, denen aber auch Bedeutung für die Inhalte von Patientenberatung zukommen:

- Neben der Selbstbestimmungsfähigkeit sind die Passgenauigkeit der Patientenverfügung sowie möglichst konkrete Behandlungsausschlüsse wichtig.
- Da das Kriterium der Passgenauigkeit mittels einer Verfügung für zukünftige Situationen naturgemäß nicht immer herzustellen ist, sind grundlegendere Angaben zur Werthaltung, Lebenseinstellung etc. hilfreich.
- Es ist zu empfehlen, die Patientenverfügung mit der Bevollmächtigung eines informierten und vertrauten Menschen mittels Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung zu verbinden.
- Eine rechtzeitige und angemessene Arzt-Patient-Kommunikation über Therapieoptionen und Patientenselbstbestimmung sollten dem Verfassen einer Patientenverfügung vorausgehen.

Nach Dirk Olzen definieren die neuen gesetzlichen Regelungen die Wirksamkeit daraufhin, ob die enthaltenen Festlegungen im Hinblick auf ärztliche Behandlungen auf die »aktuelle Lebens- und Behandlungssituation« zutreffen.

Der Betreuer bzw. Bevollmächtigte und nicht der Arzt ist für die Feststellung des Patientenwillens zuständig. Der Betreuer bzw. Bevollmächtigte muss dann dafür Sorge tragen, dass der Wille des Patienten umgesetzt wird.

Auch ohne wirksame Patientenverfügung oder dann, wenn sie auf die Lebenssituation nicht zutrifft, muss der Wille – so Olzen weiter in seinem Beitrag – des Betroffenen wie bisher auch mit Hilfe des Betreuers/Bevollmächtigten festgestellt werden. Dieser muss sich an den »Behandlungswünschen oder dem mutmaßlichen Willen des Betreuten« ausrichten, der aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln ist. Hierfür sind frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen (auch Patientenverfügungen, deren Wirksamkeit in Zweifel steht), ethischer oder religiöser Überzeugungen oder sonstiger persönlicher Wertvorstellungen einzubeziehen.

Wenn sich Betreuer und Arzt nicht einigen können, muss das Betreuungsgericht angerufen werden. Auch in dieser Zeit muss über Behandlungen ent-

schieden werden. Ähnlich gelagert sind Konstellationen, in denen in einer lebensgefährdenden Notfallsituation zwar eine Patientenverfügung vorliegt, der Patientenwille aber noch nicht förmlich durch einen Betreuer festgestellt wurde. Der Gesetzgeber hat zwar dem Arzt auch in Notfällen keine Kompetenz zugewiesen. Aber da die Heranziehung eines Betreuers bzw. Vorsorgebevollmächtigten Patientenwille im dringenden Notfall bzw. bei Lebensgefahr möglicherweise nicht rechtzeitig geschehen kann, ist wie bisher nach dem mutmaßlichen Patientenwillen zu behandeln. Das heißt im Zweifel, dass ein Patient leben will. Auch würde sich der Arzt im Falle ihres Unterlassens u. U. dem Vorwurf der Tötung aussetzen.

In Bezug auf die Wirksamkeit der Patientenverfügung sieht das Gesetz keine Regelungen vor, die Entscheidungsfähigkeit zum Zeitpunkt des Verfassens der Patientenverfügung nachträglich zu prüfen. Voraussetzung für die Gültigkeit der Patientenverfügung ist die Einwilligungsfähigkeit zum Zeitpunkt des Verfassens. Es kommt auf die konkrete Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten an, d. h. darauf, inwieweit dieser in der Lage ist, Bedeutung, Umfang und Tragweite seiner Entscheidung zu beurteilen. Einwilligungsfähig ist laut Rechtsprechung, wer Art, Bedeutung und Tragweite (Risiken) der ärztlichen Maßnahme erfassen kann.<sup>1</sup>

Um jegliche Zweifel später auszuschließen, kann eine ärztliche Bescheinigung zur »Einwilligungsfähigkeit« hilfreich sein. Sie ist aber nicht gesetzlich vorgeschrieben wie auch keine notarielle Beglaubigung vorgesehen ist. Letztendlich ist immer eine vorliegende Patientenverfügung für den Betreuer ein entscheidender Orientierungspunkt für die Willensbestimmung, selbst wenn die Einwilligungsfähigkeit nicht eindeutig rückwirkend festzustellen ist.

Notwendige Beratung unter Berücksichtigung der bisher genannten fachlichen Standards zu dem Ausstellen von Patientenverfügungen kann durch (Fach)ärzte des Vertrauens oder auch durch Sozialpsychiatrische Dienste, unabhängige Patientenberatungsstellen, Selbsthilfegruppen und durch Kontakt- und Beratungsstellen erfolgen.

## Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarungen

Während sich eine Patientenverfügung auf die Einwilligung bzw. Unterlassung möglicher eintreffender psychiatrischer Diagnose und Behandlung bezieht, geht die Behandlungsvereinbarung von einer konkreten, bereits erfahrenen Behandlung in einer bestimmten Klinik aus.

---

<sup>1</sup> BGH, Urteil vom 28.11.1957, 4 StR 525/57; BGH NJW 1972, 335; OLG Hamm FGPrax 1997, 64.

Die Beiträge von Sibylle Prins aus der Perspektive einer Psychiatrie-Erfahrenen und Gudrun Schliebener aus der Perspektive einer Angehörigen veranschaulichen, welche Vorteile mit einer zweiseitigen Behandlungsvereinbarung verbunden sein können. Beide zeigen aus der Betroffenenperspektive aufgrund ihrer praktischen Erfahrung auf, wie eine solche zweiseitige Vereinbarung eine Kultur der Kommunikation und des Verhandels als eine vertrauensvolle Basis für zukünftige Behandlungen ermöglicht und sich das Verfassen einer einseitigen Patientenverfügung erübrigt.

Bei der Auflistung der möglichen Inhalte wird deutlich, dass sich wesentliche Behandlungsinhalte bzw. Rahmenbedingungen vereinbaren lassen. So sind Kontakt- bzw. Besuchswünsche und Regelungen zu sozialen Situation genauso möglicher Bestandteile von Behandlungsvereinbarungen wie Absprachen zur Medikamentenvergabe, Behandlungsformen, Vermeidung von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen, Regelungen zur Aufnahmesituation und zur pflegerischen Bezugsperson. Beide Autorinnen berichten über positive Erfahrungen in Bezug auf die Verlässlichkeit von Verfahrensabläufen. Aus beiden Beiträgen lassen sich die zentralen Inhalte von Beratungsangeboten ableiten.

Andreas Heinz und Raoul Borbé bestätigen aus der Behandlersicht diese Sichtweise. Die Behandlungsvereinbarung bietet aus klinischer Sicht die Möglichkeit, auch bei Ablehnen einzelner Behandlungsschritte ggf. mit der Klinik oder einer anderen behandelnden Einrichtung die therapeutische Hilfe zu vereinbaren, die gewünscht sind.

Sofern hier die Angst vor unerwünschter Medikation im Vordergrund steht, kann in einer Behandlungsvereinbarung besprochen werden, welche psychotherapeutischen Gespräche möglich sind und ob es neben unerwünschten Neuroleptika auch Medikamente gibt, die im Zweifelsfall als hilfreich empfunden werden. Auch kann der Umgang mit akuten fremd- oder selbstgefährdenden Situationen besprochen werden.

Ein weiteres Vorteil – so Heinz und Borbé – einer Behandlungsvereinbarung ist, dass eventuell aktualisierte Versionen ältere Formulierungen ersetzen. Damit sind Unklarheiten wie bei Vorliegen verschiedener Patientenverfügungen von vornherein vermeidbar. Auch die Frage der Einwilligungsfähigkeit bei Abschluss einer Behandlungsvereinbarung mit entsprechenden Therapeuten ist direkt dokumentierbar, sodass die Wirksamkeit der Behandlungsvereinbarung für alle Seiten außer Frage steht.

Für die Behandler ist das konsequente Anbieten von Behandlungsvereinbarungen im Gegensatz zu der eben beschriebenen Situation ein Garant dafür, dass die Wünsche und Einstellungen der Patienten nicht erst bei einer erneuten Akutaufnahme, sondern bereits im Vorfeld einer möglichen Therapie besprochen und berücksichtigt werden. Für Angehörige ergibt sich hier die besondere Möglichkeit, ihre Wünsche und Befürchtungen gegenüber den

betroffenen Patienten wie den Therapeuten zu formulieren und in die Diskussion einzubringen.

Die Verbreitung der Behandlungsvereinbarung ist regional sehr unterschiedlich. Sie hat sich nicht bundesweit durchgesetzt. Eine ausdrückliche Erwähnung findet die Behandlungsvereinbarung nur in § 2 PsychKG-NRW. Danach ist auf den in eine Behandlungsvereinbarung geäußerten Willen des Betroffenen Rücksicht zu nehmen.

Rolf Marschner sieht den Arzt nach Abschluss einer Behandlungsvereinbarung in der Verpflichtung zur Gewährung der vereinbarten Behandlung. Ein Abweichen von der Behandlungsvereinbarung kann demnach einen ärztlichen Behandlungsfehler darstellen.

Durch das Gesetz über die Patientenverfügung haben sich – so Marschner – die Koordinaten der Entscheidungsfindung zu einem verbindlichen Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen verschoben. Anders als nach früherem Recht können die Betroffenen jederzeit darauf verweisen, einseitig eine verbindliche Patientenverfügung zu verfassen. Notwendig ist eine von der Klinikleitung initiierte Kultur der Behandlungsvereinbarung, um den therapeutischen Einfluss der Behandler auf den Ablauf der Behandlung zu wahren.

Eine weitere Möglichkeit für Patienten, ihren Willen schriftlich zu bekunden und für die Behandler zugänglich zu machen, wären die Krisenpässe (siehe Beitrag Heinz und Borbé). Für den Fall einer Notfallaufnahme könnten hier wichtige Hinweise zur Erkrankung des Betroffenen, zur Medikation, zu Unverträglichkeiten und Allergien, aber auch zu wichtigen Bezugspersonen enthalten. Krisenpässe werden nach Rücksprache mit dem Patienten meist vom Arzt ausgefüllt und haben damit nicht die gleiche Verbindlichkeit wie Behandlungsvereinbarungen oder Patientenverfügungen. Sie können aber wichtige Hinweise für eine dem Willen des Patienten entsprechende Behandlung geben und sind aufgrund des geringen organisatorischen Aufwandes in der Klinikroutine gut einsetzbar.

## **Patientenverfügung und Unterbringung**

Die Patientenverfügung kann sich nur auf die Ablehnung bzw. Einwilligung von Behandlungsmaßnahmen beziehen. Sie hat keine entscheidende Bedeutung in Bezug auf einleitende und ausführende Schritte im Unterbringungsverfahren. Nicht auszuschließen durch Patientenverfügung bzw. nicht betroffen sind:

- die psychiatrische Befragung und Eingangsuntersuchung, mit der über eine Unterbringung, gleich auf welcher Rechtsgrundlage, entschieden werden soll,
- bei der Gefahr einer Selbstschädigung die betreuungsrechtliche Unterbringung und bei Selbst- und Fremdgefährdung die Unterbringung nach den Landesgesetzen,

- unterbringungsähnliche Maßnahmen zur Gefahrenabwehr. In der Ausnahme könnten Medikamente eingesetzt werden, soweit dieser Eingriff milder ist als etwa eine Fixierung.

Entscheidende Bedeutung hat die Patientenverfügung für die betreuungsrechtliche Unterbringung zum Zwecke der ärztlichen Behandlung und für Behandlungen im Rahmen der Unterbringungen nach den Ländergesetzen.

Die betreuungsrechtliche Möglichkeit einer Unterbringung zum Zwecke der ärztlichen Behandlung bei entgegenstehendem Patientenwillen entfällt, sofern dieser Wille verbindlich im Verfahren nach §§ 1901 a ff. BGB festgestellt wird, weil auch die Behandlung selbst durch den Patienten ausgeschlossen werden kann.

Behandlungen im Rahmen der Unterbringung nach den Ländergesetzen sind seit dem 01.09.09 bei einwilligungsunfähiger Patienten nur unter Einhaltung der Vorgaben durch die Patientenverfügung durchzuführen. Für die Prüfung der Wirksamkeit der Patientenverfügung bzw. des Patientenwillens während der Unterbringung ist vor der ärztlichen Behandlung stets ein Betreuer heranzuziehen.

Ein Betreuer ist entbehrlich, wenn eine schriftliche Vorsorgevollmacht vorliegt, die sich ausdrücklich auf die Durchführung oder Unterlassung der in § 1904 BGB geregelten gefährlichen ärztlichen Maßnahmen oder die Unterbringung bzw. die unterbringungsähnliche Maßnahme bezieht.

## Perspektive

Die rechtlichen Rahmenbedingungen der Patientenverfügung sind durch die Beiträge von Marschner und Olzen und Ergänzungen im Rahmen des Workshops weitestgehend geklärt worden. Noch Klarstellungen sind möglicherweise in Bezug auf die Notfallhilfe notwendig, aber der Grundsatz des Vorranges des Erhalts des Lebens gilt auch hier, vorausgesetzt eine rechtzeitige Einbeziehung eines Betreuers ist unmöglich.

Zudem ist das Verfahren zur Klärung der Einwilligungsfähigkeit zum Zeitpunkt des Verfassens der Patientenverfügung nicht rechtlich geregelt. Hier wird aber die »Beweislast« bei gegenteiliger Auffassung beim vorrangig zuständigen Betreuer bzw. bei der behandelnden Institution liegen. Zudem hat der Betreuer sich in Bezug auf den im Zweifelsfall zu klärenden Willen an der Patientenverfügung, unabhängig von ihrer Entstehungshistorie, zu orientieren.

Angesichts der Zielrichtung des Gesetzgebers, das Selbstbestimmungsrecht in gesundheitlichen Angelegenheiten zu stärken, formulieren Heinz und Borbé den Handlungsauftrag an die Behandelnden, aktiver die Betroffenen über Möglichkeiten der Willensfestlegung aufzuklären und sie im Sinne eines personenzent-

rierten Ansatzes dazu ermuntern, diese anzuwenden. Sie nennen an erster Stelle die Krisenpässe und sehen Behandlungsvereinbarungen aufgrund des höheren Aufwandes, als Lösungsangebot seitens der Klinik eher beschränkt auf bestimmte Patientengruppen. Aber auch Patientenverfügungen sollten in der Psychiatrie möglich sein, gerade wenn ein Betroffener von sich aus den Wunsch äußert, eine Patientenverfügung abzuschließen und ärztlichen Rat sucht.

Auch Marschner, Prins und Schliebener empfehlen, dass aufgrund der neuen Rechtslage alle psychiatrischen Einrichtungen standardmäßig eine Behandlungsvereinbarung anbieten sollten.

Der der Behandlungsvereinbarung zugrunde liegende Gedanke des gemeinsamen Entscheidens über die in der nächsten Krise durchzuführende Behandlung sollte nicht nur formal umgesetzt werden. Sondern die Betroffenen sollten – so Marschner – das Gefühl bekommen, dass diese gemeinsame Entscheidung dem selbstverständlichen Standard einer modernen Psychiatrie entspricht.

Auf diese Weise ist es dann auch zu verhindern, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen untergebracht werden, dort aufgrund ihrer Patientenverfügung nicht behandelt werden und für die Kosten der Unterbringung der Betroffene selbst bzw. bei Mittellosigkeit die Sozialhilfe wird aufkommen müssen.

Aus therapeutischer Sicht so Heinz und Borbé erscheint eine solche Situation der Unterbringung ohne Behandlung zudem als extrem ungünstig, denn Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sind Behandlungsorte und keine Gefängnisse. Stationen, welche auch als Akutstationen zunehmend offen geführt werden, müssten dann geschlossen geführt werden. Zudem kann sich durch solche eine Unterbringung ohne Behandlung der Zustand der Betroffenen verschlechtern. Sofern solch eine Unterbringung ohne Behandlung zukünftig bei entsprechenden Patientenverfügungen Realität werden sollte, müssten dafür andere Orte als Krankenhäuser gefunden werden.

Allerdings sollte für die Zeit der Unterbringung immer gelten, dass alles Menschenmögliche seitens der Klinikmitarbeiter getan wird, um die Entscheidungsfähigkeit wiederherzustellen, ohne dabei die Selbstbestimmungsrechte zu verletzen.



## **Autorinnen und Autoren**

Dr. Raoul BORBÉ, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt am Zentrum für Psychiatrie Die Weissenau, Ravensburg, Abt. I Univ.-Klinik f. Psychiatrie und Psychotherapie Ulm

Prof. Dr. Andreas HEINZ, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Universitätsmedizin, Campus Mitte; Vorstand, Aktion Psychisch Kranke, Berlin

Jörg HOLKE, Geschäftsführer, Aktion Psychisch Kranke, Bonn

Helga KÜHN-MENGEL, Diplom-Psychologin, erste Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Brühl

Dr. Rolf MARSCHNER, Rechtsanwalt, München

Prof. Dr. Dirk OLZEN, Geschäftsführender Direktor des Institutes für Rechtsfragen der Medizin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Prof. Dr. Reinhard PEUKERT, ehem. Hochschule RheinMain; Vorstand, Aktion Psychisch Kranke; Vorsitzender Landesverband Hessen der Angehörigen psychisch kranker Menschen, Wiesbaden

Sibylle PRINS, Verein Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld e. V., Bielefeld

Gudrun SCHLIEBENER, Vorsitzende des Bundesverband der Angehörigen e. V., Herford

Prof. Dr. Dr. Jochen VOLLMANN, Direktor des Instituts für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum

# Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung bei psychischen Erkrankungen