

Patientenverfügungen sind gesetzlich geregelt.

– Was bedeutet das für die Pflege?

(von Irmgard Hofmann, Ethikberaterin, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Mitglied der Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM), Mitverfasserin der „Göttinger Thesen“ (2005) zur gesetzlichen Regelung des Umgangs mit Patientenverfügungen.)

Der Deutsche Bundestag hat am 18. Juni 2009 mit überraschend deutlicher Mehrheit das „Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts“ (Drucksache 593/09) beschlossen. Darin werden die Anerkennung von Patientenverfügungen (PV) sowie die Rechte und Pflichten von Bevollmächtigten¹ bzw. Betreuerinnen geregelt. Auch der Bundesrat hat dem Gesetz mittlerweile zugestimmt, damit tritt das Gesetz am 01. Sept. 2009 in Kraft.

Mehrere wesentliche Punkte sind jetzt klar formuliert und festgelegt:

(BGB § 1901a, Abs. 1)

- Die Autonomie von Patienten und Bewohnerinnen wurde deutlich gestärkt, Patientenverfügungen sind nach ab dem 01. Sept. 2009 gesetzlich bindend, sofern sie
- von einer einwilligungsfähigen, volljährigen Person
- schriftlich verfasst sind
- und auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen.

Damit sind Ärzte und Pflegende an die Willenserklärung gebunden, auch wenn kein Bevollmächtigter/ Betreuer zur Durchsetzung des Willens eingesetzt wurde.

Die Patientenverfügung kann von der Verfasserin selbst jederzeit formlos widerrufen werden.

Im zweiten Absatz (BGB§ 1901a) wurde außerdem geklärt, dass bei Nichtvorliegen einer Patientenverfügung der mündlich geäußerte aktuelle Wille als *mutmaßlicher* Wille ermittelt und umgesetzt werden muss.

Die gesetzliche Festlegung bedeutet, dass sich grundsätzlich keine stationäre oder ambulante Einrichtung zur Patienten- und Altenbetreuung mehr weigern darf, schriftliche Patientenverfügungen oder den mutmaßlichen Patientenwillen umzusetzen.

Allerdings darf auch niemand zur Erstellung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Keine Einrichtung darf die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung zur Vertragsbedingung machen (BGB § 1901a, Abs. 4).

Gibt es eine Bevollmächtigte oder einen Betreuer, so sind sie gleichermaßen berechtigt und verpflichtet, Patientenverfügungen bzw. den tatsächlichen oder mutmaßlichen Willen der beauftragenden (und nicht mehr einwilligungsfähigen) Person durchzusetzen, sofern Vollmacht oder Betreuung diese Maßnahmen ausdrücklich umfassen. (BGB § 1901a, Abs. 1,2, 5)

Es wird keine vorhergehende Beratung zur Erstellung einer Patientenverfügung verlangt. Allerdings wird dem Gespräch zwischen Ärztin, Patienten, Bevollmächtigten und sonstigen Vertrauens- und Bezugspersonen über die konkrete Feststellung des aktuellen Patientenwillens ein hoher Rang eingeräumt (BGB § 1901b, Abs. 1,2). Geschieht dies vor Eintreten einer akuten schweren Krankheitssituation, können mögliche Fehlinterpretationen von vornherein vermieden werden.

¹ Die männliche oder weibliche Ausdrucksform wird in losem Wechsel verwendet; gemeint sind immer beide Geschlechter.

Im Falle einer auftretenden (schweren) Erkrankung muss der Arzt prüfen, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf Erkrankung und Prognose der Patientin indiziert ist (Feststellung einer tatsächlich bestehenden Indikation). Gibt es eine **Indikation**, dann muss geklärt werden, ob diese Maßnahme mit dem Patientenwillen übereinstimmt (BGB § 1901b, Abs. 1). **Das bedeutet umgekehrt, wenn es keine(!) ärztliche Indikation für eine Untersuchungs- oder Behandlungsmaßnahme gibt, kann sie vom Patienten/ Bevollmächtigten/ Betreuer auch nicht eingefordert werden.**

Auch bei Einleitung oder Abbruch lebenserhaltender bzw. lebensbedrohlicher Maßnahmen braucht das Vormundschaftsgericht nicht angerufen werden, sofern sich Arzt und Bevollmächtigter/ Betreuer in der Auslegung des Patientenwillens einig sind (BGB §1904, Abs. 4).

Das Vormundschaftsgericht ist dann anzurufen, wenn

- Uneinigkeit zwischen Ärztin und Bevollmächtigtem/ Betreuer über den Willen des Betroffenen zur Fortführung bzw. Abbruch von Behandlungsmaßnahmen besteht.
- eine Person (Angehörige, Bezugsperson, Pflegender, jede Person) den begründeten Verdacht hat, dass trotz Einigkeit zwischen Arzt und Bevollmächtigter/ Betreuerin der Wille der betroffenen Person nicht ernsthaft beachtet wird, die Person also einen Missbrauchsverdacht hat.

Was bedeutet das für die Pflege(einrichtungen) bzw. die Pflegenden?

Da sowohl Patientenverfügungen (PV) als auch der mutmaßliche Patientenwille durch die allgemeine Rechtsprechung auch bisher schon Gültigkeit beanspruchen konnten, eigentlich wenig Neues. Allerdings beriefen sich viele Einrichtungen und Pflegenden darauf, dass es keine gesetzliche Regelung gäbe und das „Gewissen“ der Pflegenden berücksichtigt werden müsse. Besonders letzteres Argument ist allerdings schon 2005 vom Bundesgerichtshof zurückgewiesen worden.

Jetzt gibt es ein Gesetz. Kein Arzt und keine Pflegeeinrichtung hat künftig mehr das Recht, die Bestimmungen in einer PV oder den mutmaßlichen Patientenwillen zu ignorieren, wie es bislang – auch von ärztlicher Seite – häufiger geschah. Auch darf – entgegen der Aussagen manch ärztlicher Vertreter – der Behandlungsvertrag deswegen nicht einseitig gekündigt werden. Patientenverfügungen sind, ebenso wie der mutmaßliche Wille der Patientin, der über Angehörige Freunde, Bevollmächtigte etc. ermittelt werden muss, Ausdruck der Autonomie des behandlungs- und pflegebedürftigen Menschen. Die Betroffenen selbst entscheiden, was mit und an ihnen geschehen soll, nicht die professionellen Helfer und Helferinnen.

Welche Vorgehensweise ist zu empfehlen?

Pflegende sind in Abhängigkeit von ihrem Arbeitsplatz unterschiedlich mit dieser Fragestellung konfrontiert. Zumindest im Krankenhaus werden sich die Patientinnen wohl primär an die Ärzte wenden. In Alten-, Behinderten- und Pflegeeinrichtungen, in der außerklinischen Intensivpflege und im ambulanten Bereich sind dagegen eher die Pflegenden erste Ansprechpartnerinnen bzw. auf jeden Fall gefordert, da sie die Personen vor Ort sind, die im Notfall eingreifen müssen – oder auch nicht eingreifen dürfen (z.B. Reanimation).

Eine kleine Checkliste

1. Grundsätzlich sollte bei Auf- bzw. Übernahme einer Patientin bzw. eines Bewohners gefragt werden, ob er oder sie a) eine Patientenverfügung habe und b) sie auch vor-

legen wolle. Beide Antworten sollten getrennt dokumentiert werden, und nur im Falle, dass beide Fragen bejaht werden, kommt es zum nächsten Schritt.

2. Wird die PV vorgelegt, muss die PV gelesen und mögliche Unklarheiten sollten unbedingt besprochen und beseitigt werden. Das Gespräch darf nicht beeinflussend wirken, sondern soll Verstehen und Ernstnehmen der niedergelegten Punkte signalisieren. Da die Verfügungen bindend für alle Beteiligten sind, sollten auch **alle Beteiligten in das Gespräch eingebunden** werden: also die Patientin/ Bewohnerin (sofern ansprechbar), ansonsten die Bevollmächtigte/ Betreuerin, mindestens eine verantwortliche Pflegeperson sowie der zuständige Haus- oder Heimarzt.
3. Auch bei nicht vorliegender PV sollte im Rahmen von Gesprächen geklärt und dokumentiert werden, was die zu betreuende Person für Wünsche und Vorstellungen zum Lebensende hat. Dies ist äußerst hilfreich zur Feststellung des **Mutmaßlichen Willens**, der ebenfalls bindend ist.
4. Das Ergebnis des Gesprächs ist im Rahmen eines Teamgespräches allen weiteren Pflegenden mitzuteilen, wobei hier auch strittige Fragen geklärt werden können – am besten immer zusammen mit der zuständigen Ärztin.
5. Die PV sowie bestehende (Vorsorge)-Vollmachten, Betreuungsverfügungen und Gesprächsnotizen über die Wünsche müssen in der Patientendokumentation an oberster Stelle stehen und **jederzeit verfügbar** sein – darauf muss sich der Patient/ Bewohner verlassen können.
6. In stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen leben manche Menschen viele Jahre; bei ihrem Einzug dachten sie noch nicht an Sterben und Tod, doch im Laufe der Zeit mag sich das bei der einen oder anderen Bewohnerin ändern. Spricht sie eine Pflegeperson darauf an, was ihre Wünsche am Lebensende sind (z.B. keine Reanimation, kein erneuter Krankenhausaufenthalt, kein Notarzt), dann sollte eine versierte Pflegeperson die Möglichkeit anbieten, dass an Ort und Stelle eine PV angefertigt wird. Alternativ können die mündlich geäußerten Wünsche dokumentiert und wie bei Punkt 2 vorgegangen werden.
7. Sollte ein Bewohner selbst nicht mehr schreiben können, so ist die Pflegende gehalten, die Wünsche aufzuschreiben, damit der Bewohner nur noch unterschreiben braucht. Ist auch das nicht mehr möglich, dann sollte – am besten in Anwesenheit einer Vertrauensperson – die Verfügung durch die Unterschrift mindestens zweier Personen beglaubigt werden.
8. Alle Pflegenden sollten wenigstens einmal eine **Fortbildung** zum Thema Patientenverfügung und ihre Implikationen erhalten, damit sie im konkreten Fall nicht falschen Informationen ausgeliefert sind.
9. In manchen Fällen werden Maßnahmen verfügt sein, die für die Helfenden emotional schwer zu verkraften sind. Sie dürfen deshalb aber nicht verweigert werden, der Wille der Patienten/ Bewohner muss gelten. Es ist allerdings sehr sinnvoll, den Pflegenden soweit wie möglich einen **Entscheidungsspielraum** an die Hand zu geben, ob und

wie weit sie an der Pflege weiter beteiligt werden, wenn es z.B. darum geht, die Ernährung über PEG-Sonde abzusetzen. Handelt es sich um eine vom Patienten/ Bewohner gewollte Maßnahme, dann ist das ein rechtlich zulässiger Behandlungsabbruch (und keine verbotene aktive Sterbehilfe, wie oft fälschlicherweise behauptet wird.)

10. Bei entsprechender Aufklärung und Information müsste sich zumindest ein Teil der Pflegenden finden, die freiwillig bereit und willens sind, die Pflege weiter durchzuführen. Dennoch ist es mehr als sinnvoll, die Pflegenden angesichts der psychischen Belastung durch **Supervision** begleiten zu lassen, damit der emotionale Druck abgebaut werden kann.
11. Das Wichtigste im Umgang mit Patientenverfügungen ist immer das einfühlsame, offene **Gespräch**. Pflegende sollten sich keinesfalls daraus zurückziehen mit dem Hinweis, das sei Sache des Arztes. Im Notfall müssen die Pflegenden wissen, ob sie lebensrettend eingreifen oder der betreffenden Person die Hand beim Sterben halten sollen.
12. Zu den schwierigen Situationen zählt etwa eine Zustandsverschlechterung am Wochenende, wenn der Hausarzt nicht erreichbar ist. Oft wird daher der Notarzt gerufen mit dem Ergebnis, dass eine Bewohnerin dann trotz gegenteiligen Wunsches ins Krankenhaus eingeliefert wird, weil der Notarzt die Vorgeschichte nicht kennt usw. Von daher ist es äußerst wünschenswert, dass die Einrichtungen **Leitlinien** erstellen, wie in welchem Fall konkret vorgegangen werden soll, damit dem Willen der Betroffenen soweit wie möglich Rechnung getragen wird.

Irmgard Hofmann