

Teil 3 der Reihe zu den Neuerungen im Erwachsenenschutzrecht

Auswirkungen des Erwachsenenschutzgesetzes auf die Behandlung urteilsunfähiger Patienten

Die nachfolgenden Ausführungen betreffend die ersten Erfahrungen in der Praxis erscheinen als dritter Teil des Aufsatzes zu den Neuerungen im Erwachsenenschutzgesetz. Im ersten und zweiten Teil, die in der letzten und vorletzten Ausgabe der SÄZ erschienen sind, wurden die somatische und psychiatrische Behandlung erläutert.

Ursina Pally Hofmann

Dr. iur., Rechtsanwältin,
Stv. Leiterin Rechtsdienst

Erste Erfahrungen in der Praxis

Wie sich die neuen Regelungen bis heute in der Praxis bewährt haben, ist den folgenden Aussagen der Präsidentin einer Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB), der Ethikerin an einem Universitätsspital und dem medizinischen Leiter einer psychiatrischen Klinik zu entnehmen. Sie haben sich auf Anfrage bereit erklärt, ihre ersten Erfahrungen mitzuteilen. Es ist klar, dass diese Einschätzungen sich nicht ohne weiteres auf die gesamte Schweiz übertragen lassen, die Unterschiede können aufgrund der jeweiligen Gegebenheiten gross sein.

KESB Oberland West (Frutigen BE)

Wesentlich für Frau Ursula Reichenbach, MLaw, Präsidentin der KESB Oberland West, ist es, den Menschen zu vermitteln, was das neue Erwachsenenschutzrecht will: Das Selbstbestimmungsrecht jedes Einzelnen soll gestärkt werden, indem zum Zeitpunkt der Urteilsfähigkeit verbindliche Entscheidungen für den Fall der Urteilsunfähigkeit getroffen und im Vorsorgeauftrag und/oder der Patientenverfügung festgehalten werden. Dieser erste Schritt führt nur dann zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts, wenn sich Angehörige, behandelnde Ärzte und Behörden gemäss dem Willen des Patienten verhalten, die Verfügungen also ernst nehmen und befolgen.

Es sei aus Sicht der KESB noch etwas früh zu beurteilen, was die Auswirkungen der neuen gesetzlichen Grundlage seien. In etwa drei Jahren könne man eine realistische Einschätzung der Situation machen. Es gingen täglich Gefährdungsmeldungen und Anträge für Beistandschaften ein. Wenn neue Beistandschaften für urteilsfähige Personen errichtet werden, komme es auch zur Diskussion betreffend Vertretung durch den Beistand im Falle von medizinischen Massnahmen. Es muss dann abgewägt werden, ob überhaupt eine Beistandschaft für medizinische Behandlungen errichtet werden oder ob die im Gesetz genannten Vertreter oder eine in der Patientenverfügung genannte Person entscheiden soll. Die Konsequenzen dieser Entscheidung

werden mit den betroffenen Personen und Angehörigen diskutiert. Bei urteilsunfähigen Personen, die z.B. in einem Heim leben und keine Angehörigen haben, werde ein zu ernennender Beistand auch für medizinische Behandlungen als zuständig erklärt, falls dies angezeigt sei.

Im Zuständigkeitsbereich der KESB Oberland West sei es oft so, dass sich betagte oder pflegebedürftige Personen in ein Heim in der Nähe ihres ehemaligen Wohnortes begäben. Zudem seien die Hausärzte oft als Heimärzte tätig, weshalb sich die Frage nach der freien Arztwahl wahrscheinlich noch nicht gestellt habe. Es könne aber auch sein, dass einige Personen dieses Recht gar noch nicht kennen würden. Sie gehe aber nicht davon aus, dass die Heime diesbezügliche Bedürfnisse von Heimbewohnern nicht ernst nehmen würden.

In ihrem Zuständigkeitsbereich sei die Zusammenarbeit der KESB mit den Hausärzten und Psychiatern gut, was wichtig für die Umsetzung der neuen Regelung sei. So habe es beispielsweise vonseiten der Pflege in Heimen Vorbehalte gegeben, was die Rolle der KESB im Zusammenhang mit den freiheitsbeschränkenden Massnahmen betreffe. Man habe befürchtet, dass es zu einer übermässigen Einwirkung auf die pflegerischen und medizinischen Entscheide kommen werde. Die KESB konnte solche Bedenken mit dem Argument, dass gegen medizinisch begründete Massnahmen grundsätzlich nichts einzuwenden sei, zerstreuen. Auch im Zusammenhang mit der Fürsorgerischen Unterbringung (FU) ist die Zusammenarbeit mit den einweisenden und behandelnden Ärzten gut. Die Fachkompetenz, eine ärztliche FU anzuordnen, liege beim Arzt. Sofern notwendig, verfüge die KESB während der Dauer der ärztlichen FU eine psychiatrische Begutachtung. Das Gutachten ist eine Entscheidungsgrundlage betreffend Aufrechterhaltung der FU oder Entlassung. Allfällige Zwangsbehandlungen seien bei ihnen noch kein Thema gewesen. Es sei aber davon auszugehen, dass sich die Situation in städtischen Gebieten anders darstellen würde, weil dort zum Beispiel auch die Suchtproblematik weiter verbreitet sei.

Korrespondenz:
Dr. iur. Ursina Pally Hofmann
FMH Rechtsdienst
Elfenstrasse 18
CH-3000 Bern 15
ursina.pally[at]fmh.ch

Institut für Biomedizinische Ethik Uni Zürich/ Klinische Ethik des UniversitätsSpitals Zürich

Auch für Frau PD Dr. med. Tanja Krones, Leitende Ärztin Klinische Ethik und Geschäftsführerin Klinisches Ethikkomitee UniversitätsSpital Zürich, ist wesentlich, dass nach neuem Erwachsenenschutzrecht der Patientenwille in jeder Situation respektiert und befolgt werden muss, und dass Strukturen geschaffen werden, die dies praktisch ermöglichen. Grundsätzlich besteht aus ihrer Sicht das Problem, dass zwischen Zivil- und Strafrechtlern die Gewichtungen bei Beachten und Missachten des vorausverfügten oder mutmasslichen Patientenwillens unterschiedlich zu sein scheinen, was insbesondere für Notfälle relevant ist. Während die weitestmögliche Beachtung des Patientenwillens zivilrechtlich im Vordergrund steht (im Zweifel für die Urteilsfähigkeit und «gesunden Menschenverstand» bei der Interpretation der Patientenverfügung), kann die strafrechtliche Abwägung eine andere sein: da Fahrlässige Tötung strafrechtlich schwerer wiegt als Körperverletzung, ist das Strafmass höher, wenn eine Patientenverfügung zur Unterlassung von lebenserhaltenden Massnahmen

Des Öfteren seien Patientenverfügungen vorhanden, aber niemand lese sie.

führt, und diese dann angefochten wird, als eine als Körperverletzung einzustufende Durchführung von Massnahmen entgegen der gültigen Patientenverfügung.

Problematisch im Zusammenhang mit Patientenverfügungen erachtet Tanja Krones mehrere Aspekte. Auch wenn eine Verfügung vorhanden sei, werde das nicht immer in der Krankengeschichte dokumentiert. Des Öfteren seien Patientenverfügungen vorhanden, aber niemand lese sie, oder es werde davon ausgegangen, dass Patientenverfügung gleichbedeutend sei mit «der Patient möchte rein palliativ behandelt werden», obgleich auch das Gegenteil dort dokumentiert sein könne. Auch würden Verfügungen nicht konsequent in den Behandlungsplan einbezogen, oder der Inhalt einer Verfügung sei den Ärzten und Angehörigen gar nicht bekannt. Es fehle aufgrund unklarer oder medizinisch widersprüchlicher Aussagen in der Verfügung regelmässig an deren Umsetzbarkeit. Eine Patientenverfügung solle daher grundsätzlich von einem aufgeklärten Patienten mit Unterstützung durch medizinische Fachpersonen und unter Einbezug der vertretungsberechtigten Personen verfasst werden, und sie müsse der medizinischen Logik entsprechen, damit sie befolgt werden könne.

Offenbar werde in gewissen Klinikbereichen des UniversitätsSpitals Zürich das Erwachsenenschutzrecht nicht vollständig umgesetzt, und der Arzt entscheide immer noch über eine Behandlung, ohne

die gesetzlichen Vertreter adäquat zu berücksichtigen. Falsch verstanden werde auch, dass es nicht darum gehe, eine Behandlung durch die Angehörigen festzulegen, was auch deren Forderung nach medizinisch nicht indizierten Massnahmen ausschliesse. Angehörige würden lediglich in die Planung der Behandlung miteinbezogen werden, und sie hätten auf der Basis des mutmasslichen Willens des Patienten betreffend die von ihm gewünschten Therapieziele über die angepasste Durchführung oder Unterlassung von medizinisch indizierten Massnahmen zu entscheiden.

Im UniversitätsSpital Zürich komme es häufig vor, dass die Erwachsenenschutzbehörde kontaktiert werden müsse, wenn keine gesetzlichen Vertreter ausgemacht werden können oder wenn Konflikte zwischen diesen auftreten würden. Je nach Behörde sei diese überfordert, halte sich nicht für zuständig, brauche lange für einen Entscheid, und die eingesetzten Beistände seien kaum erreichbar. Es gebe aber auch Behörden, bei denen alles schon sehr gut laufe.

Es sei zu begrüssen, dass Patientinnen ihren Willen in einer Patientenverfügung oder einem Vorsorgevertrag verbindlich festhalten können. Dabei müsse aber auch festgestellt werden, dass immer wieder Unsicherheiten z. B. wegen fehlender Aufklärung betreffend die in der Patientenverfügung festgehaltenen Massnahmen oder die Verfügbarkeit des Dokumentes in Notfallsituationen auftreten würden. Bis in einem Notfall klar sei, ob überhaupt eine Patientenverfügung vorhanden sei, und wenn ja, was ihr Inhalt sei, seien diejenigen Massnahmen, welche dem mutmasslichen Willen des Patienten entsprechen würden, bzw. medizinisch sinnvoll seien, bereits durchgeführt worden. Falls ein Patient also verfügt habe, dass er keine Reanimation wünsche, werde diesem Willen nicht entsprochen, wenn die Aussichten auf Erfolg gut seien, weil das behandelnde Notfallteam ihn nicht kenne. Oft werde eine Patientenverfügung erstellt, ohne dass die Patientin vorher mit dem Arzt über die Bedeutung der festgehaltenen Massnahme gesprochen habe. Eine Aufklärung fehle in diesen Fällen vollständig, so dass die Patientin eigentlich nicht in der Lage sei, die Tragweite ihrer Entscheidung abzuschätzen.

Mögliche Lösungen werden am UniversitätsSpital Zürich im Projekt «MAPS Trial» im Rahmen des Nationalen Forschungsschwerpunktes Lebensende (NFP 67) des Nationalfonds realisiert. Im Rahmen dieses Projektes werde geprüft, ob, und wenn ja, wie die internationalen Standards des Advance Care Plannings umgesetzt werden können. Diese Standards würden vorsehen, dass eine standardisierte Patientenverfügung mit Einbezug der Bezugsperson der Patientin und nach vorgängiger Beratung durch eine qualifizierte und ausgebildete Beraterin (Pflegefachperson, Sozialarbeiterin usw.) sowie unter Einbezug des behandelnden Arztes abgefasst werde. Bestandteil der Patientenverfügung für Notfälle könne



Angehörige urteilsunfähiger Personen sollen in die Planung der Behandlung einbezogen werden. Sie können dabei nur im Rahmen der vom Arzt als sinnvoll erachteten medizinischen Massnahmen entscheiden.

die ärztliche Notfallanordnung sein. Sie werde nur nach qualifizierter Beratung abgegeben, sollte von einem Arzt und könne von der vertretungsberechtigten Person mit unterzeichnet werden. In dieser ÄNO können die wesentlichen Abstufungen der medizinischen Behandlung für Notfälle festgelegt werden.

Die ÄNO könne für die aktuelle Situation des Patienten, aber auch für bestimmte Fälle dauerhafter Urteilsunfähigkeit wie z.B. einer Demenz verfasst werden. Aufgrund der Codierung der gewünschten Massnahmen sei es möglich, auf einem Dokument in Kreditkartenformat, das ebenfalls vom Arzt, dem Patienten und allenfalls der vertretungsberechtigten Person unterzeichnet werden müsse, festzuhalten, welche Massnahmen im Notfall durchgeführt werden dürfen. Ein solches Dokument könne von der Patientin ohne weiteres und jederzeit mitgeführt werden. Um sicherzustellen, dass dem Patientenwillen mit diesem System entsprochen werde, sei es notwendig, dass den behandelnden Personen die Codes sowie deren Verbindlichkeit aufgrund der qualifizierten ärztlichen Beratung und Aufklärung des Patienten bekannt seien. Hierzu bedürfe es jedoch einer engeren Zusammenarbeit und gerade für Notfälle einheitlichen Dokumentation, die allen Beteiligten im Gesundheitswesen (Hausärzten, Rettungsdiensten, Palliative Care Spezialisten, Spitex, Altenpflegeheime und Spitälern) bezüglich Logik und Hinterlegungsort bekannt sein müsse. In Australien und den USA beispielsweise habe sich ein solches System bewährt, und die codierten Anordnungen der Patienten werden auch in Notfällen befolgt.

Psychiatrische Klinik Sanatorium Kilchberg

Dr. med. René Bridler, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärztlicher Direktor des Sanatoriums

Kilchberg, schildert die Situation primär aus Sicht des eigenen Klinikalltags. Als Präsident des Zürcher Vereins Psychiatrischer Chefärztinnen und -ärzte (ZVPC) hat er aber auch einen gewissen Einblick in die Gegebenheiten des gesamten Kantons Zürich. Gewisse Unterschiede bestünden in erster Linie zwischen der allgemeinen akuten Erwachsenenpsychiatrie und der Gerontopsychiatrie. Patientenverfügungen würden in der Gerontopsychiatrie zumeist in Bezug auf Regelungen am Lebensende für die klassischen medizinischen Bereiche verfasst, vor allem bei sehr alten und dementen Menschen (sog. End of Life-Verfügungen). Die Angehörigen würden solche somatischen Patientenverfügungen meist kennen, und die Zusammenarbeit mit ihnen sei gut. Im Klinikalltag habe sich diesbezüglich seit der Einführung der neuen Bestimmungen wenig geändert. Die in der Verfügung getroffenen Anordnungen würden selbstverständlich befolgt, wenn sie die formalen und materiellen Anforderungen erfüllen.

In der allgemeinen akuten Erwachsenenpsychiatrie seien psychiatrische Patientenverfügungen, die sich auf die Regelung von lebenszyklischen Krisen mit Urteilsunfähigkeit im Rahmen schwerer psychischer Erkrankungen beziehen, praktisch inexistent, würden aber berücksichtigt, falls sie die psychiatrische Behandlung betreffen. Etwa ein Drittel aller Eintritte auf die beiden Stationen für akute Krisenbewältigung erfolgten per Fürsorgerische Unterbringung. Von diesen Patienten habe im Jahr 2013 keiner eine psychiatrische Patientenverfügung mitgebracht. Vorschriftsgemäss werde zum Eintrittszeitpunkt danach gefragt und ein entsprechender Eintrag in die Krankengeschichte gemacht. Falls eine Verfügung vorhanden wäre, und man davon abweichen müsste, würde dies in der Krankengeschichte festgehalten, wie das Gesetz es vorschreibe.

In der akuten allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie bestimme etwa ein Drittel der Patienten eine Vertrauensperson. Es gebe Patienten, die keine Vertrauensperson benennen möchten, die Gründe dafür seien vielfältig. Mitunter würden die Betroffenen keine geeignete Person kennen, wiederum andere verzichteten infolge ihres Misstrauens auf die Benennung einer Vertrauensperson. Die Wahl der Vertrauensperson erfolge trotz der eigenen seelischen Krise zumeist mit Bedacht und – von aussen beurteilt – sinnvoll und wirke unterstützend auf die Behandlung. Meist würden Familienmitglieder als Vertrauenspersonen bestimmt, die vor allem im menschlichen und therapeutischen Bereich hilfreich seien. Als problematisch habe sich die konkrete Terminplanung herausgestellt, da die Vertrauensperson oftmals selbst arbeitstätig und mitunter zeitlich schwer erreichbar sei. Zudem gebe es (öfters als erwartet) auch Personen, die nicht in der Funktion einer Vertrauensperson tätig werden wollen. Selbst wenn mit einer Therapie im Rahmen der Notfallbehandlung bereits begonnen worden sei, werde diese später mit

der Vertrauensperson besprochen, der Kontakt erfolge auch telefonisch. Auf den beiden genannten Akutstationen zur Krisenintervention betrage die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ca. 18 Tage. Eine Fürsorgerische Unterbringung werde häufig innert kürzester Zeit (manchmal bereits kurz nach Eintritt) oder nach einigen Tagen aufgehoben. In diesen Fällen sei entweder der Patient mit einem freiwilligen Aufenthalt in der Klinik einverstanden oder trete sofort aus; jedenfalls bestehe keine Rechtsgrundlage zur Aufrechterhaltung der Fürsorgerischen Unterbringung mehr – auch wenn das, von aussen betrachtet, manchmal schwer nachvollziehbar sei. Bei stark alkoholisierten Patienten ohne schwere Abhängigkeit beispielsweise sei dies nicht selten der Fall, da sich nach der Ausnüchterung zeige, dass keine Gefährdung mehr bestehe. In solchen Situationen komme es ge-

Insgesamt sei der administrative Aufwand enorm, man habe die Schmerzgrenze erreicht.

legentlich gar nicht zur Bestimmung einer Vertrauensperson. Eine Verlängerung des Aufenthaltes auf mehr als sechs Wochen sei sehr selten, da in diesem Zeitraum fast alle Patienten die Klinik bereits wieder verlassen haben. In der Gerontopsychiatrie würde sehr viel häufiger (in ca. 75% der Fälle) eine Vertrauensperson bestimmt. In aller Regel handle es sich dabei um diejenigen Personen, die auch als gesetzliche Vertreter bei somatischer Behandlung vorgesehen seien. Ihre Tätigkeit sei immer hilfreich und unterstützend.

Bei zwangsweise untergebrachten Personen werde so schnell wie möglich ein schriftlicher Behandlungsplan erstellt und den Patienten erläutert. Allerdings sei dieser Aufwand sofort hinfällig, wenn die Fürsorgerische Unterbringung aufgehoben werde, was mitunter sehr schnell der Fall sei (s. oben). Der Plan werde in groben Zügen kurz nach Eintritt erstellt, dann innert den ersten drei Tagen verfeinert. Zudem werde er auch mit der Vertrauensperson besprochen. Wenn kognitiv eingeschränkte Patienten behandelt werden, sei die Vertrauensperson in der Regel die Hauptansprechperson. Die Erläuterungen gegenüber solchen Patienten müssten oft sehr einfach gehalten werden, da diese sonst überfordert seien. Schwer demente Patienten verstünden in der Regel überhaupt nicht, worum es gehe. Es komme auch vor, dass die Erläuterung des Behandlungsplans bei den Betroffenen und ihrem Umfeld Misstrauen erwecke – etwa nach dem Motto «wer so viel auf Rechte und Rekursmöglichkeiten hinweisen muss, kann nichts Gutes im Schilde führen». Insgesamt sei der administrative Aufwand enorm, man habe die Schmerzgrenze erreicht. Es werden die Dokumentenvorlagen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich verwendet, was die

Einführung der neuen Bestimmungen per 1. Januar 2013 in den Kliniken etwas vereinfacht habe. Das «Fine-Tuning» lasse sich mit Hilfe des Behandlungsplans allerdings nicht abbilden. Er werde der hohen Ablaufgeschwindigkeit nicht gerecht, und deshalb sei es beispielsweise nicht möglich, täglich ändernde Dosierungen mit diesem Instrument zu erfassen. Vielmehr gehe es darum, die Behandlungsplanung in einer gewissen Bandbreite in Verbindung mit den angestrebten Zielen zu beschreiben und wichtige Kursänderungen festzuhalten. Alles andere käme einer administrativen Explosion gleich und würde das Verhältnis von Nutzen zu Aufwand noch mehr gegen null tendieren lassen. In der Gerontopsychiatrie verstünden demente Patienten – je nach Ausprägungsgrad ihrer Erkrankung – die Erläuterungen des Behandlungsplans kaum oder gar nicht. Dennoch werden auch diese Patienten informiert, wobei es sinnlos sei, wenn nicht gleichzeitig eine Vertrauensperson mit einbezogen werde. Der Behandlungsplan müsse von der behandelnden Ärztin (leserlich) unterzeichnet und dem Patienten abgegeben werden. Das sei aus Datenschutzgründen nicht ganz unproblematisch, da die Dokumente von den Patienten regelmässig irgendwo liegengelassen oder gar verloren würden.

Medizinische Zwangsmassnahmen (ausserhalb von akuten Notsituationen) seien auf den bereits erwähnten zwei Stationen der Erwachsenenpsychiatrie auch unter dem neuen Recht selten geblieben. In der ersten Hälfte des Jahres 2013 sei eine solche Verfügung bei weniger als zehn Personen angeordnet bzw. durchgeführt worden. Die meisten Patienten würden bei der Behandlung mitmachen, auch wenn sie zuvor gerichtlich dagegen vorgegangen seien. Anders sei es beim Vorliegen eines akuten Notfalls. In diesen Fällen erfolge die medizinische Massnahme aus Gründen der Selbst- oder Drittgefährdung und diene der Gefahrenabwehr. Auch dagegen würden mitunter Rechtsmittel erhoben. In der Gerontopsychiatrie komme es ebenfalls zur Anordnung medizinischer Massnahmen gegen den Willen, wobei davon auch nichtdemente Patienten betroffen seien.

Wenn die Aufenthaltsdauer in der akuten Erwachsenenpsychiatrie bei der Fürsorgerischen Unterbringungen die Zeitdauer von sechs Wochen überschreite, komme die KESB zum Einsatz. Allerdings sei dies nur sehr selten notwendig, die Fälle liessen sich bis September 2013 an einer Hand abzählen. Im Kanton Zürich würden nach bisheriger Erfahrung Einweisungen fast nur durch Ärzte angeordnet, kaum je durch die KESB, wobei sich auch die KESB auf eine ärztliche Beurteilung stützen muss. In der Gerontopsychiatrie seien die Kontakte zur KESB zahlreicher als in der allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie, da die Aufenthaltsdauer in diesem Bereich häufiger die Sechswochen-Grenze überschreite. Das habe in erster Linie damit zu tun, dass für diese Patienten während des Aufenthaltes ein Heimplatz gesucht werden müsse.

Interaktiver Artikel



Wollen Sie diesen Artikel kommentieren? Nutzen Sie dafür die Kommentarfunktion in der Online-Version oder sehen Sie nach, was Ihre Kolleginnen und Kollegen bereits geschrieben haben: www.saez.ch/aktuelle-ausgabe/interaktive-beitraege/