LEBEN RETTEN UM JEDEN PREIS?

REANIMATION IN PFLEGEHEIMEN IM SPANNUNGSFELD ZWISCHEN MEDIZIN, ETHIK UND RECHT

SUSANNA MARTI

IMPRESSUM

Herausgeber
CURAVIVA Schweiz
Zieglerstrasse 53
Postfach 1003
3000 Bern 14

Telefon 031 385 33 33
info@curaviva.ch
www.curaviva.ch

Autorin
Susanna Marti

Diese Auslegeordnung entstand im Auftrag von CURAVIVA Schweiz
auf Initiative von CURAVIVA Basel-Stadt und wurde von
lic.iur. Susanna Marti erstellt.

Copyright Titelbild: istockphoto
Layout: !frappant, Bern
Ausgabe: Juni 2019

LEBEN RETTEN UM JEDEN PREIS?

REANIMATION IN PFLEGEHEIMEN IM SPANNUNGSFELD ZWISCHEN MEDIZIN, ETHIK UND RECHT

Inhaltsverzeichnis

1	**Einleitung**	6
1.1	**Selbstbestimmungsrecht versus Behandlungspflicht**	7
2	**Rahmenbedingungen**	8
2.1	**Aufenthalt im Alters- und Pflegeheim**	9
2.2	**Herz-Kreislauf-Stillstand**	10
2.3	**Erwachsenenschutzrecht**	11
2.3.1	Patientenverfügung	11
2.3.2	Errichtung und Inhalt der Patientenverfügung	11
2.3.3	Vorgehen bei Urteilsunfähigkeit	11
2.4	**Strafrechtliche Komponenten**	13
2.4.1	Unterlassung der Nothilfe	13
2.4.2	Sterbehilfe	13
2.5	**Situation im Alters- und Pflegeheim**	15
3	**Lösungsansätze**	16
3.1	**Haltung der Institution zur Reanimation klären**	17
3.2	**Heiminterne Vorkehrungen**	17
3.3	**Offene Kommunikation im Hinblick auf neu eintretende Bewohner**	18
3.4	**Patientenverfügung, Umsetzungsmöglichkeiten in Alters- und Pflegeheimen**	19
4	**Quellenverzeichnis**	20

1 Einleitung

1.1 Selbstbestimmungsrecht versus Behandlungspflicht

Artikel 10 der Bundesverfassung hält die Grundlagen fest, die für die Gesetze im Gesundheitsbereich massgeblich sind. Demnach hat jeder Mensch das Recht auf Leben, ebenso wie auf persönliche Freiheit und insbesondere auf körperliche und geistige Unversehrtheit.

Medizinische Eingriffe oder Behandlungen können die körperliche oder geistige Unversehrtheit eines Betroffenen [1] beeinträchtigen. Deshalb dürfen diese nur mit Einwilligung des Patienten oder dessen vertretungsberechtigter Person, von hier nicht massgeblichen Ausnahmen abgesehen [2], durchgeführt werden. Wurde der Entscheid über eine dringende medizinische Massnahme in früheren Zeiten oftmals dem Arzt zugeschoben, hat mittlerweile das Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Person eine zentrale Bedeutung erlangt, welche für die Behandlung und Betreuung des Patienten massgeblich ist. Von diesem Selbstbestimmungsgedanken wurde auch die 2013 in Kraft getretene Revision des Kindes- und Erwachsenenschutzrechts [3] bestimmt.

Das Selbstbestimmungsrecht jedes Einzelnen steht somit im Spannungsfeld zur Behandlungspflicht des Arztes. Überdies wird gemäss Art. 128 des Strafgesetzbuches derjenige, welcher einem Menschen, der sich in unmittelbarer Lebensgefahr befindet, nicht hilft, obwohl es ihm den Umständen nach zugemutet werden könnte, bestraft. Nachfolgend wird der Frage nachgegangen, wie die divergierenden Interessen im Falle einer Reanimation in einem Alters- und Pflegeheim zu beurteilen sind.

1 Zur Erleichterung der Lesbarkeit werden die männlichen Formen verwendet. Selbstverständlich sind jeweils beide Geschlechter gemeint.

2 Zum Beispiel: Behandlung psychischer Störungen im Rahmen einer fürsorgerischen Unterbringung (Art. 434 ZGB)

3 Art. 360ff. ZGB (Erwachsenenschutz)

2 Rahmenbedingungen

2.1 Aufenthalt im Alters- und Pflegeheim

Vor einem Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim wird normalerweise ein Heimvertrag abgeschlossen. Art. 382 ZGB sieht für urteilsunfähige Personen, welche für längere Dauer in einer Wohn- oder Pflegeeinrichtung betreut werden sollen, den Abschluss eines schriftlichen Betreuungsvertrages zwingend vor. Dabei ist festzulegen, welche Leistungen die Einrichtung erbringt und welches Entgelt dafür geschuldet ist. Das Gesetz spricht an dieser Stelle von Wohn- oder Pflegeeinrichtungen. Darunter fallen auch die Alters- und Pflegeheime.

Diese Institutionen verpflichten sich zur Unterbringung, Verpflegung, Betreuung und Pflege von betagten Personen gegen Entgelt. Dementsprechend werden diese Punkte üblicherweise in einem Heimvertrag geregelt. Ergänzt werden sie in der Regel mit den Namen von Personen, welche im Falle der Urteilsunfähigkeit des Bewohners vertretungsberechtigt sind.

Die Pflicht, im Alters- und Pflegeheim die freie Arztwahl zu gewährleisten, soweit nicht wichtige Gründe dagegensprechen, ist bereits gesetzlich verankert in Art. 386 Abs. 3 ZGB.

Im Unterschied zu einem Alters- und Pflegeheim, werden in einem Spital Krankheiten behandelt und akut kranke Personen betreut, mit dem Ziel, dass diese mit einem verbesserten Gesundheitszustand das Spital so schnell wie möglich wieder verlassen können. Während im Spital somit die medizinische Behandlung im Vordergrund steht, geht es im Alters- und Pflegeheim vorwiegend darum, den Bewohnern ein «Daheim» mit bestmöglicher Lebensqualität zu bieten. Dabei sind sie unter Respektierung ihrer persönlichen Freiheit und Würde und unter Sicherstellung einer adäquaten Pflege, Betreuung und Begleitung, in ihrer Autonomie optimal zu unterstützen.

2.2 Herz-Kreislauf-Stillstand

In der Schweiz sterben gemäss Bundesamt für Statistik jährlich etwa 65 000 Personen. Über die Gesamtbevölkerung gesehen, stirbt der grösste Teil an einem Herz-Kreislauf-Stillstand, welcher überwiegend auf eine vorbestehende, schwere Krankheit zurückzuführen ist.[4] Bei einer statistisch nicht exakt erfassten, zirka 10 Mal kleineren Anzahl von Personen, kommt es dagegen zu einem akuten Herz-Kreislauf-Stillstand, ohne dass demselben alarmierende Krankheitszeichen vorausgegangen wären.[5]

Angesichts der unzähligen Spital- und Ärzteserien im Fernsehen, kann leicht der Eindruck und damit auch eine nicht realisierbare Erwartungshaltung entstehen, dass die Chancen, nach einer Reanimation ein neurologisch intaktes Leben ohne Pflegebedürftigkeit führen zu können, hoch sind. Dass das, was uns die Protagonisten auf der Leinwand glauben machen, fernab der Realität ist, zeigt sich anhand der Tatsache, dass die Überlebensrate nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand ausserhalb eines Spitals im einstelligen Prozentbereich liegt.[6]

Nebst der Ursache eines Herz-Kreislauf-Stillstands und dem sofortigen Beginn der korrekten Reanimationshandlungen, ist auch der bisherige Gesundheitszustand für die Beurteilung der Chancen einer erfolgreichen Reanimation ausschlaggebend. Da ältere Menschen oft an verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden, ist aufgrund ihres Gesundheitszustandes die Chance auf eine erfolgreiche Reanimation reduziert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das reine Überleben, im Sinne des Wiederherstellens des Herz-Kreislaufs an sich, kaum bereits als Erfolg qualifiziert werden kann. Können wichtige Organe nicht rasch wieder mit ausreichend Sauerstoff versorgt werden, drohen Folgeschäden, welche von einer eingeschränkten Lebensqualität bis hin zur kompletten Pflegebedürftigkeit reichen können.

Angesichts dieser Sachlage stellt sich die Frage, ob die im Gesundheitswesen arbeitenden Fachpersonen ihrer Verpflichtung, Leben zu retten uneingeschränkt Folge leisten zu haben, da ihnen andererseits auch die Pflicht obliegt, einem Patienten keinen Schaden zuzufügen.

4 Todesursachenstatistik 2016

5 SAMW Reanimationsentscheidungen S. 5

6 Dialog Ethik, S. 7

2.3 Erwachsenenschutzrecht

2.3.1 PATIENTENVERFÜGUNG

Das am 1. Januar 2013 in Kraft getretene Erwachsenenschutzrecht hat das Selbstbestimmungsrecht bezüglich medizinischer Behandlungen gestärkt. Insbesondere den nun bundesrechtlich geregelten Patientenverfügungen kommt dabei eine zentrale Rolle zu.

2.3.2 ERRICHTUNG UND INHALT DER PATIENTENVERFÜGUNG

Gemäss Art. 370 Abs. 1 ZGB kann eine urteilsfähige Person in einer Patientenverfügung festlegen, welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt oder nicht zustimmt. Bereits die gesetzliche Formulierung zeigt, dass keine Pflicht zum Verfassen einer Patientenverfügung besteht. Auch der freie Wille der betroffenen Person, keine Patientenverfügung zu verfassen und damit auf die Wahrnehmung eines höchstpersönlichen Rechts zu verzichten, ist zu respektieren. Ein Heimeintritt darf demzufolge nicht vom Vorliegen einer Patientenverfügung abhängig gemacht werden.

Das Gesetz sieht vor, dass eine Patientenverfügung der Schriftform bedarf sowie zu datieren und zu unterzeichnen ist. Dabei ist es unerheblich, ob die betroffene Person von einer vorgedruckten Patientenverfügung, welche durch eine Organisation ausgestaltet wurde, Gebrauch macht oder ob sie ihre entsprechenden Behandlungswünsche in eigenen Worten selbständig niederschreibt.

Um eine einfachere Auffindbarkeit zu gewährleisten, können die Tatsache, dass eine Patientenverfügung errichtet wurde sowie der Hinterlegungsort derselben beispielsweise auf der Versichertenkarte der Krankenversicherung eingetragen werden. Die Möglichkeit, die Wünsche in Bezug auf medizinische Behandlungen im Fall des Eintritts eines bestimmten Zustandes auf die genannte Art zu regeln, kommt gemäss Gesetz allein der urteilsfähigen Person zu. Urteilsfähigkeit ist gemäss Art. 16 ZGB gegeben, wenn eine Person in der Lage ist, vernunftgemäss zu handeln. Damit eine rechtsgültige Patientenverfügung erstellt werden kann, muss die Urteilsfähigkeit im Moment der Anfertigung derselben vorhanden sein.

Um einen Entscheid für oder gegen eine ärztliche Behandlung treffen zu können, besteht auf Seiten des Patienten in der Regel ein erhöhter Aufklärungsbedarf. Nur der informierte Patient kann sich für oder gegen medizinische Massnahmen entscheiden, welche in einer bestimmten Situation zur Diskussion stehen können.

Welchen Inhalt eine Patientenverfügung haben muss, ist vom Gesetzgeber nicht geregelt. Dies hängt im Wesentlichen davon ab, in welcher Lebenssituation der Betroffene steht und welche Werte ihm wichtig sind. Wie detailliert eine Patientenverfügung zu verfassen ist, ist zwar offen, es liegt jedoch auf der Hand, dass es hilfreich ist, wenn darin die Haltung zu spezifischen Situationen, beispielsweise zu lebenserhaltenden Massnahmen, thematisiert wird.

2.3.3 VORGEHEN BEI URTEILSUNFÄHIGKEIT

Liegt eine rechtsgültige Patientenverfügung einer mittlerweile urteilsunfähigen Person vor, so ist dieselbe verbindlich, sofern keine begründeten Zweifel bestehen, dass deren Inhalt dem mutmasslich aktuellen Willen des Patienten entspricht (vgl. Ziff. 3.4). Hat sich eine urteilsunfähige Person hinsichtlich der Vornahme medizinischer Massnahmen zu einem Zeitpunkt, als ihre Urteilsfähigkeit noch gegeben war, nicht in einer Patientenverfügung geäussert, sind medizinische Massnahmen mit der aufgeklärten und informierten vertretungsberechtigten Person abzusprechen. Für den Fall, dass der betroffene Patient keine vertretungsberechtigte Person bezeichnet hat, hat der Gesetzgeber eine Vertretungskaskade von Personen festgelegt, welche berechtigt sind, anstelle der urteilsunfähigen Person zu vorgesehenen ambulanten oder stationären Massnahmen die Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern (Art. 378 ZGB). Das geschilderte Vorgehen ist in Zusammenhang mit Entscheidungen in Bezug auf nicht dringliche medizinische Massnahmen unproblematisch.

Da bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand jedoch keine Zeit bleibt, eine vertretungsberechtigte Person zu kontaktieren, hat der Arzt diejenigen medizinischen Massnahmen zu ergreifen, die dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Per-

son entsprechen (Art. 379 ZGB). Im Zweifelsfall müssen jedoch die lebensrettenden Massnahmen unverzüglich eingeleitet werden.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob eine vertretungsberechtigte Person die Frage der Reanimation für eine möglicherweise künftig eintretende Situation überhaupt im Voraus mit ja oder nein entscheiden darf. Tatsache ist, dass der Gesetzgeber lediglich der urteilsfähigen Person das Recht zum Verfassen einer Patientenverfügung einräumt. Bei der Anordnung, wie im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstands vorgegangen werden soll, handelt es sich um die Wahrnehmung eines höchstpersönlichen Rechts. Diese Tatsache kann meines Erachtens dennoch nicht dazu führen, dass bei Vorliegen einer Urteilsunfähigkeit der betroffenen Person deren Vertretung nicht über grundlegende medizinische Massnahmen entscheiden darf.

Wäre es einer vertretungsberechtigten Person verboten, im Voraus festzulegen, ob eine urteilsunfähige Person in der konkreten Situation reanimiert werden soll oder nicht, müsste letztlich das medizinische Personal diese Frage allein entscheiden, um sich nicht dem Vorwurf der unterlassenen Nothilfe auszusetzen. Insofern würde eine urteilsunfähige Person gegenüber einer urteilsfähigen Person bezüglich ihres Wahlrechts benachteiligt, was vom Gesetzgeber meines Erachtens so nicht gewollt sein kann. Dabei ist zu beachten, dass der Gesetzgeber der vertretungsberechtigten Person keine Entscheidungsfreiheit eingeräumt hat. Im Gegenteil sieht Art. 378 Abs. 3 ZGB ausdrücklich vor, dass die vertretungsberechtigte Person nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person zu entscheiden hat.[7]

Den mutmasslichen Willen einer Person in Bezug auf konkrete medizinische Massnahmen zu ermitteln, ist unter Umständen nicht einfach. Dies vor allem dann, wenn es sich bei der vertretungsberechtigten Person beispielsweise um einen Beistand handelt, welcher keine nähere Beziehung zur betroffenen Person pflegte. Andererseits kann eine vertretungsberechtigte, nahestehende Person durchaus massgebliche Hinweise zu Werthaltungen und Lebensauffassungen der betroffenen Person vermitteln. Hausärzte und Familienangehörige können diesbezüglich ebenfalls nützliche Quellen sein.

Auch der religiöse und kulturelle Hintergrund vermag den mutmasslichen Willen des Bewohners zu konkretisieren. Selbstverständlich darf auch hier die eigene Lebensanschauung der vertretungsberechtigten Person keinen Einfluss auf den konkreten Entscheid über medizinische Massnahmen haben. Letztlich ist es zweifellos schwierig, die Lebensqualität einer Person, die sich dazu nicht adäquat äussern kann, von aussen zu beurteilen. Auch wenn Äusserungen einer zur Vertretung berechtigten Person im Patientendossier festzuhalten sind, kommt ihnen dennoch nicht dasselbe Gewicht zu, wie einer Patientenverfügung, für welche die Schriftlichkeit verlangt ist. Trotzdem können die Angaben der vertretungsberechtigten Person gewichtige Anhaltspunkte dafür geben, wie in der konkreten Situation zu reagieren ist, ohne den Entscheid vollumfänglich einem Arzt überlassen zu müssen. Liegen unmissverständliche Hinweise der vertretungsberechtigten Person hinsichtlich des mutmasslichen Willens des urteilsunfähigen Patienten gegenüber einer medizinischen Massnahme vor, ist deren Nichtbefolgen durch das medizinische Personal klar zu begründen.

War eine Person überhaupt noch nie urteilsfähig, so lässt sich ihr mutmasslicher Wille nicht eruieren. Insofern sind in diesen Fällen, unter Berücksichtigung der Gesamtsituation, die medizinisch indizierten Massnahmen dem mutmasslichen Willen des Patienten zuzuschreiben und entsprechend vorzunehmen. Der vorgängige Gesundheitszustand sowie das Risiko, nach einer Reanimation unter Umständen schwerwiegende Folgeschäden davonzutragen, sind für die medizinische Einschätzung grundlegend.

7 BSK ZGB, Art. 378 N 12

2.4 Strafrechtliche Komponenten

2.4.1 UNTERLASSUNG DER NOTHILFE

Gemäss Art. 128 des Strafgesetzbuches (StGB) wird bestraft, wer einem Menschen, der in unmittelbarer Lebensgefahr schwebt, nicht hilft, obwohl es ihm den Umständen nach zugemutet werden könnte. Dass bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand eine unmittelbare Lebensgefahr besteht, bedarf keiner weiteren Erörterungen. Als Täter können alle Personen in Frage kommen, welche in der konkreten Situation zu sinnvoller Hilfe in der Lage sind.[8] Wer die für ihn erkennbaren und möglichen Massnahmen trifft, fällt nicht unter diesen Tatbestand, selbst wenn sich später herausstellt, dass die Ergreifung anderer Massnahmen besser gewesen wäre, um die Lebensgefahr abzuwenden.

Im Weiteren ist lediglich Hilfe im Rahmen des Zumutbaren zu leisten. Wenn die hilfspflichtigen Personen am Geschehen, welches letztlich die Lebensgefahr bewirkt hat, nicht beteiligt waren, sind die Ansprüche an die Helfenden geringer.[9] Mit der sofortigen Alarmierung des Sanitätsnotrufs ist den gesetzlichen Anforderungen auf Leistung von Nothilfe in der Regel Genüge getan.

Bei medizinischem Fachpersonal werden bezüglich der konkret eingeleiteten Massnahmen höhere Anforderungen gestellt, was jedoch nicht dazu führen kann, dass Haftungsansprüche bestehen, wenn das Leben des Betroffenen nicht gerettet werden kann.

Liegt eine Patientenverfügung vor, aus der eine ablehnende Haltung gegenüber einer Reanimation deklariert ist, ist derselben zu entsprechen und auf lebensrettende Massnahmen zu verzichten. Dies deswegen, weil das darüber informierte medizinische Personal Gefahr läuft, den Tatbestand der Körperverletzung zu erfüllen, wenn es sich nicht daranhält und eigenmächtig Reanimationshandlungen vornimmt.

Ist die Haltung der betroffenen Person zu Reanimationshandlungen nicht bekannt, muss, um sich nicht dem Vorwurf unterlassener Nothilfe auszusetzen, grundsätzlich von deren Lebenswillen ausgegangen werden.[10] Stellt sich nach Einleitung entsprechender Massnahmen, weil beispielsweise die Patientenverfügung zwischenzeitlich eingesehen werden konnte, heraus, dass sich die betroffene oder ihre vertretungsberechtigte Person gegen Reanimationsmassnahmen ausgesprochen hat, müssen die Bemühungen grundsätzlich abgebrochen werden.

2.4.2 STERBEHILFE

Das Strafgesetzbuch stellt die direkte aktive Sterbehilfe als vorsätzliche Tötung unter Strafe. Auch wer aus achtenswerten Beweggründen, namentlich aus Mitleid, einen Menschen auf dessen ernsthaftes und eindringliches Verlangen tötet, wird bestraft, allerdings milder. Auch wenn mittlerweile die Frage kontrovers diskutiert wird, ob die Tötung einer todkranken Person mit ernsthaftem Sterbewunsch angesichts der Umstände gerechtfertigt werden kann, wird von der Rechtsprechung die Straflosigkeit einer direkten aktiven Sterbehilfe abgelehnt. Demgegenüber lässt sich eine Leidensverhütung mit lebenszeitverkürzender Wirkung, also beispielsweise die Injektion eines schmerzlindernden Medikamentes, welches als Nebenfolge den rascheren Eintritt des Todes nach sich zieht, rechtfertigen, obwohl diese Handlung grundsätzlich den Tatbestand einer eventualvorsätzlichen Tötung erfüllt. Diese indirekte aktive Sterbehilfe lässt sich jedoch nur dann rechtfertigen und führt nicht zu strafrechtlichen Konsequenzen, wenn das Ziel des ärztlichen Handelns die Erleichterung des unmittelbar bevorstehenden Sterbeprozesses ist.[11]

Eine passive Sterbehilfe zeichnet sich dadurch aus, dass die erforderlichen Massnahmen, um den Eintritt des Todes der betroffenen Person zu verhindern oder hinauszuzögern, nicht vorgenommen oder abgebrochen werden. Täter kann nur sein, wer eine Garantenstellung, wie sie beispielsweise einem Arzt gegenüber seinem Patienten zukommt, innehat. Hinzu kommt,

8 BSK StGB, Art. 128 N 35

9 BSK StGB, Art. 128 N 44

10 SAMW Reanimationsentscheidungen S. 16

11 Thomas Gächter/Bernhard Rütsche N 356

dass der Tod bei der betroffenen Person mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht eingetreten wäre, wenn die sich aufdrängenden Rettungshandlungen vorgenommen worden wären.

Liegt eine Patientenverfügung vor, welche sich negativ zur Reanimation äussert, ist der Arzt daran gebunden. Andernfalls würde an Stelle von Selbstbestimmung Fremdbestimmung treten, was vom Gesetzgeber nicht gewollt war.[12] Doch selbst dann, wenn der mutmassliche Wille der betroffenen Person nicht eruiert werden kann, endet die Garantenpflicht und damit die mögliche Strafbarkeit des Arztes dort, wo medizinische Massnahmen keine wesentliche Verzögerung des Ablebens erwarten lassen, mit einem übermässigen Aufwand verbunden oder für den Arzt sowie den Klinikbetrieb unzumutbar sind.[13]

Bezüglich des Erlaubten und Gebotenen im Hinblick auf die Sterbehilfe können sich Orientierungspunkte aus den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) ergeben. Die medizinisch-ethischen Richtlinien und Empfehlungen zur Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen[14] werden vom Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer SBK allen Pflegenden zur Achtung und Anwendung empfohlen. Dasselbe gilt für die medizinethischen Richtlinien und Empfehlungen betreffend Reanimationsentscheidungen.[15] Diese Richtlinien sind auch Teil der Standesordnung des Berufsverbandes der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH.

Das Gesundheitsgesetz des Kantons Basel-Stadt vom 1. Januar 2012[16] hält unter dem Titel «Palliative Behandlung» in § 16 Abs. 2 fest, dass der Arzt Leiden und Schmerzen bei Patienten am Lebensende lindert, auch wenn dies zu einer Beeinflussung der Lebensdauer führen kann. Mit anderen Worten wird damit die indirekte aktive Sterbehilfe legitimiert. § 18 des Gesundheitsgesetzes BS bestimmt, dass beim Vorliegen einer Urteilsunfähigkeit bei aussichtsloser Prognose der Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen oder der Verzicht auf solche zulässig ist, wenn angesichts des Leidens der Patientin oder des Patienten eine weitere Lebenserhaltung nicht zumutbar ist. Vorbehalten bleibt ein anderslautender Wille in der Patientenverfügung.

Mit dieser gesetzlichen Bestimmung gibt der Gesetzgeber dem Arzt eine konkrete Entscheidungshilfe in die Hand, welche gerade bei der Frage, ob eine Reanimation durchgeführt werden soll oder nicht, zweifellos hilfreich sein kann.

12 Botschaft Erwachsenenschutz, S. 7033

13 Thomas Gächter/Bernhard Rütsche N 359

14 SAMW Behandlung und Betreuung

15 SAMW Reanimationsentscheidungen

16 GesG BS

2.5 Situation im Alters- und Pflegeheim

Jedes Alters- und Pflegeheim hat seine eigene Philosophie. Hinsichtlich urteilsunfähiger Personen, welche für eine längere Dauer in einer Wohn- oder Pflegeeinrichtung betreut werden, sieht das Gesetz zwingend den Abschluss eines schriftlichen Betreuungsvertrages vor, welcher die Leistungen der Einrichtung festhält, wobei die Wünsche der betroffenen Person, soweit wie möglich, zu berücksichtigen sind. Auch wenn es nicht gesetzlich explizit vorgesehen ist, sind selbstverständlich auch bei urteilsfähigen Personen die Philosophie und das Behandlungskonzept, möglichst in offener Kommunikation, anzusprechen. Dazu gehört auch die Haltung des Heims zu Reanimationsmassnahmen.

Jedes Heim sollte grundsätzliche Überlegungen anstellen, welche Haltung es zur Reanimation einnimmt. Diesbezüglich ist nicht nur die Philosophie der Institution massgeblich, sondern insbesondere auch die konkrete personelle Situation. Da die freie Arztwahl für die Bewohner gesetzlich garantiert ist, ist längst nicht in jedem Heim, insbesondere wenn es sich um ein Altersheim handelt, eine ärztliche 24-Stunden-Betreuung vor Ort vorhanden. Ob das übrige Personal in der Lage ist, Reanimationsmassnahmen fachgerecht durchzuführen, so dass dieses Angebot als eines in einem ganzen Paket von Dienstleistungen erbracht werden kann, ist sorgfältig zu prüfen.

Für den Fall, dass die Durchführung von Reanimationsmassnahmen durch das hausinterne Personal abgelehnt wird, ist ein künftiger Heimbewohner darüber in Kenntnis zu setzen. Hilfreich wäre es dabei, das konkrete Vorgehen bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand zu skizzieren. Wird dargelegt, dass im konkreten Fall Hilfe durch den Sanitätsnotruf angefordert wird, mit anschliessender Überweisung in ein Akutspital und das Pflegepersonal bis zum Eintreffen der Sanität Ersthilfe-Massnahmen einleitet, kann sich ein potentieller Heimbewohner den konkreten Ablauf vorstellen. Wichtig erscheint es in diesem Zusammenhang auch, dass darüber informiert wird, dass eine negative Haltung zu einer Reanimation nicht bedeutet, dass lindernde Behandlungen oder Betreuungen nicht durchgeführt werden.

Eine Broschüre, welche sich zu den Chancen und Risiken einer Reanimation äussert, könnte diesbezüglich grundlegende Aufklärungsarbeit leisten und Missverständnisse oder überzogene Erwartungshaltungen beseitigen. Wird offen und klar eine negative Haltung des Heims gegenüber Reanimationshandlungen kommuniziert, besteht für einen potentiellen Bewohner, welcher diese Haltung nicht teilen kann, die Möglichkeit, ein anderes Heim auszuwählen, welches seinen Wünschen eher entspricht. Da oft lange Wartelisten bestehen, wäre es sinnvoll, dass sich potentielle Bewohner möglichst frühzeitig mit der Philosophie verschiedener Heime auseinandersetzen können. Werden Reanimationsmassnahmen grundsätzlich angeboten, ist es wünschenswert, bezüglich des konkreten Vorgehens interne Weisungen zu erlassen. Ebenfalls sind die Mitarbeiter diesbezüglich periodisch zu schulen.

3 Lösungsansätze

3.1 Haltung der Institution zur Reanimation klären

Zunächst ist die grundsätzliche Frage zu klären, ob im Heim die notwendigen Voraussetzungen gegeben sind, welche für die Vornahme von Reanimationshandlungen vorliegen müssen. Entscheidungshilfen, ob Reanimationen als medizinische Handlungen angeboten werden sollen, bieten beispielsweise die medizinethischen Richtlinien und Empfehlungen der SAMW, insbesondere «Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen»[17] sowie «Reanimationsentscheidungen».[18] Diese Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften haben zwar nicht Gesetzescharakter, sind jedoch von grundlegender Bedeutung für Fachpersonen im Gesundheitswesen.

17 SAMW Reanimationsentscheidungen

18 SAMW Behandlung und Betreuung

3.2 Heiminterne Vorkehrungen

Die Erstellung interner Weisungen, wie bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand vorgegangen werden soll, gibt Sicherheit. Die Mitarbeiter in Alters- und Pflegeheimen sind darüber in Kenntnis zu setzen und entsprechend periodisch zu schulen. Selbstredend sind solche Anlässe nachvollziehbar zu dokumentieren. Dabei ist das Personal auf die Wichtigkeit von Patientenverfügungen hinzuweisen. Grundsätzlich wäre es zumindest wünschenswert, bei jedem Neueintritt die Haltung des Bewohners zu den wichtigsten Fragen, somit auch zur Durchführung allfälliger Reanimationsmassnahmen, zu klären und dieselbe in einer Patientenverfügung festzuhalten. Lediglich das informierte Personal ist in der Lage, auch in Notfällen die richtigen Entscheidungen zu treffen.

3.3 Offene Kommunikation im Hinblick auf neu eintretende Bewohner

Neu eintretende Bewohner sind über die Philosophie und das Behandlungskonzept der Institution zu informieren. Die Haltung im Hinblick auf Reanimationsmassnahmen ist zu kommunizieren und in den Heimrespektive Betreuungsvertrag zu integrieren. Bei urteilsunfähigen potentiellen Bewohnern ist die zur Vertretung berechtigte Person entsprechend aufzuklären.

Da ältere Personen oft ein ausgeprägtes Vertrauensverhältnis zu ihren Hausärzten haben, lohnt es sich, dieselben von Zeit zu Zeit zu ermuntern, das Thema Patientenverfügung mit ihren Patienten zu besprechen.

Im Rahmen des Behandlungskonzepts ist es wünschenswert, auch Gespräche zu Fragen rund um die Endlichkeit zu führen, welche auch die Aufklärung über die Chancen und Risiken einer Reanimation beinhalten sollten. Da Gespräche über das Sterben und den Tod emotional belastend und anspruchsvoll sind, sollten dieselben von Personen mit entsprechender Erfahrung geleitet werden. Selbstverständlich darf bei einem mit Empathie zu führendem Gespräch rund um die Endlichkeit die eigene Haltung und Wertvorstellung nicht massgeblich sein. Im Hinblick auf Reanimationsentscheidungen ist offen über Erfolgsaussichten und mögliche Folgeschäden zu informieren. Gleichzeitig ist jedoch klarzustellen, dass ein allfälliger Entscheid gegen eine Reanimation nicht zur Folge hat, dass andere medizinisch indizierte Massnahmen vernachlässigt oder gar unterlassen werden. Im Gegenteil sind proaktiv allfällige Befürchtungen auszuräumen, dass eine ablehnende Haltung gegenüber einer Reanimation bedeuten könnte, dass die gewünschte Betreuung nicht mehr gewährleistet sein könnte. Wenn der künftige Bewohner über die medizinisch sinnvolle Machbarkeit informiert wurde und seine Erwartungen und Werthaltungen klargestellt werden konnten, ist die Grundlage dafür geschaffen, dass sich der Bewohner, unter Wahrnehmung seines Selbstbestimmungsrechts, aufgeklärt und gemäss seinen eigenen Wertvorstellungen für oder gegen eine Reanimation zu entscheiden vermag. Ein diesbezüglicher Entscheid ist in den Patientenunterlagen zu dokumentieren.

3.4 Patientenverfügung, Umsetzungsmöglichkeiten in Alters- und Pflegeheimen

Beim Eintritt einer urteilsfähigen Person in ein Alters- und Pflegeheim, empfiehlt es sich dringend, diese, falls nicht vorhanden, zur Erstellung einer Patientenverfügung zu motivieren und dabei insbesondere auch die Haltung des neuen Bewohners zu lebenserhaltenden Massnahmen zu thematisieren. Auch wenn niemand gezwungen werden darf, eine Patientenverfügung zu verfassen, so ist doch zu berücksichtigen, dass die entsprechenden Bestimmungen im Erwachsenenschutzrecht noch neueren Datums sind. Insofern ist davon auszugehen, dass ein Grossteil der eintretenden Personen nicht darüber informiert ist, was genau eine Patientenverfügung ist und welcher Stellenwert ihr zukommt, resp. was die Folgen sind, wenn keine Patientenverfügung vorliegt und die betroffene Person ihre Haltung zu medizinischen Massnahmen nicht mehr äussern kann.

Liegt eine Patientenverfügung vor, so ist sicherzustellen, dass der Inhalt derselben dem Behandlungs- und Betreuungsteam des Bewohners bekannt ist.

Der in einer Patientenverfügung niedergelegte Wunsch in Bezug auf medizinische Behandlungen ist für Dritte grundsätzlich bindend. Aus diesem Grund ist es wichtig, sich zu versichern, ob eine solche vorhanden ist.

Da eine Patientenverfügung jederzeit widerrufen werden kann und unter Umständen seit deren Verfassung, bis sich die konkrete Frage für oder gegen eine Reanimation stellt, ein längerer Zeitraum liegen kann, empfiehlt es sich, regelmässig zu überprüfen, ob der einstmals dokumentierte Entscheid für oder gegen eine Reanimation tatsächlich auch noch dem mutmasslichen aktuellen Willen des Bewohners entspricht. Zweifel können beispielsweise dann auftreten, wenn sich seit der Errichtung der Patientenverfügung die Wünsche und Werthaltungen oder der Gesundheitszustand des Bewohners nachhaltig verändert haben, ohne dass er jedoch eine allenfalls vorhandene Patientenverfügung angepasst hätte.

Wenn sich die Haltung des Bewohners im Hinblick auf eine frühere Patientenverfügung erkennbar geändert hat, ist dies nachvollziehbar im Patientendossier zu vermerken. Bei urteilsunfähigen Personen hat die Klärung der grundlegenden Fragen mit der zur Vertretung berechtigten Person, bestenfalls in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt, zu erfolgen.

Allerdings darf in derartigen Situationen dennoch nicht leichtfertig von einer ursprünglich verfassten Patientenverfügung abgewichen werden. Der mutmassliche Wille und die Interessen des Bewohners und nicht die eigene Einstellung, müssen stets im Zentrum stehen. Wird vom Wortlaut in einer Patientenverfügung abgewichen, sind die Gründe dafür im Patientendossier explizit aufzuführen. Da das Verfassen einer Patientenverfügung eine verbindliche Willensäusserung darstellt und Ausdruck des gesetzlich garantierten Rechts auf Selbstbestimmung darstellt, ist ein Handeln gegen diesen Patientenwillen ohne triftigen Grund unzulässig. Auch Art. 4 der Standesordnung der FMH [19] stellt klar, dass jede medizinische Behandlung unter Wahrung der Menschenwürde und Achtung der Persönlichkeit, explizit aber auch des Willens und der Rechte der Patienten und Patientinnen zu erfolgen hat.

19 Standesordnung der FMH, Art. 4

4 Quellenverzeichnis

- Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB) SR 210, Stand 1.1.2019

- Todesursachenstatistik 2016,
  https://www.bfs.admin.ch/news/de/2018-0393,
  abgerufen am 17.12.2018

- Zit: SAMW Reanimationsentscheidungen
  Reanimationsentscheidungen, Schweizerische Akademie der
  Medizinischen Wissenschaften, 5. Auflage (Dezember 2017),

- Zit: Dialog Ethik
  Dialog Ethik (Herausgeber), Wegleitung Patientenverfügung,
  Oktober 2012

- Zit: BSK StGB
  Basler Kommentar, Strafrecht, 4. Auflage 2019

- Zit: BSK ZGB
  Basler Kommentar, Zivilgesetzbuch I, 5. Auflage 2014

- Zit: Thomas Gächter/Bernhard Rütsche
  Thomas Gächter/Bernhard Rütsche, Gesundheitsrecht, 4. vollständig
  überarbeitete Auflage, 2018,

- Zit: Botschaft Erwachsenenschutz
  Bundesblatt Nr. 36 vom 12.9.2006, Botschaft zur Änderung des
  Schweizerischen Zivilgesetzbuches (BBL 2006 7001)

- Zit: SAMW Behandlung und Betreuung
  Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen
  Menschen, Schweizerische Akademie der Medizinischen
  Wissenschaften vom 18.5.2004, inkl. Anpassung per 1.1.2013

- Zit: GesG BS
  Gesundheitsgesetz Basel-Stadt vom 21.9.2011 (Stand 1.5.2018)
  SG 300.100

- Zit: Standesordnung der FMH, Art. 4
  Standesordnung der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
  FMH vom 1.7.1997 (Stand 3.5.2018)

CURAVIVA.CH

CURAVIVA Schweiz · Zieglerstrasse 53 · 3000 Bern 14 · Telefon +41 (0)31 385 33 33 · www.curaviva.ch · info@curaviva.ch