



LEITLINIE

ZUR FRAGE DER THERAPIEZIEL- ÄNDERUNG BEI SCHWERSTKRANKEN PATIENTEN UND ZUM UMGANG MIT PATIENTENVERFÜGUNGEN

LANGFASSUNG

3., überarbeitete Version (2013)

Herausgeber: AK Patientenverfügungen am Klinikum der Universität München
(Leitung: Peter Jacobs, PD Dr. Dr. Ralf J. Jox, RD Jürgen Weber)

unter wissenschaftlicher Mitarbeit von PD Dr. Dr. Ralf Jox und PD Dr. Dr. Eva Winkler

Mitglieder des AK Patientenverfügungen seit 2004: Beate Augustyn (Pflege), Dr. I. Bauernfeind (Gynäkologie), Prof. Dr. C. Bausewein (Palliativmedizin), Dr. A. Beyer (Anästhesie), Prof. Dr. G.D. Borasio (Palliativmedizin), Prof. Dr. J. Briegel (Anästhesie), M. Bruckmeier (Jurist im Klinikum), N. D'Este (Juristin im Klinikum), Prof. em. Dr. W. Eisenmenger (Rechtsmedizin), Dr. A. Enders (Pädiatrie), B. Fittkau-Tönnemann MPH (Palliativmedizin), Dr. L. Frey (Anästhesie), Prof. Dr. M. Führer (Pädiatrie), Prof. Dr. O. Genzel-Boroviczény (Neonatologie), Prof. Dr. M. Graw (Rechtsmedizin), Dr. Pia Heußner (Psychoonkologie), Prof. Dr. J. Hoffmann (Chirurgie), P. Jacobs (Pflegedirektor), Prof. Dr. K.-W. Jauch (Chirurgie), PD Dr. Dr. R. J. Jox (Medizinethik), Prof. Dr. S. Kääh (Kardiologie), Dr. M. Lang (Vorstand), Prof. Dr. F. Kainer (Gynäkologie), T. Kammerer (Seelsorge), Prof. Dr. S. Lorenzl (Palliativmedizin), I. Luber (Referentin des Vorstandes), Prof. Dr. G. Marckmann (Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin), B. Müller (stellv. Pflegedirektorin), M. Müller (Verwaltung), Prof. Dr. N. Nedopil (Psychiatrie), Prof. Dr. T. Nicolai (Pädiatrie), PD Dr. Dr. F. S. Oduncu (Hämatologie/Onkologie), Prof. Dr. T. Roser (Seelsorge/Spiritual Care), Prof. Dr. A. Schulze (Neonatologie), PD Dr. S. Stübner (Psychiatrie), Dr. Thomas Weig (Chirurgie), Prof. Dr. M. Volkenandt (Dermatologie), Prof. Dr. R. Voltz (Neurologie), RD J. Weber (Jurist im Klinikum), Dr. Eva Winkler (Hämatologie/Onkologie, Medizinethik).

Inhaltsverzeichnis

I.	Einleitung: Die Therapieziel-Änderung bei Schwerstkranken	3
II.	Entscheidungsfindung.....	4
1.	Frage nach der Beendigung bzw. Nichteinleitung lebenserhaltender Maßnahmen	4
2.	Medizinische Indikation.....	5
3.	Ist der Patient einwilligungsfähig?	6
4.	Einwilligungsfähig: Aufklärung und gemeinsame Ermittlung des tatsächlichen Patientenwillens.....	7
5.	Nicht einwilligungsfähig: zutreffende Patientenverfügung vorhanden? ...	7
6.	Nicht einwilligungsfähig: rechtlicher Vertreter vorhanden?	9
7.	Aufgaben eines rechtlichen Vertreters	10
A.	Vorausverfügter Patientenwille	10
B.	Behandlungswünsche oder mutmaßlicher Patientenwille	10
C.	Wohl des Patienten (mit Vorrang des Lebensschutzes)	10
8.	Wenn kein rechtlicher Vertreter vorhanden ist	11
9.	Genehmigung durch das Betreuungsgericht.....	12
10.	Dokumentation.....	13
III.	Spezielle Situationen.....	14
1.	Minderjährige	14
2.	Psychisch kranke und demenzkranke Patienten.....	15
IV.	Spezielles Konsil zu Fragen am Lebensende.....	16
V.	Entscheidungsdiagramm.....	17
VI.	Literatur	18

I. Einleitung: Die Therapieziel-Änderung bei Schwerstkranken

Wenn Patienten an unheilbaren Erkrankungen leiden, an denen sie in absehbarer Zeit sterben werden, stellen sich komplexe Fragen, die den Patienten¹, seine Angehörigen und das Behandlungsteam vor große Herausforderungen stellen. Eine entscheidende Frage ist oft: Welches Therapieziel soll im Sinne des Patienten verfolgt werden? Zur Diskussion stehen meistens das Ziel der Lebensverlängerung oder das Ziel der ausschließlichen Beschwerdelinderung unter Verzicht auf (weitere) lebenserhaltende Maßnahmen. Einige Patienten können für eine kürzere oder längere Zeit vor ihrem Tod unfähig sein, Entscheidungen selbst zu treffen. Dann werden Stellvertreter die Entscheidung zu treffen haben, nämlich Bevollmächtigte oder Betreuer. Immer mehr Menschen verfügen, solange sie noch gesund sind, wie sie in einer solchen Situation behandelt werden wollen. Immer mehr Krankenhausbeschäftigte werden mit solchen Patientenverfügungen konfrontiert.

Der Gesetzgeber hat mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts von 2009 die Patientenverfügung erstmals im Bürgerlichen Gesetzbuch verankert und ihren rechtlichen Stellenwert klargestellt. Zudem wurden hier Regelungen für die Bestimmung des Patientenwillens bei Einwilligungsunfähigen und die Zuständigkeiten des Betreuungsgerichts (früher Vormundschaftsgericht) getroffen. In einem Grundsatzbeschluss hat der Bundesgerichtshof am 25. Juni 2010 („Fall Putz“) die Trennlinie zwischen erlaubtem Sterbenlassen und strafbarer Tötung (auf Verlangen) bestätigt (BGH 2 StR 454/09). Im Jahr 2010 wurde deshalb diese Leitlinie überarbeitet (2. Fassung).

Inzwischen kamen aus der klinischen Anwendung Anregungen für redaktionelle Änderungen der Leitlinie (3. Fassung), die insbesondere die gebotene Sorgfalt bei der Ermittlung des Patientenwillens, wenn keine Betreuer oder Bevollmächtigter vorhanden ist, betreffen (s. II.8). Außerdem war durch das neue „Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme“ ein ergänzender Hinweis dazu notwendig (s. III.2).

Die Leitlinie soll allen Beschäftigten am Klinikum, die an der Behandlung von Patienten beteiligt sind, als Hilfestellung dienen. Anregungen nimmt der Arbeitskreis jederzeit gerne entgegen.

¹ Für gemischtgeschlechtliche Gruppen wird aus Gründen der Lesbarkeit die maskuline Form verwendet. Die femininen Gruppen sind stets mitgemeint.

II. Entscheidungsfindung

Wir empfehlen, die wichtigen Fragen Schritt für Schritt durchzugehen, wie es im beiliegenden Entscheidungsdiagramm (V) dargestellt ist. Damit wird sichergestellt, dass die relevanten Entscheidungen im Einklang mit geltendem Recht getroffen werden können.

1. Frage nach der Beendigung bzw. Nichteinleitung lebenserhaltender Maßnahmen

Eine lebenserhaltende bzw. lebensverlängernde medizinische Maßnahme ist jede Maßnahme, die allein oder im Zusammenhang mit anderen Maßnahmen für das Überleben des Patienten *notwendig* ist und ohne die der Tod in absehbarer Zeit eintritt. Darunter fallen sowohl lebensrettende Sofortmaßnahmen (z.B. die kardiopulmonale Reanimation) als auch lebensunterstützende längerfristige Maßnahmen (z.B. die künstliche Beatmung oder die künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe bei einem komatösen Patienten).

Ob es um die Beendigung einer laufenden Behandlung oder den Verzicht auf den Beginn einer Behandlung geht, macht rechtlich und ethisch keinen Unterschied. Da jede medizinische Behandlung *fortwährend* einer Rechtfertigung bedarf, ist die Einwilligung des Patienten oder eine alternative Rechtfertigung zu jedem Zeitpunkt der Behandlung eine notwendige Voraussetzung, nicht nur zu Beginn. Allerdings ist es oft für die Behandelnden und Angehörigen psychologisch schwieriger, eine laufende Behandlung abubrechen als eine neue Behandlung zu unterlassen.

Auch besteht häufig eine Unsicherheit, ob es sich bei dem Abschalten eines Beatmungsgerätes oder dem Entfernen einer Magensonde nicht um ein aktives Tun handelt und somit um eine strafbare Tötung. Dem ist nicht so: Das Zurücknehmen einer Therapie ist im rechtlichen Verständnis eine *Unterlassung*, selbst wenn es mit aktiven Tätigkeiten und Körperbewegungen verbunden ist. Selbstverständlich kann man sich auch durch eine Unterlassung strafbar machen. Diese Gefahr besteht jedoch nicht, wenn die Unterlassung dem Willen des Patienten entspricht oder die medizinische Indikation für eine Therapie wegfällt.

2. Medizinische Indikation

Nach § 1901b Abs. 1 BGB prüft der Arzt zunächst, „welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist“. Diese *medizinische Indikation*² zur Behandlung des individuellen Patienten ist mehr als die wissenschaftliche Lehrbuch-Indikation zur Behandlung einer Erkrankung im allgemeinen. Sie berücksichtigt die Notwendigkeit und Wirksamkeit einer Behandlung im Hinblick auf das angestrebte Therapieziel und das Verhältnis von Nutzen und Nachteil für den individuellen Patienten. Sowohl für diese Bewertung als auch für die Festlegung des Therapieziels sind die Kenntnis der Persönlichkeit des Patienten und seiner psychischen und sozialen Situation notwendig. Das Therapieziel kann kurativ (heilend), lebensverlängernd oder ausschließlich palliativ (lindernd) sein und sollte selbstverständlich im Dialog ermittelt werden.

Bei der Frage nach der medizinischen Indikation sind drei Konstellationen denkbar:

- a) Die Indikation ist *nicht gegeben*, wenn eine Behandlung nach medizinischem Wissen und Erfahrung wirkungslos ist oder die Nachteile für den Patienten im Vergleich zum möglichen Nutzen unverhältnismäßig hoch sind.
- b) Die Indikation ist *fraglich*, wenn ihre Wirksamkeit unsicher, schwer abschätzbar oder das Verhältnis von Nutzen und Nachteil durch die Maßnahme unklar ist.
- c) Die Indikation ist *gegeben*, wenn die Maßnahme mit einem günstigen Verhältnis von Nutzen und Nachteilen hilft, das Therapieziel des Patienten zu erreichen.

Im ersten Fall muss die Maßnahme nicht nur nicht angeboten werden, sondern darf gar nicht ergriffen werden, da wirkungslose und/oder schädigende Maßnahmen außerhalb des Standards guter medizinischer Praxis liegen. Ist die Indikation fraglich oder gegeben, so ist die Maßnahme mit dem Patienten zu erörtern. Falls der Patient nicht einwilligungsfähig ist (s.u., Ziffer 3), muss dies unter

² Dieser Begriff der medizinischen Indikation sollte nicht verwechselt werden mit der informell so genannten „medizinischen Indikation“ für den Schwangerschaftsabbruch nach § 218 Abs. 2 StGB.

Berücksichtigung des Patientenwillens mit dessen rechtllichem Vertreter erörtert werden. Es darf aber keine Maßnahme – außer in der Notfallsituation – ohne Einwilligung des Patienten oder seines rechtlichen Vertreters durchgeführt werden. Dafür ist zunächst festzustellen, ob der Patient einwilligungsfähig ist.

3. Ist der Patient einwilligungsfähig?

Grundsätzlich ist zunächst davon auszugehen, dass ein Erwachsener einwilligungsfähig ist, da dies den Normalfall darstellt. Definiert wird die Einwilligungsfähigkeit wie folgt:

Ein Patient ist dann einwilligungsfähig, wenn er die nötige geistige Fähigkeit besitzt, um Folgen und Tragweite einer medizinischen Behandlung zu erfassen und seinen Willen danach zu bestimmen (sog. Einsichts- und Steuerungsfähigkeit).

Das Einbüßen der Einwilligungsfähigkeit setzt zunächst entweder eine geistig-sittliche Unreife, eine Krankheit, eine kognitive Störung oder eine geistige Behinderung voraus. Diese Einbuße muss so ausgeprägt sein, dass mindestens eine der fünf folgenden Fähigkeiten, die für autonomes Entscheiden notwendig sind, gestört ist: Der Betreffende ist dann nicht einwilligungsfähig, wenn er (1) entscheidungsrelevante Sachverhalte nicht verstehen kann, (2) Folgen und Risiken der verschiedenen Handlungsalternativen nicht in Beziehung zu seiner individuellen Situation setzen kann, (3) diese Handlungsalternativen nicht im Lichte seines Wertesystems bewerten kann, (4) daraus keinen Willensentschluss ableiten kann oder (5) diesen nicht kommunizieren kann.

Die Einwilligungsfähigkeit darf *nicht* mit der Geschäftsfähigkeit verwechselt werden. Ein nicht geschäftsfähiger oder beschränkt geschäftsfähiger Patient kann sehr wohl im Hinblick auf eine bestimmte Behandlungsentscheidung einwilligungsfähig sein. Auch Minderjährige und psychisch Kranke können, wenn sie die oben genannte Definition erfüllen, einwilligungsfähig sein (Siehe III.1. und 2.). Einwilligungsfähigkeit bestimmt sich nach der *individuellen* geistigen und sittlichen Reife eines Patienten und nicht nach der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Alters- oder Patientengruppe. Die Anforderungen an die Einsichts-

und Steuerungsfähigkeit des Patienten erhöhen sich mit größerer Tragweite der anstehenden Entscheidung. Die Einwilligungsfähigkeit ist vom behandelnden Arzt festzustellen. In Zweifelsfällen kann ein Psychiater oder ein Neurologe hinzugezogen werden.

4. **Einwilligungsfähig: Aufklärung und gemeinsame Ermittlung des tatsächlichen Patientenwillens**

Ist der Patient einwilligungsfähig, so liegt im Prinzip dieselbe Situation wie bei jeder gewöhnlichen Behandlung vor. Der Patient hat das Recht, angemessen aufgeklärt zu werden und die empfohlene Behandlung abzulehnen oder seine Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Dies ist Ausdruck seines grundgesetzlich verbrieften Selbstbestimmungsrechts.

Die selbstbestimmte Entscheidung des Patienten für oder gegen eine bestimmte Behandlung basiert in der Praxis zumeist auf Gesprächen mit Angehörigen (im weiten Sinn, also nicht nur Verwandte) und den Behandelnden. Nur durch eine *angemessene, genaue und empathische Aufklärung* wird es dem Patienten ermöglicht, eine Entscheidung zu treffen, die seinem Willen entspricht und seine Selbstbestimmung zum Ausdruck bringt. Daher kann man hierbei von gemeinsamer Feststellung des tatsächlichen (aktuellen) Patientenwillens sprechen. Allerdings hat jeder Patient auch das Recht, auf eine Aufklärung zu verzichten. Dies sollte im Einzelfall nachprüfbar dokumentiert werden.

5. **Nicht einwilligungsfähig: zutreffende Patientenverfügung vorhanden?**

Die Rechtsprechung und das ärztliche Berufsrecht haben schon vor dem Gesetz von 2009 anerkannt, dass Patientenverfügungen grundsätzlich verbindlich sind. Eine Patientenverfügung ist gesetzlich definiert als eine schriftliche Festlegung eines einwilligungsfähigen Volljährigen, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen des Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (§ 1901a Abs. 1 Satz 1 BGB). Es ist nicht möglich, in einer Patientenverfügung bestimmte Behandlungen rechtlich zwingend einzufordern, da dies der Berufsfreiheit, den Aufgaben und der Verantwortung der Ärzte und anderen Be-

rufsgruppen widerspricht. Es ist genauso wenig möglich, gesetzeswidrige Handlungen zu verlangen (z.B. die nach § 216 StGB verbotene Tötung auf Verlangen). Neben der Schriftform bestehen keine formalen Anforderungen an eine Patientenverfügung, insbesondere muss sie nicht bezeugt, beglaubigt oder beurkundet sein.

Es ist ratsam, sich vor Abfassung einer Patientenverfügung ärztlich beraten zu lassen und dies auf der Verfügung zu vermerken. Nur so kann sichergestellt werden, dass der Betreffende die nötigen Informationen erhält, um selbstbestimmt zu entscheiden. Dies ist besonders wichtig, wenn der Betreffende bereits an einer tödlichen Erkrankung leidet und für konkret absehbare Situationen seines Krankheitsverlaufs vorsorgen will. Weiterhin ist es ratsam, die Verfügung mit einer Vorsorgevollmacht (Siehe 6.) zu kombinieren und mit dem Bevollmächtigten zu besprechen. Es empfiehlt sich, die Verfügung regelmäßig zu überprüfen und gegebenenfalls zu aktualisieren. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos (also auch mündlich) widerrufen werden.

Liegt eine Patientenverfügung vor, hat primär der rechtliche Vertreter des Patienten (Bevollmächtigter oder Betreuer), gemeinsam mit dem Behandlungsteam, zu prüfen, ob die in ihr enthaltenen Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation des Patienten zutreffen. Hierfür sollen nahen Angehörigen oder anderen Vertrauenspersonen des Patienten einbezogen werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist (§ 1901b Abs. 2 BGB). Wenn kein rechtlicher Vertreter vorhanden ist, prüft der Arzt, ob die Patientenverfügung auf die vorliegende Entscheidungssituation zutrifft. Ist dies der Fall, darf der Arzt die Patientenverfügung direkt umsetzen, ohne vorher einen Betreuer durch das Gericht bestellen zu lassen. Dies folgt aus dem Erforderlichkeitsprinzip im Betreuungsrecht (§ 1896 Abs. 2 S. 1 BGB), nach welchem eine Betreuerbestellung nicht erfolgen muss, wenn sie zur Umsetzung des Patientenwillens nicht notwendig ist. Diese Fallkonstellation setzt allerdings voraus, dass sich der behandelnde Arzt der Passgenauigkeit der Patientenverfügung sicher ist. Ratsam ist dabei der Dialog mit den Angehörigen (soweit vorhanden), um einen möglicherweise stattgefundenen Widerruf der Patientenverfügung durch den Patienten auszuschließen.

6. Nicht einwilligungsfähig: rechtlicher Vertreter vorhanden?

Ist ein Patient nicht imstande, seinen Willen zu äußern, so muss ein Vertreter an seiner Stelle die Entscheidung treffen. Dies kann ein Bevollmächtigter oder ein Betreuer sein.

*Ein **Bevollmächtigter** ist vom Patienten selbst benannt. Mittels einer Vorsorgevollmacht kann der Patient für den Fall, dass er in Zukunft nicht mehr in der Lage sein wird, seinen Willen zu äußern, eine oder mehrere Personen beauftragen, medizinische Entscheidungen mit bindender Wirkung für ihn zu treffen (§ 1904 Abs. 2 BGB). Eine derartige Vorsorgevollmacht muss schriftlich abgefasst sein, braucht aber nicht notariell beurkundet zu werden. Sie kann vom Betroffenen jederzeit widerrufen werden, solange er geschäftsfähig ist.*

*Ein **Betreuer** ist ein vom Betreuungsgericht bestellter Vertreter, der immer dann notwendig wird, wenn ein Patient seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann, kein Bevollmächtigter für diese Aufgaben vorhanden ist (§§ 1896 ff BGB) und Entscheidungen anstehen, für die ein Betreuer notwendig ist (Erforderlichkeitsprinzip). Das Gericht prüft diese Notwendigkeit, sobald durch Mitteilung von z.B. Angehörigen, Ärzten oder Behörden ein entsprechender Anlass bekannt wird. Die Betreuung bezieht sich immer auf genau definierte Aufgabenbereiche (z.B. Gesundheit oder Finanzen).*

In einer sogenannten *Betreuungsverfügung* kann der Patient vorab eine oder mehrere Personen vorschlagen, die er gerne als Betreuer hätte, wenn dies notwendig werden sollte. Bei mehreren Betreuern für denselben Aufgabenbereich müssen diese in der Regel einvernehmlich entscheiden. Dieses Vorsorgeinstrument ist allerdings seit der Einführung der Vorsorgevollmacht im Jahr 1999 im Grunde überflüssig geworden. Es findet nur noch in den seltenen Fällen Anwendung, in denen keine Vertrauensperson vorhanden ist, aber Menschen vorhanden sind, die aus Sicht des Patienten auf keinen Fall als Betreuer in Frage kommen. Dies kann in einer sog. „negativen Betreuungsverfügung“ festgehalten werden.

7. Aufgaben eines rechtlichen Vertreters

Betreuer und Bevollmächtigter sind an Wohl und Willen des Patienten gebunden (§ 1901 BGB). Sie dürfen bei ihrer Entscheidungsfindung ausschließlich den Willen des Patienten berücksichtigen, nicht ihren eigenen Willen oder den Willen Dritter. Der Bevollmächtigte muss sich an die Abreden halten, die der Patient mit ihm getroffen hat. Bei der Ermittlung des Patientenwillens kann der Betreuer (bzw. Bevollmächtigte) auf drei hierarchisch gegliederte Kriterien zurückgreifen:

A. Vorausverfügter Patientenwille

Ebenso wie der Arzt ist auch der Betreuer bzw. Bevollmächtigte an eine Patientenverfügung gebunden. Wenn er zu dem Schluss kommt, dass die Verfügung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft, hat er der Verfügung gegenüber dem Arzt Ausdruck und Geltung zu verschaffen (§ 1901a Abs. 1 BGB).

B. Behandlungswünsche oder mutmaßlicher Patientenwille

Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die darin enthaltenen Festlegungen nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, so müssen die Behandlungswünsche und der mutmaßliche Wille des Patienten ermittelt werden. Behandlungswünsche sind konkrete mündliche Äußerungen in Bezug auf medizinische Maßnahmen. Unter dem mutmaßlichen Willen versteht man den Willen, den ein Patient zum gegenwärtigen Zeitpunkt äußern würde, wenn er dazu in der Lage wäre. Der mutmaßliche Wille ist stets aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Dabei sind insbesondere frühere mündliche und schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen sowie sonstige persönliche Wertvorstellungen des Patienten zu berücksichtigen.

C. Wohl des Patienten (mit Vorrang des Lebensschutzes)

Bei manchen Patienten ist eine Ermittlung des mutmaßlichen Willens unmöglich. Dies ist etwa der Fall, wenn der Patient den Behandelnden nicht bekannt ist und keine Angehörigen oder Vertrauenspersonen hat, die befragt werden können. Ein Sonderfall sind ebenfalls Kleinkinder sowie von Kindheit an geistig Behinderte, die auf Grund ihrer geistigen Unreife oder Behinderung keine individuellen Wertvorstellungen entwickelt oder Lebensentscheidungen getroffen haben. In diesen Fällen ist zum objektiven Wohl des Patienten zu entscheiden, wobei die Interessen von Dritten keine Rolle spielen dürfen (§ 1904 BGB) und im Zweifelsfall der Lebensschutz Vorrang hat.

Die drei Kriterien – vorausverfügter Wille, Behandlungswünsche/mutmaßlicher Wille und Wohl des Patienten (mit Vorrang des Lebensschutzes) – sind hierarchisch geordnet und damit so zu verstehen, dass nach dem zweiten Kriterium nur zu entscheiden ist, wenn das erste nicht vorhanden ist und nach dem dritten nur, wenn das erste und das zweite nicht vorhanden sind.

8. Wenn kein rechtlicher Vertreter vorhanden ist

Ist weder ein Bevollmächtigter noch ein Betreuer für den Patienten vorhanden, so kann folgendermaßen verfahren werden: Handelt es sich um eine *Akutsituation*, so sollten das Behandlungsteam und die Angehörigen in der zur Verfügung stehenden Zeit versuchen, eine Einigung hinsichtlich des Vorgehens zu erzielen. Dabei geht es um die Frage, ob die indizierte Behandlung vom Patientenwillen (in Form einer zutreffenden Patientenverfügung, Behandlungswünschen oder des mutmaßlichen Willens) getragen wird. Da hier kein rechtlicher Vertreter des Patienten vorhanden ist, muss besondere Sorgfalt bei der Ermittlung des Patientenwillens geübt werden. Wenn hierüber in der Akutsituation keine Einigung erreicht werden kann, so muss die indizierte Maßnahme (in der Regel mit dem Ziel der Lebenserhaltung) zunächst durchgeführt werden. Gleichzeitig sollte so früh wie möglich das Betreuungsgericht angerufen werden, um die Einrichtung einer Betreuung für den Patienten zu veranlassen. Ist die Betreuung eingerichtet, so kann verfahren werden, wie oben dargestellt (5).

Handelt es sich jedoch um *keine Akutsituation*, so sollte unmittelbar die Einrichtung einer Betreuung durch das Betreuungsgericht veranlasst werden. Mit Hilfe

des Betreuers wird dann verfahren wie beschrieben. Verschlechtert sich während der Einrichtung der Betreuung die gesundheitliche Situation des Patienten akut und wird lebensbedrohlich, so ist zu verfahren wie in den vorhergehenden Absätzen für Akutsituationen beschrieben.

Kontakt zum Betreuungsgericht in München:

Amtsgericht München
Betreuungsgericht
Linprunstraße 22, 80335 München
Telefon: +49 (89) 5597-06, Telefax: +49 (89) 5597-4900

9. Genehmigung durch das Betreuungsgericht

Wenn zwischen Arzt und rechtlichem Vertreter Einvernehmen darüber besteht, welches Vorgehen dem Patientenwillen entspricht, muss das Betreuungsgericht nicht eingeschaltet werden.

Das Betreuungsgericht muss zwar grundsätzlich die Entscheidung eines Betreuers oder Bevollmächtigten genehmigen, wenn die Gefahr besteht, dass der Patient auf Grund der ärztlichen Maßnahme oder der Unterlassung einer ärztlichen Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden nimmt (§ 1904 BGB). Die Pflicht, eine richterliche Genehmigung einzuholen, entfällt aber immer dann, wenn zwischen dem Arzt und rechtlichem Vertreter *Einvernehmen* besteht, dass die Entscheidung über die Behandlung dem Patientenwillen entspricht (§ 1904 Abs. 4 BGB). Damit ist die gerichtliche Prüfung auf die seltenen Fälle beschränkt, in denen Arzt und rechtlicher Vertreter sich nicht einigen können, ob eine indizierte Behandlung vom Patienten gewollt ist oder nicht.

Das Gericht wird dann keine eigene Entscheidung in der Sache fällen, sondern lediglich die Entscheidung des Betreuers oder Bevollmächtigten dahingehend überprüfen, ob der vorausverfügte oder mutmaßliche Wille des Betroffenen richtig ermittelt wurde. Kommt das Gericht zu der Auffassung, dass eine geplante oder bereits begonnene lebenserhaltende Behandlung nicht dem Patientenwillen entspricht, so wird die gerichtliche Entscheidung erst zwei Wochen nach Bekanntgabe wirksam, um die Möglichkeit einer Rechtsbeschwerde offen zu halten.

Es soll in der Regel alles versucht werden, um einen Konsens zwischen allen Beteiligten zu erzielen. Als Zwischenschritt vor der Anrufung des Gerichts bietet die Klinik für Palliativmedizin am Klinikum der Universität München ein spezielles Konsil an. Näheres hierzu unter Abschnitt IV.

10. Dokumentation

Eine sorgfältige und präzise Dokumentation ist bei allen Entscheidungen zur Frage der Therapieziel-Änderung und des Umgangs mit Patientenverfügungen notwendig.

Sie sollte folgendes beinhalten:

- die medizinische Situation (Diagnose, Prognose, Behandlungsvorschläge),
- das ärztliche Urteil, ob eine Behandlung indiziert, fraglich indiziert oder nicht indiziert ist,
- das ärztliche Urteil hinsichtlich der Einwilligungsfähigkeit des Patienten,
- den ermittelten Patientenwillen und worauf diese Ermittlung sich stützt (Auslegung der Patientenverfügung oder Ermittlung von Behandlungswünschen/mutmaßlichem Willen)
- die Angabe, ob zwischen Arzt und Betreuer bzw. Bevollmächtigtem Einvernehmen besteht oder nicht

Eine palliative Zielsetzung stellt die Lebensqualität des Patienten in den Mittelpunkt. Dazu gehört sein körperliches, seelisches, soziales und spirituelles Wohlergehen. Eine palliative Behandlung stellt damit keinen Therapieabbruch dar, sondern eine optimale Therapie mit geänderter Zielsetzung. Nach diesem Verständnis ist eine Therapie und ärztliche Begleitung des Patienten immer möglich, gerade auch in der Sterbephase.

III. Spezielle Situationen

1. Minderjährige

Die Einwilligungsfähigkeit eines Minderjährigen richtet sich nicht nach seinem chronologischen Alter, sondern nach seiner individuellen geistig-sittlichen Reife und ist in Bezug auf die Tragweite der Entscheidung zu beurteilen. Das Urteil über die Einwilligungsfähigkeit obliegt dem behandelnden Arzt. Er beurteilt die „Fähigkeit des Kindes, dem Aufklärungsgespräch zu folgen, Fragen zu stellen, das Für und Wider abzuwägen sowie die besondere eigene Situation zu erfassen und sich dazu zu äußern“ (Einbecker Empfehlungen 1995). Bei Unsicherheit können Kinderpsychiater oder –neurologen hinzugezogen werden. Ist ein Minderjähriger nicht einwilligungsfähig, sind Sorgeberechtigten (in der Regel die Eltern) von Rechts wegen befugt, die Entscheidungen stellvertretend zu treffen. Dabei sind die Eltern jedoch immer gebunden, zum Wohl des Kindes zu handeln und dürfen ihr Sorgerecht nicht zum objektiven Nachteil des Kindes ausüben (bei Zweifeln ist das Familiengericht anzurufen). Mit wachsender Reife des Kindes haben die Eltern dessen eigene Wünsche zu beachten. Bei medizinischen Eingriffen, die für den Minderjährigen von „erheblicher Bedeutung“ sind (z.B. Behandlungen mit großem Risiko, grundlegende Entscheidungen der Vorsorge), müssen beide Elternteile einwilligen (§ 1626 BGB). Können sich die Eltern nicht einigen, so kann das Familiengericht auf Antrag eines Elternteils die Entscheidung einem Elternteil übertragen (§1628 BGB).

Ist ein Minderjähriger in Bezug auf eine konkrete medizinische Behandlung einwilligungsfähig, so zählt ausschließlich seine Entscheidung. Die Meinung der Eltern ist dann für das medizinische Team rechtlich nicht maßgeblich. Zur Prävention von familiären Konflikten und komplizierten Trauerverläufen sollte aber in der Regel alles versucht werden, um einen Konsens zwischen allen Beteiligten zu erzielen.

Die Möglichkeit der Patientenverfügung steht Minderjährigen nach dem neuen Gesetz nicht offen, selbst wenn sie einwilligungsfähig sind. Ihre im einwilligungsfähigen Zustand schriftlich oder mündlich getroffenen Äußerungen werden aber als starke Indizien für den mutmaßlichen Willen bei der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen sein.

2. Psychisch kranke und demenzkranke Patienten

Auch bei Patienten mit psychischen Störungen oder Patienten mit einer Demenz ist die Einwilligungsfähigkeit im Einzelfall zu prüfen. Hat die Person ihre Einwilligungsfähigkeit vorübergehend oder für immer verloren, muss ein rechtlicher Vertreter entscheiden und sich dabei nach dem verfügbaren oder mutmaßlichen Willen des Betroffenen richten. Dabei sind aktuelle Wünsche und Verhaltensäußerungen zu berücksichtigen, auch wenn der Patient nicht mehr einwilligungsfähig ist.

Der Deutsche Bundestag hat am 17.01.2013 das Gesetz zur Neuregelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine Zwangsmaßnahme beschlossen (Drucksache 17/11513). Danach sind ärztliche Maßnahmen gegen den natürlichen Willen des Patienten (Zwangsmaßnahmen) nur erlaubt, wenn (1) der Patient auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann, (2) die ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen dieser Unterbringung zum Wohle des Betreuten erforderlich ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden, (3) der erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere zumutbare Maßnahme abgewendet werden kann und (4) wenn der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt.

IV. Spezielles Konsil zu Fragen am Lebensende

Die Klinik für Palliativmedizin bietet einen palliativmedizinischen Dienst für Patienten im gesamten Klinikum an, besonders zu Fragen der Betreuung am Lebensende.

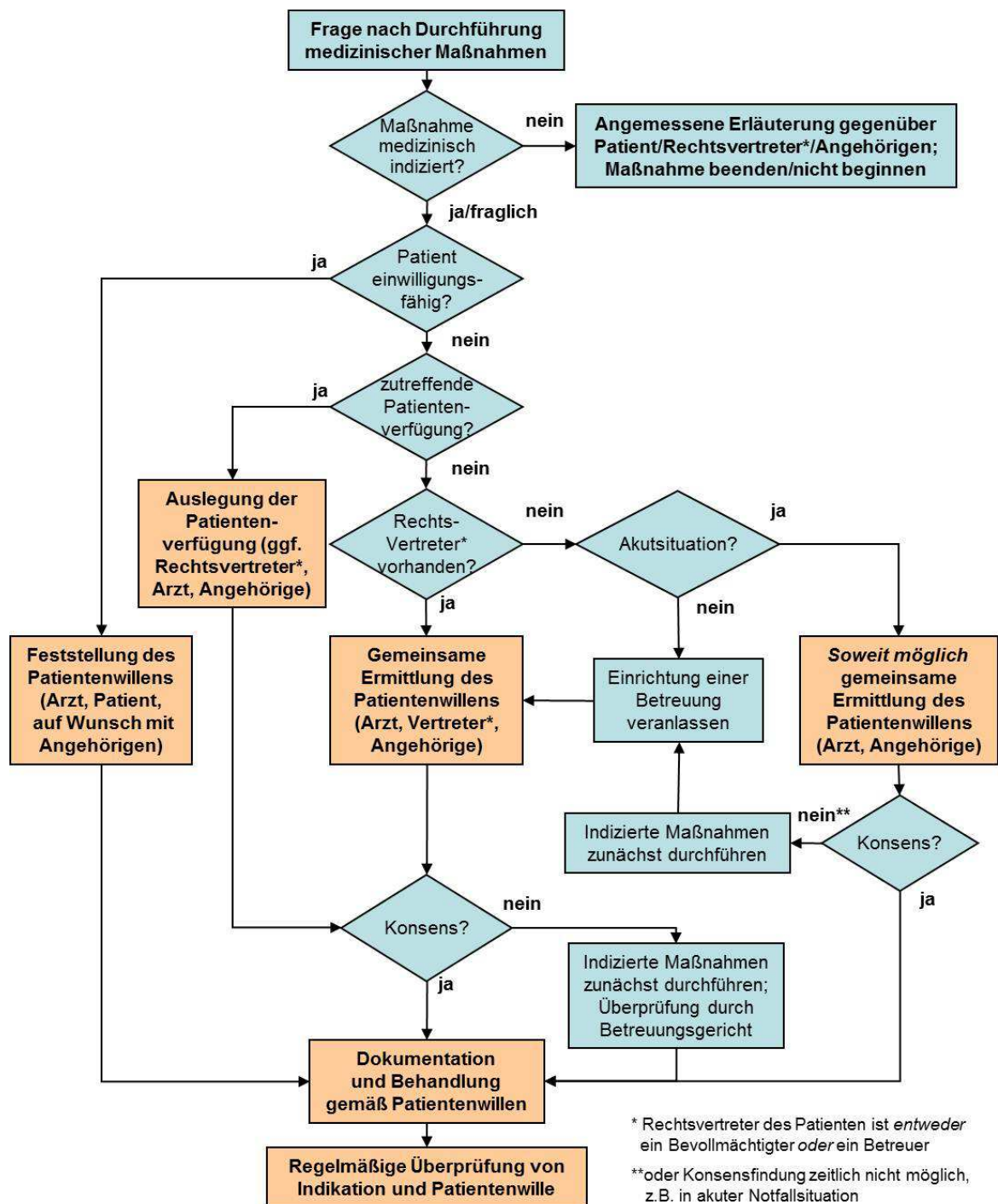
Das Konsil hat eine beratende Funktion. Seine Aufgabe ist es, die medizinische, rechtliche, pflegerische, psychosoziale, rechtliche und ethische Situation zu analysieren, über palliative Behandlungsmöglichkeiten zu informieren, zur Klärung des Therapieziels beizutragen und bei Konfliktfällen zu vermitteln.

Das Konsil kann über den Palliativmedizinischen Konsiliardienst (Funk 2737 am Standort Großhadern; Prof. Bausewein, Tel. 7095-4930) angefordert werden.

Das Konsil kann weder die Entscheidung des medizinischen Teams noch die Entscheidungen des Patienten oder der Angehörigen ersetzen. Es ist auch nicht mit der mancherorts vorhandenen klinischen Ethikberatung („Ethikkonsil“ oder „Ethikkomitee“) gleichzusetzen. Vielmehr geht es darum, Bedingungen für eine gute Kommunikation für alle Beteiligten zu schaffen und die medizinischen, ethischen und rechtlichen Rahmenbedingungen der Entscheidung zu klären.

Für die konsiliarische Beratung und palliativmedizinische Mitbetreuung von Kindern und Jugendlichen mit schweren, lebensbegrenzenden Erkrankungen und ihren Familien im Klinikum steht das Team der Kinderpalliativmedizin (Leitung: Prof. Dr. Führer) unter Tel. 5160 7960 (in dringenden Fällen oder außerhalb der Dienstzeiten: 0174/9224555) zur Verfügung.

V. Entscheidungsdiagramm



VI. Literatur

Normen:

Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts (vom 29. Juli 2009). *Bundesgesetzblatt* Jahrgang 2009 Teil I Nr. 48, ausgegeben zu Bonn am 31. Juli 2009, S. 2286.

Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme. Drucksache 17/11513. Beschlossener Gesetzesentwurf : <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/115/1711513.pdf> (aufgerufen am 21.02.2013).

Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis, revidiert am 16.04.2010 Online unter http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Patientenverfuegung_und_Vollmacht_Empfehlungen_BAeK-ZEKO_D Ae1.pdf (aufgerufen am 21.02.2013)

Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, in: *Deutsches Ärzteblatt* 2011, 108(7): A346-A348, online unter: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf (aufgerufen am 21.02.2013)

Rechtsprechung:

BGH, Urteil des II. Strafsenats vom 25. Juni 2010, AZ 2 StR 454/09

Formulare mit Erläuterung:

Bayerisches Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz "Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter", 13. Aufl., C.H. Beck: München 2013, online unter <http://www.verwaltung.bayern.de> (aufgerufen am 21.02.2013)

Bundesministerium der Justiz, Broschüre „Patientenverfügung“, Oktober 2009 <http://www.bmj.de/patientenverfuegung> (aufgerufen am 21.02.2013)

Literatur:

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung: Leitfaden künstliche Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Oktober 2010, online unter <http://www.verwaltung.bayern.de/portal/cl/1058/Gesamtliste.html?cl.document=3987053> (aufgerufen am 21.02.2013)

Borasio, G.D., Heßler, H.-J. Wiesing U.: Patientenverfügungsgesetz: Umsetzung in der klinischen Praxis. *Deutsches Ärzteblatt* 2009, 106(40): A1952-1957, online unter: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=66178> (aufgerufen am 21.02.2013)

Buchanan, A.E., Brock, W.D.: Deciding For Others: The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge University Press: Cambridge 2003

Winkler EC, Borasio GD, Jacobs P, Weber J, Jox RJ (2012) Münchner Leitlinie zu Entscheidungen am Lebensende. *Ethik Med* 24:221-234.