



Grundsätze zu Patientenverfügungen

Grundsätze zur Geltung von und zum Umgang mit Patientenverfügungen im Geschäftsfeld Krankenhäuser und Hospize der Stiftung kreuznacher diakonie

www.kreuznacherdiakonie.de

Stiftung kreuznacher diakonie

Die Stiftung kreuznacher diakonie ist eine gemeinnützige und mildtätige kirchliche Stiftung des öffentlichen Rechts und wurde 1889 in Bad Sobernheim als Diakonissen-Mutterhaus gegründet. Heute hat die Stiftung kreuznacher diakonie ihren Sitz in Bad Kreuznach und ist Träger von Einrichtungen in Rheinland-Pfalz, Saarland und Hessen.

Seit über 125 Jahren nimmt die Stiftung kreuznacher diakonie teil am Auftrag der Kirche, Gottes Liebe zur Welt in Jesus Christus allen Menschen zu bezeugen. Sie weiß sich diesem Auftrag verpflichtet und beteiligt sich seit ihren Anfängen an der Diakonie als Wesens- und Lebensäußerung der Kirche. Die Stiftung nimmt sich besonders Menschen in leiblicher Not, in seelischer Bedrängnis und in sozial benachteiligten Verhältnissen an. Diesen Auftrag fördern in besonderer Weise die Diakonischen Gemeinschaften Diakonissen-Mutterhaus und Paulinum.

Die diakonisch-sozialen Angebote der Stiftung sind in fünf Geschäftsfeldern organisiert:

- **Krankenhäuser und Hospize**
- **Leben mit Behinderung** · Rehabilitation, Förderschulen, Wohnungen und Werkstätten für Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen sowie Integrationsabteilungen
- **Seniorenhilfe** · Betreuungs- und Wohnangebote für Menschen im Alter und Pflegebedürftige
- **Kinder-, Jugend- und Familienhilfe** · Tagesstätten, familienentlastende Dienste und Inobhutnahmen
- **Wohnungslosenhilfe** · dezentrale Wohnangebote, ambulante Hilfen wie Straßensozialarbeit, Tagesaufenthalte und Nachbetreuung

Die Stiftung bietet rund 750 pflegerische, pädagogische und diakonisch-theologische Aus- und Weiterbildungsplätze. Täglich nehmen Tausende von Menschen Dienstleistungen der Stiftung kreuznacher diakonie in Anspruch. Rund 6.700 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben einen Arbeitsplatz bei der Stiftung kreuznacher diakonie.

Die Stiftung kreuznacher diakonie ist auf die Hilfe von Freundinnen und Freunden angewiesen. Sie unterstützen diakonisch-soziale Angebote durch Geld- und Sachzuwendungen, durch Vermächtnisse und Stiftungen. Diese Hilfen kommen direkt den Menschen zugute, die die Dienste der Stiftung in Anspruch nehmen.

Unser Spendenkonto bei der Bank für Kirche und Diakonie eG – KD-Bank
IBAN DE50 1006 1006 1006 40 · BIC GENODED1KDB

Stiftung kreuznacher diakonie

Ringstraße 58 · 55543 Bad Kreuznach

Tel. 0671 / 605-0

E-Mail info@kreuznacherdiakonie.de

www.kreuznacherdiakonie.de

Herausgeber	Stiftung kreuznacher diakonie, Kirchliche Stiftung des öffentlichen Rechts · Ringstraße 58 · 55543 Bad Kreuznach
Verantwortlich	Der Vorstand
Redaktion	Ethikausschuss der Stiftung kreuznacher diakonie
Layout Grafik	Referat Kommunikation · Stiftung kreuznacher diakonie transformdesign
Fotos	Niko Neuwirth
Stand	August 2017

Grundsätze zu Patientenverfügungen

Grundsätze zur Geltung von und zum
Umgang mit Patientenverfügungen im
Geschäftsfeld Krankenhäuser und Hospize
der Stiftung kreuznacher diakonie

- 6 1. Vorüberlegungen zu den Grundlagen des Selbstbestimmungsrechts
- 10 2. Selbstbestimmung und Rechtmäßigkeit ärztlicher Eingriffe
 - 2.1. Einwilligungsfähige Patientinnen oder Patienten
 - 2.2. Einwilligungsunfähige Patientinnen oder Patienten
 - 2.2.1. Feststellbarer schriftlicher Patientenwille
 - 2.2.2. Ermittelter mutmaßlicher Patientenwille
 - 2.2.3. Mutmaßlicher Patientenwille nicht feststellbar
 - 2.2. Erforderlichkeit von Vertreterentscheidungen
 - 2.3.1. Einwilligungsfähige Patientinnen oder Patienten
 - 2.3.2. Einwilligungsunfähige Patientinnen oder Patienten
 - 2.4. Genehmigung des Betreuungsgerichts
 - 2.5. Weigerungsrecht des Behandlungsteams
- 16 3. Zur Sterbehilfe im Strafrecht
- 17 4. Vorsorgevollmacht, Betreuung und Betreuungsverfügung
 - 4.1. Vorsorgevollmacht
 - 4.2. Betreuung
 - 4.3. Betreuungsverfügung
- 19 5. Inhalt und Form von Patientenverfügungen sowie die Voraussetzungen ihrer Verbindlichkeit
 - 5.1. Inhalt von Patientenverfügungen
 - 5.2. Form der Patientenverfügung
 - 5.3. Verbindlichkeit von Festlegungen in einer Patientenverfügung
 - 5.4. Die medizinische Indikation
 - 5.5. Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens
 - 5.6. Dokumentation des Vorliegens einer schriftlichen Patientenverfügung
 - 5.7. Organspendeerklärung als Ergänzung der Patientenverfügung

- 25 6. Inkrafttreten
- 26 7. Literatur
- 27 8. Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 29. Juli 2009 (Patientenverfügungsgesetz)
- 32 Flußdiagramm
Praktischer Umgang mit einer Patientenverfügung

» **In jedem Menschen
verwirklicht sich
ein Gedanke Gottes.**

Aus dem Leitbild der Stiftung kreuznacher diakonie

1. Vorüberlegungen zu den Grundlagen des Selbstbestimmungsrechtes

Mit zunehmender Tendenz werden Mitarbeitenden der Stiftung kreuznacher diakonie Verfügungen von Patientinnen und Patienten vorgelegt, in denen über Form, Inhalt und Begrenzung von Behandlungen Aussagen gemacht werden. Patientinnen und Patienten nehmen auf diese Weise ihr Recht auf Selbstbestimmung unter Berufung auf Entscheidungsrechte hinsichtlich des Umgangs mit ihrer Gesundheit, Krankheit und ihrem Sterbeprozess wahr. Sie tun dies nicht nur durch eine aktuelle Willensbekundung zu Beginn oder während ihrer Behandlung, sondern auch durch Patientenverfügungen im Vorgriff auf zukünftig mögliche Entscheidungen in medizinischen Konfliktsituationen. Kulturgeschichtlich stellt dies einen neuen Sachverhalt dar, dass Menschen über die Umstände ihres Sterbeprozesses selbst entscheiden wollen und können und in Patientenverfügungen vorab darüber Festlegungen treffen.

„Patientenselbstbestimmung“ ist der Leitbegriff für einen Paradigmenwechsel insbesondere im Gesundheitswesen.

Die Ärztin oder der Arzt berief sich nach traditionellem Selbstverständnis auf seine medizinische Fachkompetenz und auf sein ärztliches Ethos, für das Wohl der Patientin oder des Patienten und die Abwendung von Schaden von dem Patienten Fürsorge zu tragen. Daraus leitete sich das Recht des Arztes von Entscheidungen anstelle der Patientin oder des Patienten ab.

Dagegen wird heute durch Patientinnen oder Patienten ein Recht auf Selbstbestimmung in Bezug auf das eigene Leben gefordert und in der Rechtsprechung zugestanden. Mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 29. Juli 2009 hat der Deutsche Bundestag diese Forderung in ein Gesetz aufgenommen und verbindliche gesetzliche Regelungen zum Umgang mit Patientenverfügungen geschaffen.

Die Fürsorgepflicht der Ärztin oder des Arztes um das Wohl der Patientin oder des Patienten muss darum als Pflicht zu einer umfassenden Information der Patientin und des Patienten über Risiken und Chancen einer Therapie als Grundlage für eine verantwortliche, selbstbestimmte Entscheidung der Patientin oder des Patienten verstanden werden.

Eine solche umfassende Pflicht zur Information und Aufklärung ist auch dadurch begründet, dass die Fortschritte der modernen Medizin nicht nur sinnvolle Chancen von Lebensrettung und zusätzlicher Lebensqualität eröffnen, sondern auch ein Leben und Sterben in Würde durch medizinisch-technische Fremdbestimmung bedrohen können. Dadurch entsteht die Angst vor Verlängerung von Leiden und Sterben. Außerdem werden die medizinischen Behandlungsalternativen immer größer, so dass eine Entscheidung eingehender Information und Beratung bedarf.

Der Respekt vor und die Verbindlichkeit im Umgang mit Patientenverfügungen resultiert aus der Einsicht, dass es zur Würde des Menschen und zu seiner Freiheit gehört, frei über sich selbst zu bestimmen. In den Bereich der unbedingten Geltung der Würde des Menschen und seiner Freiheit fällt darum auch das Recht auf Selbstbestimmung. Dieses resultiert aus der Fähigkeit des Menschen zum Gebrauch der Freiheit. Seit dem Mittelalter hat die Theologie dies aus der Gottebenbildlichkeit des Menschen gefolgert. Die Rechte der Freiheit und der Selbstbestimmung kommen auch der leiblichen Existenz eines Menschen zu. Wenn zudem der eigene Körper unter das „Recht auf Eigentum“ gestellt wird, ist er Eigentum des einzelnen Menschen, das Dritten unverfügbar ist. Auf diesem Recht beruht das heutige Recht auf körperliche Unversehrtheit (Grundgesetz Artikel 2) und die Schlussfolgerung, dass jeder ärztliche Eingriff zustimmungspflichtig ist. In Verbindung mit dem Recht auf Selbstbestimmung folgt daraus, dass jeder grundsätzlich bestimmen darf, was mit seinem Leib und mit seinem Leben geschieht, soweit dies nicht die Freiheit eines anderen berührt.

Der Wille eines Menschen hinsichtlich seines eigenen Lebens in Gesundheit und Krankheit ist eine handlungsleitende Norm. Es geht dabei um den Vollzug und die Bewährung individueller Freiheit gegenüber jeder fremdbestimmenden Norm. Selbstbestimmung bedeutet das Recht, nicht als bloßes Objekt von Entscheidungen anderer behandelt zu werden. Auf Basis der persönlichen Werteüberzeugung eines Menschen, seiner Lebenseinstellungen und Vorstellungen und seiner eigenen Authentizität kann ein Mensch selbst darüber befinden, welche Maßnahmen er an seinem Lebensende für angemessen und zuträglich und

mit seiner persönlichen Würde für vereinbar hält. Deshalb ist zu respektieren, wenn Menschen zum Beispiel eine künstliche Lebensverlängerung ablehnen.

Dies charakterisiert den Unterschied zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe, der nicht nur auf Handeln versus Unterlassen reduziert werden kann. Auch durch Unterlassen kann ein Mensch absichtlich getötet werden, indem er z. B. gegen seinen Willen nicht mehr mit Flüssigkeit und Nahrung versorgt wird.

Der Kern der Sterbehilfe-Debatte liegt in der zentralen Annahme, dass der Tod eines Menschen nicht herbeigeführt werden darf, sondern abgewartet werden muss. Entscheidend dabei ist die je eigene Sicht des Menschen auf die eingetretene Lebenssituation – wann für den Einzelnen die Zeit gekommen ist, dem Tod nichts mehr entgegenzusetzen.

Es gehört zur Freiheit des Menschen, darüber für sich gültige Entscheidungen zu treffen. Die Leitidee des biblischen Menschenbildes besteht gerade darin, dass der Mensch durch den Glauben an Jesus Christus innere Freiheit erlangt, die zu eigenverantwortlicher Selbstbestimmung und Entscheidungen des eigenen Gewissens führen.

Die Erstellung von Patientenverfügungen ist darum als bewusste Verantwortungsübernahme von Menschen für ihre eigene Gesundheit und Krankheit sowie ihren künftigen Sterbeprozess zu begrüßen.

Vorgelegte Patientenverfügungen sind von Mitarbeitenden der Stiftung kreuznacher diakonie als Kundgabe des eigenen Willens sowie der Lebenseinstellungen und Vorstellungen von Menschen zu respektieren.

Fragen der rechtlichen Verbindlichkeit und des Umgangs mit Patientenverfügungen werden seit einigen Jahren intensiv diskutiert. Der XII. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat mit seinen Beschlüssen vom 17. März 2003 und vom 8. Juni 2005 die Bedeutung des Selbstbestimmungsrechts bei ärztlichen Maßnahmen und die Verbindlichkeit einer Patientenverfügung bestätigt. Auch die Bundesärztekammer ging in ihren Grundsätzen zur Sterbebegleitung im Jahr 2004 (Überarbeitung 2011) sowie in ihren Empfehlungen zum Umgang mit

Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung im Jahr 2007 (Überarbeitung 2013) von der Verbindlichkeit einer Patientenverfügung für Ärztinnen und Ärzte und der Beachtung des Patientenwillens auch nach eingetretener Einwilligungsunfähigkeit bei allen medizinischen Behandlungen aus. Dennoch bestand in der Praxis zum Teil noch Verunsicherung im Umgang mit Patientenverfügungen.

Aus diesem Grunde beschäftigte sich auch der Deutsche Bundestag mit der Problematik von Voraussetzungen und Reichweite von Patientenverfügungen. Nach langen Diskussionen wurde am 29. Juli 2009 schließlich das Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts, welches am 1. September 2009 in Kraft trat, erlassen. Mit den §§ 1901a – c, 1904 BGB (siehe Anhang) liegen nunmehr verbindliche gesetzliche Regelungen über die formalen Voraussetzungen, Ausgestaltung und Reichweite von Patientenverfügungen vor.

Das Recht zur Selbstbestimmung über den eigenen Körper gehört zum Kernbereich der durch das Grundgesetz geschützten Würde. Das Selbstbestimmungsrecht von Patientinnen und Patienten gilt auch am Lebensende. Es schützt sie gerade in Grenzsituationen des Lebens vor Fremdbestimmung.

Die Bereitstellung von Palliativmedizin und Hospiz-Versorgung schafft den Rahmen für die Wahrnehmung des Rechts auf Selbstbestimmung am Lebensende. ■

» **Wir achten
das Recht auf
Selbstbestimmung.**

Aus dem Leitbild der Stiftung kreuznacher diakonie

2. Selbstbestimmung und Rechtmäßigkeit ärztlicher Eingriffe¹

2.1. Einwilligungsfähige Patientinnen oder Patienten

Jeder ärztliche Eingriff bedarf der Einwilligung von zuvor ärztlich aufgeklärten einwilligungsfähigen Patientinnen oder Patienten. Das gilt für alle ärztlichen Eingriffe, unabhängig davon, ob sie der Lebensverlängerung oder Lebenserhaltung oder der palliativmedizinischen Versorgung dienen.

Die Einwilligung in einen ärztlichen Eingriff ist nur wirksam, wenn die Patientin oder der Patient einwilligungsfähig ist und durch die Ärztin oder den Arzt hinreichend über die medizinische Bedeutung und Tragweite der geplanten Maßnahmen, alternative Behandlungsmöglichkeiten und Konsequenzen eines Verzichts aufgeklärt worden ist. Einer ärztlichen Aufklärung bedarf es nicht, wenn die einwilligungsfähige Patientin oder der einwilligungsfähige Patient auf eine ärztliche Aufklärung verzichtet hat. Eine Person ist einwilligungsfähig, wenn sie über die für die Entscheidung erforderliche natürliche Einsichts-, Urteils- und Steuerungsfähigkeit verfügt. Daher können auch Minderjährige und Betreute einwilligungsfähig sein. Die Einwilligungsfähigkeit ist bezogen auf die anstehende ärztliche Behandlung zu beurteilen.

Für die Rechtmäßigkeit jedes ärztlichen Eingriffs an einwilligungsfähigen Kranken ist es erforderlich, dass die Patientin oder der Patient die Einwilligung sowohl für die Einleitung als auch für die Fortführung einer Therapie erteilen muss. Der Widerruf der Einwilligung ist jederzeit möglich. Die letzte Entscheidung trifft damit die einwilligungsfähige Patientin oder der einwilligungsfähige Patient.

Die Patientin oder der Patient kann daher die Vornahme oder die Fortsetzung einer lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Behandlung auch dann ablehnen, wenn deren Beginn oder Fortsetzung ärztlich indiziert ist.² Dies gilt ohne Rücksicht darauf, ob die Krankheit bereits einen unumkehrbar tödlichen Verlauf genommen hat und der Tod nahe bevorsteht.

1) Einschließlich ärztlicher Leistungen, die an Pflegende delegiert werden

2) Vgl. Art. 2 Absatz 1 GG

Die künstliche Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr, die zum Beispiel durch die Speiseröhre (Magensonde) oder Bauchdecke (PEG) in den Magen oder intravenös gegeben wird, die maschinelle Beatmung, die Dialyse oder die Bekämpfung einer zusätzlich auftretenden Krankheit (Lungenentzündung, andere Infektionen u.a.) sind Eingriffe, die einer sie legitimierenden Einwilligung bedürfen. Auch diese Behandlungen kann die Patientin oder der Patient ablehnen.

An die Stelle der lebenserhaltenden Behandlung tritt dann ein palliatives ärztliches und pflegerisches Versorgungsangebot. Dazu gehören u.a. das Stillen von Hunger und Durst auf natürlichem Wege, das heißt Hilfe beim Essen und Trinken und erforderlichenfalls fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten.³

Weitere Basismaßnahmen sind angemessene Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit und anderen belastenden Symptomen.

2.2. Einwilligungsunfähige Patientinnen und Patienten

2.2.1. Feststellbarer schriftlicher Patientenwille

Ist die Patientin oder der Patient zum Zeitpunkt der ärztlichen Behandlung nicht einwilligungsfähig, so gilt eine frühere schriftliche Willensbekundung fort, falls keine konkreten Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Patientin oder der Patient sie widerrufen hat. Der Gesetzgeber hat in § 1901a Absatz 1 Satz 1 BGB den Begriff „Patientenverfügung“ legal definiert. Eine Patientenverfügung ist danach eine schriftliche Festlegung einer einwilligungsfähigen Volljährigen oder eines einwilligungsfähigen Volljährigen, in der sie oder er für den Fall ihrer oder seiner Einwilligungsunfähigkeit festlegt, ob sie oder er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen ihres oder seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt.

3) Siehe „Grundsätze zu Künstlicher Ernährung im Geschäftsfeld Krankenhäuser und Hospize der Stiftung kreuznacher diakonie“, Punkt 2.2.3.

Das zuvor wirksam ausgeübte Selbstbestimmungsrecht der Patientin oder des Patienten bindet auch deren Vertreterin oder Vertreter (Betreuerinnen und Betreuer, Bevollmächtigte).⁴ Die Vertreterin oder der Vertreter hat dem Patientenwillen Ausdruck und Geltung zu verschaffen (§ 1901a Absatz 1 Satz 2 BGB).

2.2.2. Ermittelter mutmaßlicher Patientenwille

Liegt eine konkrete schriftliche Patientenverfügung nicht vor, beurteilt sich die Zulässigkeit der ärztlichen Behandlung nach dem mutmaßlichen Willen der Patientin oder des Patienten.

Zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens obliegt es gemäß § 1901a Absatz 2 BGB zunächst der Vertreterin oder dem Vertreter, die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen der oder des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden.

Der mutmaßliche Wille ist anhand konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln, allgemeine Wertvorstellungen oder Wertvorstellungen der Vertreterin oder des Vertreters dürfen keine Rolle spielen.

Bei der Ermittlung werden zusätzlich frühere mündliche Äußerungen der Patientin oder des Patienten, ihre oder seine religiöse Überzeugung, ihre oder seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen und ihre oder seine altersbedingte Lebenserwartung mit einbezogen. Bei der Feststellung des Patientenwillens soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen der oder des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist (§ 1901b Absatz 2 BGB).

In der klinischen Praxis entsprechen Patientenverfügungen oft nicht der vorliegenden Situation oder sind zu wenig konkret. In diesem Fall hat die Patientenverfügung keine Bindungswirkung, jedoch einen Indiziencharakter und fließt ebenfalls in die Ermittlung des mutmaßlichen Willens mit ein.

Gegen den ermittelten mutmaßlichen Willen der Patientin oder des Patienten darf sich eine Vertreterin oder ein Vertreter nicht entscheiden, auch wenn sie oder er sich auf das Wohl der Patientin oder des Patienten beruft.

4) Vgl. dazu im Einzelnen die Ausführungen unter Punkt 4.

2.2.3. Mutmaßlicher Patientenwille nicht feststellbar

Liegt keine fortwirkende frühere schriftliche Willensbekundung der Patientin oder des Patienten vor und ist auch ein behandlungsbezogener mutmaßlicher Patientenwille nicht feststellbar, entscheidet die Vertreterin oder der Vertreter entsprechend dem Wohl der Patientin oder des Patienten. Dem Lebensschutz ist dabei Vorrang einzuräumen.

2.3. Erforderlichkeit von Vertreterentscheidungen

2.3.1. Einwilligungsfähige Patientinnen oder Patienten

Ist die Patientin oder der Patient einwilligungsfähig und ist eine Vertreterin oder ein Vertreter vorhanden, ist allein die Einwilligung oder Ablehnung der Patientin oder des Patienten maßgeblich.⁵

2.3.2. Einwilligungsunfähige Patientinnen oder Patienten

Liegt eine auf die konkrete Behandlungssituation bezogene wirksame schriftliche Willensbekundung vor, ist bei einer danach eingetretenen Einwilligungsunfähigkeit der Patientin oder des Patienten eine Vertreterentscheidung nicht erforderlich. Die Vertreterin oder der Vertreter hat in diesem Fall lediglich dem Willen der oder des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen (§ 1901a Absatz 1 Satz 2 BGB).

Ist zweifelhaft, ob eine Willensbekundung die konkrete Behandlungssituation erfasst oder die in ihr zum Ausdruck gebrachte Auffassung der Patientin oder des Patienten noch fortgilt oder widerrufen ist, entscheidet hierüber die Vertreterin oder der Vertreter nach Beratung durch das Behandlungsteam.

5) Eine gesetzliche Regelung, die auf eine Entscheidung der Betreuerin oder des Betreuers abstellt, wenn die oder der Betreute aktuell einwilligungsfähig ist, wäre verfassungsrechtlich nicht zu rechtfertigen. Es erscheint zwar nicht von vornherein ausgeschlossen, dass der Gesetzgeber dem Wunsch der oder des einwilligungsfähigen Betreuten nach Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen Grenzen setzen könnte, wenn es hinreichend gewichtige Gründe gibt, die das Selbstbestimmungsrecht begrenzen können. Dabei darf aber die Entscheidung der Betreuerin oder des Betreuers nicht an die Stelle der Entscheidung der einwilligungsfähigen Patientin oder des einwilligungsfähigen Patienten gesetzt werden.

Die Befugnis der Vertreterin oder des Vertreters zur Einwilligung oder Ablehnung einer ärztlichen Behandlung reicht so weit wie die der Patientin oder des Patienten.

Die Vertreterin oder der Vertreter kann auch dann die Zustimmung zu einer lebenserhaltenden oder lebensverlängernden ärztlichen Behandlung wirksam verweigern, wenn das Grundleiden der Patientin oder des Patienten noch keinen irreversiblen (unumkehrbaren) tödlichen Verlauf angenommen hat und dies dem mutmaßlichen Patientenwillen entspricht. Eine sogenannte Reichweitenbegrenzung sieht § 1901a Absatz 3 BGB ausdrücklich nicht vor.

Ist eine Vertreterin oder ein Vertreter nicht vorhanden, so hat die Ärztin oder der Arzt eine Betreuerbestellung anzuregen, falls die Behandlung aufschiebbar ist. Der Vertreter oder die Vertreterin hat die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen der oder des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden (§ 1901a Absatz 2 Satz 2 BGB).

In Notfallsituationen, in denen der Patientenwille nicht bekannt ist, keine Vertretung vorhanden ist und auch für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens keine Zeit bleibt, hat die Ärztin oder der Arzt die medizinisch indizierte Behandlung einzuleiten, die im Zweifel auf die Erhaltung des Lebens gerichtet ist. Nach Abwendung des Notfalls gelten für die Weiterbehandlung die allgemeinen Grundsätze.

2.4. Genehmigung des Betreuungsgerichts

Wenn eine Vertreterin oder ein Vertreter die Einwilligung in die Einleitung oder Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen verweigert, bedarf dies der Genehmigung des Betreuungsgerichts. Dies gilt nicht, wenn die Vertreterin oder der Vertreter mit der Ärztin oder dem Arzt und dem Behandlungsteam Einvernehmen darüber erzielt hat, dass die geplante Maßnahme dem nach § 1901a BGB festgestellten erklärten oder mutmaßlichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht (§ 1904 Absatz 4 BGB). Das Einvernehmen ist zu dokumentieren.⁶

Nächste Angehörige und Bezugspersonen sollen vor der Entscheidung gehört werden. Unberührt bleibt deren allgemeine Befugnis, das Betreuungsgericht zur Missbrauchskontrolle anzurufen.

Das Betreuungsgericht hat die Genehmigung zu erteilen, wenn die Entscheidung dem mutmaßlichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht (§ 1904 Absatz 3 BGB). Hierfür bedarf es individueller konkreter Anhaltspunkte. Fehlen diese, ist das Wohl der Patientin oder des Patienten maßgebend. Dabei ist im Zweifelsfall dem Lebensschutz Vorrang einzuräumen.

2.5. Weigerungsrecht des Behandlungsteams

Das Behandlungsteam kann nicht zu Maßnahmen verpflichtet werden, die medizinisch nicht oder nicht mehr indiziert sind. Das gilt auch für den Fall, dass die Patientin oder der Patient oder die Vertreterin oder der Vertreter solche Maßnahmen verlangt.

Mitarbeitende des Behandlungsteams können ihre Teilnahme an der Beendigung lebenserhaltender medizinischer Maßnahmen ablehnen, wenn sie dies mit ihrem Gewissen⁷ nicht vereinbaren können. In diesem Fall hat die oder der direkte Vorgesetzte rechtzeitig für eine anderweitige interne oder externe ärztliche und pflegerische Versorgung der Patientin oder des Patienten Sorge zu tragen. ■

6) Die Entscheidungen, um die es geht, betreffen in aller Regel ärztliche Maßnahmen. Die Verantwortung dafür obliegt der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt. Daher sollte es bei der Frage der Einschaltung oder Nichteinschaltung des Betreuungsgerichts auf das Einvernehmen zwischen behandelnder Ärztin oder behandelndem Arzt und Betreuerin oder Betreuer bzw. Bevollmächtigter oder Bevollmächtigtem ankommen, wobei das Behandlungsteam im Konsensgespräch einzubinden und dies zu dokumentieren ist.

7) Nach § 2 Abs. 1 Satz 1 der Musterberufsordnung üben die Ärztin und der Arzt seinen Beruf „nach ihrem Gewissen und den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus“. Die Kompetenz zur ethischen Reflektion soll nach der Approbationsordnung durch die Beschäftigung mit „geistigen, historischen und ethischen Grundlagen ärztlichen Verhaltens“ (§ 1 Abs. 1 der AO) vermittelt werden. Medizinethik ist Querschnittsfach im Sinne des § 27 Abs. 1 AO unter der Rubrik, 2.Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin“.

3. Zur Sterbehilfe im Strafrecht

Die gezielte Tötung von Patientinnen oder Patienten ist unzulässig, auch dann, wenn sie auf Verlangen der Patientin oder des Patienten (sog. aktive Sterbehilfe) erfolgt.

Im neugestalteten § 217 Strafgesetzbuch (StGB) aus dem Jahr 2015 wird die Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe gestellt. Straffrei bleibt die Beihilfe zur Selbsttötung für nicht geschäftsmäßig handelnde Angehörige oder nahestehende Personen. Die Bundesärztekammer verbietet es Ärztinnen und Ärzten in ihrer Musterberufsordnung von 2015, die nicht in allen Bundesländern übernommen wurde, Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten.

Ethisch und rechtlich zulässig und gegebenenfalls geboten sind, sofern es dem ausdrücklichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht:

- das Unterlassen oder der Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen (früher „passive Sterbehilfe“),
- eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung unter Inkaufnahme einer Lebensverkürzung (sog. indirekte Sterbehilfe),⁸

Bei Versagen aller sonstigen palliativmedizinischen Möglichkeiten ist – jedenfalls in der terminalen Krankheitsphase⁹ – mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten eine Sedierung (gezielte Dämpfung bis hin zur Ausschaltung des Bewusstseins) zulässig.

Ein Eingriff in die körperliche Integrität, z. B. durch Einleitung oder Fortführung einer künstlichen Ernährung oder Beatmung, ohne ausdrückliche oder mutmaßliche Einwilligung der Patientin oder des Patienten ist eine rechtswidrige Körperverletzung und strafbar. ■

8) Die in der Palliativmedizin eingesetzten Medikamente zur fachgerechten Schmerz- und Symptombehandlung können zeitweilig und bei Verabreichung hoher Dosen auch sedierende (= bewusstseinsdämpfende) Nebenwirkungen haben, die in der Regel unerwünscht sind, aber zur Erreichung des Erfolgs der Behandlung in Kauf genommen werden.

9) Unter terminaler Krankheitsphase versteht man ein Krankheitsstadium, in dem der Eintritt des Todes in Tagen oder wenigen Wochen unabwendbar absehbar ist und kurative Behandlungen nicht mehr möglich sind.

4. Vorsorgevollmacht, Betreuung und Betreuungsverfügung

4.1. Vorsorgevollmacht

Mit einer Vorsorgevollmacht kann eine geschäftsfähige Person für den Fall ihrer Einwilligungsunfähigkeit bestimmen, wer für sie rechtsverbindliche Entscheidungen treffen soll. Der Umfang der Vertretungsbefugnis wird von der Vollmachtgeberin oder dem Vollmachtgeber festgelegt und kann die Bereiche der Gesundheitsfürsorge, des Aufenthaltsbestimmungsrechtes und der Vermögenssorge betreffen.

Soll die oder der Bevollmächtigte auch befugt sein, ärztlich empfohlene Therapien – entsprechend dem Patientenwillen – abzulehnen sowie risikoreichen Therapien oder einer geschlossenen Unterbringung zuzustimmen, so muss dies explizit in der Vorsorgevollmacht erwähnt sein.¹⁰

Eine Vorsorgevollmacht muss schriftlich erstellt werden, es genügt die Unterschrift von der Vollmachtgeberin oder dem Vollmachtgeber, Ort und Datum. Eine notarielle Beurkundung ist nur im Ausnahmefall erforderlich, z. B. wenn die Vollmacht auch zum Erwerb oder zur Veräußerung von Grundstücken berechtigen soll. Empfehlenswert ist, dass eine Vorsorgevollmacht mit der Bevollmächtigten oder dem Bevollmächtigten abgestimmt ist. Bei Vorliegen einer Vorsorgevollmacht ist die Bestellung einer Betreuerin oder eines Betreuers nicht mehr erforderlich.¹¹

Die oder der Bevollmächtigte trifft als Vertreterin oder Vertreter eine Entscheidung im Sinne der Vollmachtgeberin oder des Vollmachtgebers. Das Betreuungsgericht kann angerufen werden bei Verdacht auf Missbrauch der Vorsorgevollmacht.

10) Vgl. §§ 1901a Absatz 5, 1901b Absatz 3, 1904 Absatz 5 BGB

11) Vgl. §§ 167 ff BGB und § 1896 Absatz 2 BGB. Die Einwilligung einer oder eines Bevollmächtigten in ärztliche Maßnahmen bei denen die Gefahr besteht, dass die Vollmachtgeberin bzw. der Vollmachtgeber stirbt oder einen schweren länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet und die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff (§ 1904 Absatz 5 BGB) sowie die Unterbringung (§ 1906 Absatz 5 BGB) ist nur wirksam mit schriftlicher Vollmacht, die außerdem diese Maßnahme ausdrücklich umfassen muss“.

4.2. Betreuung

Eine Betreuung ist eine gesetzliche Stellvertretung für Volljährige, die ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen können; sie wird durch das Betreuungsgericht angeordnet und ist immer bezogen auf bestimmte Aufgabenbereiche (z. B. Gesundheit, Finanzen). Die Bestellung einer Betreuerin oder eines Betreuers ist keine Entmündigung. Die Betreuerin oder der Betreuer hat den (natürlichen) Willen der betreuten Person zu achten und zum Wohl der oder des Betreuten zu entscheiden.

Für die Einwilligung in einen lebensbedrohlichen Eingriff und bei Unterlassung oder Beendigung einer Therapie aufgrund des schriftlich erklärten oder ermittelten Willens der oder des Betreuten – z. B. in einer Patientenverfügung – muss die Betreuerin oder der Betreuer das Betreuungsgericht nicht anrufen, wenn die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt (Behandlungsteam) und Betreuerin oder Betreuer im Konsens entscheiden.¹²

Dieses hat darüber hinaus die Entscheidungen der Betreuerin oder des Betreuers auf Missbrauch zu überwachen.

4.3. Betreuungsverfügung

In einer Betreuungsverfügung schlägt ein geschäftsfähiger Mensch vor, im Falle seiner Einwilligungsunfähigkeit eine bestimmte Person als Betreuerin oder Betreuer zu bestellen oder ausdrücklich nicht zu bestellen. ■

» Wir tragen gemeinsam Verantwortung.

Aus dem Leitbild der Stiftung kreuznacher diakonie

12) Vgl. § 1904 Absatz 4 BGB

5. Inhalt und Form von Patientenverfügungen sowie die Voraussetzungen ihrer Verbindlichkeit

5.1. Inhalt von Patientenverfügungen

Patientenverfügungen sind schriftliche Willensbekundungen (Einwilligung oder Versagung) in bestimmte Untersuchungen, Heilbehandlungen oder Behandlungssituationen einer oder eines einwilligungsfähigen Volljährigen zu medizinischen und begleitenden Maßnahmen für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit.

Die Willensbekundungen richten sich in erster Linie an die Ärztin oder den Arzt und das Behandlungsteam. Sie können sich zusätzlich an eine bevollmächtigte oder gesetzliche Vertreterin oder einen bevollmächtigten oder gesetzlichen Vertreter richten und Anweisungen oder Bitten zur Auslegung und Durchsetzung der Patientenverfügung enthalten. Die Patientin oder der Patient kann die Letztentscheidung darüber, wie die Patientenverfügung im Behandlungsfall auszulegen ist und ob sie im Einzelfall durchgesetzt werden soll, einer Betreuerin oder einem Betreuer, seiner oder seinem Gesundheitsbevollmächtigten oder einer anderen benannten Vertrauensperson überlassen, die auch die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt sein kann.

Sie enthalten Festlegungen in Form von voraus erteilten Einwilligungen in die Einleitung, den Umfang oder die Beendigung bestimmter Maßnahmen, Ablehnungen bestimmter Maßnahmen und Anweisungen an behandelnde Ärztinnen und Ärzte und das Behandlungsteam. Auch können Bitten oder bloße Richtlinien für deren Entscheidung sowie Wertvorstellungen der Patientin oder des Patienten aufgenommen werden.

Patientenverfügungen sollten sich auf unterschiedliche Situationen wie z. B. die Sterbephase, eine unheilbare Erkrankung, den Verlust oder die Einschränkung der Kommunikationsfähigkeit, schwerwiegende Eingriffe wie Dialyse, Organersatz, künstliche Beatmung oder Ernährung, beziehen.

Als Ergänzung und Interpretationshilfe einer Patientenverfügung kann es sinnvoll sein, wenn persönliche Wertvorstellungen, Einstellungen zum eigenen Leben und Sterben und religiöse Anschauungen geschildert werden.

5.2. Form der Patientenverfügung

Die Errichtung einer Patientenverfügung muss schriftlich erfolgen. Sie kann in einfacher Schriftform erstellt oder notariell beurkundet werden.

5.3. Verbindlichkeit von Festlegungen in einer Patientenverfügung

Die Patientin oder der Patient muss bei Abfassung oder Bestätigung der Verfügung einwilligungsfähig gewesen sein. Die Patientenverfügung muss freiverantwortlich, insbesondere ohne äußeren Druck, abgegeben werden. Fehlen konkrete Anhaltspunkte, ist davon auszugehen, dass die Patientin oder der Patient zur Zeit der Abfassung der Patientenverfügung einwilligungsfähig war.

Die Festlegungen binden, wenn sie im Einzelfall auf die konkrete Entscheidungssituation zutreffen oder auf sie übertragen werden können. Situationsbezogenheit und Eindeutigkeit der Willensbekundung müssen insbesondere dann außer Zweifel stehen, wenn medizinisch indizierte Maßnahmen untersagt werden.

Handelt es sich bei den in einer Patientenverfügung genannten ärztlichen Maßnahmen um einen Eingriff in die körperliche Integrität, so ist die Einwilligung nur wirksam, wenn ihr eine ärztliche Aufklärung vorausgegangen ist, es sei denn, die Patientin oder der Patient hat hierauf verzichtet. Aus der Patientenverfügung soll sich ergeben, ob diese Voraussetzungen erfüllt sind.

Die Wirksamkeit der Ablehnung bestimmter Maßnahmen hängt nicht von einer vorausgegangenen ärztlichen Aufklärung ab. Dennoch soll sie auch in diesem Fall stattfinden, um Zweifel zu vermeiden, ob die Patientin oder der Patient die Tragweite des Verbots und die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen erkannt hat.

Eine beratende Ärztin oder ein beratender Arzt soll die Beratung dokumentieren und die Einwilligungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Abfassung in der Patientenverfügung bestätigen. Entsprechendes gilt für die Beratung durch nichtärztliche, im Umgang mit Patientenverfügungen erfahrene Einrichtungen oder Personen.¹³

Der Widerruf einer Patientenverfügung ist jederzeit ohne Formerfordernisse wirksam (§ 1901a Absatz 1 Satz 3 BGB). Der Widerruf kann daher beispielsweise auch mündlich oder durch nonverbales Verhalten erfolgen, erforderlich ist nur, dass die Willensänderung hinreichend deutlich zum Ausdruck kommt. Der Widerruf erfordert die Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen.

Festlegungen in einer Patientenverfügung binden nicht, soweit auf Grund konkreter Anhaltspunkte anzunehmen ist, dass die Patientin oder der Patient sie zum Behandlungszeitpunkt nicht mehr gelten lassen will.

Solche Indizien können insbesondere Äußerungen oder ein Verhalten der oder des Kranken sein, aus denen auf einen geänderten Patientenwillen geschlossen werden kann. Wurden behandlungsrelevante Feststellungen in einer schriftlichen Patientenverfügung durch die einwilligungsfähige Betroffene oder den einwilligungsfähigen Betroffenen im Nachhinein nicht in schriftlicher Form, also z. B. mündlich oder nonverbal widerrufen, bedarf es in der konkreten Behandlungssituation immer einer Entscheidung der Betreuerin bzw. des Betreuers oder der oder des Bevollmächtigten der oder des Betroffenen.

Allein der Zeitraum zwischen Errichtung oder letzter Änderung oder Bestätigung der Verfügung und Behandlungszeitpunkt rechtfertigt nicht die Annahme, dass die abgegebenen Erklärungen nicht mehr gelten sollen.

13) z. B. Hospizvereine, Notare u.a

5.4. Die medizinische Indikation

In § 1901b BGB legt der Gesetzgeber fest, dass die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt prüft, welche ärztlichen Maßnahmen im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose der Patientin oder des Patienten indiziert sind.

Aus ärztlicher Sicht spielen bei der Festlegung der medizinischen Indikation insbesondere bei Schwerstkranken Nutzen-Schaden-Abwägungen zugunsten der Patientin oder des Patienten eine wesentliche Rolle.

Indiziert ist nicht was machbar, sondern was für diese Patientin oder diesen Patienten sinnvoll ist.

Diese Nutzen-Schaden-Abwägung soll vor dem Gespräch mit der Vertreterin oder dem Vertreter im Behandlungsteam erfolgen. Unbeschadet der medizinischen Letztverantwortung der Leitenden Ärztin oder des Leitenden Arztes soll dabei ein Konsens zwischen Behandlungsteam und Bezugspersonen angestrebt werden.¹⁴

Das Behandlungsteam besteht aus allen professionellen Fachkräften, die wesentlich an der Behandlung eines Patienten beteiligt sind. Es umfasst zumindest die beteiligten ärztlichen – einschließlich der oder des letztverantwortlichen Ärztin oder Arztes – und pflegerischen Mitarbeitenden.

¹⁴ Nach der ärztlichen Berufsordnung (§ 9 Abs. 2) sind die Ärztin oder der Arzt „zur Offenbarung befugt, soweit sie von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist.“ Gegenüber der gesetzlich bestellten Betreuerin oder dem gesetzlich bestellten Betreuer und der oder dem Gesundheitsbevollmächtigten besteht die Schweigepflicht der Ärztin oder des Arztes nicht, weil beide sonst ihre Aufgaben nicht erfüllen könnten. Darüber hinaus ist von einer Befugnis der Ärztin oder des Arztes zur Offenbarung auszugehen, wenn die engsten Bezugspersonen zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens der Patientin oder des Patienten hinzugezogen werden. Aufgrund der Reichweite von Entscheidungen am Lebensende ist die korrekte Ermittlung des mutmaßlichen Willens das höherwertige Rechtsgut als die Wahrung der Schweigepflicht. Bestehen allerdings konkrete Anhaltspunkte dafür, dass die Patientin oder der Patient einer Schweigepflichtentbindung gegenüber einer oder mehreren Bezugspersonen nicht zugestimmt hätte, so haben die Ärztin oder der Arzt dies zu berücksichtigen.

Dazu können je nach Situation Vertreterinnen und Vertreter der Seelsorge, Sozialarbeit, Psychologie/Psychotherapie sowie Angehörige anderer therapeutischer Berufe (Ergo-, Physio-, Atem-, Kunst-, Musiktherapie etc.) hinzugezogen werden. Bei Bedarf kann eine Beratung durch das Klinische Ethikkomitee angefordert werden.

5.5 Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens

In § 1901b BGB ist festgehalten, dass, nachdem von ärztlicher Seite beschlossen wurde, welche medizinisch-pflegerischen Maßnahmen indiziert sind, diese Maßnahmen gemeinsam mit der Vertreterin oder dem Vertreter erörtert werden. Dabei ist der Patientenwille die Grundlage für die von der Vertreterin oder dem Vertreter zu treffende Entscheidung.

Obwohl die Prüfpflicht bezüglich des Patientenwillens laut Gesetz bei der Vertreterin oder dem Vertreter liegt, ist es dennoch auch die Aufgabe des Behandlungsteams, sich ein Bild vom Willen der Patientin oder des Patienten zu machen.

Im Behandlungsverlauf und im Gespräch mit Angehörigen ergeben sich oft diesbezügliche Hinweise, bzw. es ist auch von Seiten des Behandlungsteams aktiv danach zu fragen.

Besteht im Gespräch zwischen der Ärztin oder dem Arzt und Vertretenden des Patienten oder der Patientin ein Konsens bezüglich der im Sinne der Patientin oder des Patienten durchzuführenden Maßnahmen, so sind diese umzusetzen. Bei Unklarheiten oder Uneinigkeiten bezüglich des Patientenwillens oder auch bezüglich Nutzen-Schaden-Abwägungen für die Patientin oder den Patienten bietet auch in dieser Phase das Klinische Ethikkomitee Unterstützung an.

Infolge der gesetzlichen Forderung nach einem dialogischen Prinzip ist das gemeinsame Gespräch in der Patientenakte zu dokumentieren. Dabei wird festgehalten, wer anwesend ist und welche Maßnahmen für diese individuelle Patientin oder diesen individuellen Patienten durchgeführt werden sollen. Im Falle des Dissenses wird notiert, welche Maßnahmen ärztlicherseits als indiziert angesehen werden, wie der mutmaßliche Wille der Patientin oder des Patienten

vom Behandlungsteam eingeschätzt wird und wie die Position der Vertreterin oder des Vertreters ist.

Bei fortbestehendem Dissens bezüglich des Patientenwillens ist das Betreuungsgericht anzurufen. Indizierte Maßnahmen werden bis zur gerichtlichen Klärung fortgeführt.

5.6 Dokumentation des Vorliegens einer schriftlichen Patientenverfügung

Bei Aufnahme in ein Krankenhaus oder zu Beginn einer ärztlichen Behandlung, bei der eine Einwilligungsunfähigkeit der Patientin oder des Patienten in Betracht gezogen werden muss, ist nach einer vorhandenen Patientenverfügung zu fragen und dies geeignet zu dokumentieren. Hinweisen auf das Vorliegen einer Patientenverfügung ist nachzugehen.

5.7 Organspendeerklärung als Ergänzung der Patientenverfügung

Wenn eine Patientenverfügung mit einer Erklärung zur Organspende verknüpft wird, ist darauf zu achten, dass zwischen beiden Erklärungen keine inhaltlichen Widersprüche auftreten, z. B. in Bezug auf die im Vorfeld einer Organentnahme notwendigen intensivmedizinischen Maßnahmen. Eine ärztliche Beratung ist in diesen Fällen besonders empfehlenswert. ■

6. Inkrafttreten

Diese Grundsätze wurden zuletzt überarbeitet 2010 und revidiert 2017 und treten in revidierter Fassung mit sofortiger Wirkung in Kraft.

Bad Kreuznach, den 16. August 2017

Stiftung kreuznacher diakonie
Der Vorstand



Dr. Frank Rippel



Pfr. Christian Schucht (komm.)

»» **Wir unternehmen
Diakonie.**

Aus dem Leitbild der Stiftung kreuznacher diakonie

7. Literatur

- BGH, Beschluss des XII. Senats vom 17. März 2003, Az. XII ZB 2/03, Neue Juristische Wochenschrift 2003, S. 1588.
- BGH, Beschluss des XII. Senats vom 8. Juni 2005, Az. XII ZR 177/03
- Stellungnahme des Nationalen Ethikrates Juni 2005. „Patientenverfügung – Ein Instrument der Selbstbestimmung“
- Deutsche Hospiz Stiftung Juni 2005: „Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung der Autonomie und Integrität von Patienten am Lebensende (Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetz)“
- Zentrum für Medizinethik Bochum, Sammlung von ca. 200 Mustern für Patientenverfügungen: www.medizinethik.de/verfuegungen.htm
- Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts („Patientenverfügungsgesetz“), 2009
- „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 18 (7. Mai 2010), S. A 877 bis A 882
- Klinikum der Ludwig Maximilian Universität München 2013: „Leitlinie zur Frage der Therapiezieländerung bei Schwerstkranken Patienten und zum Umgang mit Patientenverfügungen“
- „Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis“; Deutsches Ärzteblatt 110, Heft 33-34 (19.08.2013), S. A1580-A1585
- Bundesärztekammer, Musterberufsordnung, 2015
- Gesetz zur Geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB), 2015
- „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“, Stellungnahme des Deutschen Ethikrats (2016) ■

8. Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 29. Juli 2009 (Patientenverfügungsgesetz)

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2009 Teil I Nr. 48, ausgegeben zu Bonn am 31. Juli 2009

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1 **Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs**

Das Bürgerliche Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 6. Juli 2009 (BGBl. I S. 1696) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 1901a durch folgende Angaben ersetzt:

„§ 1901a Patientenverfügung

§ 1901b Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens

§ 1901c Schriftliche Betreuungswünsche, Vorsorgevollmacht“.

2. Nach § 1901 werden folgende §§ 1901a und 1901b eingefügt:

„§ 1901a **Patientenverfügung**

(1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

(2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.

(4) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.

(5) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

§ 1901b

Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens

(1) Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1901a zu treffende Entscheidung.

(2) Bei der Feststellung des Patientenwillens nach § 1901a Absatz 1 oder der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens nach § 1901a Absatz 2 soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Bevollmächtigte entsprechend."

3. Der bisherige § 1901a wird § 1901c.

4. § 1904 wird wie folgt gefasst:

„§ 1904

Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen

(1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

(2) Die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.

(3) Die Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist zu erteilen, wenn die Einwilligung, die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Betreuten entspricht.

(4) Eine Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist nicht erforderlich, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem

nach § 1901a festgestellten Willen des Betreuten entspricht.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für einen Bevollmächtigten. Er kann in eine der in Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 2 genannten Maßnahmen nur einwilligen, nicht einwilligen oder die Einwilligung widerrufen, wenn die Vollmacht diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst und schriftlich erteilt ist."

Artikel 2

Änderung des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit

Das Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit vom 17. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2586, 2587), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 8 des Gesetzes vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2258) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 287 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Ein Beschluss, der die Genehmigung nach § 1904 Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs zum Gegenstand hat, wird erst zwei Wochen nach Bekanntgabe an den Betreuer oder Bevollmächtigten sowie an den Verfahrenspfleger wirksam.“

2. § 298 wird wie folgt gefasst:

„§ 298

Verfahren in Fällen des § 1904 des Bürgerlichen Gesetzbuchs

(1) Das Gericht darf die Einwilligung eines Betreuers oder eines Bevollmächtigten in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff (§ 1904 Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs) nur genehmigen, wenn es den Betroffenen zuvor persönlich angehört hat. Das Gericht soll die sonstigen Beteiligten anhören. Auf Verlangen des Betroffenen

hat das Gericht eine ihm nahestehende Person anzuhören, wenn dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

(2) Das Gericht soll vor der Genehmigung nach § 1904 Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs die sonstigen Beteiligten anhören.

(3) Die Bestellung eines Verfahrenspflegers ist stets erforderlich, wenn Gegenstand des Verfahrens eine Genehmigung nach § 1904 Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist.

(4) Vor der Genehmigung ist ein Sachverständigengutachten einzuholen. Der Sachverständige soll nicht auch der behandelnde Arzt sein.“

Artikel 3

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. September 2009 in Kraft.

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates sind gewahrt.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt.
Es ist im Bundesgesetzblatt zu verkünden.

Berlin, den 29. Juli 2009

Der Bundespräsident · Horst Köhler

Die Bundeskanzlerin · Dr. Angela Merkel

Die Bundesministerin der Justiz · Brigitte Zypries

