

Leitlinie zum Umgang
mit
Patientenverfügungen
in den Einrichtungen
der BBT-Gruppe

März 2023



Leitlinie zum Umgang mit Patientenverfügungen in den Einrichtungen der BBT-Gruppe

März 2023

Inhalt

Anmerkung zu Charakter und Verbindlichkeit der trägerinternen Leitlinie	2
Vorwort	2
Juristischer und ethischer Hintergrund	4
Ethik der Selbstbestimmung.....	4
Juristische Erläuterungen zum Recht auf Selbstbestimmung	4
Prozessbeschreibung: Standards in den Einrichtungen der BBT-Gruppe	6
Neuregelung 2023: Ehegatten-Notvertretungsrecht.....	7
Grundsätzliches Vorgehen im Zuge der Aufnahme.....	9
Vorgehen zur Therapiezielfindung bzw. –änderung bei schwerstkranken Patienten unter Berücksichtigung der Vorsorgedokumente.....	10
Glossar	15
Weiterführende Hinweise und Links	20
Normen und Empfehlungen	20
Rechtsprechung.....	20
Formulare mit Erläuterungen / Vordrucke (Auswahl).....	21
Literatur	21

Anmerkung zu Charakter und Verbindlichkeit der trägerinternen Leitlinie

Die Leitlinie wurde am 14. März 2019 durch den Fachausschuss Ethik verabschiedet und am 4. April 2019 durch den zuständigen Geschäftsführer, Dr. Albert-Peter Rethmann, freigegeben. Aufgrund der seit 1. Januar 2023 geltenden Ehegattenvertretung wurde die Leitlinie angepasst und dem Fachausschuss Ethik im März 2023 vorgestellt.

Sie dient in ihrem erläuternden Teil der Information und Orientierung der am Behandlungs- oder Betreuungsprozess Beteiligten.

Für die beschriebenen Prozesse gilt:

Für die Krankenhäuser und Einrichtungen der Seniorendienste wird festgelegt, dass die Leitlinie in ihren Kernprozessen grundsätzlich für alle Einrichtungen gilt. Möglich sind jedoch auch eigene Verfahrensanweisungen in den Einrichtungen, wenn sie in ihren Regelungen den Standards der Leitlinie entsprechen.

Für die Einrichtungen der Psychiatrischen Dienste einschließlich der psychiatrischen Fachkliniken wird keine regelhafte Abfrage der Vorsorgedokumente festgelegt. Je nach Alter, Störungsbild bzw. Teilhabebedarf und Gesundheitszustand muss individuell entschieden werden, ob die Frage nach Vorsorgedokumenten sinnvoll ist oder den Behandlungsprozess / Teilhabeprozess eher stört.

Vorwort

Die Patientenverfügung ist seit 2009 zum gesetzlich verankerten und bindenden Ausdruck des Patientenwillens geworden. Sie ist als Vorausverfügung zu berücksichtigen, wenn der/die Patient*in ihren/seinen Willen nicht selbst äußern kann.

Viele Menschen sorgen sich darum, dass sie in Situationen von Krankheit und/ oder Pflegebedürftigkeit nicht mehr selbst über Behandlungen und pflegerische Maßnahmen entscheiden können, die an ihnen vorgenommen werden. Vielfach fehlt zudem ein tragendes soziales Netz, das in Entscheidungen rechtzeitig und umfassend einbezogen werden kann. Bemühungen wie die des Hospiz- und Palliativgesetzes, in dem auch eine Beratung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase beschrieben wird, wollen diesem Umstand Rechnung tragen. Gleichzeitig wurden in den letzten Jahrzehnten die Rechte der Patient*innen gestärkt. Der Gedanke der Selbstbestimmung oder Autonomie wurde zu einem der tragenden Prinzipien der medizinischen Ethik.

Im Zuge des Fortschritts im Gesundheitswesen ergeben sich auch für schwerstkranke Menschen Behandlungs- und Pflegemöglichkeiten, die das Leben erhalten und verlängern können. Zwingende Voraussetzungen für die Durchführung therapeutischer Maßnahmen sind dabei einerseits die medizinische Indikation und andererseits der Wille der Patient*innen, der Klient*innen oder der Bewohner*innen. Dabei können Indikation und Patientenwille voneinander abweichen. Das kann der

Fall sein, wenn die Patient*innen, Klient*innen oder Bewohner*innen in der persönlichen und aufgeklärten bzw. informierten Abwägung zu dem Schluss kommen, dass die Behandlung ihrem Wohl entgegensteht bzw. nach seiner eigenen Bewertung der Schaden den Nutzen überwiegt. Diese Bewertung hat idealerweise die aktuelle Lebens- und Gesundheitssituation, die Prognose hinsichtlich der Erkrankung, die Eingriffs- und Behandlungsmöglichkeiten und die aus diesem Zusammenspiel zu erwartenden Folgen einbezogen. So kann für betroffene Menschen eine Situation entstehen, in welcher eine medizinische Maßnahme, die ihr Leben erhalten oder verlängern soll, für sie mit einem Verlust an Lebensqualität einhergeht, den sie ablehnen. Auf dem Hintergrund der eigenen Vorstellung von einem guten Leben kann es zur Ablehnung einer medizinisch indizierten Maßnahme kommen, die der Lebensverlängerung oder Lebenserhaltung dienen soll. Diesem Umstand trägt die Patientenverfügung Rechnung.

Für die Einrichtungen der BBT-Gruppe wurde bereits 2006 eine Leitlinie zur Patientenverfügung erarbeitet. Die damals geltenden Regelungen, aber auch die theologischen Erwägungen sollten praxistauglich gestaltet werden.

Diese Leitlinie wurde durch die neuere Gesetzgebung, durch die Rechtsprechung sowie durch vielfache Erfahrungen mittlerweile überholt. In der Neufassung wurde die Form der Leitlinie beibehalten. Gestaltungsspielräume der jeweiligen Einrichtungen sollen dennoch ermöglicht werden, wenn sie den Standards der Leitlinie entsprechen. Die Neufassung der Leitlinie will

- Mitarbeitenden eine praxistaugliche Information und Orientierung zu den wesentlichen Merkmalen von Vorsorgedokumenten geben und
- für die Einrichtungen der BBT-Gruppe Standards beschreiben, wie Prozesse zu gestalten sind und was bezüglich der Patientenverfügungen und anderer Vorsorgedokumente sichergestellt werden muss.

Häufig werden Patientenverfügungen nicht die aktuelle Situation der Patient*innen widerspiegeln, häufig sind sie nicht eindeutig formuliert. Dennoch handelt es sich, wenn sie vorliegen, um rechtlich relevante Dokumente, die berücksichtigt werden müssen.

Im Prozess der Entscheidungsfindung ist immer das Gespräch vorzuziehen; in der ärztlichen Aufklärung, in der guten und umfassenden Einbeziehung des*der Patient*in in den Behandlungsablauf, im Dialog mit den Angehörigen. Dort, wo dieser Dialog nicht stattfindet oder nicht stattfinden kann, gewinnen Patientenverfügungen eine große Bedeutung. Sie einordnen und mit ihnen angemessen umgehen zu können, dazu will diese Leitlinie eine Hilfestellung bieten.

Mitglieder der Redaktionsgruppe

Sebastian Lyschik

Thomas Müller

Kerstin Orf-Lübbe

Dr. Peter-Felix Ruelius

Antonia Tietz

Juristischer und ethischer Hintergrund

Ethik der Selbstbestimmung

Die Selbstbestimmung oder Autonomie ist zu einem zentralen Begriff der modernen Medizinethik geworden. Autonomie oder Selbstbestimmung wird deswegen so stark betont, weil mit dem Aufkommen der modernen Krankenhäuser im 19. Jahrhundert die Patient*innen letztlich kein oder kaum ein Mitspracherecht hatten, auch wenn es um deren eigenen Leib und das eigene Leben ging (Paternalismus).

So verstanden ist Autonomie im Wesentlichen zur Wurzel eines Abwehrrechts geworden, mit dem der*die mündige Patient*in auch deutlich machen und wirksam durchsetzen kann, dass seine*ihre eigenen Vorstellungen eines guten Lebens oder eines guten Sterbens von derjenigen des*der Ärzt*in abweichen. Die Patientenverfügung ist letztlich ein Ergebnis dieser Vorstellung von Selbstbestimmung.

Im Lauf der Zeit hat sich gezeigt, dass Menschen in der Regel in ein Netz aus Beziehungen und Interessen, aus Fürsorge oder Solidarität eingebunden sind. Andere Menschen und ihre Einstellungen und Interessen haben auf Entscheidungen Einfluss. Von wesentlichen Entscheidungen, zumal solchen, die unter Umständen das Lebensende beeinflussen, sind wiederum andere Menschen betroffen. Völlige Autonomie in Entscheidungen ist daher eine eher unrealistische Vorstellung. Gleichzeitig ist die Voraussetzung autonomer Entscheidungen in Bezug auf medizinische Behandlungen immer von Wissen, von Informationen abhängig; oft von hohem medizinischem Spezialwissen. Daher ist die Ausübung der Selbstbestimmung eines*einer mündigen Patient*in immer gebunden an die möglichst umfassende medizinische Aufklärung und von dieser abhängig.

Geht man über den Horizont medizinischer Behandlungen wieder hinaus, dann ist – aus theologischer Sicht – die Selbstbestimmung ein Ausdruck der Gottebenbildlichkeit und Verantwortung des Menschen. Diese schwergewichtige theologische Einordnung besagt jedoch auch, dass Selbstbestimmung klar unterschieden werden kann von Willkür oder Beliebigkeit, denn sie ist in den Kontext von Beziehungen eingebunden, die der Mensch zu sich selbst, zu seinen Mitmenschen und zu Gott hat. Das gilt auch oder gerade dort, wo medizinische bzw. therapeutische Optionen mit einer Entscheidung über das Leben, seine Verlängerung oder seine Verkürzung verbunden sind.

Neben den praktischen Erwägungen, die in den letzten Jahren immer wieder neu die Patientenverfügung in den Kontext begleitender Instrumente rücken (wie Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Gesundheitliche Versorgungsplanung), rechtfertigt und bekräftigt die theologische Einordnung diese Überlegungen aus ihrer eigenen Perspektive.

Juristische Erläuterungen zum Recht auf Selbstbestimmung

Im Behandlungsalltag geht das Selbstbestimmungsrecht einher mit dem Recht auf Informiert-Sein und dem Recht auf körperliche Unversehrtheit. Damit diese Rechte gewahrt sind, müssen Patient*innen durch den*die behandelnde*n Ärzt*in über einen Eingriff (eine Behandlung und deren Folgen) umfassend aufgeklärt werden und in einen Eingriff einwilligen. Mittlerweile sind Aufklärung und Einwilligung von Gesetzes wegen Voraussetzung einer jeden medizinischen Behandlung (§630c-e BGB). Jede

Behandlung von Patient*innen gegen deren Willen kann daher als strafbare Körperverletzung bewertet werden.

Schwierigkeiten und Konflikte entstehen aber in der Regel nicht, wenn der*die Betroffene seinen*ihren Willen bilden und diesen klar und eindeutig artikulieren kann, sondern eben dann, wenn er dazu nicht (mehr) in der Lage ist. Aber auch dann muss seinem*ihrem Willen entsprochen werden, auch wenn dieser oftmals vielleicht nur schwer ermittelt werden kann.

Mit der Patientenverfügung hat eine Person die Möglichkeit, für den Fall Festlegungen zu treffen, dass sie nicht einwilligungsfähig ist – vorübergehend, weil sie nicht ansprechbar oder nicht bei Bewusstsein ist, oder dauerhaft.

Mit Inkrafttreten des „Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts“ im September 2009 wurde das Instrument der Patientenverfügung im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) verankert. In § 1901 a BGB (Patientenverfügung) heißt es:

- (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) Der Betreuer soll den Betreuten in geeigneten Fällen auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung hinweisen und ihn auf dessen Wunsch bei der Errichtung einer Patientenverfügung unterstützen.
- (5) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.
- (6) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

Merkmale einer wirksamen Patientenverfügung

Um prüfen zu können, ob eine wirksame Patientenverfügung vorliegt, haben Ärzt*innen, die vor einer therapeutischen Entscheidung stehen, nur wenige Anhaltspunkte. Das Gesetz beschreibt die Mindestanforderungen einer gültigen und damit wirksamen Patientenverfügung, von denen ein*e Ärzt*in nicht alle überprüfen kann:

- a. Der*die Verfasser*in einer Patientenverfügung muss volljährig sein.
- b. Er oder sie muss zum Zeitpunkt der Abfassung einwilligungsfähig sein, das heißt, Umstände und Tragweite der beschriebenen Eingriffe oder Untersuchungen erfassen und über sie entscheiden können.
- c. Die Patientenverfügung muss schriftlich abgefasst sein. Das bedeutet nicht, dass sie vollständig eigenhändig abzufassen ist. Formulare oder vorformulierte Texte dürfen verwendet werden, sie müssen aber eigenhändig unterschrieben werden.
- d. Die Patientenverfügung gilt nicht für unmittelbar bevorstehende Eingriffe oder Untersuchungen: Hierzu ist die Zustimmung nach erfolgter ärztlicher Aufklärung notwendig, die aber auch mündlich gegeben werden kann.

Hinsichtlich des Aktualisierungsbedarfs gilt: Je älter die Patientenverfügung ist, desto mehr können die inhaltlichen Aussagen angezweifelt werden. Dennoch: Eine einmal verfasste Patientenverfügung gilt bis auf Widerruf. Ein Widerruf ist jederzeit formlos möglich.

Wann kommt die Patientenverfügung zum Tragen?

- a. **Die Patientenverfügung kommt nur dann zum Tragen, wenn der*die Erklärende nicht mehr entscheidungs- oder einwilligungsfähig ist**, wenn er also die Tragweite und die Folgen des Eingriffs bzw. der Unterlassung nicht mehr versteht, und eine einwilligungsbedürftige medizinische Maßnahme ansteht. Das kann z.B. bei Vorliegen einer Demenzerkrankung schwer festzustellen sein – gerade in dem Fall, in dem der*die Betroffene nicht an einer ausgeprägten Demenz leidet, sondern zeitweise noch einwilligungsfähig ist. Ist der*die Betroffene zu dem Zeitpunkt einwilligungsfähig, an dem eine einwilligungsbedürftige Maßnahme ansteht, so muss er oder sie selbst aktuell über die vorzunehmenden oder zu unterlassenden Maßnahmen entscheiden.
- b. Eine Patientenverfügung kommt dann zum Tragen, wenn sie **unmissverständlich und hinreichend konkret** formuliert ist. Sie muss die noch nicht eingetretenen medizinischen Situationen und ihre gewünschten Konsequenzen hinreichend konkret benennen. Allgemeine Äußerungen wie etwa „Ich möchte nicht an Schläuche angeschlossen werden“, oder: „Ich schließe Apparatedizin aus“ haben, weil sie zu allgemein gehalten sind, auch keine Bindungswirkung.¹ Die Anforderung an die Konkretheit von Patientenverfügungen war in der jüngeren Vergangenheit Gegenstand von Gerichtsentscheidungen.²

Prozessbeschreibung: Standards in den Einrichtungen der BBT-Gruppe

¹ Vgl. Torsten VERREL/ Alfred SIMON: Patientenverfügungen, Rechtliche und ethische Aspekte (DRZE 11) Stuttgart 2010, 25.

² Vgl. Beschluss des BGH (Beschl. v. 06.07.2016, Az. XII ZB 61/16) wonach die Formulierung, "keine lebenserhaltenden Maßnahmen" zu wünschen, nicht konkret genug sei, sondern die einzelnen Maßnahmen sowie die Umstände, unter denen diese zu unterbleiben haben, in der Patientenverfügung jeweils benannt werden müssten; sowie weiterer Beschluss des BGH (vgl. Beschl. v. 08.02.2017, Az. XII ZB 604/15), in dem der BGH seine Anforderungen an die Bestimmtheit von Patientenverfügungen fortgeschrieben hat: Grundsätzlich sei die Erklärung, "keine lebenserhaltenden Maßnahmen" zu wünschen, zwar nicht ausreichend, da diese Maßnahmen jeweils einzeln benannt werden müssten. Etwas anderes könne jedoch gelten, wenn die Umstände, unter denen keine lebenserhaltenden Maßnahmen gewünscht werden, hinreichend konkret beschrieben sind und die Patientenverfügung zudem weitere Festlegungen enthält, die einen Rückschluss auf den Patientenwillen zulassen. Andererseits sind – so der BGH wiederum an anderer Stelle – an die Konkretheit bei der Ausformulierung einer Patientenverfügung auch keine zu hohen Anforderungen zu stellen.

Kann der oder die informierte und einwilligungsfähige Patient*in in Bezug auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation seinen oder ihren ausdrücklichen Willen äußern, besteht regelhaft kein Problem. Die Herausforderungen ergeben sich in der Feststellung des Willens von Menschen, bei denen infolge ihrer gesundheitlichen Situation eine Einwilligungsunfähigkeit besteht oder bei denen infolge der Entwicklung des Gesundheitszustandes bei gleichzeitig bestehendem Informationsdefizit eine solche absehbar droht. Bei der Feststellung des Patientenwillens geht es stets um die Frage, was der Patient*in für die aktuelle Behandlungssituation will bzw. gewollt hätte.

Grundsätzlich gilt folgende Abstufung

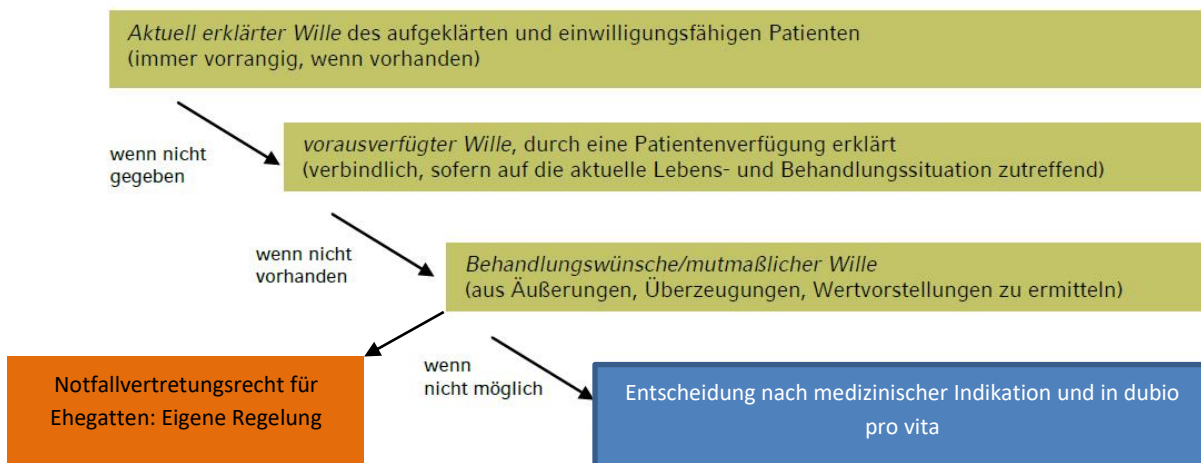


Abbildung 1: Stufenschema zur Bestimmung des Patientenwillens in Anlehnung an Jox, Jacobs und Weber (2013) S. 1, Abdruck mit freundlicher Genehmigung © Klinikum der Universität München 2013, Anpassung BBT-Gruppe 2023.

Neuregelung 2023: Ehegatten-Notvertretungsrecht

Im **Notfall** gilt im Rahmen des Notfallvertretungsrechts nach § 1358 BGB für folgenden Fall ein anderes Vorgehen:

„(1) Kann ein Ehegatte aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Krankheit seine Angelegenheiten der Gesundheitsorge rechtlich nicht besorgen (vertretener Ehegatte), ist der andere Ehegatte (vertretender Ehegatte) berechtigt, für den vertretenen Ehegatten

1. in Untersuchungen des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einzuwilligen oder sie zu untersagen sowie ärztliche Aufklärungen entgegenzunehmen,
2. Behandlungsverträge, Krankenhausverträge oder Verträge über eilige Maßnahmen der Rehabilitation und der Pflege abzuschließen und durchzusetzen,
3. über Maßnahmen nach § 1831 Absatz 4 zu entscheiden, sofern die Dauer der Maßnahme im Einzelfall sechs Wochen nicht überschreitet, und
4. Ansprüche, die dem vertretenen Ehegatten aus Anlass der Erkrankung gegenüber Dritten zustehen, geltend zu machen und an die Leistungserbringer aus den Verträgen nach Nummer 2 abzutreten oder Zahlung an diese zu verlangen.“

Das Gesetz gilt ebenso für Partner*innen in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, jedoch nicht für Lebensgefährt*innen, die nicht verheiratet sind bzw. nicht in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft leben, ebenso gilt es nicht für Verwandte (Kinder, Geschwister oder Eltern) **Dabei hat der*die vertretende Ehegatt*in stets dem Willen des*der vertretenen Ehegatt*in zur Geltung zu verhelfen, sei es, dass dieser durch eine Patientenverfügung festgelegt wurde oder ihm*ihr im Sinne des mutmaßlichen Willens bekannt ist.**

Für die Dokumentation des Ehegattennotvertretungsrechts ist in den Einrichtungen der BBT-Gruppe ein eigenes Dokument in Geltung und im Dokumenten-Management-System zugänglich.

Die Einschränkungen des Betreuungsrechts, die der § 1358 vorsieht, verweisen auf die Notwendigkeit der Zustimmung des Betreuungsgerichts,

- wenn die begründete Gefahr besteht, dass der*die erkrankte Ehegatt*in aufgrund dieser Maßnahmen stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet;
- wenn medizinisch angezeigte Maßnahmen abgelehnt werden oder die Einwilligung in solche Maßnahmen widerrufen wird, und aufgrund dieser Entscheidung die Gefahr besteht, dass der*die vertretene Ehegatt*in stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet;
- wenn es keine Einigkeit zwischen dem*der vertretenden Ehegatt*in und den behandelnden Ärzt*innen gibt oder
- wenn freiheitsentziehende Maßnahmen angeordnet werden sollen (§§ 1829, 1831 BGB).

Akutkrankenhäuser

In den Akutkrankenhäusern spielt die Patientenverfügung eine maßgebende Rolle. Daher ist es notwendig, das Vorhandensein einer Patientenverfügung und/ oder einer Vorsorgevollmacht zu erfragen, bei Vorliegen zu dokumentieren und dem*der behandelnden Ärzt*in eine schnelle Einsicht in die Kernpunkte der Verfügung zu ermöglichen. Dies ist besonders in Notfallsituationen von Bedeutung, in denen nicht stets der*die Betreuer*in bzw. Bevollmächtigte zur Verfügung stehen. Im weiteren Verlauf ist eine Orientierung am unten aufgeführten Schema sinnvoll.

Einrichtungen der Seniorendienste

In den Einrichtungen der Seniorendienste ist aufgrund der längerfristigen Betreuung vor allem eine Vorsorgevollmacht zu empfehlen. Diese ermöglicht auf Basis eines eventuell vorausverfügten Willens in enger Zusammenarbeit mit Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen eine Versorgung, die dem Willen des*der Patient*in entspricht. Jedoch sollte auch hier das Vorliegen einer Patientenverfügung gut und einfach ersichtlich dokumentiert werden, um bei auftretenden Notfällen den Umfang der ärztlichen Behandlung beschrieben zu wissen. (Einheitliches Erfassen in der Bewohnerdokumentation/ Verlegungsdokumentation/ Notfalldokumentation in den entsprechenden elektronischen Systemen).

Einrichtungen der Sozialen Dienste/ Psychiatrischen Dienste

Die Frage nach und die Dokumentation von Patientenverfügungen ist abhängig von der Art der Beeinträchtigung und der Art der Leistungen, die mit den Einrichtungen im Teilhabeprozess vereinbart werden. Patientenverfügungen, die zu einem Zeitpunkt verfasst wurden, an dem der*die Klient*in eine wirksame Patientenverfügung errichten konnte, sind auch bei entgegenstehendem natürlichen Willen des*der Klient*in oder bei einer durch Betreuer*innen, Angehörige oder die Fachkräfte der Einrichtung entgegenstehenden Einschätzung auf jeden Fall zu beachten (§ 1906 a BGB). Möglicherweise kann mit dem*der Klient*in eine Patientenverfügung in einfacher Sprache verfasst werden.

Gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132 g SGB V und ihre Dokumentation

In den Einrichtungen der Seniorendienste der BBT-Gruppe wird bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen (qualifizierte Gesprächsbegleitung, Finanzierungsvereinbarung mit den Krankenkassen) eine Gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132 g SGB V angeboten. Die Dokumentation des Beratungsprozesses und seiner Ergebnisse (Dokumentation der Willensäußerungen, Notfallbogen) in der Bewohnerdokumentation muss sichergestellt werden. Aufgrund der Bestimmungen der Rahmenvereinbarung vom 13.12. 2017 muss für die Übernahme dieser Dokumentationen in die einrichtungsinterne Bewohnerdokumentation und die Weitergabe dieser Dokumentationen an aufnehmende Einrichtungen (Krankenhäuser) die Zustimmung des*der Betroffenen eingeholt werden. Liegt bereits vor Durchführung des Beratungsprozesses nach § 132 g SGB V eine wirksame Patientenverfügung nach § 1901 a BGB vor, muss sorgfältig geprüft werden, ob die Willensäußerungen des Beratungsprozesses und die Patientenverfügung übereinstimmen. Eine bestehende Patientenverfügung muss im Beratungsprozess thematisiert werden. Besteht zwischen beiden ein Widerspruch, muss der*die Bewohner*in darauf hingewiesen werden und der Widerspruch geklärt werden.

Grundsätzliches Vorgehen im Zuge der Aufnahme

Es wird prinzipiell (in Krankenhäusern und Senioreneinrichtungen immer, in den psychiatrischen Diensten nach Einschätzung der Verantwortlichen) nach Vorsorgedokumenten der Patient*innen gefragt. Es wird auch nach den Kontaktdaten für den Fall der Ehegatten-Notvertretung gefragt.

Während des Prozesses der Aufnahme muss sichergestellt werden, dass die behandlungsrelevanten Inhalte den behandelnden Ärzt*innen und dem verantwortlichen Fachpersonal zur Verfügung stehen können.

Um das zu gewährleisten, soll während der Aufnahme von Patient*innen in einer BBT-Einrichtung im Zuge der pflegerischen Anamnese durch die zuständige Pflegekraft geprüft und dokumentiert werden, ob der*die Patient*in Vorsorgedokumente besitzt und mitführt. Der*die Patient*in wird gebeten, sie nachzureichen, falls sie nicht mitgeführt werden. Ggf. werden Angehörige oder der*die rechtliche Vertreter*in aufgefordert, diese nachzureichen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Notwendigkeit des Rückgriffes auf die Vorsorgedokumente möglich oder gar wahrscheinlich erscheint. Es erfolgt auch ein Hinweis auf das Ehegattennotvertretungsrecht, falls der*die Patient*in nicht einwilligungsfähig ist.

Die Vorsorgedokumente sollen so in die Patientenakte eingebracht werden, dass ihr Vorhandensein auch sofort ersichtlich ist. Hierbei ist der Standard der jeweiligen Einrichtung zu berücksichtigen.

Formale Kriterien

- Sind Name und Geburtsdatum und ggf. Anschrift in der Patientenverfügung identisch mit den Daten des*der Patient*in?
- Hat der*die Patient*in die Patientenverfügung eigenhändig unterzeichnet?
- Von wann datiert die Patientenverfügung?
- Sind Ansprechpartner*innen (oder gar rechtliche Vertreter) benannt und deren Kontaktdaten angegeben, mit denen in einer kritischen Situation Kontakt aufgenommen und Rücksprache gehalten werden kann?

Inhaltliche Kriterien (Prüfung erforderlich, wenn absehbar ist, dass die Berücksichtigung der Patientenverfügung notwendig werden kann)

- Sind die Situationen hinreichend konkret beschrieben, in denen die Patientenverfügung greifen soll (konkrete Anwendungssituationen)?
- Sind die ärztlichen Maßnahmen benannt, die der*die Patient*in wünscht oder ablehnt?
- Sind Aussagen zu den eigenen Wertvorstellungen/ den eigenen Einstellungen des*der Patient*in zum Leben und zum Sterben getroffen?

Vorgehen zur Therapiezielfindung bzw. -änderung bei schwerstkranken Patient*innen unter Berücksichtigung der Vorsorgedokumente

Die Einleitung und Durchführung medizinischer Maßnahmen erfordert eine medizinische Indikation einerseits und die Einwilligung des*der Patient*in andererseits. Ist eine medizinische Indikation nicht (mehr) gegeben, dürfen Maßnahmen weder ergriffen noch angeboten (noch weitergeführt) werden. Liegt eine (fragliche) Indikation vor, ist der Patientenwille, also die selbstbestimmte Entscheidung des*der Patient*in für oder gegen Maßnahmen ausschlaggebend:

Bestimmung des Patientenwillens im Zuge der Therapiezielfindung oder -änderung

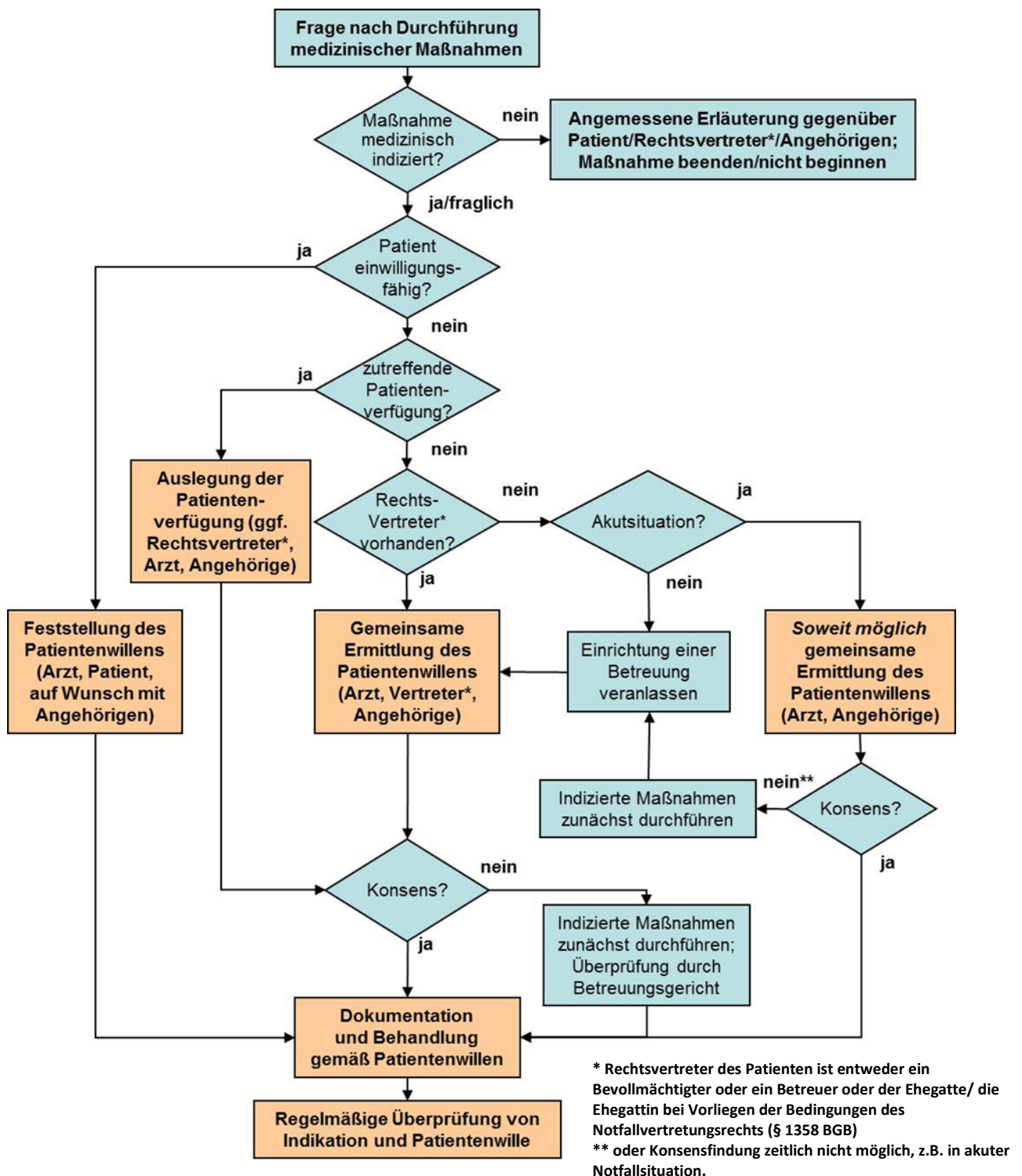


Abbildung 2: Entscheidungsdiagramm nach Jacobs, Jox und Weber (2013), S. 17, Abdruck mit freundlicher Genehmigung © Klinikum der Universität München 2013, Anpassung nach Ehegatten-Notvertretungsrecht 2023 BBT-Gruppe.

Bei **einwilligungsfähigen Patient*innen** spielen dabei die Vorsorgedokumente keine Rolle. Lediglich der aktuell erklärte bzw. geäußerte Wille ist hierbei ausschlaggebend. Dieser wird

durch den*die Ärzt*in im Rahmen eines Patientengesprächs und auf der Grundlage einer angemessenen, genauen und empathischen Aufklärung ermittelt und dokumentiert.³

Die Einwilligungsfähigkeit ist dabei durch den*die Ärzt*in festzustellen.⁴ Für die Beurteilung, ob der*die Patient*in im Hinblick auf den anstehenden medizinischen Eingriff die Bedeutung, Tragweite und Risiken erfassen und seinen*ihren Willen hiernach bestimmen kann, haben sich folgende Kriterien herausgebildet:

- **Verständnis:** Der*die Patient*in muss über die Fähigkeit verfügen, einen bestimmten Sachverhalt zu verstehen.
- **Verarbeitung:** Der*die Patient*in muss die Fähigkeit besitzen, bestimmte Informationen, auch bezüglich der Folgen und Risiken, in angemessener Weise zu verarbeiten.
- **Bewertung:** Der*die Patient*in muss die Fähigkeit besitzen, die Informationen, auch im Hinblick auf Behandlungsalternativen, angemessen zu bewerten.
- **Bestimmbarkeit des Willens:** Der*die Patient*in muss die Fähigkeit besitzen, den eigenen Willen auf der Grundlage von Verständnis, Verarbeitung und Bewertung der Situation zu bestimmen.⁵

Ein besonderer Fall liegt vor, wenn der*die Patient*in eine Gesundheitssituation aufweist, welche absehbar einerseits weitere Therapieentscheidungen notwendig machen wird und andererseits eine **absehbare Einwilligungsunfähigkeit des*der Patient*in** zur Folge hat (z.B. Tumorleiden, Nierenversagen mit absehbarer Dialysepflichtigkeit, Demenzerkrankungen). Hat der*die Patient*in in einem solchen Fall keine Vorsorge getroffen oder treffen die daraufhin zu prüfenden Vorsorgedokumente keine aussagekräftigen, validen Festlegungen in Bezug auf die zu erwartende Lebens- und Behandlungssituation, ist in jedem Fall in einem Gespräch⁶ die zu erwartende Entwicklung durch den*die behandelnde*n Ärzt*in darzulegen und für die erwartete Gesundheits- und Behandlungssituation zu eruieren, in welchem Umfang der*die Patient*in eine indizierte Therapie wünscht bzw. unter welchen Umständen er*sie welche Therapieziele für sich als sinnvoll erachtet. Die Willensbekundungen des*der Patient*in sind in der Dokumentation festzuhalten.

Vorgehen bei einer Behandlungssituation und eingetretener Einwilligungsunfähigkeit

Tritt nun eine Behandlungssituation ein mit der Frage nach Einleitung, Durchführung, Begrenzung oder Beendigung einer indizierten (lebens-/gesundheitserhaltenden) medizinischen Maßnahme bei gleichzeitig **bestehender Einwilligungsunfähigkeit** des*der Patient*in, so kommt eine vorhandene Patientenverfügung zum Tragen. Liegt keine wirksame Patientenverfügung vor, muss der mutmaßliche Wille ermittelt werden.

In der Behandlungssituation muss entschieden werden, ob die Akuität der Situation eine Prüfung des vorausverfügten oder nachrangig mutmaßlichen Willens zeitlich zulässt.

³ Für den Fall der Therapiezieländerung liegen mittlerweile in mehreren Einrichtungen beschriebene Prozesse und Formulare zur Dokumentation der Therapiebegrenzung bzw. Therapiezieländerung vor. Diese orientieren sich in der Regel an den Standards der einschlägigen Fachgesellschaften. Ein Therapiebegrenzungsbogen muss in der Patientenakte schnell zugänglich sein.

⁴ In Zweifelsfällen unter konsiliarischer Hinzuziehung von Psychiatern oder auch Neurologen.

⁵ Vgl. Umgang mit Patientenverfügungen, Arbeitshilfe der Ethikkommission der ctt, Trier 2011.

⁶ Nicht selten sind auch mehrere Gespräche, unter Umständen und nach Patientenwunsch unter Einbezug vertrauter Personen, wie z.B. von Angehörigen nötig.

Ist verzögerungsfreies Handeln notwendig, kommt es zunächst zur Einleitung von indizierten Maßnahmen, die das Leben erhalten und gesundheitlichen Schaden abwenden. (Grundsatz: In dubio pro vita). Bei Vorliegen der Voraussetzungen kann die Notfallvertretung von Ehegatt*innen nach § 1358 BGB zum Tragen kommen. Erst nach Stabilisierung des*der Patient*in wird der Patientenwille ermittelt und das Therapieziel, falls notwendig, entsprechend dem ermittelten Willen abgeändert.

Liegt eine Patientenverfügung vor und lässt die gesundheitliche Situation eine Prüfung und Auslegung der Patientenverfügung zu, folgt die inhaltliche und qualitative Prüfung durch den*die Ärzt*in. Wenn die Patientenverfügung Interpretationsspielräume enthält, soll die Auslegung der Patientenverfügung gemeinsam mit dem*der Rechtsvertreter*in (Bevollmächtigte*r oder Betreuer*in oder vertretender Ehegatt*in nach § 1358 BGB) und ggf. Angehörigen erfolgen, insofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist (vgl. § 1901 b BGB).

Zu prüfen sind folgende Sachverhalte:

- Ist das Dokument formal gültig? (s.o.)
- Treffen die enthaltenen Festlegungen aussagekräftig und valide auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation des*der Patient*in zu?
- Sind aussagekräftige und valide Festlegungen zur Durchführung oder Unterlassung der in dieser vorliegenden Situation indizierten Maßnahmen in der Patientenverfügung getroffen?

Können diese Fragen im Konsens bejaht werden, so ist aus der Patientenverfügung ein **ausdrücklicher Wille** bezogen auf die aktuelle Behandlungssituation ableitbar, der für Ärzt*innen und Behandlungsteam bindend ist. Ist kein Konsens zu erzielen, sind indizierte Maßnahmen durchzuführen und eine Überprüfung durch das Betreuungsgericht notwendig (siehe unten).

Trifft die Patientenverfügung auf die aktuelle Entscheidungssituation zu, ohne dass ein*e rechtlicher Vertreter*in vorhanden ist, darf der*die Ärzt*in die Patientenverfügung direkt umsetzen, ohne vorab eine*n Betreuer*in durch das Gericht bestellen zu lassen. Im Fall der Ehegattenvertretung nach § 1358 BGB hat der*die vertretende Ehegatt*in dem Willen, der in einer Patientenverfügung niedergelegt ist, zur Geltung zu verhelfen.

Dokumentation und Behandlung erfolgen demgemäß nach dem ausdrücklichen Patientenwillen.

Liegt keine Patientenverfügung vor oder ist der ausdrückliche Patientenwille für die vorliegende Lebens- und Behandlungssituation aus einer vorliegenden Patientenverfügung nicht abzuleiten, so ist der **mutmaßliche Wille** aufgrund konkreter Anhaltspunkte unter Einbezug naher Angehöriger und Vertrauenspersonen (konkrete Äußerungen, ethische und religiöse Überzeugungen, persönliche Wertvorstellungen und ggf. weitere Vorsorgedokumente) zu ermitteln.⁷ Auch zu diesem Zweck muss eine Betreuung eingerichtet

⁷ Insbesondere bei nicht absehbaren und akut eingetretenen schweren Erkrankungen können Angehörige emotional stark involviert und belastet sein. Hier sind besondere Anforderungen an die Gesprächsführung zum Entscheidungsprozess in Bezug auf Empathie und zeitliche Gestaltung zu stellen.

werden, falls zum Zeitpunkt nicht bereits ein*e Rechtsvertreter*in vorhanden ist oder der Fall einer Ehegattenvertretung nach § 1358 BGB vorliegt.

Sind sich Ärzt*in und Rechtsvertreter*in oder vertretende*r Ehegatt*in **einig, was dem Patientenwillen entspricht**, folgt die Festlegung, Dokumentation und Durchführung des indizierten Therapieregimes entsprechend dem Patientenwillen. Eine zusätzliche Genehmigung durch das Betreuungsgericht ist dann nicht notwendig. Sie ist auch nicht für den Fall notwendig, in dem Einigkeit darüber herrscht, dass eine Begrenzung einer lebenserhaltenden Therapie dem ausdrücklichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht (§1904 BGB Abs. 4; BGH, Urteil des II. Strafsenats vom 25. Juni 2010, AZ 2 StR 454/09).

Gibt es generell **keinen Konsens** in Bezug auf den ausdrücklichen oder mutmaßlichen Patientenwillen, wird die indizierte Therapie zunächst weitergeführt. Eine Ethische Fallbesprechung mit dem Ziel der Konsensbildung kann in diesem Fall der Klärung des weiteren Vorgehens dienen. Es sollte immer versucht werden, diese Wege zur Konsensbildung auszuschöpfen. Ist dies nicht möglich, muss das Betreuungsgericht eingeschaltet werden.

Unter Umständen ist auch **der mutmaßliche Wille nicht ermittelbar**, z.B. wenn der*die Patient*in den Behandlern unbekannt ist und keine Angehörigen oder Vertrauenspersonen da sind. Auch gibt es Sonderfälle, bei denen seit der Kindheit eine geistige Behinderung vorliegt, so dass aufgrund der geistigen Unreife zu keinem Zeitpunkt individuelle Wertvorstellungen entwickelt oder autonome oder relationale Lebensentscheidungen getroffen werden konnten. In solchen Fällen muss geklärt werden, ob eine konsensuelle Entscheidung über Therapieziele und -maßnahmen zwischen Angehörigen, Betreuer*in und Mitgliedern des Behandlungsteams **nach objektivem Patientenwohl und allgemeinen Wertvorstellungen**⁸ möglich ist. Hierbei dürfen Interessen Dritter keine Rolle spielen (§1904 BGB) und im Zweifelsfall hat der Lebensschutz Vorrang.⁹

In solchen Fällen wird die Einberufung einer Ethischen Fallbesprechung zur Unterstützung der Entscheidung generell empfohlen. Festlegung, Dokumentation und Durchführung des indizierten Therapieregimes erfolgt dann entlang der Entscheidung des*der behandelnden Ärzt*in, der*die das Ergebnis der Ethischen Fallbesprechung in seine*ihre Entscheidung einbezogen hat. Im Zweifel sollte, insbesondere bei Therapiebegrenzung, das Betreuungsgericht eingebunden werden.

Sondersituation Behandlung psychisch Erkrankter und Menschen mit Demenz

Bei der Feststellung des Patientenwillens bei Menschen mit Demenz folgen die Einrichtungen der BBT-Gruppe den „Hinweise(n) und Empfehlungen der Bundesärztekammer zu Patientenverfügungen und anderen vorsorglichen Willensbekundungen bei Patienten mit einer Demenzerkrankung“ (Stand: 16.03.2018):

„Bei der Feststellung des Patientenwillens geht es stets darum, was der*die Patient*in für die aktuelle Behandlungssituation will bzw. gewollt hätte. Bei einem*einer einwilligungsunfähigen Patient*in sind bei der Feststellung des Patientenwillens alle früheren Willensbekundungen (Patientenverfügung, Behandlungswunsch oder sonstige Äußerungen) sowie seine*ihre aktuellen Willensbekundungen einzubeziehen. Aktuelle Willensbekundungen eines*einer

⁸ Zum Beispiel: Leben, Lebensqualität (Selbstständigkeit und Würde), Symptomlast/-freiheit, Familiensituation

⁹ Jacobs, Jox & Weber (2013). S. 12

einwilligungsunfähigen Patient*in bezeichnet man auch als ‚natürlicher Wille‘. Stimmen aktuelle und frühere Willensbekundungen nicht überein, so ist zu prüfen, ob der*die Patient*in seinen früher erklärten Willen geändert hat bzw. mutmaßlich geändert hätte.

Hinweise auf eine mögliche Willensänderung können entsprechende mündliche Aussagen des*der Patient*in, aber auch ein bestimmtes Verhalten sein, aus dem auf einen geänderten Patientenwillen geschlossen werden kann. Hierbei ist von allen Beteiligten ein hohes Maß an Sensibilität und Reflexivität gefordert. Zum einen darf auch einwilligungsunfähigen Demenzpatienten nicht vorschnell die Fähigkeit abgesprochen werden, ihren Willen zu ändern und dies zum Ausdruck zu bringen. Zum anderen ist zu bedenken, dass der mutmaßliche Wille bzw. die mutmaßliche Willensänderung immer eine Interpretation Dritter darstellt. Das birgt die Gefahr, dass ein Verhalten des*der Patient*in so gedeutet wird, wie es den Interessen und Präferenzen der interpretierenden Personen (z. B. dem Wunsch der Ärzt*innen, des Pflegepersonals oder der Angehörigen, den*die Patient*in zu behandeln) entspricht.

Auch sind aktuelle Willensbekundungen eines*einer demenzkranken Patient*in häufig Ausdruck momentaner Befindlichkeiten. Diese sind zwar grundsätzlich zu berücksichtigen; Grundlage von Behandlungsentscheidungen muss aber der Wille und das längerfristige subjektive, d. h. aus Sicht des*der Patient*in bestimmte Wohl des*der Patient*in sein. Besonderheiten gelten, falls der festgestellte Patientenwille für eine Behandlung spricht, die aktuelle Willensbekundung des*der einwilligungsunfähigen Patient*in (‚natürlicher Wille‘) jedoch gegen die Behandlung gerichtet ist. Eine Behandlung des*der Patient*in gegen seinen*ihrer ‚natürlichen Willen‘ stellt eine Zwangsbehandlung dar. Für sie gelten besonders strenge rechtliche und ethische Anforderungen: Sie darf nur im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in einem Krankenhaus und nur als letztes Mittel eingesetzt werden, um den*die Patient*in vor einem drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden zu bewahren. Der für den*die Patient*in zu erwartende Nutzen der Behandlung muss die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegen. Ferner muss festgestellt werden (z. B. aufgrund früherer mündlicher oder schriftlicher Willensbekundungen), dass der*die Patient*in der Behandlung zugestimmt hätte. Im Übrigen darf sie nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichts durchgeführt werden. Hat ein*e einwilligungsunfähiger Patient*in mit einer Demenzerkrankung noch keine*n Patientenvertreter*in, sollte beim Betreuungsgericht eine Betreuung angeregt werden. Bis zur Bestellung des*der Betreuer*in darf der*die Ärzt*in alle nicht aufschiebbaren ärztlichen Maßnahmen auch ohne explizite Einwilligung des*der Patient*in durchführen, sofern diese nicht offensichtlich dem Willen des*der Patient*in widersprechen. Gleiches gilt für Notfallsituationen, in denen es zwar eine*n Patientenvertreter*in gibt, diese*r aber aufgrund der Dringlichkeit der Maßnahme nicht um seine Einwilligung gebeten werden kann.“

Glossar

Um einen Überblick über wesentliche Stichworte zu erhalten, dient das folgende alphabetisch sortierte Glossar:

Advance Care Planning/	Modelle des Advance Care Planning oder der Gesundheitlichen Versorgungsplanung wollen mit unterschiedlichen Mitteln dafür
------------------------	---

Gesundheitliche Versorgungsplanung	Sorge tragen, dass Menschen sich umfassend über ihre Wünsche und Vorstellungen hinsichtlich ihrer letzten Lebensphase Gedanken machen und diese so dokumentieren, dass Personen, die ihre Pflege, Betreuung und Versorgung übernehmen, darüber gut informiert sind. Im §132 g SGB V ist diese Gesundheitliche Versorgungsplanung als Leistung beschrieben, die in stationären Pflegeeinrichtungen von den Krankenkassen für ihre Versicherten finanziert wird.
Ärztliche Aufklärung	Die ärztliche Aufklärung ist geregelt in § 630 e BGB. „(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den*die Patient*in über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.“
Autonomie / Selbstbestimmung	Selbstbestimmung ist ein wesentlicher Bestandteil der Autonomie (Selbständigkeit) sowohl von einzelnen Personen als auch von gesellschaftlichen Organen oder Gruppen. Die Selbstbestimmung findet ihre Grenzen im geltenden Recht. Voraussetzung für eine Selbstbestimmung ist die Entscheidungsfreiheit, welche wiederum die Informiertheit des Betroffenen und in diesem Zusammenhang den freien Zugang zu den für die Entscheidungsfindung notwendigen Informationen (Informationsfreiheit) voraussetzt.
Betreuungsgericht	Das Betreuungsgericht ist eine Abteilung eines Amtsgerichts. Es ist zuständig für die rechtliche Betreuung (und Unterbringung) von Volljährigen, eine Unterbringung nach dem jeweiligen Landesgesetz über die Unterbringung von psychisch Kranken (PsychKG) sowie für sog. betreuungsrechtliche Zuweisungssachen. In bestimmten Situationen ist die Entscheidung des Betreuungsgerichtes zu ärztlichen Maßnahmen notwendig.
Betreuungsverfügung	In der Betreuungsverfügung (§ 1896 BGB) schlägt ein Patient*in vorab eine oder mehrere Personen vor, die er sich als Betreuer*in wünscht, falls die Einrichtung einer Betreuung notwendig wird. Das Betreuungsgericht muss die Betreuungsverfügung bei der Festlegung der Betreuung berücksichtigen.
Ehegattenvertretung	Seit dem 1. Januar 2023 gilt das Ehegattenvertretungsrecht in Fragen der Gesundheitsvorsorge im Notfall (§ 1358 BGB). In diesem Fall wird durch den*die Ärzt*in dokumentiert, dass die Voraussetzungen für die Ehegattenvertretung vorliegen.
Einwilligungsfähigkeit	Einwilligungsfähigkeit meint vor allem im medizinischen und pflegerischen Bereich die Fähigkeit, Art, Bedeutung und Tragweite eines medizinischen Eingriffs und ihrer Gestattung zu erfassen. Sie ist nicht zu verwechseln mit der Geschäftsfähigkeit, die im Recht an bestimmte Altersgrenzen gebunden ist und durch eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit eingeschränkt sein kann. Die Einwilligungsfähigkeit kann auch bei eingeschränkter Geschäftsfähigkeit gegeben sein. Von der Einwilligungsfähigkeit muss sich ein*e behandelnde*r Ärzt*in im Einzelfall überzeugen. Bezogen auf Altersgrenzen geht man allgemein davon aus, dass Jugendliche unter 14 Jahren in der Regel dazu noch nicht

	vollständig in der Lage sind. ¹⁰
Ethikkomitee	In vielen Krankenhäusern wurden – beginnend in den 70er und 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts – Klinische Ethikkomitees (KEK) gegründet, die die Aufgabe haben, sich schwerpunktmäßig um die ethischen Aspekte dort zu kümmern. Insbesondere Entscheidungen, die in der letzten Lebensphase oder bei schweren und lebensbedrohenden Krankheitssituationen zu treffen sind, haben zur Entwicklung der KEKs geführt. Ethikkomitees bestehen in der BBT-Gruppe mittlerweile auch in den Einrichtungen der Seniorendienste und der Sozialen Dienste.
Ethische Fallbesprechung	Die Ethische Fallbesprechung ist ein Beratungsinstrument für den*die behandelnden Ärzt*in bzw. den Entscheidungsträger oder das therapeutische oder betreuende Team in einem Betreuungsverhältnis in einem konkreten Fall. Kann ein*e Patient*in oder Klient*in in einer bestimmten Situation seinen Willen nicht oder nicht mehr äußern und besteht auch bei dem*der Ärzt*in, den Angehörigen oder dem*der Betreuer*in keine Klarheit über den Willen des*der Patient*in zu der vorliegenden Situation, so kann eine Ethische Fallbesprechung einberufen werden. Ziel ist es, bestmöglich den mutmaßlichen Willen des*der Patient*in / Klient*in zu ergründen und ein Votum zur weiteren Behandlung zu erstellen. Das Votum einer Ethischen Fallbesprechung ersetzt nicht die Entscheidung des*der behandelnden Ärzt*in.
Medizinische Indikation	Eine medizinische Indikation besteht dann, wenn eine bestimmte medizinische Maßnahme dazu geeignet ist, ein bestimmtes Krankheitsbild wirksam zu behandeln. Über die Frage der reinen Beeinflussung (patho-) physiologischer Zustände hinaus ist die Wirksamkeit einer Behandlung im Hinblick auf das angestrebte Therapieziel und das Verhältnis von Nutzen und Nachteil für den individuellen Patienten zu bewerten.
Mutmaßlicher Patientenwille	Der mutmaßliche Patientenwille ist immer dann erheblich, wenn eine aktuelle <u>ausdrückliche</u> Willensbekundung dem*der Patient*in nicht möglich ist, d.h. wenn der*die Patient*in einwilligungsunfähig ist und gleichzeitig kein vorausverfügter Wille im Sinne einer Patientenverfügung vorliegt, welche auf die aktuelle Behandlungs- und Lebenssituation zutrifft. Der*die Behandler*in hat danach zu fragen, ob der*die Patient*in in dieser Situation einer Behandlung bzw. einem Eingriff zugestimmt hätte. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund „konkreter Anhaltspunkte“ zu ermitteln (§ 1901 a Abs. 2 BGB). „Dabei sind alle verfügbaren Informationen über den*die Patient*in zu berücksichtigen, insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen. Ist nichts über die Präferenzen des*der Patient*in bekannt, dürfen Vertreter*in und Ärzt*in davon ausgehen, dass der*die Patient*in den ärztlich indizierten Maßnahmen zustimmen würde. (Empfehlungen der Bundesärztekammer 2013).

¹⁰ vgl. BGH-Urteil vom 25.11.1957. Verfügbar unter:

<http://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Text=NJW%201958,%20267>. Zuletzt geprüft am 07.10.2018; Urteil des OLG Hamm, Beschluss vom 08.01.1997 - 15 W 398/96. Verfügbar unter:

<https://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Gericht=OLG%20Hamm&Datum=08.01.1997&Aktenzeichen=15%20W%20398/96>. Zuletzt geprüft am 07.10.2018. sowie Jox, Jacobs & Weber (2013). Leitlinie zur Frage der Therapiezieländerung bei schwerstkranken Patienten und zum Umgang mit Patientenverfügungen. Kurzversion. Verfügbar unter:

https://www.klinikum.uni-muenchen.de/download/de/Fachbereiche/Palliativmedizin/Leitlinie_PV_Kurzversion.pdf. Zuletzt geprüft am 07.10.2018. S.2

Notfallanordnung/ Hausärztliche Notfallanordnung/ Notfallbogen	Notfallbögen als Teil der Bewohnerdokumentation oder als Teil der Dokumente, die im Rahmen der Gesundheitlichen Versorgungsplanung entstehen, sind gültig, wenn sie die Voraussetzungen einer Patientenverfügung nach § 1901 a BGB erfüllen. Sie sollen, wenn sie in den Einrichtungen der BBT-Gruppe verwendet werden, immer auf ihre Kongruenz mit vorliegenden Patientenverfügungen überprüft werden.
Notvertretung durch Ehegattin/ Ehegatten	s. unter Ehegattenvertretung
Patientenverfügung	Die Patientenverfügung ist seit 2009 im deutschen Recht in § 1901 a BGB verankert. In einer Patientenverfügung legt eine volljährige Person zu einem Zeitpunkt, da sie einwilligungsfähig ist, im Voraus ihre Behandlungswünsche für den Fall dar, dass sie einwilligungsunfähig und daher nicht mehr in der Lage ist, selbst in medizinische Maßnahmen einzuwilligen.
Patientenwille / Behandlungswünsche	Entscheidend ist für alle Behandlungen der aktuelle geäußerte Patientenwille bzw. die Einwilligung des*der Patient*in. § 630 d BGB legt fest: „Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen.“ Der Patientenwille findet seine Grenze jedoch dort, wo für einen Eingriff keine medizinische Indikation vorliegt oder gesetzliche Verbote oder allgemeine medizinethische Grundsätze verletzt würden, an die ein*e Ärzt*in/ Behandler*in gebunden ist. Die Wirksamkeit des geäußerten Patientenwillens ist an die Einwilligungsfähigkeit des*der Patient*in geknüpft.
Therapiezieländerung/ Therapiebegrenzung	Therapieziele können kurativ (heilend), lebensverlängernd, oder auch palliativ (lindernd) sein. Festlegung und Änderungen von Therapiezielen sollten im Dialog ermittelt werden. Zur Diskussion stehen für schwer(st)kranke Patient*innen meistens das Ziel der Lebensverlängerung oder das Ziel der ausschließlichen Beschwerdelinderung unter Verzicht auf (weitere) lebenserhaltende Maßnahmen ¹¹ . Bei der Therapiebegrenzung (im Zuge einer Therapiezieländerung) handelt es sich damit um die Frage, ob eine medizinisch (fraglich) indizierte Maßnahme (siehe dort), insbesondere zur Lebensverlängerung oder Lebenserhaltung nicht eingeleitet oder zurückgenommen wird.
Vorsorgevollmacht	In einer Vorsorgevollmacht nach § 1901 c BGB legt eine volljährige, geschäftsfähige Person fest, wer im Fall der eigenen Geschäfts- oder Einwilligungsunfähigkeit für sie Entscheidungen über medizinische Behandlungen (oder andere Bereiche) treffen darf. Dabei ist möglichst genau zu beschreiben, wie weit die Entscheidungsbefugnis reichen soll. Der*die Bevollmächtigte hat die Aufgabe, dem Willen der Person Geltung zu verschaffen. Die bevollmächtigende Person kann die Bevollmächtigung jederzeit und ohne Begründung widerrufen.
Würde, Menschenwürde	Die Allgemeingültigkeit der Menschenwürde ist seit der Antike Bestandteil der ethischen Reflexion und steht an der Wurzel aller Grundrechte, die dem Menschen nicht nach Verdienst oder sozialem Status, sondern allein aufgrund seines Menschseins zukommen. Christlich geprägt ist die Menschenwürde Ausdruck der Gottesebenbildlichkeit.

¹¹ Vgl. Jacobs, Jox & Weber (2013). a.a.O. S.3

	<p>Die Menschenwürde wird verletzt, wenn der konkrete Mensch zum Objekt, zu einem bloßen Mittel, zur vertretbaren Größe herabgewürdigt wird. Positiv formuliert enthält die Menschenwürde die Möglichkeit, selbstbestimmt zu handeln und über sich selbst in Freiheit zu bestimmen. Insofern lässt sich die Patientenverfügung als Ausdruck der Menschenwürde beschreiben, da sie den*die Patient*in davor bewahren will, dass Maßnahmen an ihm selbst gegen seinen Willen durchgeführt werden.</p>
--	---

Weiterführende Hinweise und Links

Normen und Empfehlungen

BÄK (Stand: 16.03.2018). Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer zu Patientenverfügungen und anderen vorsorglichen Willensbekundungen bei Patienten mit einer Demenzerkrankung. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Recht/Patientenverfuegung_Demenz.pdf . Zuletzt geprüft am 15.03.2023

BÄK (Stand: 19.08.2013). Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. Verfügbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/patienten/patientenverfuegung/> Zuletzt geprüft am 15.03.2023

BÄK (2011). Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, in: Deutsches Ärzteblatt 2011, 108(7): A346-A348, Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf . Zuletzt geprüft am 15.03.2023

BGB (In seiner Fassung vom 12.7.2018). Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/BGB.pdf> . Zuletzt geprüft am 15.03.2023

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 (2013). Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nr. 9, ausgegeben zu Bonn am 25. Februar 2013 Das Bundesgesetzblatt im Internet: www.bundesgesetzblatt.de | Ein Service des Bundesanzeiger Verlag www.bundesanzeiger-verlag.de zuletzt geprüft 15.03.2023

Rechtsprechung

BGH, Beschluss vom 06.07.2016, Az. XII ZB 61/16. Verfügbar unter: <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&nr=75565&pos=0&anz=1>. Zuletzt geprüft am 07.10.2018

BGH, Beschluss vom 08.02.2017, Az. XII ZB 604/15. Verfügbar unter: <https://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=pm&Datum=2017-3&nr=77818&linked=bes&Blank=1&file=dokument.pdf>. Zuletzt geprüft am 07.10.2018

BGH, Urteil des II. Strafsenats vom 25. Juni 2010, AZ 2 StR 454/09. Verfügbar unter: <https://www.hrr-strafrecht.de/hrr/2/09/2-454-09.php>. Zuletzt geprüft am 07.10.2018

BGH, Urteil vom 28.11.1957, AZ 4 StR 525/5725.11.1957. Verfügbar unter: <http://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Text=NJW%201958,%20267>. Zuletzt geprüft am 07.10.2018;

OLG Hamm, Beschluss vom 08.01.1997 - 15 W 398/96. Verfügbar unter:
<https://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Gericht=OLG%20Hamm&Datum=08.01.1997&Aktenzeichen=15%20W%20398/96>. Zuletzt geprüft am 07.10.2018

Formulare mit Erläuterungen / Vordrucke (Auswahl)

Bundesministerium der Justiz (Stand 2018). Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung. Verfügbar unter:
https://www.bmj.de/DE/Themen/VorsorgeUndBetreuungsrecht/VorsorgeUndBetreuungsrecht_node.html (Zuletzt geprüft am 15.03.2023)

Bayerisches Justizministerium: Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter

Verfügbar unter:
[https://www.bestellen.bayern.de/application/applstarter?APPL=eshop&DIR=eshop&ACTIONxSETVAL\(artdtl.htm,APGxNODENR:283773,AARTxNR:04004713,AARTxNODENR:333708,USERxBODYURL:artdtl.htm,KATALOG:StMJV,AKATxNAME:StMJV,ALLE:x\)=X](https://www.bestellen.bayern.de/application/applstarter?APPL=eshop&DIR=eshop&ACTIONxSETVAL(artdtl.htm,APGxNODENR:283773,AARTxNR:04004713,AARTxNODENR:333708,USERxBODYURL:artdtl.htm,KATALOG:StMJV,AKATxNAME:StMJV,ALLE:x)=X) (zuletzt geprüft 15.03.2023)

Christliche Patientenverfügung/ Christliche Patientenvorsorge – gemeinsames Dokument der Deutschen Bischofskonferenz und der Evangelischen Kirche in Deutschland.

Verfügbar unter: <https://www.dbk.de/themen/christliche-patientenvorsorge/> (zuletzt geprüft am 15.03.2023)

Malteser Patientenverfügung

Verfügbar unter: <https://www.malteser.de/patientenverfuegung.html> (zuletzt geprüft am 15.03.2023)

Patientenverfügung in leichter Sprache

Verfügbar unter <https://www.lebenshilfe.de/informieren/senioren/gesundheitsliche-versorgungsplanung-letzter-lebensphase/patienten-verfuegung-leichte-sprache> (zuletzt geprüft 15.03.2023)

Literatur

Jacobs, Jox & Weber (2013). Leitlinie zur Frage der Therapiezieländerung bei schwerstkranken Patienten und zum Umgang mit Patientenverfügungen. Kurzfassung. Verfügbar unter: <https://ethikkomitee.de/downloads/muenchner-leitlinie-v3-2013-kurzfassung-cd.pdf>
Langfassung: <https://ethikkomitee.de/downloads/muenchner-leitlinie-v3-2013-langfassung-cd.pdf> (Zuletzt geprüft am 15.03.2023)

Jox, R.J. (2013). Sterben lassen. Über Entscheidungen am Ende des Lebens. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag

Jox, R.J. (2008). Entscheiden über das Sterben anderer. Dissertationsschrift. Verfügbar unter: https://edoc.unibas.ch/1003/1/Dissertationsschrift_Jox_2008_final.pdf . Zuletzt geprüft am 15.03.2023

Schmitt, J. in der; Hauck, F. & Marckmann, G. (2016). Behandlung im Voraus planen (Advance Care Planning): ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen. Zeitschrift für Palliativmedizin 17 () S.177–195. Verfügbar unter: <https://www.thieme->

connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0042-110711 Zuletzt geprüft am
15.03.2023

Verrel, T. & Simon, A. (2010). *Patientenverfügungen, Rechtliche und ethische Aspekte (DRZE 11)*
Stuttgart 2010, 25.

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

Herausgeber:

Barmherzige Brüder Trier gGmbH
Zentrale der BBT-Gruppe
Kardinal-Krementsz-Straße 1-5
56073 Koblenz
Tel.: 0261 496-60 00
Fax: 0261 496-64 70
info@bbtgruppe.de
www.bbtgruppe.de

Sitz der Gesellschaft: Koblenz
Amtsgericht Koblenz HRB 24056
Geschäftsführer: Dr. Albert-Peter Rethmann, Matthias Warmuth, Werner Hemmes, Andreas Latz
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Bruder Alfons Maria Michels

Redaktion:
Dr. Peter-Felix Ruelius (verantwortlich)
Sebastian Lyschik
Thomas Müller
Kerstin Orf-Lübbe
Antonia Tietz

Stand März 2019, überarbeitete März 2023
© BBT-Gruppe, Koblenz
Alle Rechte, auch des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten.