

# Einführung in die Grundzüge des Rechtes und der Ethik der Palliativmedizin für Hausärzte und Hausärztinnen

*Rechtsanwalt Dr. Peter Holtappels*

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	1
<b>I. Die Indikation</b>	2 – 4
<b>II. Die Einwilligung, der mutmaßliche Wille</b>	4 – 7
<b>III. Die antizipierte Einwilligung, Patientenverfügung</b>	7 – 10
<b>IV. Die Vorsorgevollmacht</b>	10 – 11
<b>V. Fälle</b>	11 – 13
<b>VI. Kriterien zum Therapiewechsel</b>	13 – 15
<b>VII. Fälle</b>	15 – 20
<b>VIII. Die rechtliche Verankerung des Arztes/der Ärztin, die Palliativpatienten(innen) medizinisch betreut.</b>	20 – 22
<b>IX. Die Rechte des Palliativpatienten</b>	22 – 24
<b>X. Fälle</b>	24 – 25
<b>XI. Muster von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht.</b>	26 – 29

## Vorwort

Diese kleine Schrift wendet sich an jene Haus/Fachärzte(innen), die ihre Patienten(innen) auch dann weiterbetreuen, wenn deren Leben sich in absehbarer Zeit seinem Ende zuneigt. Sie werden dann von ihm(ihr) in der sogenannten Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV) betreut. Dabei handelt es sich um eine vertragsärztliche Leistung. Benötigen die Patienten eine besonders aufwändige Versorgung, so erwerben sie gemäß § 37b SGB V einen Anspruch auf die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV). Bei dieser Versorgung bleibt der Hausarzt weiterhin für diese verantwortlich, wird jedoch von einem Palliativarzt und speziell geschulten Pflegekräften unterstützt. Die rechtlichen und die ethischen Grundlagen der Palliativmedizin sind – wie die medizinischen – noch in der Entwicklung begriffen. Der Autor hat in den letzten 10 Jahren bei der Entwicklung der rechtlichen und ethischen Grundlagen der Palliativmedizin mitgewirkt.

## I. Die Indikation

1. Die Bedeutung der Indikation hat einer der bedeutenden Vertreter meiner Zunft kürzlich wie folgt beschrieben: ***Die Indikation ist der Zentralbegriff, der das ärztliche Wirken in jeder Hinsicht trägt und von Grund auf prägt.***<sup>1</sup> Schon mit der Schaffung des § 1901b/I/1 BGB im Jahr 2009 bekannte sich der Gesetzgeber – allerdings in der ihm eigenen vornehmen Zurückhaltung – zu dieser Bedeutung der Indikation, als er darin formulierte: *Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist.* Erkennbar folgte er mit diesem Wortlaut dem Denkprozess des Arztes von der Diagnose über die Indikation zur Entscheidung über die anzuwendende Therapie und stellt alle damit verbundenen Entscheidungen zudem in die **alleinige Entscheidungsbefugnis des behandelnden Arztes**. Aus der Tatsache, dass der Begriff der Indikation in den leitenden Lehrbüchern der Palliativmedizin noch heute nicht vorkommt, dürfen Sie unter keinen Umständen schließen, die Stellung und Begründung einer Indikation seien bei Palliativpatienten offenbar „nicht so wichtig“ und das gelte ja insbesondere bei diagnostischen, therapeutischen Maßnahmen. Das Gegenteil ist geltendes Recht: **Auch im Bereich der Palliative Care gilt, dass jede therapeutische Maßnahme, für die es an Indikation oder Einwilligung fehlt, eine vorsätzliche Körperverletzung darstellt.**
2. Der Hannoveraner Medizinethiker Neitzke hat 2008 die Methode der Indikationsstellung entwickelt.<sup>2</sup> Sie ist inzwischen allgemein akzeptiert. Sie sei hier – wegen ihrer ausschlaggebenden Bedeutung für Ihre Tätigkeit – nochmals kurz dargestellt:

1 Duttge in „Vertrauen am Lebensende durch Recht?“ in Höver et al Sterbebegleitung: Vertrauenssache S. 153

2 Neitzke „Unterscheidung zwischen medizinischer und ärztlicher Indikation“ in Charbonnier, Dörner, Simon „Medizinische Indikation und Patientenwille“ 2008. S. 56 ff.

Zuerst hat der behandelnde Arzt die von ihm mittels der Diagnostik ermittelten therapeutischen Optionen zu bewerten und aus ihnen jene auszuwählen, die ihm unter objektiven Gesichtspunkten, will hier sagen – ohne Berücksichtigung der persönlichen Verhältnisse des Patienten – als für die Behandlung des Patienten am geeignetsten erscheint. Die derart ermittelte **medizinische Indikation** stellt also die fachliche Rechtfertigung der geplanten therapeutischen Maßnahme dar. Ihre Basis sind – in dieser Reihenfolge – das empirische Wissen des behandelnden Arztes, auf Evidenzbasierte Daten, Leitlinien, Richtlinien etc. Entspricht die von ihm vorgesehene therapeutische Maßnahme diesen Vorgaben, so entspricht sie der *lex artis*, dem Standard für den allgemeinen Fall. Ist die Prüfung der medizinischen Indikation erfolgreich abgeschlossen, so hat sich ihr die Prüfung der **ärztlichen Indikation** anzuschließen. Sie bezieht die objektiven Wertungen der medizinischen Indikation auf die Person des Patienten. Sie personalisiert sie und entspricht damit schon den Grundvorstellungen des Gesetzgebers wie den Grundsätzen insbesondere der Rechtsprechung des BVerfG. Nunmehr aber hat er weiter zu prüfen, ob die medizinische wie die ärztliche Indikation auch den auf diesen Fall anwendbaren rechtlichen und ethischen Normen entspricht. Dazu hat er sich drei Fragen zu stellen und zu beantworten:

- Welchem Ziel soll die von ihm geplante therapeutische Maßnahme dienen?
- Ist sie geeignet, dieses Ziel zu erreichen?
- Ist das Ziel ethisch und rechtlich akzeptabel?

Dabei hat der Arzt die gesamten Lebensumstände des Patienten zu berücksichtigen. Kommt er zu der – nur von ihm zu fallenden und zu verantwortenden – Entscheidung, eine ärztliche Indikation liege nicht vor, so hat die geplante therapeutische Maßnahme zu unterbleiben, denn **die ärztliche Indikation hat immer Vorrang vor der – möglicherweise anders lautenden – medizinischen Indikation.**

Angesichts der – Tatsache, dass die Indikation – wie erwähnt – die ärztliche Tätigkeit trägt, ist sie selbstverständlich zu dokumentieren. **Fehlt eine solche Dokumentation, so geht das Recht davon aus, dass die therapeutische Maßnahme nicht indiziert gewesen sei, es sich also um eine vorsätzliche Körperverletzung gehandelt habe.** Hier gilt der noch immer der mittelalterliche Grundsatz *Quod non est in actis non est in mundo*.

Abschließend zur Schilderung der von dem behandelnden Arzt anzuwendenden Methode der Indikationsstellung ein Beispiel zur Abschreckung: Schildmann und Vollmann haben im Jahre 2010 in einer Studie Begründungen von Ärzten für deren Behandlungsentscheidungen bei Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen veröffentlicht.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Schildmann, Vollmann „Behandlungsentscheidungen bei Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen Eine empirisch-ethische Untersuchung zur ärztlichen Indikationsstellung und Entscheidungsfindung“ Dtsch Med Wochenschr 2010; 135: 2230–2234

Sie lesen sich wie folgt:

- *Wenn jemand jetzt – zum Beispiel Thoraxschmerzen – und er hat eine Lungenembolie oder einen Herzinfarkt, dann ist mir in dem Moment relativ egal, wie der Tumorstatus ist, weil man will irgendetwas tun, man geht auf Intensiv. Oder*
- *Sicherlich ist man dazu geneigt – andersrum gesagt, 35-Jährige haben ja meistens das Problem, dass Kinder und Ehefrauen oder Ehepartner da sind [...] wo auch der Patient mehr noch am Leben, ich sag mal im Leben steht als ein 65-Jähriger. [...], dass man eher geneigt ist, einen jüngeren, in dem Fall jüngeren Patienten bei sonst gleichen Voraussetzungen aggressiver zu behandeln als einen älteren Patienten. Oder schließlich*
- *Wenn der Patient dies von mir wünscht, dass noch weitere Versuche unternommen werden, auch wenn sie nur eine geringe Chance bieten, und er in einem solchen Allgemeinzustand ist, dass man das auch befürworten kann, dann würde ich dem nachgeben.*

Keine dieser Begründungen für eine Indikation ist medizinisch oder rechtlich tragfähig. Sie alle legen m.E. vielmehr Zeugnis von einer gedanklichen Disziplinlosigkeit ab, die Ärzten schlecht ansteht, insbesondere wenn es sich um Entscheidungen am Lebensende handelt.

## II. Die Einwilligung

1. Die Rede soll hier sein von jener Willenserklärung des Patienten oder seines Vertreters, die – auch in der Palliative Care – unabdingbare Voraussetzung für die Rechtmäßigkeit jedes therapeutischen Eingriffes ist. Hierzu trifft man in der Palliative Care jedoch noch vereinzelt auf Fehlvorstellungen, wie die, der Therapiewechsel bedürfe der Einwilligung des Patienten. Dem scheint auch der BGH in jenem Teil seines „Putz“-Beschlusses zuzuneigen, in dem er die mit einer Beendigung einer ärztlichen Behandlung im Zusammenhang stehenden ärztlichen Handlungen unter dem Oberbegriff des Behandlungsabbruches zusammenfasst.<sup>4</sup> Hier fehlt es an Präzision. Der typische Therapiewechsel in der Palliative Care besteht aus zwei Teilen. Erstens dem Abbruch der lebenserhaltenden Therapie, weil der behandelnde Arzt sie nicht mehr für indiziert hält und zweitens der nahtlos anschließenden palliativen Therapie, die dem Patienten in Erfüllung der Fürsorgepflicht des behandelnden Arztes geschuldet ist. **Der Abbruch der lebenserhaltenden Therapie ist die gesetzlich vorgeschriebene Konsequenz der Entscheidung des behandelnden Arztes über die fehlende Indikation. Der**

4 BGHSt. - Beschluss vom 25.6.2010 - 2 StR 454/09 – RN 43

**Abbruch bedarf deshalb keiner Einwilligung. Die Aufnahme der palliativen Versorgung aber ist eine neue therapeutische Maßnahme, die deshalb der Einwilligung bedarf.**

2. Ein weiteres Problem stellt sich bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens des nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten. Hier wird häufig der § 1901a/I/2 BGB übersehen. Die Vorschrift lautet: *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. Fehlt es an solchen konkreten Anhaltspunkten, so dürfen diese nicht durch Mutmaßungen des Arztes über den Willen des Patienten ersetzt werden.* Vielmehr gilt nach der „Kemptener“ Entscheidung des BGH folgendes: *Lassen sich auch bei der gebotenen sorgfältigen Prüfung konkrete Umstände für die Feststellung des individuellen mutmaßlichen Willens des Kranken nicht finden, so kann und muss auf Kriterien zurückgegriffen werden, die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen.*<sup>5</sup> Marckmann et al. haben zutreffend darauf hingewiesen, dass solche Wertvorstellungen sich am **objektiven Wohl des Patienten** zu orientieren haben.<sup>6</sup>

**Jede Erforschung des mutmaßlichen Willens des Patienten setzt also zwingend die Existenz folgender Tatsachen voraus:**

- **Der geplante therapeutische Eingriff muss indiziert sein.**
- **Der Patient ist nicht in der Lage sich zu äußern.**
- **Ein gesetzlicher Vertreter des Patienten (Bevollmächtigter oder Betreuer) existiert nicht.**
- **Eine vorgezogene Einwilligung in Form der Patientenverfügung existiert nicht.**
- **Die Entscheidung ist dringend erforderlich.**

An die Voraussetzungen für die Annahme einer mutmaßlichen Einwilligung des entscheidungsunfähigen Patienten sind sodann in **tatsächlicher Hinsicht strenge Anforderungen** zu stellen.<sup>7</sup> *Zulässig ist es, frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen des Kranken ebenso zu berücksichtigen wie seine religiöse Überzeugung, seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen.*<sup>8</sup> Hier muss jedoch daran erinnert werden, dass

5 BGHSt 35/246/250

6 G. Marckmann, G. Sandberger, U. Wiesing Begrenzung lebenserhaltender Maßnahmen Eine Handreichung für die Praxis auf der Grundlage der aktuellen Gesetzgebung“ in Dtsch Med Wochenschr 2010; 135: 570–574, 573

7 BGHSt. vom 13.9.1994 – BGHSt 40/257 ff. RN 11

8 BGHSt. a.a.O., RN 21.

bei der Bewertung von Beweisen der indirekte Zeugenbeweis (Hörensagen) lediglich als Indiz gewertet wird, also die geringste Wertigkeit hat.

3. Jox, der zu dem Thema eine außerordentlich fundierte Studie vorgelegt hat,<sup>9</sup> führt darin aus: *So bestechend der Gedanke des mutmaßlichen Willens theoretisch erscheint, so enttäuschend hat es sich bislang erwiesen, seine erfolgreiche Anwendung empirisch zu bestätigen. In zahlreichen Studien wurde untersucht, wie gut sich die Entscheidung eines Patienten mit der Einschätzung eines Angehörigen oder eines behandelnden Arztes bezüglich dessen mutmaßlichen Willens decken. In der Regel wurde hierzu Patienten und Stellvertretern ein Fallszenario getrennt vorgelegt. Die Patienten sollten sagen, wie sie sich in der hypothetischen Situation entscheiden würden. Ihre Angehörigen bzw. Ärzte sollten angeben, wie ihrer Meinung nach der ihnen vertraute Patient in dem Fallszenario entscheiden würde. Es zeigte sich, dass der gemutmaßte Wille nicht mit dem tatsächlichen Willen übereinstimmte. Die Kongruenz war nicht wesentlich höher als durch Zufall zu erwarten war. Eine neuere Studie behauptet sogar, dass Entscheidungen nach dem mutmaßlichen Patientenwillen besser mit den eigenen Präferenzen des stellvertretend Entscheidenden übereinstimmen als mit denen des Patienten. Der einzige Faktor, der die Konkordanzrate in den Studien durchgehend erhöhte, waren konkrete vorherige Gespräche zwischen Patient und Stellvertreter über Entscheidungen am Lebensende. Lediglich eine Studie berichtet, dass es einen Unterschied zwischen Angehörigen und Ärzten hinsichtlich der Einschätzung des mutmaßlichen Willens gebe; hierbei waren die Angehörigen besser als die Ärzte.*<sup>10</sup>

An anderer Stelle gibt Jox zu bedenken, dass ein Patient, der zur Willensbildung nicht imstande ist, sich in einer anderen subjektiven Verfassung befinde, als wenn er seinen Willen frei äußern könne. Was er aber in solcher Verfassung entscheiden würde, könne man nicht sagen.

4. Zwischenergebnis:
  - **Die Methode der Erforschung des mutmaßlichen Parteiwillens durch die Befragung Anderer oder die Erforschung von Indizien ist hochgradig unzuverlässig.**
  - **Sind konkrete Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen des Patienten nicht festzustellen, so ist das objektive Wohl des Patienten zu ermitteln und danach zu entscheiden.**

<sup>9</sup> Jox „Bewusstlos aber autonom?“- Ethik Med 2004 16:401/406 ff  
<sup>10</sup> a.a.O. S.407

- **Auf keinen Fall dürfen Mutmaßungen des behandelnden Arztes als der mutmaßliche Wille des Patienten dargestellt werden.**
- **Der wahre Wille des Patienten ist unbeachtlich, es sei denn, er manifestiere sich als Widerruf.**

### III. Die antizipierte Einwilligung (Patientenverfügung)

1. Ich mutmaße, Sie hätten bei diesem Thema noch in Erinnerung, dass es vor geraumer Zeit einmal Gegenstand heftiger Debatten im Bundestag war, über die in den Gazetten berichtet wurde. Aber einige von Ihnen werden sich auch noch dunkel erinnern, Sie hätten bei der Lektüre dieser Berichte den Eindruck gewonnen, entweder hätten die Journalisten oder die befragten Politiker nicht eigentlich verstanden, um was es ginge. Ihr Erinnerungsvermögen trägt Sie nicht, denn genauso war es. Angetreten waren die Politiker mit dem Anspruch, es werde alles besser. Die Bundesjustizministerin Zypries verkündete am 18.6.2009: *Endlich gibt es mehr Rechtsklarheit und Rechtssicherheit im Umgang mit Patientenverfügungen. Vor allem die über 8 Millionen Menschen, die bereits eine Patientenverfügung haben, können sich in Zukunft darauf verlassen, dass ihr Selbstbestimmungsrecht gerade in einer Phase schwerer Krankheit beachtet wird. Ich freue mich sehr, dass es nach jahrelangem Ringen gelungen ist, die Patientenverfügung gesetzlich zu verankern und damit die berechtigten Erwartungen von Millionen Bürgerinnen und Bürgern zu erfüllen. Alle Beteiligten brauchen klare Vorgaben und verlässliche Regelungen, wenn sie über ärztliche Eingriffe bei Menschen entscheiden müssen, die ihren Willen nicht mehr selbst äußern können. Oberstes Gebot ist dabei die Achtung des Patientenwillens.* Als am 29.7.2009 –also wenig später – das 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechtes – üblicherweise das „Patientenverfügungsgesetz“ genannt – verkündet wurde, stellte sich heraus, dass die Ministerin Wunschvorstellungen dargestellt hatte, die das Gesetz jedoch nicht hielt.
2. Nach dem Patientenverfügungsgesetz stellt sich die derzeitige Rechtslage wie folgt dar:
  - a. Für die Patientenverfügung gilt eine Legaldefinition, die wie folgt lautet: *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),..... (§ 1901a/I BGB).*

**Daraus folgt, dass eine Patientenverfügung nur vorliegt, wenn der Verfügende zum Zeitpunkt der Abgabe der Verfügung volljährig und einwilligungsfähig ist und wenn die Verfügung schriftlich niedergelegt worden ist.**



**Inhaltlich muss die Verfügung zum einen den Fall der Einwilligungsunfähigkeit des Verfügenden betreffen und sie muss zum anderen zukünftige bestimmte therapeutische Maßnahmen (Untersuchungen, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe) bezeichnen.**

- b. Entscheidend für die Frage, ob es sich bei einer Verfügung um eine Patientenverfügung im Sinne des Gesetzes handelt, ist ob die ärztlichen, therapeutischen Maßnahmen, die der Patient in seiner Verfügung beschrieben hat, auf den Befund zutreffen, den der behandelnde Arzt bei der Versorgung des nunmehr einwilligungsunfähigen Patienten antrifft. Das entscheidet nach neuem Recht nun nicht etwa der behandelnde Arzt, sondern der Vertreter des Patienten. (§§1901a/I BGB). Beispiel: In der Patientenverfügung findet sich der Satz: *Ich will keine parenterale Ernährung*. Der behandelnde Arzt hält eine enterale künstliche Ernährung für indiziert. Die in der Verfügung benannte bestimmte therapeutische Maßnahme trifft auf den Befund nicht zu, es handelt sich also nicht um eine Patientenverfügung. Gleiches gilt, wenn die beschriebene therapeutische Maßnahme unbestimmt ist: *Ich will nicht an Schläuchen hängen*. Hätte der Patient im ersten Fall das Wort enteral statt parenteral gewählt, so hätte sein Vertreter feststellen müssen, dass diese vorbestimmte therapeutische Maßnahme auf den vorliegenden Befund passte und **dem Willen des Patienten Ausdruck und Geltung verschaffen müssen**, (1901a/I BGB), weil es sich nunmehr um eine Patientenverfügung handelte, der der Gesetzgeber Verbindlichkeit verlieh.
- c. **Äußerungen, die den strengen Vorgaben der Legaldefinition der Patientenverfügung nicht entsprechen, sind vom Gesetzgeber als Betreuungswünsche qualifiziert worden. Sie sind nicht unmittelbar verbindlich**, vielmehr hat der Vertreter des Patienten auf ihrer Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme einwilligt oder sie untersagt. (1901a/II BGB) Diese gesetzliche Regelung gilt für alle Verfügungen auch für solche, die vor dem Erlass des Gesetzes erlassen worden sind.
- d. Der Vertreter, von dem hier die Rede ist, ist entweder der Betreuer des Patienten oder sein, diesem gleichgestellter Bevollmächtigter (§ 1901a/V BGB). Der Betreuer wird vom Betreuungsgericht für den Fall bestellt, *dass ein Volljähriger auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr besorgen kann*(§ 1896/I BGB). Im Rahmen des ihm vom Betreuungsgericht zugeteilten Aufgabengebietes **ist der Betreuer der gesetzliche Vertreter des Patienten**. Zum Betreuer hat das Betreuungsgericht grundsätzlich die Person zu ernennen, die der Patient dafür vorgeschlagen hat (§ 1897/IV BGB). Ein solcher Vorschlag liegt jedoch selten vor; der Betreuer ist dem Patienten und seinen Angehörigen also in



der Regel fremd. Der Gesetzgeber hat auch angeordnet, dass er nicht bestellt werden soll, wenn der Patient eine Vorsorgevollmacht erteilt hat (§ 1896/II/2 BGB). Diese sollte so umfassend formuliert sein wie die gesetzliche Vollmacht. Sie sollte nur Personen erteilt werden, denen der Vollmachtgeber vertraut und die auch mit seinen Vorstellungen zu seinem Lebensende vertraut sind. Geschieht dies, so wird der behandelnde Arzt des nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten in dem Bevollmächtigten einen Gesprächspartner sehen, mit dem er vertrauensvoll die am Lebensende notwendigen Entscheidungen diskutieren kann. Dieser Dialog umfasst dann auch die Durchsetzung einer Patientenverfügung, eines Betreuungswunsches des Patienten oder dessen mutmaßlichen Willen. (§§ 1901a/I/2; 1901b/III BGB).

e. Soweit die derzeitige Rechtslage. Bei deren Beurteilung wird man zwangsläufig zu dem Ergebnis kommen müssen, die vollmundigen Erklärungen der Bundesjustizministerin seien eher in deren Gegenteil verkehrt worden. Der Bürger, der eine Patientenverfügung formuliert und schriftlich niedergelegt hatte oder diese sogar durch einen Notar hatte beurkunden lassen, sah sie plötzlich zum Betreuungswunsch degradiert und sich selber in der kritischen Zeit seines Lebens von einer Person vertreten, die er nicht kannte. Er wurde de facto teilweise entmündigt.

6. Wie ist darauf zu reagieren?

a. Seit dem Erlass des Patientenverfügungsgesetzes heißt das Motto:

**Patientenverfügung kann sein, Vorsorgevollmacht muss sein.**

b. Wer sich in kluger Voraussicht der Lektüre dieser Ausführungen gewidmet hat, dem steht nunmehr eine Patientenverfügung zur Seite, die den strengen Vorgaben des Gesetzgebers entspricht und zudem eine Ausarbeitung, die die Entwicklung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht über die letzten 10 Jahre schildert und kommentiert.<sup>11</sup>

7. Einen Formulierungsvorschlag für eine Patientenverfügung finden Sie unter XI.

a. Dieser Vorschlag geht davon aus, es sei der Wille des Patienten, dem Sterbeprozess grundsätzlich seinen natürlichen Verlauf zu lassen. Er unterstellt, die behandelnden Ärzte und das Pflegepersonal wüssten, was Sterben in Würde bedeutet. Der Vorschlag enthält eine Beschreibung palliativmedizinischer Therapie, die bei infauster Diagnose ausschließlich anzuwenden der behandelnde Arzt ohnehin rechtlich wie ethisch verpflichtet ist. Sie trifft die aktuelle Lebens – und Behandlungssituation des Palliativpatienten also immer. Der Entwurf enthält schließlich Bitten, also Behandlungswünsche des Verfügenden. Diese sollen – wie sich aus ihrem Wortlaut

<sup>11</sup> [www.palliativ-rissen.de/downloads](http://www.palliativ-rissen.de/downloads)

ergibt – keine Rechtspflichten des behandelnden Arztes oder des Pflegepersonals begründen, sondern ihnen wie den Vertretern als Richtschnur dienen.

- b. Für den Fall eines eingetretenen Komas oder schweren Demenz wird vorgeschlagen, bei dem Vorliegen definierter, ärztlicher Feststellungen eine Gruppe zu bilden, die aus den behandelnden Ärzten, einem Neurologen, den pflegenden Personen und dem Vertreter (Bevollmächtigten/dem Betreuer) des Patienten besteht. Diese Gruppe muss **einstimmig** der Ansicht sein, die Fortsetzung seiner Behandlung bringe dem Patienten keinen Nutzen mehr. Dann ist sie abubrechen. Dieser Vorschlag erlaubt laufende Anpassung an die Fortentwicklung in den Behandlungsmethoden komatöser und schwer dementer Patienten und vermeidet einen Konflikt mit dem Gewissen von Ärzten und pflegenden Personen.
- c. Der Formulierungsvorschlag enthält bewusst keine Aussage zur künstlichen Ernährung von Palliativpatienten. Dazu dürfte in der palliativmedizinischen Wissenschaft inzwischen Konsens zu folgenden Feststellungen bestehen:
  - Sterbende leiden nur selten an Hunger oder Durst, der die Anlage einer PEG – Sonde rechtfertigen würde und
  - eine PEG Sonde ist bei terminal Kranken oder Sterbenden nur in wenigen Ausnahmefällen indiziert.
  - Infusionen nutzen in der Regel offenbar nichts, sondern schaden wahrscheinlich.

#### IV. Die Vorsorgevollmacht

1. Ein Formulierungsvorschlag für eine Vorsorgevollmacht findet sich ebenfalls unter XI.
  - a. Er enthält in seinem ersten Absatz eine uneingeschränkte Generalvollmacht für den Bevollmächtigten, der deshalb das uneingeschränkte Vertrauen des Vollmachtgebers genießen sollte. Damit wird die notwendige gesetzliche Vertretung des Vollmachtgebers geschaffen. Steht eine derartige Person nicht zur Verfügung, so wird vorgeschlagen, zwei Bevollmächtigte zu ernennen. Jeder der beiden Bevollmächtigten soll dann grundsätzlich bevollmächtigt sein, für den Vollmachtgeber Erklärungen abzugeben. Für Willenserklärungen, die dem Vollmachtgeber außerordentlich wesentlich sind, soll die Generalvollmacht jedoch vorschreiben, dass diese wirksam nur von beiden Bevollmächtigten gemeinsam abgegeben werden können. Damit soll der Vollmachtgeber insbesondere davor geschützt werden, dass er auf Grund eines Irrtums in der Person einer Bevollmächtigten um sein Vermögen gebracht wird. Außerdem soll damit die Bestellung eines Betreuers zur Überwachung des Bevollmächtigten abgewendet werden. Bei der individuellen Formulierung der Generalvollmacht ist darauf zu achten, dass die gemeinsame Vertretung

wirklich bei allen Maßnahmen vorgeschrieben wird, deren Auswirkungen dem Vollmachtgeber elementar wichtig sind.

- b. Für den Fall, dass einer oder beide Bevollmächtigten fortfallen, können eine oder mehrere Ersatzbevollmächtigte bestimmt werden.
  - c. Die vorgeschlagene Vorsorgevollmacht bindet den Bevollmächtigten schließlich an die Patientenverfügung des Vollmachtgebers.
2. Liegt eine Vorsorgevollmacht vor, aber keine Patientenverfügung, so hat der Vertreter des Patienten die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Patienten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme einwilligen oder sie untersagen will. (§ 1901a/II BGB)

## V. Fälle

### Fall 1

Per Notambulanz wird ein jugendlicher, männlicher, bewusstloser Patient eingeliefert und sofort in die Notaufnahme verbracht. Die Sanitäter erklären, der Patient sei bei offensichtlich hoher Geschwindigkeit mit seinem Motorrad gestürzt. Er sei von ihnen unter der Leitplanke mit dem Rücken an einer Stahlstütze gefunden worden. Er sei noch ansprechbar gewesen, als sie ihn gefunden hätten und habe über Schmerzen im Rücken und in der Brust geklagt. Seine Atmung sei auffallend flach gewesen. Die Diagnose ergibt ein Lungentrauma als Folge eingedrungener drei gebrochener Rippen und massive Rückenverletzungen im Bereich BW 9 bis 11. Mit erheblichen Quetschungen des Rückenmarks in diesem Bereich müsse gerechnet werden. Die Stabilisierung des Zustandes des Patienten gelingt.

Die nächste Angehörige des Patienten ist seine Schwester, die dem behandelnden Arzt folgendes erklärt: Ihr Bruder sei 21 Jahre alt und befinde sich in der Ausbildung zum Piloten bei der Lufthansa. Er sei auch deutscher Meister im Stabhochsprung. Sie überreicht eine Patientenverfügung und eine notariell beglaubigte Vorsorgevollmacht, mit der sie bevollmächtigt wird. Beide Urkunden sind vor 2 Jahren erstellt worden, wie sich aus deren Datierungen ergibt. In der Patientenverfügung heißt es: „Für den Fall dass ich aufgrund eines Motorradunfalls querschnittsgelähmt werden sollte, will ich nicht mehr leben. Ich verbiete den mich behandelnden Ärzten für solchen Fall jede Behandlung mit Ausnahme von Schmerzlinderung.“

Die Schwester, die durch die Vollmacht ausdrücklich an den Wortlaut der Patientenverfügung gebunden worden ist, besteht darauf, dass jede Behandlung eingestellt werde, wenn sich herausstellen sollte, dass sich der Verdacht der Querschnittslähmung ihres Bruders zur Gewissheit erhärte. Im CT stellt sich heraus, dass das Rückenmark

im Bereich BW 10,11 derart stark gequetscht ist, dass nach aller ärztlichen Voraussicht von einer kompletten Querschnittslähmung ausgegangen werden muss. Sie halten als behandelnder Arzt die sofortige intensivmedizinische Behandlung für indiziert. Was tun Sie?

### **Gedanken dazu:**

- Die Vorsorgevollmacht und die Patientenverfügung sind rechtswirksam, weil der Patient zur Zeit der Erstellung volljährig war und seine Einwilligungsfähigkeit unterstellt werden darf.
- Gibt es Anhaltspunkte für die Annahme, der Patient habe sich bei der Abfassung der Patientenverfügung über die Lebensqualität eines Lebens als Paraplegiker geirrt?
- Sollte der behandelnde Arzt versuchen, den „wahren Willen“ zu ermitteln?
- Wenn nicht, haben wir es hier mit einer direkten Kollision zwischen der Patientenautonomie und der Fürsorgepflicht des Arztes zu tun? Wo ist die Lösung?

### **Dazu**

- a. Rechtsprechung: BverfGE 58/208 Abs. 43: „Es steht unter der Herrschaft des Grundgesetzes in der Regel jedermann frei, Hilfe zurückzuweisen, sofern dadurch nicht Rechtsgüter anderer oder der Allgemeinheit in Mitleidenschaft gezogen werden“ und BverfG. (2 BvR 882/09 vom 23.3.2011) Abs. 48: „Daher ist es grundsätzlich Sache des Einzelnen, darüber zu entscheiden, ob er sich therapeutischen oder sonstigen Maßnahmen unterziehen will, die ausschließlich seiner „Besserung“ dienen. Die grundrechtlich geschützte Freiheit schließt auch die „Freiheit zur Krankheit“ und damit das Recht ein, auf Heilung zielende Eingriffe abzulehnen, selbst wenn diese nach dem Stand des medizinischen Wissens dringend angezeigt sind.“
- b. Nationaler Ethikrat: In dessen Stellungnahme heißt es unter 5.1.2.: „Aus der Patientenautonomie folgt das Recht zur Ablehnung oder zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, selbst wenn diese aus medizinischer Sicht geboten wären und die Verweigerung oder der Abbruch nach „objektiven“ Maßstäben schlicht als unvernünftig gelten müsste. Dieser Schutz vor unerwünschten Heilbehandlungen richtet sich auch gegen den Arzt, dem kein durch seinen Beruf begründetes Recht auf Heilbehandlung zusteht.“

### **Versuch einer Lösung**

Als behandelnde(r) Ärztin/Arzt halten Sie die Fortsetzung und nicht den Abbruch der Behandlung für indiziert. Nur sie entspreche der Standesethik. Im Übrigen finde die aus Art 2 GG erwachsene Autonomie des Patienten – sein Selbstbestimmungsrecht – immer seine Grenzen an den „Rechten anderer“ in diesem Fall an Ihrem

Selbstbestimmungsrecht. Die Sache wird dem Vormundschaftsrichter vorgelegt. Dieser – querschnittsgelähmt jedoch ein glücklicher Mensch – vermag den Abbruch mit seinem Gewissen – Rechtsbewusstsein – ebenfalls nicht zu vereinen. Er argumentiert: Fehlt es dem Arzt an der Einwilligung des Patienten, so erfüllt der damit verbundene Eingriff den Tatbestand der Körperverletzung. Dieser könne jedoch aus § 34 StGB gerechtfertigt sein. Die Vorschrift lautet: *„Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.“*

Der Richter würde das Leben des Patienten möglicherweise gegen dessen Selbstbestimmungsrecht abwägen und sich – wäre er denn zuständig – vielleicht entscheidet, dem Leben Vorrang zu geben. Das kann man aber auch genau anders herum sehen.

Jede der Positionen lässt sich hier begründen. Sie jedoch sind Ärzte und keine Juristen. Sie haben nach Ihrem Gewissen zu entscheiden. *Der Beruf des Arztes ist in einem hervorragenden Maß ein Beruf, in dem die Gewissensentscheidung des einzelnen Berufsangehörigen im Zentrum der Arbeit steht. In den entscheidenden Augenblicken seiner Tätigkeit befindet sich der Arzt in einer unverletzlichen Einsamkeit, in der er – gestützt auf sein fachliches Können – allein auf sein Gewissen gestellt ist.*<sup>12</sup> Auch nach Ihrem Berufsrecht haben sie Ihrem Gewissen zu folgen, siehe dazu weiter unten unter VIII/1/d.

Auf den „wahren Willen“ kommt es – wie bereits gesagt – nicht an. Im Rechtsverkehr muss jedermann darauf vertrauen dürfen, dass eine jede wirksame Willenserklärung, die dem Adressaten zugegangen und ihm gegenüber nicht widerrufen worden ist, rechtlichen Bestand hat.

## **VI. Kriterien zum Therapiewechsel**

### **1. Die Münchner Leitlinien**

In der Praxis der Palliativmediziner häufen sich die Fälle, in denen sich bei Patienten im vegetativen Status objektive Kriterien für die Feststellung für deren mutmaßlichen Willen nicht finden lassen. Statt der Versuchung zu erliegen, diesen zu konstruieren und Jox‘ Ergebnis zu bestätigen, sollte der behandelnde Arzt vielmehr nach den „allgemeinen Wertvorstellungen“ suchen. Für die Kliniker unter Ihnen verweise ich

12 BVerwG Urteil vom 18.7.1967 NJW 68/218/219

insoweit auf die „Münchener Leitlinien“ der AK Patientenverfügungen am Klinikum der Universität München.<sup>13</sup>

2. Die Empfehlung des Berufsverbandes der Palliativmediziner in Westfalen-Lippe

Tiefer gehend und auf die Bedürfnisse von ambulanter Versorgung zugeschnitten, ist die Empfehlung des Berufsverbandes der Palliativmediziner in Westfalen – Lippe.<sup>14</sup> Diese Empfehlung vom 6.8.2012 lautet:

*Der Berufsverband empfiehlt seinen Mitgliedern bei der Stellung der Indikation für Entscheidungen am Lebensende von Patienten, die sich seit ca. 12 Monaten im status vegetativus befinden und deren Aussicht, ihr Bewusstsein je wieder zu erlangen nach Ansicht eines für solche Bewertungen besonders qualifizierten Neurologen nahezu ausgeschlossen ist, folgende Normen in ihre Überlegungen einfließen zu lassen.*

**1. Niemand hat das Recht, in das Leben eines Mitmenschen dadurch einzugreifen, dass er dessen Sterben verlängert oder verkürzt, es sei denn solche Maßnahmen sind indiziert.**

**2. Bei der Stellung der Indikation für die Fortsetzung einer nur noch lebenserhaltenden therapeutischen Maßnahme ist von dem behandelnden Arzt zwischen Nutzen und Schaden solcher Maßnahme für den Patienten nach objektiven und dokumentierten Gesichtspunkten abzuwägen. Nur wenn der Nutzen den Schaden dabei eindeutig überwiegt, soll die Maßnahme als indiziert erachtet werden.**

*Begründung:*

a. Das Sterben gehört zum Leben

b. Es gehört zu den grundsätzlichen rechtlichen und moralischen Pflichten eines jeden Arztes, seinen Patienten sterben zu lassen und ihn dabei empathisch zu betreuen.

c. Jede therapeutische Maßnahme, die zu Verlängerung oder Verkürzung des Sterbeprozesses führt, bedarf der Indikation durch den behandelnden Arzt.

*Erläuterungen*

a. Die Empfehlung geht davon aus, dass das Sterben als Teil des Lebens akzeptiert wird. Das entspricht unter anderem christlicher Lehre und gewinnt auch in der Wissenschaft der Palliativmedizin an Boden (Jox, „Sterben lassen“ S. 208; Borasio „Über das Sterben“, Kap 1.)

<sup>13</sup> [http://www.klinikum.uni-muenchen.de/download/de/Fachbereiche/Palliativmedizin/Leitlinie\\_PV\\_Langfassung.pdf](http://www.klinikum.uni-muenchen.de/download/de/Fachbereiche/Palliativmedizin/Leitlinie_PV_Langfassung.pdf); dazu Winkler et al „Münchener Leitlinie zu Entscheidungen am Lebensende“ in Ethik Med (2012) 24 : 221-234; Jox et al “Me-dical futility at the end of life: the perspectives of intensive care and palliative care clinicians” in J Med Ethics 2012;38:540–545.

<sup>14</sup> [www.bv-palliativmediziner.de/ Fachinformationen/Recht und Ethik](http://www.bv-palliativmediziner.de/Fachinformationen/Recht_und_Ethik)

- b. Unstreitig ist, dass es Aufgabe des Arztes ist, das Leben seiner Patienten zu schützen, nunmehr also auch das Sterben. Sterbehilfe im eigentlichen Sinne des Wortes (Sterbenlassen) ist somit eine originäre Aufgabe des Arztes.
- c. Der Arzt hat sich nicht mehr für das Sterben des Patienten zu rechtfertigen, sondern für jede Verzögerung oder Beschleunigung desselben. Diese müssen indiziert sein.

## VII Fälle

### Fall 2

Der Patient, ein 74 jähriger westfälischer Bauer ist unter seinen umstürzenden Trecker geraten. Er hat sich einen Bruch des siebten Halswirbels zugezogen, woraus eine hohe Querschnittslähmung resultiert. Der Patient muss zunächst beatmet werden, erholt sich aber rasch und ist am dritten stationären Tag vollkommen klar und orientiert. Er kann von der Beatmungsmaschine weggenommen werden, sodass mit ihm gesprochen werden kann. In Gegenwart aller Angehörigen bespricht der Oberarzt den Befund mit dem Patienten. Nachdem dieser zunächst stabil bleibt, zeichnet sich am Folgetag eine zunehmende Lähmung auch der Atemmuskulatur ab, sodass eine erneute Beatmung notwendig wird. Der Arzt teilt dem Patienten mit, dass er sich auf eine erneute Beatmung einstellen müsse. Auf die Frage, ob er denn von der Maschine je wieder wegkäme und ob die Lähmung sich gegebenenfalls bessern werde, erklärt der Oberarzt, dass die Beatmung nach menschlichem Ermessen auf Dauer notwendig sein werde, dass man aber ein Heimbeatmungsgerät besorgen könne. Die Lähmungen würden sich aller Voraussicht nach nicht zurückbilden; er könne aber mit dem Beatmungsgerät bei vollem Bewusstsein viele Jahre weiterleben. Daraufhin äußert der Patient bei klarem Bewusstsein, dass er unter diesen Umständen nicht weiterleben wolle, und bittet den Arzt, ihn nicht an die Beatmungsmaschine anzuschließen, sondern ihn sterben zu lassen.

Wenn Sie der behandelnde Arzt wären, was würden Sie tun oder lassen?

- Diagnose geklärt.
- Medizinische Indikation

Der Patient ist nicht moribund. Er kann vielmehr – im Rahmen des Möglichen – geheilt werden. Solche kurativen Maßnahmen sind immer medizinisch indiziert, soweit ihr Therapieziel geltendem Recht entspricht. Das ist hier jedoch nicht der Fall. Das BVerfG hat in seiner Entscheidung vom 23.3.2011 klargestellt, dass die Freiheitsrechte des Patienten nach Art. 2 GG auch das Recht einschließen, von der Freiheit einen Gebrauch zu machen, der – jedenfalls in den Augen Dritter – seinen wohlverstandenen Interessen zuwiderläuft. Sodann wörtlich: *Daher ist es grundsätzlich Sache des Einzelnen, darüber zu entscheiden, ob er sich therapeutischen oder sonstigen Maßnahmen unterziehen will,*



*die ausschließlich seiner „Besserung“ dienen. Die grundrechtlich geschützte Freiheit schließt auch die „Freiheit zur Krankheit“ und damit das Recht ein, auf Heilung zielende Eingriffe abzulehnen, selbst wenn diese nach dem Stand des medizinischen Wissens dringend angezeigt sind.*

Angesichts der Tatsache, dass es für die vom behandelnden Arzt favorisierte, kurative Maßnahme an einem rechtlich akzeptablem Therapieziel fehlt, ist sie medizinisch **nicht** indiziert und hat deshalb zu unterbleiben.

Das Beispiel stammt aus dem neuesten Lehrbuch zur medizinischen Ethik.<sup>15</sup> Auf 2,5 Druckseiten stellt der Autor dazu seine möglichen Bedenken zu Authentizität und zu den Maßnahmen dar, die zu deren Klärung ergriffen werden könnten. Ausführungen zur Indikation finden sich nicht. Ich warne vor derartigen geistigen Höhenflügen. **Der Patient vertraut darauf, von einem praktizierenden Arzt betreut zu werden und nicht von einem Philosophen, der zudem in der Unvollständigkeit seines Weltbildes einen Vorteil zu sehen scheint.**

### Fall 3

Eine 66-jährige Patientin erleidet durch einen Verkehrsunfall eine Wirbelbelfraktur mit einem hohen Querschnitt in Höhe C5/C6. Zusätzlich erleidet sie einen hypoxischen Hirnschaden. Sie wird bei schwacher Spontanatmung intubiert und auf die Intensivstation gelegt und dort mittels PEG-Sonde ernährt. Nach Einschätzung des Neurologen spricht alles dafür, dass die Patientin im Koma verbleiben und sich wahrscheinlich ein persistierendes vegetatives Syndrom entwickeln wird. Genaueres lasse sich aber erst nach geraumer Zeit sagen. Der Ehemann wird vom Betreuungsgericht auf Anregung des Oberarztes der Intensivstation als Betreuer in allen Angelegenheiten bestellt. Der Ehemann trägt vor, er habe mit seiner Frau „vereinbart“, sie wollten beide nicht im Koma dahindämmern. Sie hätten sich gegenseitig versprochen, für die Einhaltung dieser Vereinbarung zu sorgen. Demgemäß verweigert er die Einwilligung zur weiteren künstlichen Ernährung seiner Frau. Der Oberarzt verweist auf die diagnostischen Fehlerquoten bei derartigen Zuständen und besteht darauf, dass die derzeitige Therapie fortgesetzt wird. Nach § 1904/IV BGB bedarf der Widerspruch des Betreuers gegen die Ansicht des behandelnden Arztes der Einwilligung durch das Betreuungsgericht.

Wie wird dieses entscheiden?

<sup>15</sup> Maio Giovanni, Mittelpunkt Mensch Ethik in der Medizin, Kap 8.1.

Gar nicht. **Kein Jurist beurteilt medizinische Sachverhalte.** Der Richter wird einen Inhaber eines Lehrstuhles für Palliativmedizin beauftragen, ein Gutachten zu der Frage zu erstellen, ob der Widerspruch des Ehemannes und Betreuers medizinisch vertretbar sei. Dieser beauftragt seinen Assistenten, der seine Zusatzausbildung „Palliativmedizin“ gerade beendet hat. Der richterliche Beschluss wird dem Inhalt des Gutachtens entsprechen. **Merke: Der Gang zu Gericht ist nicht immer der Weisheit bester Schluss.**

#### Fall 4

Die 86jährige Patientin lebte ihr Leben lang auf dem elterlichen Hof, den sie mit ihrem Bruder gemeinsam bewirtschaftete, wobei sie das Vieh ebenso liebevoll versorgte wie den unverheirateten Bruder. Sie ist seit ihrer Geburt taubstumm. Sie erlitt vor 15 Monaten einen Schlaganfall, als dessen Konsequenz sie in ein Wachkoma fiel. Nach erfolglosen Versuchen der Rehabilitation wird sie in einem Pflegeheim in Langzeitpflege versorgt und dabei mittels einer PEG Sonde ernährt. Auf die Vorstellungen seiner Schwester zum Sterben angesprochen, hat der Bruder erklärt, sie hätten darüber nicht kommuniziert, aber er könne sich gut vorstellen, dass sie gehen könne. Sie habe ein sattes Leben gelebt. Der behandelnde Arzt hat es sich zur Regel gemacht, die Indikation für die künstliche Ernährung alle drei Monate zu überprüfen. Ein Neurologe hat nach Ablauf von 12 Monaten seit dem Schlaganfall aufgrund einer gründlichen neurologischen Untersuchung erklärt, die Patientin befinde sich in einem permanent vegetativen Zustand ohne Bewusstsein. Eine Rückkehr ihres Bewusstseins halte er für nahezu ausgeschlossen. Der behandelnde Arzt schloss sich dieser Diagnose an und stellt nunmehr, nach Ablauf von weiteren drei Monaten, fest, dass sich der Zustand der Patientin nicht verändert habe.

Dem behandelnden Arzt ist bewusst,

- dass die Patientin – im wahren Sinne des Wortes – moribund ist. Sie ist dem Tode geweiht und dass
- ihr Sterben lediglich durch die künstliche Ernährung verhindert wird und dass
- andere therapeutische Maßnahmen als die Fortsetzung der künstlichen Ernährung oder deren Abbruch nicht zur Verfügung stehen und dass
- nach dem derzeitigen Stand der neurologischen Erkenntnis die Wahrscheinlichkeit dass die Patientin ihr Bewusstsein wieder erlange, nicht größer ist als die ihres zufälligen Todes.

Er hat beide Therapieoptionen durch die für die Indikationsstellung vorgeschriebene Prüfung zu führen:

- Sein empirisches Wissen hilft dem behandelnden Arzt wie allzu vielen seiner Kollegen nicht weiter, weil auch er bisher die Alternative der Fortsetzung der künstlichen Ernährung gewählt hat. Ihm ist aber bewusst, dass er diesen Weg im Wesentlichen eingeschlagen hat, um erkennbare Probleme zu vermeiden. Nachdem jedoch gegenüber der wissenschaftlichen Palliativmedizin der Vorwurf erhoben worden ist, sie unterhalte in dieser Frage ein Schweigekartell, will er so nicht weiter verfahren. Nunmehr ist sein Selbstverständnis als Palliativarzt tangiert.
- Auf Evidenz basierte Daten liegen nicht vor.
- Leitlinien oder Richtlinien liegen nicht vor.

Nunmehr wird er – im Rahmen der Prüfung, ob die eine oder die andere therapeutische Option den oben dargestellten anwendbaren, rechtlichen und moralischen Normen entspricht, – die drei Fragen zu stellen und zu beantworten haben

- Welchem Ziel sollen die Fortsetzung oder der Abbruch der künstlichen Ernährung dienen?
  - Die Fortsetzung der künstlichen Ernährung dient dem Ziel, das Sterben der Patientin zu verhindern. Ein anderes Ziel hat sie nicht.
  - Der Abbruch der künstlichen Ernährung hat das Ziel, die Patientin sterben zu lassen und zwar in Würde, denn der Abbruch wird nur ausgeführt werden, wenn sichergestellt ist, dass die palliative Versorgung der Patientin lückenlos anschließt, weil nur so ihre Würde geschützt bleibt.
- Beide therapeutischen Maßnahmen sind geeignet, ihre jeweiligen Ziele zu erreichen.
- Sind die beiden Ziele rechtlich und moralisch vertretbar?

Die anwendbare moralische Kardinalnorm lautet: **Es ist unzulässig, in das Leben eines Palliativpatienten dadurch einzugreifen, dass sein Sterben verkürzt oder verlängert wird, es sei denn, dies sei indiziert.** Damit scheidet die therapeutische Option der Fortsetzung der künstlichen Ernährung aus, denn sie dient lediglich der Verlängerung des Sterbens und eine Indikation für eine Verzögerung desselben liegt erkennbar nicht vor. Die therapeutische Option des Abbruchs der künstlichen Ernährung entspricht dagegen der Kardinalnorm und ihrem moralischen Fundament. Es gilt, die moribunde Patientin in Würde sterben zu lassen.

Der Arzt ist selbstverständlich bereit, die palliative Versorgung des Patienten zu übernehmen, wenn die künstliche Ernährung abgebrochen wird. Er bedarf zu dieser

Therapie der Einwilligung der Patientin. Diese kann nur in der Form der mutmaßlichen Einwilligung erfolgen. Dazu hat der Arzt auf allgemeine Wertvorstellungen zurückzugreifen.

Wie würden Sie entscheiden?

Offen bleibt die Frage, wann der Therapiewechsel vollzogen werden soll. Bei seiner Recherche nach dem entscheidenden Kriterium kann der behandelnde Arzt seit Mitte vergangenen Jahres auf Veröffentlichungen folgender Kollegen rekurrieren: Jox,<sup>16</sup> Borasio,<sup>17</sup> Marckmann,<sup>18</sup> und Grübler,<sup>19</sup> sowie Simon<sup>20</sup> und Duttge.<sup>21</sup> Diese liegen den bereits zitierten Münchner Leitlinien zu Grunde.

Der Lausanner Ordinarius Borasio vertrat dabei die Ansicht, das Therapieziel müsse vernünftig sein. Niemand wird bestreiten wollen, dass auch der ärztliche Denkprozess, der die medizinische Versorgung jedes Patienten regiert – wie jeder andere – von der Vernunft kontrolliert sein sollte. Borasio verwendet den Begriff aber offenbar nicht im philosophischen Sinne, sondern in dem der Umgangssprache, wonach vernünftig ist, was praktikable ist. Der Rekurs auf diese Art der ärztlichen Vernunft wird von der Rechtsordnung jedoch kritisch gesehen. Das Bundesverfassungsgericht spricht von der „Vernunftthoheit des Arztes“, um ihm diese sogleich abzusprechen.<sup>22</sup> Alle anderen zitierten Autoren vertreten die Ansicht, der behandelnde Arzt habe eine Schaden/Nutzen Analyse anzustellen und danach abzuwägen, ob die Fortsetzung der lebenserhaltenden Therapie noch indiziert sei.

Die erwähnte Arbeitsgruppe von Palliativmedizinern in Westfalen-Lippe hat das entscheidende Kriterium wie folgt formuliert:

*Bei der Stellung der Indikation für die Fortsetzung einer nur noch lebenserhaltenden therapeutischen Maßnahme ist von dem behandelnden Arzt zwischen Nutzen und Schaden solcher Maßnahme für den Patienten nach objektiven und dokumentierten Gesichtspunkten abzuwägen. **Nur wenn der Nutzen den Schaden dabei eindeutig überwiegt, soll die Maßnahme als indiziert erachtet werden.***

Die Verwendung dieses Kriteriums hat vier entscheidende Vorteile: Zum ersten ermöglicht es dem behandelnden Arzt so objektiv wie möglich zu entscheiden, ob das

- 16 Jox in „Sterben lassen“ Über Entscheidungen am Ende des Lebens, Hamburg 2011 und in Jox et al. „Leben im Koma“, Stuttgart 2011  
17 Borasio Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, „Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“, S. 24; „Über das Sterben“ Was wir wissen, Was wir tun können, Wie wir uns darauf einstellen, München 2011 und – als Mitherausgeber - in „Leben im Koma“, Stuttgart 2011  
18 Marckmann et al. a.a.O.  
19 Grübler in „Wann soll das Leben zu Ende gehen?“ Deutsches Ärzteblatt Jg. 108 Heft 26 1.Juli 2011 A 1473/1476  
20 Simon in seiner Habilitationsschrift „Ethische Fragen medizinischer Entscheidungen am Lebensende“ Göttingen 2007.  
21 Duttge in „Der assistierte Suizid aus rechtlicher Sicht Menschenwürdiges Sterben« zwischen Patientenautonomie, ärztlichem Selbstverständnis und Kommerzialisierung“, Zeitschrift für medizinische Ethik 55 (2009) S. 257 ff  
22 BverfGE 58/208; Abs. 44

Kriterium vorliegt. Zweitens vermag er differenzierte Entscheidungen zu fällen und damit dem Ideal der Gerechtigkeit so nahe wie möglich zu kommen. So kann er z.B. die lebensverlängernde Therapie zeitlich begrenzt fortsetzen, wenn das dem Patienten ermöglicht, unfinished business noch aufzuarbeiten. Drittens vermag er Wünschen nach Maximaltherapie zu begegnen, indem er sich auf deren fehlende Indikation mangels Nutzen für den Patienten beruft. Schließlich kann er mit Hilfe des Entscheidungskriteriums eine medizinisch indizierte, also der lex artis entsprechende, therapeutische Option negieren, wenn sich aus den gesamten Lebensumständen des Patienten ergibt, dass sie ihm nicht (mehr) nutzt, für ihn sinnlos (futile) ist.<sup>23</sup>

## **VIII Die rechtliche Verankerung des Arztes/der Ärztin, die Palliativpatienten(innen) medizinisch betreut.**

### **1. Das Recht des Arztes/der Ärztin**

Das einzige Recht des Arztes/der Ärztin, das ich entdecken konnte, ist der von der Rechtsprechung entwickelte und von Ihrem Berufsrecht übernommene Anspruch des Arztes, in seiner Gewissenentscheidung geschützt zu werden.

Der BGHZ hat schon am 9.12.1958 den mit Sachverhalten aus dem medizinischen Bereich befassten Instanzrichtern folgendes vorgeschrieben: *Der Richter darf dabei nicht übersehen, dass das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ein starkes Vertrauen voraussetzt, dass es in starkem Maße in der menschlichen Beziehung wurzelt, in die der Arzt zu dem Kranken tritt und dass es daher weit mehr als eine juristische Vertragsbeziehung ist.*(BGHZ 29/46/53)

b. Das Bundesverwaltungsgericht hat sodann – am 18.7.1967 – wie oben (S. 12) schon dargestellt judiziert: *Der Beruf des Arztes ist in einem hervorragenden Maß ein Beruf, in dem die Gewissensentscheidung des einzelnen Berufsangehörigen im Zentrum der Arbeit steht. In den entscheidenden Augenblicken seiner Tätigkeit befindet sich der Arzt in einer unvertretbaren Einsamkeit, in der er – gestützt auf sein fachliches Können – allein auf sein Gewissen gestellt ist.*

c. Schließlich hat das Bundesverfassungsgericht in seinem grundlegenden Urteil zur Verfassungsmäßigkeit ärztlicher Haftung wegen Verletzung der Aufklärungspflicht unter Zitation von Eberhard Schmidt – am 25.7.1979 – postuliert: *Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist weit mehr als eine juristische Vertragsbeziehung. Die Standesethik steht nicht isoliert neben dem Recht. Sie wirkt allenthalben und ständig in die rechtlichen Beziehungen des Arztes zum Patienten hinein. Was die*

23 Siehe hierzu Willenbrock/Holtappels „Lasst meinen Vater gehen“ in ASUP 3-10, S. 10 ff unter II/1/e)

*Standesethik vom Arzte fordert, übernimmt das Recht weithin zugleich als rechtliche Pflicht. Weit mehr als sonst in den sozialen Beziehungen des Menschen fließt im ärztlichen Berufsbereich das Ethische mit dem Rechtlichen zusammen.*  
(BverfG. NJW79/1925/1930)

- d. Nach den BOs sind die Ärzte zur Befolgung Ihres Gewissens auch verpflichtet:  
§ 2/I MBO – Ä: *Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können.*

An dieser seit Jahrzehnten bestehenden grundsätzlichen Rechtsposition hat sich bis zum heutigen Tage auf Seiten der Rechtsprechung und Rechtswissenschaft nichts geändert. Keinem anderen deutschen Berufsstand wird von ihnen ein derart weiter Entscheidungsspielraum eingeräumt, den zu betreten diese sich zudem enthalten.

**Wo das Gewissen des Arztes entschieden hat, hat der Jurist zu schweigen.**

Andererseits wird dem Arzt aber auch zugemutet, in Grenzfällen sein Gewissen maximal anzustrengen, um zu einer Entscheidung zu kommen, selbst wenn er dabei normiertes Recht verletzt. Merke:

- **Der Arzt ist nicht nur vor seinem Gewissen verantwortlich, sondern auch für dasselbe.**
- **Ein ungenutztes Gewissen verdirbt.**

## 2. Die Pflichten des Palliativmediziners gegenüber dem Palliativpatienten

Wie sich aus der zitierten Rechtsprechung ergibt, haben die Forderungen und Pflichten der ärztlichen Standesethik für Palliativmediziner den Charakter von verbindlichem Recht, jedenfalls von verbindlichen Auslegungsgrundsätzen. Das dürfte bisher auch für die Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung vom 21.1.2011 gelten. Nachdem sich während der Diskussion um den assistierten Suizid herausgestellt hat, dass die BUÄK nach ihren eigenen Satzungen zur Setzung von Normen nicht befugt ist, dürfte die Rechtsprechung an ihrer Wertschätzung für diese Grundsätze auch nicht mehr festhalten.<sup>24</sup> Als Auslegungsregeln könnten sie jedoch immer noch dienen. Es heißt dort in der Präambel:

*Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Darüber hinaus darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht. Dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Die Tötung des Patienten hingegen*

24 Holtappels in ASUP 2012; 5 (1); 19ff



*ist strafbar, auch wenn sie auf Verlangen des Patienten erfolgt.....*

Zu den ärztlichen Pflichten bei Patienten mit infauster Prognose, also den eigentlichen Palliativpatienten, heißt es in den Grundsätzen unter II:

*Bei Patienten, die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden, ist eine Änderung des Behandlungszieles geboten, wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden oder die Änderung des Behandlungsziels dem Willen des Patienten entspricht. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung tritt dann die palliativmedizinische Versorgung einschließlich pflegerischer Maßnahmen*

Zu den ärztlichen Pflichten bei Sterbenden heißt es unter I:

*Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden, d. h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie menschenwürdig sterben können. Die Hilfe besteht in palliativmedizinischer Versorgung und damit auch in Beistand und Sorge für die Basisbetreuung. Dazu gehören nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können. Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden. Maßnahmen, die den Todeseintritt nur verzögern, sollen unterlassen oder beendet werden. Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf. Die Unterrichtung des Sterbenden über seinen Zustand und mögliche Maßnahmen muss wahrheitsgemäß sein, sie soll sich aber an der Situation des Sterbenden orientieren und vorhandenen Ängsten Rechnung tragen. Der Arzt soll auch Angehörige des Patienten und diesem nahestehende Personen informieren, soweit dies nicht dem Willen des Patienten widerspricht.*

## **IX. Die Rechte des Palliativpatienten**

### 1. Die von der Verfassung gewährleisteten Rechte des Palliativpatienten

Artikel I/1 des Grundgesetzes lautet bekanntlich: *Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.* Diese Rechtsnorm ist unmittelbar geltendes Recht und sie ist unabänderbar. Es ist auch völlig unbestritten, dass sie über den Tod des Menschen hinaus gilt. Bereits sie gewährt also dem sterbenden Menschen ihren umfassenden Schutz. Der Art. 8/I/1 der Brandenburgischen Verfassung vom 20.8.1992 enthält sodann die folgende Bestimmung: *Jeder hat*



*das Recht auf Leben, Unversehrtheit und Achtung seiner Würde im Sterben. In die Rechte auf Leben und Unversehrtheit darf nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden* und im Art.1/I der am 25.10.1993 verkündeten Thüringischen Verfassung heißt es schließlich: *Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie auch im Sterben zu achten und zu schützen, ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.* Beide Landesverfassungen begründen für alle in ihrem Geltungsbereich lebenden Palliativpatienten also spezielle Grundrechte und räumen diesen – innerhalb ihres Kataloges der allgemeinen Grundrechte – einen ungemein hohen Rang ein. Wiewohl andere Landesverfassung der deutschen Bundesländer entsprechende Regelungen nicht kennen, gilt die Verpflichtung zum Schutz der Würde des sterbenden Menschen auch in ihnen als unmittelbar geltendes Bundesrecht.

Der Inhalt dieses Grundrechtes ergibt sich aus der Begriffsbestimmung der Würde des sterbenden Menschen. Die treffendste hat die Enquete Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin gefunden. Sie lautet: ***In Würde zu sterben heißt, als Mensch in der von ihm gewünschten Umgebung in seinem Dasein bis zuletzt wahrgenommen und angenommen zu werden.***

Diese Würde des sterbenden Menschen wird absolut geschützt. **Das bedeutet primär, dass alles entgegenstehende Recht, gleichgültig in welcher Form, nichtig ist.**

## 2. Die aus einfachen Gesetzen hergeleiteten Rechte des Palliativpatienten

Ein positiver Anspruch auf eine bestimmte Maßnahme lässt sich aus der verfassungsrechtlich geschützten Rechtsposition des Palliativpatienten **nicht** herleiten. Dazu bedürfte es – de lege lata – eines „Ausführungsgesetzes“. Dieses zu erlassen wäre der Gesetzgeber verpflichtet, um dem Grundrecht des sterbenden Menschen zur Verwirklichung zu verhelfen. Bis auf den Erlass des §§ 37b, 132d und 39b SGB V hat er es jedoch bisher versäumt, dieser Pflicht nachzukommen. Die Vertreter der Ärzteschaft haben es auch nicht für nötig befunden, diese Säumnis zu rügen.

## 3. Die vom Bundesverfassungsgericht gewährten Rechte des Palliativpatienten

Es blieb bisher dem Bundesverfassungsgericht vorbehalten, mit seinem Beschluss vom 6.12.2005 diese Lücke für Palliativpatienten jedenfalls teilweise zu schließen. Der Entscheidung lag der folgende Sachverhalt zu Grunde: Der Beschwerdeführer litt unter der Duchenne'schen Muskeldystrophie (DMD), für die es keine wissenschaftlich anerkannte Therapie gibt, die eine Heilung oder eine nachhaltige Verlängerung des Krankheitsverlaufs bewirken könnte. Er wurde von einem Facharzt für Allgemeinmedizin behandelt, der über eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung nicht verfügte. Bei seiner Behandlung wurde die „Bioresonanztherapie“ angewandt, die 1999 unter der Nummer 17 in die Anlage B der heutigen Richtlinie „Methoden Vertragsärztlicher Versorgung“ übernommen wurde und damit gemäß § 1/II dieser Richtlinie von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen war. Unter dieser Therapie nahm die

Krankheit gleichwohl einen günstigen Verlauf, was die konsultierten Ärzte der Orthopädischen Klinik einer Technischen Hochschule bestätigten. Die Sozialgerichte wiesen den Anspruch auf Ersatz der für die Behandlung aufgewendeten Kosten unter Hinweis auf die Rechtslage (§ 135/I SGB V) durch alle Instanzen ab. Das Bundesverfassungsgericht hob das Urteil des Bundessozialgerichtes auf. Der mit der Kraft eines Gesetzes ausgerüstete Leitsatz dieser Entscheidung lautet: *Es ist mit den Grundrechten aus Art.2 Abs.1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus Art.2 Abs.2 Satz 1 GG nicht vereinbar, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.*

Aus diese Entscheidung und einer folgenden des BSG ergibt sich folgendes Schema für die Prüfung, ob im Einzelfall ein Erstattungsanspruch – außerhalb der gesetzlichen Vorschriften – gegen den Kostenträger besteht: Danach muss

- eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheit vorliegen, für die
- eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlungsmethode nicht zur Verfügung steht, für die aber
- eine Methode gewählt wird, die – auf Indizien gestützt – die Wahrscheinlichkeit einer Aussicht auf Heilung oder jedenfalls eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf verspricht.<sup>25</sup>

## X Fälle

### Fall 5

Ein 67 jähriger Patient wird mit einem progredienten Plasmozytom in eine Palliativstation aufgenommen. Bei der Aufnahme demonstriert er uneingeschränkte geistige Präsenz und eine beeindruckend heitere Gelassenheit. Er erklärt, er kenne den Krankheitsverlauf und wisse, dass er sterben werde. Er lehne jede Dialyse ab. Man möge ihn in Ruhe sterben lassen. Drei Tage nach seiner Aufnahme klagt er über schwere Bauchschmerzen. Seine Untersuchung ergibt zweifelsfrei einen Darmverschluss. Der leitende Arzt der Palliativstation, ein Anästhesist, bittet den diensthabenden Chirurgen um seine Diagnose. Dieser bestätigt die des Kollegen. Der Patient stimmt der Operation nach Aufklärung durch den Chirurgen widerwillig zu: „Eigentlich macht das doch keinen

25 Näheres dazu bei Holtappels/Lehmann „Das Recht des sterbenden Menschen“ [www.palliativ-rissen.de/downloads](http://www.palliativ-rissen.de/downloads)

Sinn, mich noch zu operieren“. Während der Operation stellt der Chirurg deutliche Anzeichen einer Divertikulitis am Colon fest. Er entfernt den Teil des Colons, der entzündete Vertikel enthält. In seinem Op-Bericht heißt es dazu: „Vermutete Einwilligung des Patienten zur Erweiterung der Operation.“ Der Patient verstirbt wenige Tage später an seinem Grundleiden.

*Der Rechtfertigungsgrund der mutmaßlichen Einwilligung entfällt nicht bereits dann, wenn der Arzt es unterlassen hat, den Patienten über eine vorhersehbare, gebotene Operationserweiterung aufzuklären und dadurch die Möglichkeit, eine ausdrückliche Entscheidung des Patienten herbeizuführen, fahrlässig ungenutzt gelassen hat. Entscheidend ist allein, ob die Voraussetzungen der mutmaßlichen Einwilligung in dem Augenblick gegeben sind, in dem der Arzt vor der Frage steht, ob der von der ursprünglichen erteilten Einwilligung nicht mehr gedeckte weitere Eingriff vorgenommen werden soll oder nicht.<sup>26</sup>*

#### Fall 6

Der 63jährige allein stehende Patient leidet an einem exulcerierenden Tumor des Gesichtes, das bereits weitgehend entstellt ist. Trotz intensiver Bemühungen ist es dem Palliative Care Team der Palliativstation, auch unter massiver Medikation mit Opioiden nicht gelungen, die Schmerzen auf ein erträgliches Maß zu reduzieren. Der Patient bittet den leitenden Oberarzt und die leitende Schwester der Station zu einem Gespräch zu sich. Er ist offensichtlich völlig Herr seiner Sinne, als er erklärt, angesichts ihrer Unfähigkeit, seine Schmerzen auf ein erträgliches Maß zu reduzieren, halte er es für ihre Pflicht, ihm entweder zu einer erträglichen letzten Lebensperiode zu verhelfen oder ihm zu helfen, sein ohnehin verlöschendes Leben unverzüglich zu beenden. Sie, die Ärztin entscheiden sich zu einer tiefen Sedierung als der indizierten Therapie. Der Patient stimmt unter der Bedingung zu, nicht wieder in das Bewusstsein zurückgeholt zu werden. „Ich will Ihnen Ihre Auswege abschneiden“.

*Sie haben keine Wahl: Die Sedierung ist indiziert. Es steht dem Patienten frei, dazu seine Einwilligung zu erteilen oder sie zu verweigern, deshalb darf er sie auch unter Bedingungen erteilen, die nicht sittenwidrig sind.*

Hamburg, den 03.10.2012

*Dr. Peter Holtappels*

e-mail: peter@holtappels.de

26 BGHSt BGH St vom 25.3.1988 2. Str. 93/88 R 8

## Anlage 1

# Patientenverfügung

In Gegenwart von

Name, Vorname

geboren am

erkläre ich,

Name, Vorname

geboren am

wohnhaft

hiermit folgendes:

Für den Fall, dass ich

an einer Erkrankung leide, an der ich nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werde

und / oder

ich mich in einem permanenten vegetativen Status befinde und diese Diagnose von einem darin besonders erfahrenen Neurologen bestätigt worden ist

und / oder

ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. infolge einer schweren Demenz) nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen, und wenn in den beiden letztgenannten Fällen zudem nach gemeinsamer und übereinstimmender Ansicht der mich behandelnden Ärzte, des Neurologen, der mich pflegenden Personen und meiner Bevollmächtigten die Fortsetzung meiner Behandlung mir keinen Nutzen mehr bringen wird

verfüge ich hiermit:

Ich will, dass man mich in Würde sterben lasse.

Ich will in diesem Stadium meines Lebens ausschließlich nach palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Regeln behandelt werden.

Ich will, dass ich von quälenden Symptomen, wie z.B. Schmerzen, befreit bzw. diese soweit wie möglich gelindert werden. Alle therapeutischen Maßnahmen, die erforderlich sind, um diesen Zweck zu erreichen, sind vorzunehmen. Nebenwirkungen, insbesondere auch einen schnelleren Eintritt des Todes, nehme ich dabei in Kauf.

Ich untersage ausdrücklich alle therapeutischen Maßnahmen, die ausschließlich der künstlichen Verlängerung meines Lebens dienen.

*(Ich habe mich bereit erklärt, meine Organe zu spenden.)*

Ich bitte die mich behandelnden Ärzte und mich pflegenden Personen mir in meiner letzten Lebensphase dadurch beizustehen, dass sie um mich herum eine Atmosphäre schaffen, die mir ein Sterben in Würde ermöglicht.

Ich bitte hiermit die mich behandelnden Ärzte und mich pflegenden Personen, meinen Bevollmächtigten und insbesondere jeden für mich mit einer Entscheidung befassten Richter oder von diesem ernannten Betreuer dringend, diese meine Verfügung strikt zu beachten, wenn ich selber nicht mehr in der Lage sein sollte, meinen Willen frei zu äußern. Ich habe diese Verfügung in uneingeschränkt geschäftsfähigem Zustand und nach sorgfältiger Überlegung und ärztlicher Beratung in Ausübung meines Selbstbestimmungsrechtes getroffen. Soweit keine ausdrücklich anderslautenden Erklärungen von mir vorliegen, ist davon auszugehen, dass diese Verfügung nach meinem Willen uneingeschränkt fort gilt.

Soweit keine ausdrücklich anderslautenden Erklärungen von mir vorliegen, ist davon auszugehen, dass diese Verfügung nach meinem Willen uneingeschränkt fort gilt.

Ort, Datum Unterschrift des Verfügenden

Diese Patientenverfügung hat die (der) mir persönlich bekannte Name des Verfügenden in meiner Gegenwart und erkennbar im vollen Besitz ihrer (seiner) geistigen Kräfte persönlich unterzeichnet.

Ort, Datum

Vorname und Name der Person, die die Bestätigung abgibt

Eine Ausfertigung dieser Patientenverfügung wurde am

Datum

an Herrn / Frau

Name, Vorname

übergeben.

## Anlage 2

# Vorsorgevollmacht

Hierdurch erteile ich,

Vollmachtgeber geboren am

wohnhaft

Bevollmächtigte(r) geboren am

wohnhaft

## Vollmacht

1. mich gerichtlich und außergerichtlich in allen Angelegenheiten vollen Umfanges zu vertreten, in denen eine Vertretung rechtlich zulässig ist.
2. Diese Vollmacht umfasst auch alle Angelegenheiten der Personensorge, insbesondere der Gesundheitsorge. Die Vollmacht gilt insbesondere auch für den Fall, dass ich auf Grund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Erkrankung ganz oder teilweise nicht mehr in der Lage bin, meine Angelegenheiten selbst zu besorgen. Ich wünsche in solchem Falle nicht, dass für mich ein mir fremder Betreuer bestellt wird, vielmehr bestimme ich, dass in einem solchen Fall mein(e) mir vertraute(r) Bevollmächtigte(r) mich vertrete. Sie (Er) ist deshalb bevollmächtigt:
  - zur Einwilligung in Untersuchungen meines Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe, insbesondere wenn die begründete Gefahr besteht, dass eine solche Maßnahme zu meinem Tode oder zu einer schweren, langandauernden Beeinträchtigung meiner Gesundheit führt. Er (sie) ist auch bevollmächtigt, solche Einwilligungen zu versagen oder zu widerrufen. Hierzu entbinde ich Ärzte und Pflegepersonen von ihrer Schweigepflicht jedoch nur gegenüber meinem(r) Bevollmächtigten.
  - zur Bestimmung meines Aufenthaltes, auch soweit ich in einem Krankenhaus, einem Pflegeheim oder einer sonstigen Einrichtung dauernd oder zeitweise freiheitsentziehend untergebracht werden soll. Sie ist ferner befugt, in notwendige unterbringungsähnliche Maßnahmen (z.B. das Anbringen von Bettgittern, Bauchgurten oder medikamentöse Ruhigstellung) einzuwilligen.

3. Soweit gesetzliche Vorschriften für die in Ziffer 2 genannten Maßnahmen eine Genehmigung durch das zuständige Vormundschaftsgericht vorsehen, hat mein(e) Bevollmächtigte(r) sich um diese zu bemühen.
4. Mein(e) Bevollmächtigte(r) ist verpflichtet, die unter gleichem Datum von mir errichtete Patientenverfügung strikt zu befolgen und für ihre Durchsetzung in vertrauensvoller Zusammenarbeit mit den mich behandelnden Ärzten und mich pflegenden Personen Sorge zu tragen.

Diese Vollmacht soll durch meinen Tod nicht erlöschen.

Ort, Datum	Unterschrift des Verfügenden
------------	------------------------------

Diese Vollmacht hat die (der) mir persönlich bekannte Vollmachtgeber(in) in meiner Gegenwart und erkennbar im vollen Besitz ihrer (seiner) geistigen Kräfte persönlich unterzeichnet.

Ort, Datum
------------

Vorname und Name der Person, die die Bestätigung abgibt
---------------------------------------------------------

Eine Ausfertigung dieser Vollmacht wurde am

Datum
-------

an Herrn / Frau

Name, Vorname
---------------

übergeben.