

PATIENTENVERFÜGUNGSGESETZ

Umsetzung in der klinischen Praxis

Am 1. September ist das „3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts“ in Kraft getreten, das „Patientenverfügungsgesetz“. Die neue Rechtslage und Vorschläge zur praktischen Umsetzung

Gian Domenico Borasio, Hans-Joachim Heßler, Urban Wiesing



Foto: mauritius images

Abgeordnete Wolfgang Bosbach einen Gesetzesentwurf, der die Wirksamkeit von Patientenverfügungen auf den „unumkehrbar tödlichen Verlauf“ einer Erkrankung beschränkte. Der CSU-Abgeordnete Wolfgang Zöller brachte daraufhin einen dritten Entwurf ein, der die dialogische Umsetzung der Patientenverfügung betonte.

Nachdem der Versuch einer Fusion des Stünker- mit dem Zöller-Entwurf gescheitert war, übernahm die Stünker-Gruppe kurz vor der Abstimmung im Bundestag zwei Kernpunkte des Zöller-Entwurfs (ärztliche Indikation und dialogische Umsetzung). Das Gesetz wurde – bei aufgehobenem Fraktionszwang – mit den Stimmen des Großteils der SPD, der FDP, der Linken und von Teilen der Grünen sowie von einer Abgeordneten der Unionsfraktion verabschiedet (3).

Die neue Rechtslage

Die neue Rechtslage orientiert sich an der bisherigen Rechtsprechung: Eine von einem einwilligungsfähigen Patienten für den Fall des späteren Verlustes der Einwilligungsfähigkeit errichtete schriftliche Patientenverfügung ist verbindlich (§ 1901 a Abs. 1 BGB). Sie ist bei der Entscheidung über ärztliche Maßnahmen zu beachten, wobei es auf das Stadium der Erkrankung ausdrücklich nicht ankommt (§ 1901 a Abs. 3). Sofern für den nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten ein von ihm für diesen Fall Bevollmächtigter (Vorsorgebevollmächtigter) oder ein vom Gericht hierfür bestellter Betreuer handelt, muss dieser den Willen des Patienten gegenüber Arzt, Pflegepersonal und Einrichtung, in der der

Patient untergebracht ist, durchsetzen. Gibt es keine schriftliche Patientenverfügung, sind die Behandlungswünsche oder der mutmaßliche Wille des Patienten anhand konkreter Anhaltspunkte, etwa früherer mündlicher Äußerungen, zu ermitteln (§ 1901 a Abs. 2).

Was der Patientenwille im konkreten Fall ist und ob die Lebens- und Behandlungssituation derjenigen entspricht, für die die Behandlungswünsche geäußert wurden, wird in einem dialogischen Prozess zwischen Arzt und Vertreter des Patienten ermittelt, wobei die Indikationsstellung durch den Arzt vorangehen muss (§ 1901 b). Eine Genehmigung des Betreuungsgerrichtes (vormals: Vormundschaftsgerichtes) ist nicht erforderlich, wenn zwischen Arzt und Bevollmächtigtem oder Betreuer Einvernehmen über den Patientenwillen besteht (§ 1904).

Als Patientenverfügung im Sinne des Gesetzes ist nur eine schriftliche Äußerung zu werten: Nach § 126 BGB muss also ein vom Patienten eigenhändig unterschriebenes Schriftstück vorliegen; diese Form erfüllen zum Beispiel auch die vielfach gebräuchlichen „Ankreuzformulare“, wenn sie die Unterschrift des Patienten aufweisen. Eine notarielle Beurkundung ist nicht erforderlich. Eine mündliche Äußerung ist nicht als Patientenverfügung im Sinne des Gesetzes zu werten. Sie ist aber rechtlich nicht unbeachtlich, sondern entweder als Behandlungswunsch zu werten (wenn sie sich direkt auf die infrage kommende Behandlung bezieht) oder als konkreter Anhaltspunkt bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens heranzuziehen. Eine Patientenverfügung im

Lehrstuhl für Palliativmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München, Sachverständiger des Deutschen Bundestages im Gesetzgebungsverfahren zum Patientenverfügungsgesetz: Prof. Dr. med.

Borasio

Vizepräsident des Oberlandesgerichts München, Sachverständiger des Deutschen Bundestages im Gesetzgebungsverfahren zum Patientenverfügungsgesetz: Dr. jur. Heßler

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Tübingen, Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer: Prof. Dr. med. Dr. phil. Wiesing

Alles begann am 17. März 2003 mit einem handwerklich missratenen Beschluss des Bundesgerichtshofs, der zwar die grundsätzliche Verbindlichkeit von Patientenverfügungen festlegte, aber in einer Reihe wesentlicher Punkte widersprüchliche Aussagen enthielt (1). Daraufhin setzte Bundesjustizministerin Brigitte Zypries die Kommission „Patientenautonomie am Lebensende“ ein, die im Juni 2004 Eckpunkte für ein Gesetz zur Patientenverfügung vorlegte (2). Daran knüpfte der Entwurf einer Gruppe um den SPD-Abgeordneten Joachim Stünker an. Als Gegenmodell dazu formulierte der CDU-

Sinne des Gesetzes kann nur ein Volljähriger erstellen.

Der Systematik des Betreuungsrechts folgend, sagt das neue Gesetz selbst im Text nichts über die Verbindlichkeit der Patientenverfügung, setzt diese vielmehr als gegeben voraus (4). Da die Patientenverfügung als verbindlich anzusehen ist, muss der Betreuer oder Bevollmächtigte sich an sie halten und für die Durchsetzung auch gegenüber Ärzten, Pflegekräften und Einrichtungen Sorge tragen, an die die Patientenverfügung als Behandlungswunsch letztlich gerichtet ist.

Eine auf die aktuellen Umstände genau zutreffende Patientenverfügung ist unmittelbar zu beachten, auch wenn es keinen Betreuer oder Bevollmächtigten gibt. Ein Betreuer muss wegen des Grundsatzes der Erforderlichkeit (§ 1896 Abs. 2 S. 1 BGB) in einer solchen Situation gar nicht bestellt werden, weil man ihn zur Umsetzung des Patientenwillens nicht braucht. Diese Fallkonstellation setzt allerdings voraus, dass sich der behandelnde Arzt der Passgenauigkeit der Patientenverfügung sicher ist. Die gesetzliche Neuregelung sollte nicht dazu verleiten, jetzt in al-

len Fällen „vorsichtshalber“ eine Betreuung bei Gericht anzuregen.

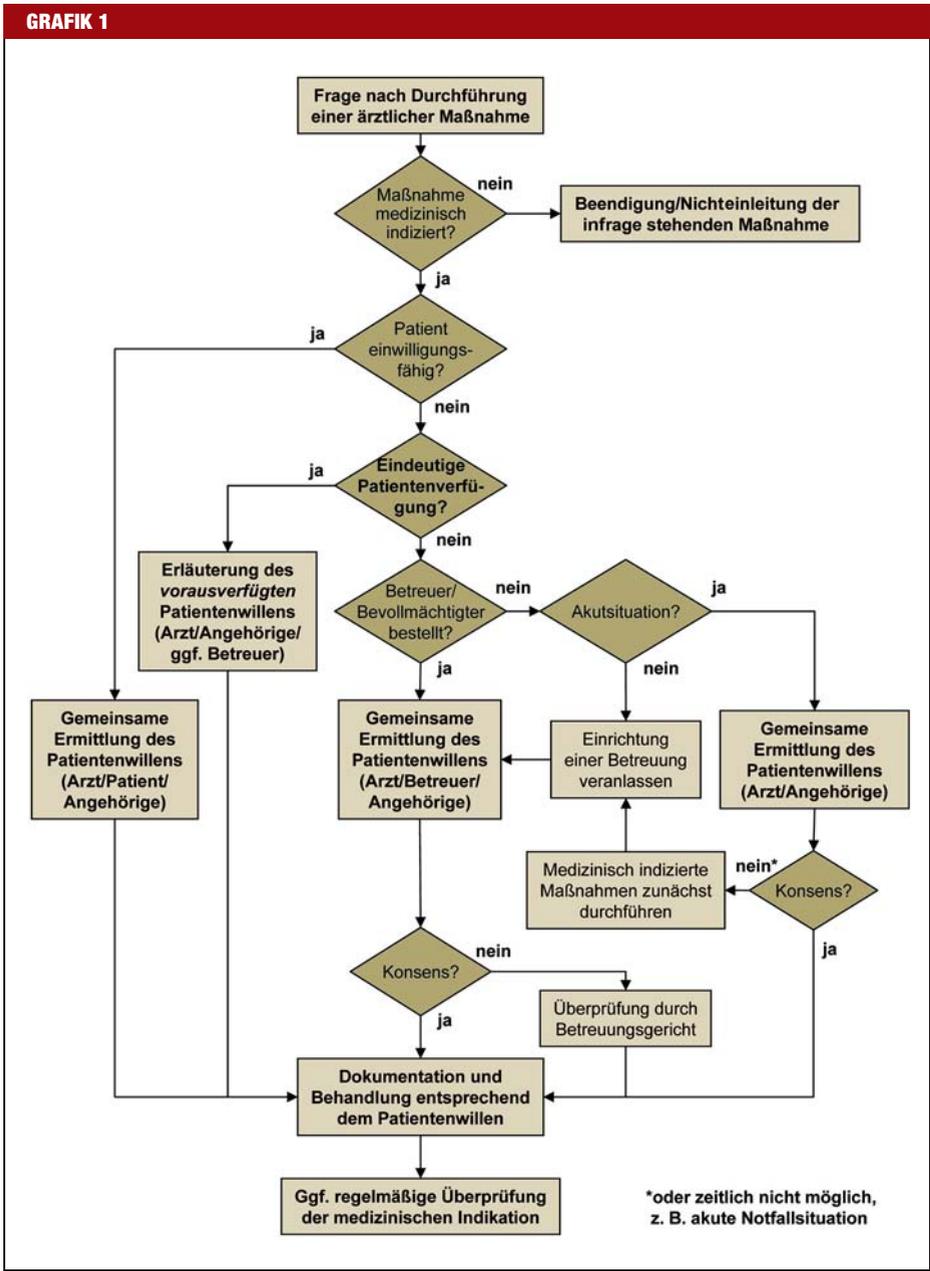
Das Gesetz sieht in § 1901 b vor, dass der Arzt nach Prüfung der Indikation gemeinsam mit dem Betreuer/Bevollmächtigten und – falls zeitlich möglich – unter Hinzuziehung von „nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten“ den Patientenwillen ermittelt. Dieses Verfahren dient insbesondere bei unklaren Fällen der Sicherung des Entscheidungsprozesses und der Absicherung von Arzt und Vertreter. Wer das Verfahren nicht einhält, läuft Gefahr, sich in der Einschätzung zu irren und die Konsequenzen dann auch rechtlich tragen zu müssen, wenn im Nachhinein eine andere Auslegung der Patientenverfügung als zutreffend erachtet wird. Deshalb gilt: Je undeutlicher und auslegungsbedürftiger die Äußerung des Patienten ist, umso sorgfältiger ist der Dialog zwischen den Beteiligten zu führen und zu dokumentieren.

Medizinische Indikation

Die wichtigsten rechtlichen Voraussetzungen zur Durchführung jeder ärztlichen Maßnahme sind die medizinische Indikation und die Einwilligung des Patienten. Die Indikation wird zunächst anhand des Standes der Wissenschaft für den jeweiligen Patienten in seiner konkreten klinischen Situation vom Arzt beurteilt. Zu entscheiden ist, ob die infrage kommende Maßnahme aus ärztlicher Sicht einen Nutzen für den Patienten darstellen kann. Dazu sind zwei Fragen zu beantworten:

- 1) Welches Therapieziel wird mit der zur Diskussion stehenden Maßnahme angestrebt?
- 2) Ist das angestrebte Therapieziel durch diese Maßnahme mit einer realistischen Wahrscheinlichkeit zu erreichen?

Zu 1) Jede medizinische Maßnahme muss zunächst einem vernünftigen Therapieziel dienen. Beispiele für allgemein akzeptierte Therapieziele sind Heilung, Lebensverlängerung, Rehabilitation oder Erhaltung der Lebensqualität. Wenn kein vernünftiges Therapie-



ziel vorhanden ist (dies ist zum Beispiel der Fall, wenn alle zur Verfügung stehenden Maßnahmen bestenfalls eine kurzfristige Verlängerung des Sterbeprozesses bewirken würden), so ist die infrage kommende Maßnahme nicht indiziert und darf daher nicht durchgeführt werden.

Zu 2) Wenn ein vernünftiges Therapieziel vorhanden ist, so ist anhand der vorhandenen Daten zu fragen, ob eine realistische Wahrscheinlichkeit besteht, mit der geplanten Maßnahme dieses Ziel auch tatsächlich zu erreichen. Eine Maßnahme, bei der im konkreten Fall das angestrebte Ziel nicht oder nur mit einer verschwindend kleinen Wahrscheinlichkeit erreicht werden kann, ist nicht medizinisch indiziert (zum Beispiel künstliche Ernährung im Endstadium der Demenz) (5).

Indikation und Patientenwille

Erst wenn die Indikation bejaht oder zumindest mit ausreichender Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, wird der Patient oder sein Vertreter darüber infor-

miert und der Patientenwille ermittelt (*Grafik 2*). Bei fehlender Indikation ist die Überprüfung des Patientenwillens – und damit auch die Einrichtung einer Betreuung – entbehrlich. Umgekehrt darf aber keine medizinische Maßnahme, auch wenn sie klar indiziert ist, gegen den Willen des Patienten durchgeführt werden (zum Beispiel Bluttransfusion bei Zeugen Jehovas).

miert und der Patientenwille ermittelt (*Grafik 2*). Bei fehlender Indikation ist die Überprüfung des Patientenwillens – und damit auch die Einrichtung einer Betreuung – entbehrlich. Umgekehrt darf aber keine medizinische Maßnahme, auch wenn sie klar indiziert ist, gegen den Willen des Patienten durchgeführt werden (zum Beispiel Bluttransfusion bei Zeugen Jehovas).

Eine Entscheidung aufgrund einer fehlenden Indikation kann die Angehörigen emotional entlasten, da sie nicht mit der Vorstellung weiterleben müssen, „schuld“ am Ableben des Patienten gewesen zu sein (6).

Die Aufklärung über eine fehlende medizinische Indikation für lebensverlängernde Maßnahmen und die damit notwendige Therapieziel-

änderung stellt den Arzt vor eine große Herausforderung. Sie sollte mit Sorgfalt und Empathie erfolgen und das große Spektrum an palliativmedizinischen Maßnahmen betonen, die das Leiden für den Patienten in der letzten Lebensphase verhindern können.

Das in *Grafik 1* dargestellte Flussdiagramm soll bei der Umsetzung des Patientenverfügungsgesetzes in der Praxis orientierende Hilfe leisten. Der Arzt prüft zunächst die Indikation für die infrage kommende Maßnahme. Falls eine Indikation vorhanden ist, wird vom Arzt geprüft, ob der Patient einwilligungsfähig ist. Dies ist dann der Fall, wenn er die Folgen und Tragweite einer Behandlung geistig erfassen und den eigenen Willen nach dieser Einsicht bestimmen kann (nicht gleichzusetzen mit der Geschäftsfähigkeit). In Zweifelsfällen sollte ein psychiatrischer oder neurologischer Konsiliararzt hinzugezogen werden.

Bei bestehender Einwilligungsfähigkeit ist der Patient über Nutzen und Risiken der geplanten Maßnahme sowie über Alternativen aufzuklären. Bei schwerwiegenden Ent-

scheidungen empfiehlt es sich, mit Einverständnis des Patienten die nächsten Angehörigen in den Dialog mit einzubeziehen. Nach Entscheidung und Dokumentation wird der Patient entsprechend seinem Willen behandelt.

Falls keine Einwilligungsfähigkeit besteht, ist ärztlicherseits zu klären, ob eine Patientenverfügung existiert. Ist dies der Fall und trifft die Patientenverfügung eindeutig auf die aktuelle klinische Situation zu, so informiert der Arzt die Angehörigen (einschließlich des Betreuers/Bevollmächtigten, falls vorhanden) und behandelt entsprechend dem vorausverfügten, unmittelbar fortwirkenden Patientenwillen – es sei denn, es liegen konkrete Anhaltspunkte für einen zwischenzeitlichen Widerruf der Patientenverfügung vor.

Liegt keine oder eine unklare beziehungsweise nicht eindeutig auf die aktuelle Situation anwendbare Patientenverfügung vor, prüft der Arzt, ob bereits eine rechtliche Vertretung existiert. Ist das nicht der Fall, und liegt eine Akutsituation vor, soll im Konsens mit den Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen der Patientenwille ermittelt und danach gehandelt werden. Wenn dieser Konsens nicht gelingt oder zeitlich nicht möglich ist (Notfallsituation!), ist die medizinisch indizierte Maßnahme zunächst durchzuführen. Wenn keine Gefahr (mehr) im Verzug ist, wird die Einrichtung einer Betreuung veranlasst und der Entscheidungsprozess fortgesetzt.

Wenn ein Vertreter bestellt ist, ist der Patientenwille im Dialog zu ermitteln und zu dokumentieren. Das Betreuungsgericht ist nur dann einzuschalten, wenn zwischen Betreuer/Bevollmächtigtem und Arzt Uneinigkeit über den Patientenwillen besteht. Die Meinung der Beteiligten, was aus ihrer Sicht für den Patienten „besser“ oder „schlechter“ sei, ist für die Entscheidungsfindung unerheblich.

Fällt die Entscheidung zugunsten einer medizinischen Maßnahme aus, so ist ärztlicherseits im weiteren Verlauf kontinuierlich zu überprüfen, ob die Indikation für die Maßnahme (zum Beispiel künstliche Beatmung, Sondenernährung) weiter besteht.

Fehlende ärztliche Beratung

Im Grunde ist mit diesem Gesetz die bisherige Praxis nun zu weiten Teilen gesetzlich geregelt. Eine Reichweitenbeschränkung sieht das Gesetz nicht vor. Die Rolle der Betreuungsgerichte wurde präzisiert. Zahlreiche Details sind explizit geregelt: Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden, sie darf nicht von Krankenhäusern oder Pflegeheimen eingefordert werden, eine notarielle Beglaubigung ist nicht notwendig, eine regelmäßige Erneuerung ebenfalls nicht. Insofern bietet das Gesetz mehr Rechtssicherheit. Gleichwohl ergeben sich Unklarheiten, Kritikpunkte sowie Verbesserungsvorschläge.

Die ärztliche Beratung zur Patientenverfügung muss in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden.

Der Arzt hat laut Gesetz zu prüfen, „welche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist“ (§ 1901 b). Warum schreibt das Gesetz hier vor, was Ärzte spätestens seit den hippokratischen Schriften ohnehin tun sollen, nämlich individuelle Indikationen anhand der Prognose zu stellen? Ärzte haben diesen elementaren Grundsatz ihres Handelns wohl nicht immer beachtet. Sie haben sich augenscheinlich eher am technisch Machbaren als am individuell Indizierten orientiert.

Zum anderen lässt das Gesetz offen, wie ein Dissens über die Indikation gelöst wird. Indikationen lassen sich zumeist nicht mit mathematischer Präzision stellen. Die Indikation stellt jedoch allein der Arzt. Was passiert aber, wenn der Betreuer/Bevollmächtigte oder Angehörige die Indikation infrage stellen? Das Gesetz lässt es offen, ob eine zweite Meinung eingeholt werden soll. Den Ärzten ist zu empfehlen, diese Möglichkeit von sich aus anzubieten – das stärkt in aller Regel das Vertrauensverhältnis.

Das Gesetz sieht keine Pflicht zur Beratung vor. Eine Patientenverfügung ist die Anweisung eines Patienten an seinen künftigen Arzt, sie betrifft per definitionem medizinische Entscheidungen (8). Wäre eine ärztliche Beratung nicht in höchstem Maß sinnvoll? Im Gesetzgebungsverfahren wurde betont, dass auch Laienorganisationen kompetent beraten könnten. Man muss jedoch differenzieren: Vertreter nicht ärztlicher Berufe können durchaus mit Patienten über deren Werthaltungen und Lebenseinstellungen sprechen – über die eigentlichen medizinischen Details können sie hingegen nicht beraten. Die medizinischen Sachverhalte einzu- beziehen, ist jedoch unverzichtbar, insbesondere wenn Krankheitsverläufe absehbar sind. Aus diesem Grund ist eine ärztliche Beratung mehr als nur wünschenswert – und sollte daher in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgenommen werden. Hier herrscht eindeutig Nachbesserungsbedarf.

GRAFIK 2



Minderjährige

Die Rechtsprechung hat schon lange statuiert, dass auch Minderjährige in Bezug auf ärztliche Maßnahmen einwilligungsfähig sein können. Was bedeutet das für eine Patientenverfügung? Da das Gesetz hierzu schweigt, verbleibt nur die Analogie zu sonstigen Verfahren: Die Eltern müssen mit wachsender Reife den Willen der Kinder/Jugendlichen berücksichtigen. Insofern ist eine Willensäußerung des Kindes/Jugendlichen auf jeden Fall von den Eltern in ihrer Entscheidung zu beachten. Ob eine wohlwogene Ablehnung einer lebensverlängernden Maßnahme seitens eines medizinisch aufgeklärten einwilligungsfähigen Jugendlichen von den Eltern überstimmt werden kann, ist bislang ungeklärt. Aufgabe des Arztes ist es in jedem Fall, auf eine von der ganzen Familie im Konsens getragene Lösung hinzuwirken, auch um komplizierte Trauererläufe zu vermeiden (9).

Aus ärztlicher wie juristischer Sicht ist die Kombination von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht zu empfehlen (10). Zudem dürfte eine alleinige Vorsorgevollmacht für eine Person des Vertrauens die Belange des Patienten besser vertreten als eine alleinige Patientenverfügung.

Mit dem 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts ist eine Rechtssicherheit bezüglich der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen erreicht worden. Einzelne Fragen sind noch zu klären. Wichtig er-

scheint vor allem die Vermeidung einer unnötigen Verrechtlichung des Arzt-Patienten-Verhältnisses am Lebensende. Daher ist die Festlegung im Gesetz, dass Betreuungsgerichte nur im Fall eines Dissenses über den Patientenwillen anzurufen sind, begrüßenswert. Ebenso wichtig ist die Feststellung, dass bei fehlender Indikation oder eindeutiger Patientenverfügung die Bestellung eines Betreuers nicht notwendig ist.

Ziel ärztlicher Bemühungen am Lebensende sollte immer sein, Patient und Familie als Betreuungseinheit zu verstehen und einerseits den Patientenwillen zu respektieren, andererseits Entscheidungs- und Kommunikationsprozesse so zu gestalten, dass sie für die Angehörigen nicht zu einer zusätzlichen Belastung in der Trauerphase führen. Dafür bietet das neue Gesetz einen guten Rahmen, den es ärztlicherseits auszufüllen gilt.

Danksagung

Wir danken Rechtsanwalt Wolfgang Putz, München, für hilfreiche Anregungen.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2009; 106(40): A 1952–7

Anschrift für die Verfasser

Prof. Dr. med. Gian Domenico Borasio
Lehrstuhl für Palliativmedizin
Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin
Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität
München – Großhadern
Marchioninistraße 15, 81377 München
E-Mail: Borasio@med.uni-muenchen.de

@ Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit4009

Das Patientenverfügungsgesetz im
Internet: www.aerzteblatt.de/091952

LITERATURVERZEICHENIS HEFT 40/2009, ZU:

PATIENTENVERFÜGUNGSGESETZ

Umsetzung in der klinischen Praxis

Am 1. September ist das „3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts“ in Kraft getreten, das „Patientenverfügungsgesetz“. Die neue Rechtslage und Vorschläge zur praktischen Umsetzung

Gian Domenico Borasio¹, Hans-Joachim Heßler², Urban Wiesing³

LITERATUR

1. Bundesgerichtshof: Beschluss vom 17.3.2003, AZ XII ZB 2/03. Im Internet unter: www.bundesgerichtshof.de
2. Bundesjustizministerium: Patientenautonomie am Lebensende. Ethische, rechtliche und medizinische Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen. Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ vom 10. Juni 2004. Im Internet unter: www.bmj.bund.de/files/-/695/Bericht_AG_Patientenautonomie.pdf
3. Deutscher Bundestag: 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 29.07.2009. Bundesgesetzblatt 2009, Teil I Nr. 48, S. 2286–2287
4. Stünker J, Kauch M, Jochimsen L et al.: Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts (Bundestag-Drucksache 16/8442). Im Internet unter: www.bundesjustizministerium.com/files/-/3053/Patientenverfuegung_Entwurf_Stuenker_Stand_03_2008.pdf
5. Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(2):CD007209.
6. Borasio GD: Patientenautonomie und Strafrecht in der Sterbebegleitung. Referat und Thesen. In: Verhandlungen des 66. Deutschen Juristentages Stuttgart 2006, Bd. II/1. Verlag C.H. Beck, München 2007, S. N55-N71
7. Borasio GD, Putz W, Eisenmenger W: Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gestärkt. Dtsch Ärztebl 2003; 100: A 2062–2065
8. Bayerisches Justizministerium (Hrsg.) Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung (1. Auflage 2001, 11. überarbeitete Auflage 2009). C.H. Beck Verlag, München 2009
9. Jox RJ, Führer M, Borasio GD: Patientenverfügung und Elternverfügung. „Advance care planning“ in der Pädiatrie. Monatsschr Kinderheilkd 2009; 157: 26–32
10. Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. Dtsch Ärztebl 2007; 104(13): A891-A8