



Petra Vetter, Fachanwältin für Medizinrecht und Familienrecht, Stuttgart



Prof. Dr. med. Georg Marckmann

Petra Vetter, Georg Marckmann

Gesetzliche Regelung der Patientenverfügung: Was ändert sich für die Praxis?

Entscheidungen über die Begrenzung lebensverlängernder Maßnahmen gehören zu den großen ethischen Herausforderungen der modernen Medizin. Dabei besteht weitgehende Einigkeit darüber, dass nicht immer alle verfügbaren Möglichkeiten zur Lebensverlängerung auch ausgeschöpft werden müssen. Insbesondere wenn die Patienten selbst ihre Wünsche nicht mehr äußern können, stellt sich die Frage, wann der richtige Zeitpunkt gekommen ist, um das Therapieziel von der Lebensverlängerung zur Leidenslinderung zu verändern. Zwar hatte der Bundesgerichtshof in seinem viel beachteten Beschluss vom 17. März 2003 (AZ: XII ZB 2/03) bereits bekräftigt, dass der zuvor geäußerte Patientenwille bei Entscheidungen über lebensverlängernde Maßnahmen zu berücksichtigen sei. In der Praxis bestanden aber sowohl bei den Ärzten als auch den zuständigen Vormundschaftsrichtern oft Unsicherheiten über die Verbindlichkeit und insbesondere die Reichweite von Patientenverfügungen. Nach über 6-jährigem Ringen hat der Deutsche Bundestag am 18. Juni 2009 nun endlich mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts (3. BetrRÄG) eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügung im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) beschlossen, die am 01. September 2009 in Kraft tritt. Der vorliegende Beitrag folgt in der Darstellung nicht den einzelnen Paragraphen des Gesetzes, sondern der ethischen und rechtlichen Systematik der Entscheidungsfindung bei nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten. So soll unter Berücksichtigung des neuen Gesetzes und der aktuellen Rechtsprechung eine möglichst praxisnahe Handreichung für den Arzt entstehen.

Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 29. Juli 2009 (BGBl. 2009 Teil I Nr. 48, S. 2286, Auszug)

§ 1901a Patientenverfügung

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

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

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

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

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

§ 1901b Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens

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

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

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

§ 1904 Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen

(1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmi-

Redaktion:

Prof. Dr. med.

Dr. phil. Urban Wiesing,

Prof. Dr. med. Georg

Marckmann,

Universität Tübingen,

Institut für Ethik

und Geschichte

der Medizin,

Gartenstraße 47

72074 Tübingen

gung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

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

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

(4) Eine Genehmigung nach Absatz 1 und 2 ist nicht erforderlich, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem nach § 1901a festgestellten Willen des Betreuten entspricht.

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

1. Rechtliche Voraussetzungen medizinischer Maßnahmen

Die Rechtmäßigkeit einer medizinischen Maßnahme ist seit jeher an zwei Voraussetzungen gebunden: (1) Die Maßnahme muss medizinisch indiziert sein und (2) der Patient muss nach entsprechender Aufklärung in die Durchführung der Maßnahme eingewilligt haben.

1.1 Ärztliche Indikation

Bevor der Arzt eine Behandlung anbietet, in die der Patient einwilligen kann, muss er prüfen, ob die Maßnahme medizinisch überhaupt indiziert ist. § 1901b Abs. 1 Satz 1 BGB fordert deshalb unmissverständlich, dass im Geltungsbereich von Patientenverfügungen als Erstes eine Indikationsstellung seitens des Arztes zu erfolgen hat. Dies gilt auch für Behandlungen am Lebensende, insbesondere für alle Formen künstlicher Lebenserhaltung wie die Ernährung und Hydrierung über eine Sonde oder eine maschinelle Beatmung. Diese Maßnahmen müssen laufend auf ihr Therapieziel hin überprüft werden. Die entscheidende Fragestellung lautet: „Ist die Fortsetzung der Behandlung auch heute noch medizinisch indiziert und nützlich für den Patienten?“ Die oftmals in diesem Zusammenhang aufkommende Frage: „Ist ein Abbruch der Behandlung rechtlich zulässig?“ erübrigt sich an dieser Stelle. Was medizinisch nicht indiziert ist, muss unterlassen werden.

Die auch nach der bislang geltenden Rechtslage so selbstverständliche wie notwendige primäre Frage nach der ärztlichen Indikation war in den letzten Jahren in der Diskussion um die Bedeutung des Patientenwillens zunehmend in den Hintergrund geraten. Bei Entscheidungen am Lebensende lag ganz augenscheinlich der Schwerpunkt auf der Ermittlung des Patientenwillens, obgleich zahlreiche Fälle schon allein mit einer sorgsam Indikationsstellung hätten entschieden werden können und müssen. Das Gesetz stellt folgerichtig die Indikation wieder an die erste Stelle im Entscheidungsprozess um Behandlungsoptionen. Zukünftig sollte hier vonseiten der Ärzte besonders sorgfältig dokumentiert werden.

Eine medizinische Maßnahme ist allgemein dann indiziert, wenn sie dem Patienten einen persönlichen Nutzen, das heißt, unter Berücksichtigung aller Chancen und Risiken insgesamt einen Vorteil (Benefit) bietet. Hierbei ist zunächst zwischen Wirksamkeit und Nutzen zu unterscheiden. Allgemein liegt eine Wirksamkeit vor, wenn die Maßnahme den beabsichtigten physiologischen oder psychologischen Effekt beim Patienten erzielt. Diese Wirkung hat aber nur dann einen individuellen Nutzen für den Patienten, wenn damit ein für den Patienten erstrebenswertes Behandlungsziel („Nutzen wofür?“) erreicht werden kann. Allein der Nutzen einer Maßnahme ist für die Indikationsstellung entscheidend. Ärzte sind nicht verpflichtet, eine physiologische Wirkung im Körper eines Patienten zu erzielen. Andererseits setzt der Nutzen eine gewisse Wirksamkeit voraus. Insofern sollte der Arzt zunächst prüfen, ob sich die angestrebten Behandlungsziele mit der Maßnahme überhaupt erreichen lassen. Dies kann der Arzt allein auf der Grundlage seiner medizinisch-fachlichen Expertise entscheiden; eine einseitige ärztliche Entscheidung zum Abbruch wirkungsloser Maßnahmen ist nicht nur gerechtfertigt, sondern geboten. Ob die erreichbaren Behandlungsziele auch für den Patienten erstrebenswert sind, ergibt sich nicht aus dem medizinischen Fachwissen allein. Die hierfür erforderlichen Bewertungen unter anderem der Lebensqualität müssen sich an den individuellen Wertmaßstäben und Präferenzen des Patienten selbst orientieren. Für die Praxis bleibt festzuhalten: Kommt der Arzt zu dem Schluss, dass die Behandlung für den Patienten nutzlos ist, so fehlt es bereits an der medizinischen Indikation.

1.2 Einwilligung des Patienten

Nur wenn eine ärztliche Indikation für die Behandlung gegeben ist, stellt sich die Frage danach, ob der Patient in die Behandlung einwilligt oder sie ablehnt. Die – im Idealfall gemeinsame – Entscheidungsfindung ist vergleichsweise unproblematisch, wenn der Patient einwilligungsfähig ist und dem Arzt direkt mitteilen kann, ob die betreffende Maßnahme durchgeführt werden soll oder nicht. Deutlich schwieriger sind hingegen diejenigen Fälle, in denen der Patient nicht mehr einwilligungsfähig ist. Ob ein Patient einwilligungsfähig ist, muss der behandelnde Arzt feststellen. Allgemein ist ein Patient dann einwil-

ligungsfähig, wenn er die erforderliche Einsichts- und Entschlussfähigkeit besitzt, um Art und Konsequenzen seiner Erkrankung sowie die Vor- und Nachteile möglicher Therapien zu erfassen und seinen Willen danach auszurichten. Die Einwilligungsfähigkeit ist von der Geschäftsfähigkeit zu unterscheiden: Ein nicht mehr geschäftsfähiger Patient kann im Hinblick auf Behandlungsentscheidungen durchaus noch einwilligungsfähig sein. Wenn ein Patient nicht einwilligungsfähig ist, ergeben sich zwei Fragen: (1) Wer soll stellvertretend für den Patienten entscheiden? (2) Woran soll sich die stellvertretende Entscheidung inhaltlich orientieren?

2. Stellvertretende Entscheidung

2.1 Wer soll stellvertretend für den Patienten entscheiden?

Das Bürgerliche Gesetzbuch sieht vor, dass in den Fällen, in denen ein Volljähriger aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen kann, ein Betreuer und damit ein Vertreter für ihn zu bestellen ist [§ 1896 Abs. 1 BGB]. Diese Regelung ist zwingend; allerdings sieht die gleiche Norm in Absatz 2 vor, dass die Betreuung nicht erforderlich ist, soweit die Angelegenheiten durch einen Bevollmächtigten ebenso gut wie durch einen Betreuer besorgt werden können. Damit räumt das Gesetz der Vollmachtenerteilung den Vorrang ein.

Dies bedeutet: Entweder der Betroffene ermächtigt in gesunden Tagen selbst eine Person seines Vertrauens mittels Vollmachtenerteilung (= Bevollmächtigter, §§ 164 ff. BGB) oder es wird aufgrund gerichtlicher Anordnung eine Person ausgewählt und zum gesetzlichen Vertreter bestimmt (= Betreuer, §§ 1896 ff. BGB).

Für die Praxis bedeutet dies auch, dass möglichst umgehend ein Stellvertreter feststehen sollte, mit dem der Arzt seine Behandlungsmaßnahmen für den Patienten besprechen kann.

2.2 Woran muss sich die stellvertretende Entscheidung inhaltlich orientieren?

Auch ein nicht mehr einwilligungsfähiger Patient bleibt am Behandlungsprozess beteiligt. Insbesondere hat der Patient einen eigenen aktuell verbindlichen Willen, dessen Beachtung ihm grundgesetzlich garantiert ist. Da er jedoch seinen Willen nicht mehr selbst äußern kann, ist es rechtlich zwingend erforderlich, diesen mithilfe des Betreuers oder Bevollmächtigten zu ermitteln. Der BGH (NJW 1995, 204 ff.) hatte hierfür bereits 1994 genaue Handlungsanweisungen in Form eines mehrstufigen Prüfverfahrens festgelegt, die nun im Wesentlichen durch das 3. BetrRÄG übernommen wurden (vgl. Abbildung 1). Die gesetzlichen Vorgaben richten sich dabei gleichermaßen an den Betreuer wie den Bevollmächtigten (§ 1901a Abs. 5 BGB).

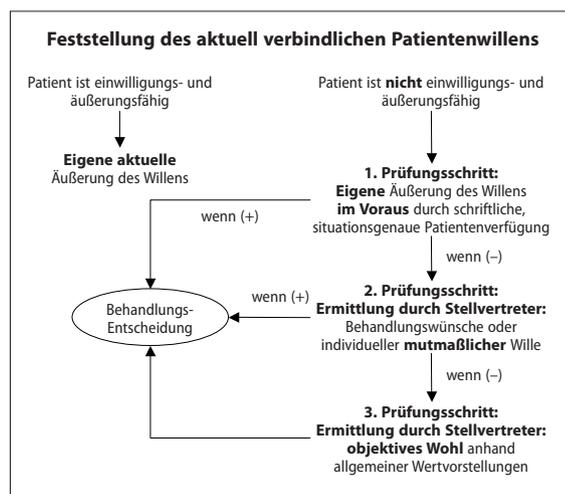


Abbildung 1: Feststellung des aktuell verbindlichen Patientenwillens (modifiziert nach Vetter 2009)

2.2.1 Vorausverfügter Patientenwille (Patientenverfügung)

Wie bisher ist zunächst zu prüfen, ob der Patient selbst bereits früher, als er noch entscheidungsfähig war, seine Einwilligung oder Ablehnung in die nunmehr zur Disposition stehende medizinische Maßnahmen erklärt und in einer Patientenverfügung schriftlich niedergelegt hat. Das aktuelle Gesetz knüpft an die bisherige Rechtsprechung an und stellt klar, dass eine solche antizipierte Willenserklärung uneingeschränkte Verbindlichkeit hat, sofern sie auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation des Patienten zutrifft. Der Betreuer bzw. Bevollmächtigte ist dazu verpflichtet, dem Willen des Betreuten bzw. Vollmachtgebers Ausdruck und Geltung zu verschaffen [§ 1901a Abs. 1 BGB]. Der Entscheidung muss nach § 1901b Abs. 1 BGB ein Gespräch zwischen behandelndem Arzt und Betreuer/Bevollmächtigtem über das Zutreffen der Patientenverfügung auf die infrage stehende Maßnahme vorausgehen. Neben Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Patienten soll Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

Einzig unterschiedlich zur bisherigen Rechtslage ist, dass nach dem Gesetz nur schriftliche Patientenverfügungen Wirkung nach § 1901a Abs. 1 erzielen können; die früher auch akzeptierten mündlichen Patientenverfügungen werden zukünftig nicht mehr so benannt, können allerdings gemäß § 1901a Abs. 2 durchaus gleichartige Wirkung entfalten (vgl. Abschnitt 2.2.2). Insofern ist die Einführung der Schriftform für Patientenverfügungen eher von rechtsdogmatischer als von praktischer Relevanz. Nichtsdestotrotz ergibt sich auch hier für den gesamten Entscheidungsprozess eine Verpflichtung zu verstärkter Dokumentation.

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass auch zukünftig Patientenverfügungen jederzeit formlos, also auch mündlich, widerrufen werden können [§ 1901a Abs. 1 Satz 3 BGB]. Zumindest wird man hierfür jedoch die gleiche Einsichtsfähigkeit verlangen müssen wie beim

Erstellen einer Patientenverfügung. Bloße Lautäußerungen oder körperliche Reaktionen können daher grundsätzlich keinen rechtsverbindlichen Widerruf darstellen.

2.2.2 Mutmaßlicher Patientenwille

Wenn keine schriftliche Patientenverfügung vorliegt oder diese nicht konkret auf die vorliegende medizinische Situation zutrifft, muss auch nach dem neuen Gesetz der Betreuer bzw. Bevollmächtigte stellvertretend für den Patienten entscheiden [§ 1901a Abs. 2 BGB]. Dies heißt aber nicht, dass er der Entscheidung seine eigenen Werte oder Anschauungen zugrunde legen darf; er hat sich vielmehr am Wohl des Patienten, an seinen Wünschen und Vorgaben zu orientieren. Anders ausgedrückt heißt dies, dass der mutmaßliche, individuelle Wille des Patienten durch seinen Vertreter zu ermitteln und sodann dem Arzt zu übermitteln ist.

Bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens muss der gesetzliche Vertreter insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen zu Themen wie Krankheit, Leiden, Sterben und Tod, religiöse und ethische Überzeugungen sowie sonstige Wertvorstellungen des Betroffenen berücksichtigen [§ 1901a Abs. 2 Satz 3 BGB]. Der Vertreter muss sich fragen: „Was würde sich der Betroffene jetzt wünschen? Was würde er zu seiner Situation sagen, wenn man ihn dazu befragen könnte? Würde er lieber sterben oder unter den gegenwärtigen Bedingungen weiterleben wollen?“ Dabei sollen ausdrücklich weitere Personen einbezogen werden, die Aussagen über die Lebenseinstellungen und Wünsche des Betroffenen machen können [§ 1901b Abs. 2 BGB]. Insbesondere in schwierigen Entscheidungssituationen kann die Durchführung einer klinisch-ethischen Beratung sinnvoll sein, auch wenn sie im Gesetz nicht explizit erwähnt ist.

Gelingt es, auf diese Weise einen mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln, dann ist dieser bei der Entscheidung über die Durchführung einer medizinischen Maßnahme mit der gleichen Verbindlichkeit zugrunde zu legen, wie der in einer schriftlichen Patientenverfügung ausdrücklich erklärte Wille des Patienten. So entsprach es bislang der Rechtsprechung und so will es zukünftig auch das Gesetz.

2.2.3 „Objektives“ Patientenwohl

Nicht geregelt sind durch das 3. BetrRÄG diejenigen Fälle, in denen der Patient weder eine Patientenverfügung verfasst noch überhaupt etwas zu den Themen Krankheit, Sterben und Tod geäußert hat, sodass keine Behandlungswünsche, kein mutmaßlicher Wille zu ermitteln sind. Hier greift ergänzend die bisherige Rechtsprechung des BGH. Demzufolge ist anhand allgemeiner Wertvorstellungen zu ermitteln, ob in der vorliegenden Situation die Fortsetzung oder der Abbruch der medizinischen Maßnahmen dem Wohlergehen und damit dem Interesse eines verständigen Patienten im Allgemeinen entspricht. Im Grunde wird man diese Überlegungen, die eine sehr sorgfältige Abschätzung und Bewertung von Nutzen und Risiken voraussetzen, schon auf der Ebene der Indikationsprüfung anstellen. Zur endgültigen Abklärung der Entscheidung kann es im Einzelfall sinnvoll sein, mehrere Personen in die Ent-



findung einzubeziehen, um verschiedene Perspektiven auf das Patientenwohl zu berücksichtigen. Auch die Durchführung einer klinisch-ethischen Beratung kann sinnvoll sein.

Die abschließende Entscheidung – bei Vorliegen einer medizinischen Indikation – trifft der Betreuer/Bevollmächtigte.

3. Entscheidungen ohne gesetzlichen Vertreter

Die neue gesetzliche Regelung bezieht sich auf die Situation, wenn der Patient durch einen Bevollmächtigten oder Betreuer vertreten wird. Daher stellt sich die Frage, wie zu verfahren ist, wenn ein entscheidungsunfähig Erkrankter keinen Bevollmächtigten benannt hat und noch kein Betreuer für ihn bestellt ist. Handelt es sich um akute Notsituationen, so hat der Arzt zunächst das medizinisch Notwendige zu veranlassen und darf dabei die Zustimmung des Patienten unterstellen, wenn keine gegenteiligen Hinweise vorliegen. Liegt dem Arzt eine Patientenverfügung vor, in der der Betroffene ausdrücklich auch für Notsituationen, wie die vorliegende, den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen bestimmt, dann ist der Arzt trotz fehlendem Betreuer/Bevollmächtigten daran gebunden.

Es ist sicherlich nicht zu erwarten, dass in akuterem Fällen innerhalb von drei bis vier Tagen bereits eine Betreuung beim zuständigen Betreuungsgericht angeregt werden muss. Bei Zweifelsfragen sollte sich der Arzt nicht scheuen, frühzeitig mit Angehörigen die Anregung einer Betreuung zu besprechen oder selbst beim Betreuungsgericht anzufragen.

Handelt es sich um eine Situation, die keine Notfalllage darstellt, dann sollte der Arzt neben seiner Pflicht zur Indikationsstellung bei Nichtvorhandensein eines Betreuers möglichst umgehend eine Betreuung bei Gericht (über die Angehörigen) anregen.

4. Welche Rolle spielen betreuungsgerichtliche Genehmigungen?

Neben der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen und der Ermittlung des Patientenwillens regelt das 3. BetrRÄG auch die Frage, wann bei ärztlichen Maßnahmen eine Genehmigung durch das Betreuungsgericht

Literatur
Vetter P: Selbstbestimmung
am Lebensende. Patienten-
verfügung und Vorsorgevoll-
macht. 2. Auflage, Stuttgart,
München: Richard Boorberg
Verlag 2009

(vormals: Vormundschaftsgericht) erforderlich ist. Wenn zwischen Arzt und Betreuer/Bevollmächtigtem Einvernehmen besteht, dass die Durchführung oder Unterlassung einer medizinischen Maßnahme dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht, ist keine Genehmigung durch das Betreuungsgericht erforderlich [§ 1904 Abs. 4 BGB n. F.]. Der bisherigen Rechtsprechung folgend ist nicht im Regelfall, sondern nur im Konfliktfall vom Betreuer/Bevollmächtigten eine Genehmigung durch das Betreuungsgericht einzuholen, das heißt, wenn sich Arzt und gesetzlicher Vertreter nicht einigen können, ob die Durchführung einer grundsätzlich indizierten medizinischen Maßnahme dem (erklärten oder mutmaßlichen) Willen des Patienten entspricht. Sofern verfügbar, können die Beteiligten vor Anrufung des Betreuungsgerichts versuchen, im Rahmen einer klinisch-ethischen Beratung durch ein klinisches Ethikkomitee ein Einvernehmen zu erzielen, welches Vorgehen dem Willen des Patienten entspricht. An dieser Stelle sei noch einmal ausdrücklich betont, dass die Möglichkeit, das Leben des Patienten zu verlängern, für sich genommen keine hinreichende Rechtfertigung für die Durchführung einer medizinischen Maßnahme darstellt. Die erreichbare Lebensverlängerung muss dem Wohlergehen des Patienten dienen und seinem Willen entsprechen.

5. Sonderproblem: Reichweitenbeschränkung der Patientenverfügung

Ein Hauptproblem in der bisherigen Anwendungspraxis von Patientenverfügungen und in der politischen Debatte war die sogenannte Reichweite der Patientenverfügung. In § 1901a Abs. 3 BGB ist nun klar geregelt, dass der Patient seine verbindliche Behandlungsanweisung erteilen darf, völlig unabhängig davon, welche Art und Schwere seine zukünftige Erkrankung haben wird. Im Grunde liegt genau in dieser neuen Vorschrift der eigentliche Rechtssicherheitsgewinn des 3. BetrRÄG.

Bislang hatte der 12. Zivilsenat des BGH in seinem Beschluss von 2003 festgehalten, dass der Patientenwille beachtlich sei, wenn das Grundleiden des Betroffenen einen irreversiblen, das heißt unumkehrbaren und infausten, mithin tödlichen Verlauf genommen habe. In diesem Punkt ist der BGH sofort nach Erlass der Entscheidung völlig zu Recht stark kritisiert worden. Eine Einschränkung der Selbstbestimmung eines einwilligungsunfähigen Patienten auf unumkehrbar tödlich verlaufende Krankheitszustände, während ein entscheidungsfähiger Patient unabhängig von Art und Schwere seiner Erkrankung jederzeit über einen Behandlungsabbruch bestimmen kann, verstößt gegen Artikel 1 und 2 des Grundgesetzes und ist daher verfassungswidrig. Völlig verfassungskonform regelt das Gesetz deshalb, dass es auf die Todesnähe für die Beachtlich- und Verbindlichkeit von Patientenverfügungen oder mutmaßlichem Patientenwillen nicht ankommt.

Hinweise für die Praxis

- Zunächst muss sorgfältig geprüft werden, ob die betreffende Maßnahme medizinisch (noch) indiziert ist. Bei Fehlen einer medizinischen Indikation erübrigt sich die Frage nach der Einwilligung des Patienten.
- Bei Vorliegen einer Patientenverfügung ist zu prüfen, ob die Festlegungen auf die aktuelle Behandlungssituation des Patienten zutreffen.
- Die Ermittlung des Patientenwillens muss in einem gemeinsamen Gespräch zwischen Arzt und gesetzlichem Vertreter (Betreuer/Bevollmächtigter) erfolgen. Dabei sind nach Möglichkeit auch nahe Angehörige und andere Vertrauenspersonen des Patienten zu hören.
- Eine zutreffende Patientenverfügung ist unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung verbindlich.
- Wenn keine schriftliche Patientenverfügung vorliegt oder diese nicht auf die aktuelle medizinische Situation zutrifft, muss sich die Entscheidung an früher geäußerten Behandlungswünschen oder dem mutmaßlichen Willen des Patienten orientieren.
- Nur im Konfliktfall, wenn sich Arzt und gesetzlicher Vertreter des Patienten nicht einig sind, ist eine Genehmigung durch das Betreuungsgericht (vormals: Vormundschaftsgericht) vonseiten des Betreuers/Bevollmächtigten einzuholen.