

Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer

Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis

Vorwort

Ärztinnen und Ärzte erleben in ihrer täglichen Arbeit die Sorgen und Nöte schwerstkranker und sterbender Menschen, sie müssen in schwierigen Beratungssituationen Antworten auf existenzielle Fragen ihrer Patienten geben.

Für den Fall, dass sich Patienten selbst krankheitsbedingt nicht mehr adäquat mitteilen können, gibt es verschiedene Möglichkeiten der Vorausbestimmung der gewünschten medizinischen Behandlung. In Anerkennung des Rechts eines jeden Menschen auf Selbstbestimmung hat die Bundesärztekammer bereits 2004 in den „Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung“ die Bedeutung vorsorglicher Willenserklärungen hervorgehoben.

Die Vielfalt möglicher Situationen, in die ein Mensch geraten kann, macht es schwierig, eine Vorausbestimmung treffend zu artikulieren.

Angesichts des offenkundigen Bedarfs sowohl vonseiten der betroffenen Patienten als auch vonseiten der Ärzteschaft an einer praktischen Hilfestellung und weitergehenden Konkretisierung für die ärztliche Praxis haben es sich die Bundesärztekammer und die Zentrale Ethikkommission (ZEKO) bei der Bundesärztekammer zur Aufgabe gemacht, durch gemeinsame Empfehlungen den Beteiligten eine Orientierung im Umgang mit vorsorglichen Willensbekundungen zu geben. Die überarbeiteten Empfehlungen berücksichtigen auch aktuelle Fragestellungen zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung.

Die gemeinsamen Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission mögen Patienten und Ärzten eine Hilfestellung bei der Bewältigung der komplexen Fragen im Zusammenhang mit dem Lebensende und dem Wunsch nach einem menschenwürdigen Sterben geben.



Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery

Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages
sowie der Ärztekammer Hamburg



Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing

Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission
bei der Bundesärztekammer

Vorbemerkungen

Ziele und Grenzen jeder medizinischen Maßnahme werden durch die Menschenwürde, das allgemeine Persönlichkeitsrecht einschließlich des Rechts auf Selbstbestimmung sowie das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit bestimmt. Diese bilden auch die Grundlage der Auslegung aller Willensbekundungen der Patienten¹. Jede medizinische Maßnahme setzt in der Regel die Einwilligung des Patienten nach angemessener Aufklärung voraus (§ 630 d Abs. 1 S. 1 Bürgerliches Gesetzbuch [BGB]).

Die umfangreichen Möglichkeiten der modernen Medizin und die unterschiedlichen Wertorientierungen der Patienten lassen es sinnvoll erscheinen, dass sich Patienten vorsorglich für den Fall des Verlustes der Einwilligungsfähigkeit zu der Person ihres Vertrauens und der gewünschten Behandlung erklären. Ärzte sollten mit ihren Patienten über diese Möglichkeiten sprechen. Beson-

ders ältere Personen und Patienten mit prognostisch ungünstigen Leiden sollten ermutigt werden, die künftige medizinische Versorgung mit dem Arzt ihres Vertrauens zu besprechen und ihren Willen zum Ausdruck zu bringen. Allerdings darf kein Patient gedrängt oder gar gezwungen werden, eine vorsorgliche Willensbekundung abzugeben. Insbesondere darf die Aufnahme in ein Krankenhaus, in ein Alten- oder Pflegeheim nicht von dem Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer vorsorglichen Willensbekundung abhängig gemacht werden (§ 1901 a Abs. 4 BGB). Deshalb ist der Dialog zwischen Patient und Arzt, die Beratung und Aufklärung über diese Fragen besonders wichtig. Dabei kann die Einbeziehung von Angehörigen des Patienten hilfreich sein.

Die vorliegenden Empfehlungen sollen Ärzten, aber auch Patienten, eine grundlegende Orientierung im Umgang mit vorsorglichen Willensbekundungen geben. Deshalb sind Ärzte aufgerufen, sich auch mit den rechtlichen Implikationen für solche Willensbekundungen auseinanderzusetzen. Die vorliegenden Empfehlungen sollen diesen Prozess unterstützen.

¹Die nachstehenden Bezeichnungen „Arzt“ und „Patient“ werden einheitlich und neutral für Ärzte und Ärztinnen sowie für Patienten und Patientinnen verwendet.

Vorsorgliche Willensbekundungen von minderjährigen Patienten werden von den Vorschriften des Betreuungsrechts nicht erfasst, da das Betreuungsrecht nur für Volljährige gilt. Solche Äußerungen sind jedoch bei der Entscheidungsfindung im Kontext mit den Befugnissen der sorgeberechtigten Eltern bei der ärztlichen Behandlung des minderjährigen Patienten mit wachsender Reife zu beachten.

1. Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung

Ein wesentlicher Ausgangspunkt für Regelungen in Gesundheitsangelegenheiten ist die Frage nach einer Vertrauensperson. Für die Auswahl und die Bestellung einer Vertrauensperson kommen zwei Vorsorgeinstrumente in Betracht:

- die Vorsorgevollmacht, mit der der Patient eine Vertrauensperson zu seinem Vertreter (Bevollmächtigten) in Gesundheitsangelegenheiten bestellt;
- die Betreuungsverfügung, mit der der Patient das Betreuungsgericht bittet, die von ihm vorgeschlagene Vertrauensperson zu seinem Vertreter (Betreuer) in Gesundheitsangelegenheiten zu bestellen. Das Betreuungsgericht prüft zu gegebener Zeit, ob der Vorschlag dem aktuellen Willen des Betroffenen entspricht und die vorgeschlagene Person als Betreuer geeignet ist.

Arzt und Vertreter (Bevollmächtigter und/oder Betreuer) erörtern die Indikation und den Patientenwillen im Gespräch; der Vertreter erklärt auf dieser Grundlage die Einwilligung in die ärztliche Maßnahme oder lehnt sie ab (§ 1901 b BGB).

1.1 Vorsorgevollmacht

Mit der Vorsorgevollmacht wird vom Patienten selbst eine Vertrauensperson für den Fall seiner Geschäfts- und/oder Einwilligungsunfähigkeit für bestimmte Bereiche bevollmächtigt, z. B. für die gesundheitlichen Angelegenheiten. Der Bevollmächtigte schließt den Behandlungsvertrag und verschafft der Patientenverfügung des aktuell nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten Ausdruck und Geltung oder entscheidet an dessen Stelle nach Maßgabe der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens des Patienten über die Einwilligung in die ärztliche Behandlung oder deren Ablehnung.

Vor der Bevollmächtigung sollten die Beteiligten die Aufgaben des Bevollmächtigten, die Wünsche und Vorstellungen des Patienten erörtern. Zwischen dem Patienten und dem Bevollmächtigten sollte ein besonderes Vertrauensverhältnis bestehen. Die Vorsorgevollmacht sollte nicht an Bedingungen (z. B. an einen bestimmten Krankheitszustand) geknüpft werden.

Eine Vollmacht in Gesundheitsangelegenheiten bedarf der Schriftform; sie muss ärztliche Maßnahmen ausdrücklich benennen². Im Übrigen sollte eine Vollmacht in Gesundheitsangelegenheiten schon aus Gründen der Klarheit und Beweiskraft stets schriftlich erteilt werden³.

Eine Vorsorgevollmacht in Gesundheitsangelegenheiten kann durch einen Notar beurkundet werden (§ 20 a Beurkundungsgesetz). Eine Beurkundung ist jedoch keine zwingende Voraussetzung. Die notarielle Beurkundung kann sich anbieten, wenn die Vorsorgevollmacht in Gesundheitsangelegenheiten mit einer Vollmacht für andere Angelegenheiten (z. B. Vermögensvorsorge) verbunden wird (vgl. 9.).

Eine Vorsorgevollmacht erlischt durch Widerruf seitens des Vollmachtgebers. Ein solcher Widerruf ist jederzeit möglich. Der Widerruf bedarf keiner besonderen Form, auch ein mündlicher Widerruf ist wirksam.

Sollten Zweifel an der Wirksamkeit einer Vollmacht bestehen, kann der Arzt bei dem zuständigen Betreuungsgericht ein Verfahren zur Betreuerbestellung anregen. Das Betreuungsgericht hat dann zu entscheiden, ob die Vollmacht wirksam ist und, falls sie unwirksam ist, ob ein Betreuer bestellt wird und welche Person das sein soll. Es kann auch mit einem sogenannten Negativattest bestätigen, dass die Vollmacht wirksam und eine Betreuerbestellung gem. § 1896 Abs. 2 Satz 2 BGB nicht erforderlich ist.

Eine Vorsorgevollmacht, die einer Person des Vertrauens (z. B. einem Angehörigen) erteilt wird, ist das am ehesten geeignete Instrument, um für den Fall der eigenen Geschäfts- oder Einwilligungsunfähigkeit Vorsorge zu treffen und dem Willen Geltung zu verschaffen. Der Patient hat sich die Person oder die Personen, die er bevollmächtigt, selbst ausgesucht und sollte mit ihnen die Aufgaben des Bevollmächtigten, gegebenenfalls unter Hinzuziehung ärztlichen Rates, erörtern.

Es ist sinnvoll, eine Vorsorgevollmacht mit der Festlegung von Behandlungswünschen oder mit einer Patientenverfügung (vgl. 2.) zu kombinieren. Damit wird der Bevollmächtigte besser in die Lage versetzt, die Interessen des Vollmachtgebers im Hinblick auf seine gesundheitlichen Belange gegenüber Ärzten und Pflegepersonal wirksam im Sinne des Patienten zu vertreten.

Ebenfalls ratsam ist die Kombination mit einer Betreuungsverfügung. Muss trotz der Vorsorgevollmacht eine gesetzliche Betreuung angeordnet werden, erweist es sich als hilfreich, wenn der Bevollmächtigte vom Vollmachtgeber in einer Betreuungsverfügung gleichzeitig als Betreuer vorgeschlagen wird⁴.

1.2 Betreuungsverfügung

Eine Betreuungsverfügung ist eine für das Betreuungsgericht bestimmte Willensbekundung eines Patienten für den Fall, dass ein Betreuer bestellt werden muss, weil der Patient infolge einer Krankheit seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann.

Der Betreuer wird vom Gericht (Amtsgericht – Betreuungsgericht) bestellt. Eine Betreuung wird für bestimmte Bereiche (z. B. Gesundheit und Vermögen) angeordnet, wenn der Patient nicht mehr in der Lage ist, seine Angelegenheiten selbst zu regeln, und eine Vorsorgevollmacht hierfür nicht vorliegt oder nicht ausreicht. Wer zu einer Einrichtung (z. B. Alten- und Pflegeheim), in welcher der Betreute untergebracht ist oder wohnt, in einer engen Beziehung steht (z. B. Arbeitsverhältnis), darf nicht zum Betreuer bestellt werden (§ 1897 Abs. 3 BGB). Der Betreuer wird regelmäßig vom Gericht kontrolliert.

In einer Betreuungsverfügung können neben Vorschlägen zur Person eines Betreuers auch Handlungsanweisungen für den Betreuer zur Wahrnehmung seiner Aufgaben festgelegt werden. Das Betreuungsgericht und der Betreuer müssen eine Betreuungsverfügung grundsätzlich beachten.

1.3 Bewertung

Vorzugswürdig ist die Benennung einer Vertrauensperson (Bevollmächtigter und/oder Betreuer). Damit hat der Arzt einen An-

²Vgl. § 1904 Abs. 5 BGB.

³Im Weiteren wird auf die Ausführungen zur Entscheidungsfindung unter 10. verwiesen.

⁴Z. B. weil die Geschäftsfähigkeit des Vollmachtgebers (Patienten) fragwürdig oder wenn der Umfang der Vorsorgevollmacht nicht ausreichend ist.

sprechpartner, der den Willen des Patienten in der aktuellen Entscheidungssituation umsetzt. Die Praxis hat gezeigt, dass ein Unterschied bestehen kann, ob Menschen in gesunden Tagen und ohne die Erfahrung einer ernsthaften Erkrankung eine Verfügung über die Behandlung in bestimmten Situationen treffen oder ob sie in der existenziellen Betroffenheit durch eine schwere unheilbare Krankheit gefordert sind, über eine Behandlung zu entscheiden. Dies unterstreicht die grundlegende Bedeutung vertrauensvoller Gespräche zwischen Patient und Arzt, auch zwischen Patient und Angehörigen oder Vertreter, um vorausschauend Entscheidungsoptionen und Behandlungsalternativen zu erörtern.

Mit der Vorsorgevollmacht bestellt der Patient selbst einen Vertreter (Bevollmächtigten in Gesundheitsangelegenheiten). Das Betreuungsgericht muss in diesen Fällen keinen Vertreter (Betreuer) bestellen. Bei Einwilligungsunfähigkeit des Patienten kann die Vertrauensperson sofort tätig werden. Eine Vorsorgevollmacht empfiehlt sich daher in den Fällen, in denen ein enges Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Bevollmächtigtem besteht.

In einer Betreuungsverfügung schlägt der Patient dagegen dem Gericht eine Person seines Vertrauens vor. Die Bestellung zum Betreuer erfolgt durch das Betreuungsgericht, sofern der Patient seine Angelegenheiten nicht (mehr) selbst zu besorgen vermag. Das Gericht prüft dabei auch, ob der Vorschlag dem aktuellen Willen des Patienten entspricht und die vorgeschlagene Person als Betreuer geeignet ist.

2. Patientenverfügungen und andere Willensbekundungen zur medizinischen und pflegerischen Behandlung und Betreuung

Arzt und Vertreter haben stets den Willen des Patienten zu beachten. Der aktuelle Wille des einwilligungsfähigen Patienten hat immer Vorrang; dies gilt auch dann, wenn der Patient einen Vertreter (Bevollmächtigten oder Betreuer) hat. Auf frühere Willensbekundungen kommt es deshalb nur an, wenn sich der Patient nicht mehr äußern oder sich zwar äußern kann, aber einwilligungsunfähig ist. Dann ist die frühere Willensbekundung ein Mittel, um den Willen des Patienten festzustellen.

Das Gesetz enthält eine Definition der Patientenverfügung (§ 1901 a Abs. 1 Satz 1 BGB). Danach ist die Patientenverfügung „eine schriftliche Festlegung eines einwilligungsfähigen Volljährigen für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt“. Andere Formen der Willensbekundung eines Patienten (z. B. mündliche Erklärungen) sind daher keine Patientenverfügung im Sinne des Gesetzes.

Es sind drei verschiedene Formen von Willensbekundungen zu unterscheiden:

- a) Mitteilung von Überzeugungen, Wertvorstellungen u. Ä. Der Patient kann sich seinem Vertreter bzw. dem behandelnden Arzt anvertrauen und ihnen die Aufgabe überantworten, die für ihn in der jeweiligen Situation angemessene Art und Weise der ärztlichen Behandlung festzulegen. Der Vertreter hat dann ggf. die erforderliche Einwilligung zu erteilen und dabei nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten zu handeln, d. h. zu fragen, ob der Patient in dieser Situation in die Behandlung eingewilligt hätte. Der

mutmaßliche Wille ist aufgrund „konkreter Anhaltspunkte“ zu ermitteln (§ 1901 a Abs. 2 BGB). Dabei sind alle verfügbaren Informationen über den Patienten zu berücksichtigen, insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen. Ist nichts über die Präferenzen des Patienten bekannt, dürfen Vertreter und Arzt davon ausgehen, dass der Patient den ärztlich indizierten Maßnahmen zustimmen würde.

- b) Behandlungswünsche
Der Patient kann konkrete Behandlungswünsche über Art, Umfang und Dauer sowie die Umstände seiner Behandlung in jeder Form äußern. Die Einwilligungsfähigkeit ist dafür nicht erforderlich. Der Bevollmächtigte oder Betreuer hat diese Wünsche in den Behandlungsprozess einzubringen und auf dieser Grundlage ärztlichen Maßnahmen zuzustimmen oder diese abzulehnen (§ 1901 a Abs. 2 S. 1 1. Alt. und Abs. 5 BGB). Behandlungswünsche können vorsorglich für den Fall geäußert werden, dass der Patient sich später nicht mehr äußern kann. Behandlungswünsche sind immer an die ärztliche Indikation gebunden. Ärztlicherseits besteht keine Verpflichtung, den Behandlungswünschen Folge zu leisten, wenn keine Indikation für eine Behandlung (mehr) besteht oder die geäußerten Wünsche den gesetzlichen Rahmen überschreiten, z. B. ein vom Patienten geäußertes Verlangen nach aktiver Sterbehilfe.
- c) Patientenverfügung
Der Patient kann eine Patientenverfügung (im Sinne der Definition des § 1901 a Abs. 1 Satz 1 BGB) verfassen, mit der er selbst in bestimmte ärztliche Maßnahmen, die nicht unmittelbar bevorstehen, sondern erst in Zukunft erforderlich werden können, im Vorhinein einwilligt oder diese untersagt. Sie muss daher konkrete Festlegungen für bestimmte beschriebene Situationen enthalten. Diese Erklärung ist für andere verbindlich. Eine Patientenverfügung setzt die Einwilligungsfähigkeit des Patienten voraus; sie bedarf der Schriftform (§ 1901 a Abs. 1 Satz 1 BGB). In der Praxis wird gefragt, ob der Arzt in Fällen, in denen der Patient weder einen Bevollmächtigten noch einen Betreuer hat, selbst bei Vorliegen einer einschlägigen Patientenverfügung stets die Bestellung eines Betreuers durch das Betreuungsgericht anregen muss. Der Gesetzgeber hält dies nicht für erforderlich. Davon geht auch § 630 d Abs. 1 S. 2 BGB aus. Die Bundesärztekammer und die ZEKO sind – wie das Bundesministerium der Justiz – daher der Auffassung, dass eine eindeutige Patientenverfügung den Arzt direkt bindet. Sofern der Arzt keinen berechtigten Zweifel daran hat, dass die vorhandene Patientenverfügung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft, hat er auf ihrer Grundlage zu entscheiden. Sofern ein Bevollmächtigter oder Betreuer vorhanden ist, hat er zu prüfen, ob die Patientenverfügung wirksam und einschlägig ist; sofern dies zutrifft, hat er ihr Ausdruck und Geltung zu verschaffen (§ 1901 a Abs. 1 und 5 BGB).
- d) Verhältnis zur Organspendeerklärung
Rechtlich und ethisch ist der Wille des Patienten maßgeblich. Willensbekundungen zum Umfang einer Behandlung und Organspendeerklärungen sind Mittel, den

Patientenwillen festzustellen. Hat der Patient beide Erklärungen verfasst, müssen beide bei der Feststellung des Patientenwillens berücksichtigt werden. Der auf eine Behandlungsbegrenzung gerichtete Wille schließt eine Organspende nicht von vorneherein aus; vielmehr müssen verschiedene Fallkonstellationen unterschieden werden. Dazu hat die Bundesärztekammer ein „Arbeitspapier zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung“ herausgegeben, das als Anhang beigefügt ist.

3. Umgang mit Mustern für eine Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung

In der Praxis gibt es eine Fülle von Mustern für Vorsorgevollmachten, Betreuungsverfügungen und Patientenverfügungen. Erwähnt werden sollen insbesondere die Formulare, die

- von den Ärztekammern
- (z. B. www.aerztekammer-hamburg.de/patienten/patientenverfuegung.pdf),
- von Justizministerien (z. B. www.bmj.bund.de, www.justiz.bayern.de) und
- von Kirchen (www.ekd.de, www.katholische-kirche.de)

angeboten werden.

Ob im Einzelfall ein Formular benutzt wird und welches, sollte der Patient entscheiden, denn diese Muster bringen unterschiedliche Wertvorstellungen zum Ausdruck, die sich beispielsweise in den Empfehlungen zur Reichweite einer Patientenverfügung niederschlagen. Inhaltlich sind zum einen regelmäßig Aussagen zu den Situationen enthalten, für die sie gelten sollen. Zum anderen wird auf bestimmte ärztliche Maßnahmen, die in bestimmten Situationen angezeigt sind oder unterbleiben sollen, abgestellt. Daher erscheint es sinnvoll, die in den Formularen angegebenen Maßnahmen und Situationen mit den eigenen Wertvorstellungen und Behandlungswünschen zu vergleichen. Ein Arzt kann auf die verschiedenen Muster und die dort beschriebenen Reichweiten und Begrenzungen hinweisen.

Um in Situationen, die in einem Muster möglicherweise nicht erfasst sind, den mutmaßlichen Willen besser ermitteln zu können, empfiehlt es sich auch, Lebenseinstellungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen, z. B. zur Bewertung von Schmerzen und schweren Schäden, mitzuteilen.

4. Ärztliche Beratung und Aufklärung

Ärzte sollen mit Patienten über die Abfassung einer vorsorglichen Willensbekundung sprechen. Dabei sollte die Initiative für ein Gespräch in der Regel dem Patienten überlassen bleiben. In bestimmten Fällen kann es jedoch die Fürsorge für den Patienten gebieten, dass der Arzt die Möglichkeiten vorsorglicher Willensbekundungen von sich aus anspricht. Ein solcher Fall liegt beispielsweise vor, wenn bei einer bevorstehenden Behandlung oder in einem absehbaren Zeitraum der Eintritt der Einwilligungsunfähigkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist und der Patient ohne Kenntnis von den Möglichkeiten der vorsorglichen Willensbekundung seine Sorge über den möglichen Zustand fehlender Selbstbestimmung angesprochen hat.

Äußert der Patient die Absicht, eine vorsorgliche Willensbekundung zu verfassen, sollte der Arzt seine Beratung für damit zusammenhängende medizinische Fragestellungen anbieten, so dass der Patient diese Sachkenntnis in seine Entscheidungsfin-

dung einbeziehen kann. Zwar kann der Arzt dem Patienten die oftmals schwierige und als belastend empfundene Entscheidung über das Ob und Wie einer vorsorglichen Willensbekundung nicht abnehmen, wohl aber Informationen für das Abwägen der Entscheidung beitragen. So kann der Arzt beispielsweise über medizinisch mögliche und indizierte Behandlungsmaßnahmen informieren, auf die mit Prognosen verbundenen Unsicherheiten aufmerksam machen und allgemein über Erfahrungen mit Patienten, die sich in vergleichbaren Situationen befunden haben, berichten. Indem der Arzt den Patienten möglichst umfassend informiert, kann er zugleich Vorsorge gegen aus ärztlicher Sicht nicht gebotene Festlegungen des Patienten treffen, etwa indem er über Missverständnisse – z. B. über die sogenannte Apparatemedizin – aufklärt, Fehleinschätzungen hinsichtlich der Art und statistischen Verteilung von Krankheitsverläufen korrigiert und die Erfahrungen aus dem Umfeld des Patienten, an denen sich dieser orientiert und aus denen er möglicherweise falsche Schlüsse zieht, hinterfragt. Der Arzt darf dem Patienten nicht seine Sicht der Dinge aufdrängen. Er kann aber wesentlich dazu beitragen, die Meinungsbildung des Patienten zu verbessern und abzusichern. Er kann dem Patienten nicht nur das Für und Wider seiner Entscheidungen vor Augen führen, sondern ihm durch die Aufklärung auch Ängste nehmen.

In dem Dialog sollte der mögliche Konflikt zwischen den in gesunden Tagen geäußerten Vorstellungen und den Wünschen in einer aktuellen Behandlungssituation thematisiert werden. Dies gilt insbesondere für Festlegungen zu bestimmten Therapien oder zur Nichtaufnahme einer Behandlung in bestimmten Fällen.

Auch für den Patienten wird eine eingehende ärztliche Beratung vor der Abfassung einer vorsorglichen Willensbekundung von Vorteil sein.

Er kann vielfach erst bei Inanspruchnahme einer ärztlichen Beratung in der Lage sein zu entscheiden, welches der zahlreichen verfügbaren und inhaltlich unterschiedlichen Formulare seinen Wünschen am ehesten entgegenkommt und welche Formulierungen geeignet sind, seine persönlichen Vorstellungen hinreichend nachvollziehbar und umsetzbar niederzulegen. Zudem wird der Patient, wenn er sich ärztlich beraten lässt, die Wirksamkeit seiner Willensbekundungen dadurch erhöhen können, dass er die Situationen, in denen Behandlungsentscheidungen voraussichtlich anfallen, und die in diesen Situationen bestehenden Handlungsoptionen sehr viel konkreter beschreiben und damit das faktische ärztliche Handeln in weit größerem Umfang festlegen kann, als es ohne Beratung der Fall wäre. Dies gilt vor allem, wenn aufgrund einer diagnostizierten Erkrankung die voraussichtlichen Entscheidungssituationen und Behandlungsoptionen relativ konkret benannt werden können.

Der Dialog zwischen Patient und Arzt kann dazu beitragen, dass der Arzt, insbesondere der Hausarzt, ein differenziertes Bild vom Willen des Patienten erhält. Es empfiehlt sich daher, ihn bei der Ermittlung des Patientenwillens heranzuziehen, wenn in einer Vollmacht oder Patientenverfügung festgehalten ist, dass und mit welchem Arzt das Gespräch stattgefunden hat.

5. Schweigepflicht

Gegenüber dem Bevollmächtigten und dem Betreuer ist der Arzt zur Auskunft berechtigt und verpflichtet, da Vollmacht und Gesetz den Arzt von der Schweigepflicht freistellen. In der vorsorglichen Willensbekundung können weitere Personen benannt wer-

den, gegenüber denen der Arzt von der Schweigepflicht entbunden wird und denen Auskunft erteilt werden soll.

6. Form einer vorsorglichen Willensbekundung

Eine Vorsorgevollmacht in Gesundheitsangelegenheiten muss schriftlich erteilt werden (vgl. 1.1). Eine Patientenverfügung im Sinne von § 1901 a BGB bedarf der Schriftform. Die Betreuungsverfügung bedarf keiner bestimmten Form; aus praktischen Gründen empfiehlt es sich aber, sie schriftlich zu verfassen.

Patientenverfügungen müssen eigenhändig unterschrieben und sollten mit dem aktuellen Datum versehen sein. Eine handschriftliche Abfassung durch den Verfügenden (wie z. B. bei einem Testament) ist nicht notwendig. Die Benutzung eines Musters ist möglich (vgl. 3).

Rechtlich ist es weder erforderlich, die Unterschrift durch Zeugen bestätigen zu lassen, noch eine notarielle Beglaubigung der Unterschrift herbeizuführen. Um Zweifeln zu begegnen, kann sich eine Unterschrift vor einem Zeugen (z. B. dem Arzt) empfehlen, der seinerseits schriftlich die Echtheit der Unterschrift sowie das Vorliegen der Einwilligungsfähigkeit des Verfassers bestätigt.

7. Geschäftsfähigkeit und Einwilligungsfähigkeit

Eine Vorsorgevollmacht kann nur von einer Person erteilt werden, die in vollem Umfang geschäftsfähig ist. Wird eine Vorsorgevollmacht von einem Notar beurkundet, was sich anbietet, wenn die Vorsorgevollmacht nicht nur gesundheitliche Angelegenheiten, sondern auch andere Bereiche (z. B. Vermögensvorsorge) umfasst, sind Zweifel an der Geschäftsfähigkeit so gut wie ausgeschlossen, weil der Notar hierzu Feststellungen in der Urkunde treffen muss.

Patientenverfügungen sind nur wirksam, wenn der Patient zur Zeit der Abfassung volljährig und einwilligungsfähig ist (§ 1901 a Abs. 1 Satz 1 BGB). Sofern keine gegenteiligen Anhaltspunkte vorliegen, kann der Arzt von der Einwilligungsfähigkeit des volljährigen Patienten ausgehen. Die Einwilligungsfähigkeit ist ausgeschlossen, wenn die Einsichts- und Urteilsfähigkeit eines Patienten durch Krankheit und/oder Behinderung so stark beeinträchtigt sind, dass er die Art und Schwere einer möglichen Erkrankung oder Behinderung nicht erfasst oder Wesen, Bedeutung und Tragweite der Patientenverfügung nicht mehr zu beurteilen vermag. Es kann auch aus diesem Grund angezeigt sein, dass Arzt und Patient eine Patientenverfügung durchsprechen und der Arzt die Einwilligungsfähigkeit des Patienten bestätigt.

8. Ärztliche Dokumentation

Ärzte haben über die in Ausübung ihres Berufs getroffenen Feststellungen und Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Diese sind nicht nur Gedächtnisstützen für den Arzt, sie dienen auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation (vgl. § 630 f BGB und § 10 Abs. 1 [Muster-]Berufsordnung). Die Pflicht zur Dokumentation gilt auch für Gespräche des Arztes mit dem Patienten über eine vorsorgliche Willensbekundung. Es kann hilfreich sein, eine Kopie einer solchen Willensbekundung (z. B. Patientenverfügung) zur ärztlichen Dokumentation zu nehmen. Damit ist der Arzt in der Lage, bei wesentlichen Veränderungen des Gesundheitszustandes des Patienten eine Konkretisierung oder eine Aktualisierung anzuregen. Zudem steht er ande-

ren Ärzten als Gesprächspartner zur Verfügung, wenn es gilt, den mutmaßlichen Willen des Patienten festzustellen und umzusetzen. Ein Widerruf einer vorsorglichen Willensbekundung sollte einem Arzt, der entsprechende Formulare zur ärztlichen Dokumentation genommen hat, ebenfalls unverzüglich mitgeteilt werden.

9. Aufbewahrung

Patienten sollten durch den Dialog mit dem behandelnden Arzt und mit ihren Angehörigen dafür Sorge tragen, dass diese Personen um die Existenz einer vorsorglichen Willensbekundung wissen, einschließlich des Ortes, an dem sie hinterlegt oder aufbewahrt werden.

Im Falle eines Betreuungsverfahrens müssen vorsorgliche Willensbekundungen, z. B. eine Vorsorgevollmacht, unverzüglich dem Betreuungsgericht vorgelegt werden, damit das Gericht diese bei seiner Entscheidung berücksichtigen kann (§ 1901 c BGB).

Um die rechtzeitige Information des Betreuungsgerichts sicherzustellen, besteht in einigen Bundesländern die Möglichkeit, Betreuungsverfügungen, auch in Verbindung mit einer Vorsorgevollmacht, bei dem zuständigen Betreuungsgericht zu hinterlegen. Darüber hinaus können Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen sowie die damit kombinierten Patientenverfügungen in das „Zentrale Vorsorgeregister“ bei der Bundesnotarkammer eingetragen werden. In diesem Register können auch nicht notariell beurkundete vorsorgliche Willensbekundungen erfasst werden. Eine Auskunft aus dem Register erhält das Betreuungsgericht⁵; sie wird nicht an Ärzte oder Krankenhäuser erteilt. Formularvordrucke für die Eintragung sind unter www.zvr-online.de abrufbar.

10. Entscheidungsfindung

10.1. Entscheidungsprozess

Die Entscheidung über die Einleitung, die weitere Durchführung oder Beendigung einer ärztlichen Maßnahme wird in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess von Arzt und Patient bzw. Patientenvertretern getroffen. Dieser dialogische Prozess ist Ausdruck der therapeutischen Arbeitsgemeinschaft zwischen Arzt und Patient bzw. Patientenvertreter. Das Behandlungsziel, die Indikation, die Frage der Einwilligungsunfähigkeit des Patienten und der maßgebliche Patientenwille müssen daher im Gespräch zwischen Arzt und Patientenvertreter erörtert werden. Sie sollen dabei Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen des Patienten einbeziehen, sofern dies ohne Verzögerung möglich ist.

Die Indikationsstellung und die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit ist Aufgabe des Arztes; sie ist Teil seiner Verantwortung. Er hat zum einen zu beurteilen, welche ärztlichen Maßnahmen im Hinblick auf den Zustand, die Prognose und auf das Ziel der Behandlung des Patienten indiziert sind. Zum anderen hat der Arzt zu prüfen, ob der Patient einwilligungsfähig ist (zur Einwilligungsfähigkeit, vgl. 7.). In Zweifelsfällen sollte ein psychiatrisches oder neurologisches Konsil eingeholt werden.

Hat der Patient eine Vertrauensperson bevollmächtigt oder hat das Betreuungsgericht einen Betreuer bestellt, ist die Feststel-

⁵Auch das Landgericht als Beschwerdegericht, vgl. § 78 a Abs. 2 Satz 1 Bundesnotarordnung (BNotO); in das Register dürfen Angaben über Vollmachtgeber, Bevollmächtigte, die Vollmacht und deren Inhalt aufgenommen werden, vgl. § 78 a Abs. 1 Satz 2 BNotO.

lung des Patientenwillens die Aufgabe des Vertreters, denn er spricht für den Patienten. Er hat der Patientenverfügung Ausdruck und Geltung zu verschaffen oder eine eigene Entscheidung über die Einwilligung in die ärztliche Maßnahme aufgrund der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens des Patienten zu treffen (vgl. § 1901 a Abs. 1 sowie Abs. 2 BGB). Die Feststellung des Patientenwillens aufgrund einer Patientenverfügung gehört daher zu der Aufgabe des Vertreters, die er im Dialog mit dem Arzt wahrnimmt.

Das 3. Betreuungsrechtsänderungsgesetz hat die Notwendigkeit einer Genehmigung durch das Betreuungsgericht erheblich eingeschränkt. Seit dem 1. September 2009 ist eine gerichtliche Genehmigung für die Entscheidung des Vertreters nach § 1904 BGB nur erforderlich, wenn

- der Arzt und der Vertreter sich nicht über den Patientenwillen einig sind und
- der Patient aufgrund der geplanten ärztlichen Maßnahme oder aufgrund der Weigerung des Vertreters, der vom Arzt vorgeschlagenen Maßnahme zuzustimmen, in die Gefahr des Todes oder eines schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schadens gerät.

Ist kein Vertreter des Patienten vorhanden, hat der Arzt im Regelfall das Betreuungsgericht zu informieren und die Bestellung eines Betreuers anzuregen, welcher dann über die Einwilligung in die anstehenden ärztlichen Maßnahmen entscheidet. Ausnahmen kommen zum einen in Notfällen (vgl. 11.) und zum anderen in Betracht, wenn eine Patientenverfügung im Sinne des § 1901 a Abs. 1 BGB vorliegt. In diesem Fall hat der Arzt den Patientenwillen anhand der Patientenverfügung festzustellen. Er soll dabei Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen des Patienten einbeziehen, sofern dies ohne Verzögerung möglich ist. Trifft die Patientenverfügung auf die aktuelle Behandlungssituation zu, hat der Arzt den Patienten entsprechend dessen Willen zu behandeln (vgl. 2 c). Die Bestellung eines Betreuers ist hierfür nicht erforderlich.

Der Arzt hat die Entscheidung zur Durchführung oder Unterlassung einer medizinischen Maßnahme (z. B. Beatmung, Sondenernährung, Reanimation) im weiteren Verlauf der Behandlung kontinuierlich zu überprüfen. Dafür gelten die oben dargestellten Grundsätze entsprechend.

10.2. Konfliktsituationen

In der Praxis lässt sich nicht immer ein Konsens erreichen. Konflikte können im Wesentlichen in zwei Konstellationen auftreten:

- a) Aus ärztlicher Sicht besteht eine medizinische Indikation zur Behandlung, d. h., es gibt eine ärztliche und/oder pflegerische Maßnahme, bei der ein Therapieziel (Heilung, Lebensverlängerung, Rehabilitation oder Erhaltung der Lebensqualität) und eine realistische Wahrscheinlichkeit gegeben sind, dass durch diese Maßnahme das Ziel erreicht werden kann. Der Patientenvertreter (Bevollmächtigter, Betreuer) lehnt die Behandlung jedoch ab. Besteht Einigkeit darüber, dass der Patient auch ablehnen würde, so muss die medizinische Maßnahme im Einklang mit dem Willen des Patienten unterlassen werden. Bestehen Zweifel über den Willen des Patienten, kann das Betreuungsgericht angerufen werden. Im Übrigen ist das Betreuungsgericht anzurufen, wenn ein Dissens über den Patientenwillen besteht und der Patient aufgrund der Weigerung des Vertreters, der vom Arzt vorgeschlagenen

Maßnahme zuzustimmen, in die Gefahr des Todes oder eines schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schadens gerät (vgl. 10.1).

- b) Der Patientenvertreter oder die Angehörigen des Patienten verlangen die Durchführung oder Weiterführung einer medizinisch nicht (mehr) indizierten Maßnahme. Besteht keine medizinische Indikation zur Einleitung oder Weiterführung einer Maßnahme, so darf diese nicht (mehr) durchgeführt werden. Die Übermittlung der Information über eine fehlende medizinische Indikation für lebensverlängernde Maßnahmen und die damit verbundene Therapiezieländerung hin zu palliativen Zielen stellt für Patienten und deren Angehörige meist eine extrem belastende Situation dar, die vom aufklärenden Arzt hohe kommunikative Kompetenzen verlangt. Es kann gerechtfertigt sein, eine Maßnahme, wie die künstliche Beatmung oder Ernährung, begrenzt weiterzuführen, um den Angehörigen Zeit für den Verarbeitungs- und Verabschiedungsprozess zu geben, solange die Fortführung der Maßnahme für den Patienten keine unzumutbare Belastung darstellt. Weder der Patient noch sein Vertreter oder seine Angehörigen können verlangen, dass der Arzt eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme durchführt. Ein Gesprächsangebot sollte immer bestehen bleiben. Auch in solchen Fällen wird das Betreuungsgericht gelegentlich durch Angehörige angerufen, wenn die Kommunikation scheitert. Das Betreuungsgericht hat jedoch nicht die Frage der medizinischen Indikation zu entscheiden, sondern zu prüfen, ob eine indizierte Maßnahme dem Willen des Patienten entspricht.

10.3. Ethikberatung

In Situationen, in denen schwierige Entscheidungen zu treffen oder Konflikte zu lösen sind, hat es sich häufig als hilfreich erwiesen, eine Ethikberatung in Anspruch zu nehmen (z. B. Ethik-Konsil, klinisches Ethikkomitee). Zur Vermeidung von Konflikten, ggf. sogar zur Vermeidung von gerichtlichen Auseinandersetzungen, kann eine solche Beratung beitragen⁶.

11. Notfallsituation

In Notfallsituationen, in denen der Wille des Patienten nicht bekannt ist und für die Ermittlung individueller Umstände keine Zeit bleibt, ist die medizinisch indizierte Behandlung einzuleiten, die im Zweifel auf die Erhaltung des Lebens gerichtet ist. Hier darf der Arzt davon ausgehen, dass es dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht, den ärztlich indizierten Maßnahmen zuzustimmen.

Im weiteren Verlauf gelten die oben dargelegten allgemeinen Grundsätze. Entscheidungen, die im Rahmen einer Notfallsituation getroffen wurden, müssen daraufhin überprüft werden, ob sie weiterhin indiziert sind und vom Patientenwillen getragen werden.

Ein Vertreter des Patienten ist sobald wie möglich einzubeziehen; sofern erforderlich, ist die Einrichtung einer Betreuung beim Betreuungsgericht anzuregen (vgl. 10.1).

Berlin, den 30. Juni 2013

⁶Siehe Stellungnahme der ZEKO „Ethikberatung in der klinischen Medizin“; Dtsch Arztebl 2006; 103: A 1703–7 (Heft 24 v. 16. 6. 2006).

Arbeitspapier zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung

A.

Einleitung

Das im Jahr 2009 in Kraft getretene 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts („Patientenverfügungsgesetz“) hat dazu geführt, dass Patientenverfügungen und andere Willensbekundungen eines Patienten in der klinischen Praxis deutlich mehr Aufmerksamkeit und Beachtung finden als zuvor. Mit der zunehmenden Bedeutung vorsorglicher Willensbekundungen eines Patienten steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass sie im klinischen Alltag häufiger mit Organspendeklärungen zusammentreffen. Dies führt zu Fragen des Verhältnisses von vorsorglicher Willensbekundung und Organspendeerklärung, mit denen sich Ärztinnen und Ärzte auseinandersetzen haben.

Nach dem deutschen Transplantationsgesetz ist eine postmortale Organspende nur zulässig, wenn bei dem Spender zuvor der Hirntod, d. h. der völlige und irreversible Ausfall der gesamten Hirnfunktionen, festgestellt worden ist und der Patient oder subsidiär seine Angehörigen eingewilligt haben. Die Hirntoddiagnostik ist ein aufwendiges Verfahren. Während der Durchführung der Hirntoddiagnostik bis hin zur Realisierung einer möglichen Organspende müssen beim potenziellen Spender intensivmedizinische Maßnahmen (z. B. Beatmungstherapie) fortgeführt werden, um die Transplantationsfähigkeit der Organe zu erhalten.

Hat sich der Patient in einer Patientenverfügung gegen lebenserhaltende Maßnahmen ausgesprochen, scheint dies der Durchführung dieser Maßnahmen zum Zweck der Organspende zu widersprechen. Dasselbe Problem besteht, wenn der Wunsch nach Therapiebegrenzung nicht in einer schriftlichen Patientenverfügung, sondern in anderer Weise ausgedrückt wird oder dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

B.

Fallkonstellationen: Rechtliche und ethische Bewertung

Für die rechtliche und ethische Bewertung medizinischer Maßnahmen ist entscheidend, ob sie für die Behandlung des Patienten oder für die Organspende indiziert sind und ob sie dem Willen des Patienten entsprechen. Zur Feststellung des Patientenwillens wird auf die „Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis“ (Dtsch Arztlbl 2010; 107[18]: 877–82) Bezug genommen. Für die rechtliche und ethische Bewertung sind folgende Fallkonstellationen zu unterscheiden:

I. Patientenverfügung und schriftliche Organspendeerklärung liegen vor

Liegt eine Patientenverfügung vor, die (weitere) lebenserhaltende Maßnahmen in der aktuellen Situation untersagt und ist gleichzeitig die Spendebereitschaft des Patienten in Form eines Organspendeausweises¹ dokumentiert, ist wie folgt zu differenzieren:

1. Situation: „Intensivmedizinische Maßnahmen bei vermutetem Hirntod“

Liegt der Patient beatmet auf der Intensivstation und vermuten die Ärzte, dass der Hirntod bereits eingetreten ist,

stellt sich die Frage, ob es zulässig ist, die intensivmedizinischen Maßnahmen fortzuführen, um eine Hirntoddiagnostik und ggf. anschließend eine Organspende zu ermöglichen.

Rechtlich und ethisch ist der Wille des Patienten maßgeblich. Patientenverfügung und Organspendeerklärung sind Mittel, den Patientenwillen festzustellen. Der Patient hat beide Erklärungen verfasst. Daher müssen beide bei der Feststellung des Patientenwillens berücksichtigt werden. Der in der Patientenverfügung ausgedrückte Wunsch nach Therapiebegrenzung ist mit der Bereitschaft zur Organspende und der dafür erforderlichen kurzzeitigen Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen vereinbar. Die Feststellung des Hirntods stellt eine notwendige Voraussetzung für eine postmortale Organspende dar. Die Fortsetzung der intensivmedizinischen Maßnahmen zur Ermöglichung der Hirntodfeststellung und einer ggf. sich anschließenden Organspende ist zeitlich eng begrenzt. Aufgrund der Organspendeerklärung ist davon auszugehen, dass der Patient damit einverstanden ist. Dieses Vorgehen beachtet auch den in der Patientenverfügung ausgedrückten Willen sterben zu dürfen, weil die intensivmedizinischen Maßnahmen nur für den Zeitraum fortgesetzt werden, der für die Realisierung der vom Patienten gewünschten Organspende erforderlich ist.

Eine isolierte Betrachtung der Patientenverfügung ohne Rücksicht auf die Organspendeerklärung würde dem Willen des Patienten nicht gerecht werden. Die Organspendeerklärung kann nicht durch die hypothetische Annahme entkräftet werden, dass sich der Patient über die Notwendigkeit der Fortsetzung intensivmedizinischer Maßnahmen nicht im Klaren gewesen sei.

2. Situation: „Intensivmedizinische Maßnahmen bei erwartetem Hirntod“

Eine andere Situation ist gegeben, wenn der Patient auf der Intensivstation liegt und die Ärzte vermuten, dass der Hirntod erst in wenigen Tagen eintreten wird. Würde dem in der Patientenverfügung dokumentierten Wunsch des Patienten nach Therapiebegrenzung gefolgt, würde der Patient versterben, bevor der Hirntod festgestellt ist. Eine Fortführung der intensivmedizinischen Maßnahmen zur Realisierung der vom Patienten gewünschten Organspende verlängert den Sterbeprozess daher nicht nur um den Zeitraum, der für die Feststellung des Hirntods und die Durchführung der Organspende notwendig ist, sondern auch um den schwer zu prognostizierenden Zeitraum bis zum Eintritt des Hirntods.

Daher kann in diesen Fällen nicht schon aus der Organspendeerklärung des Patienten abgeleitet werden, dass er mit der Fortführung der intensivmedizinischen Maßnahmen einverstanden ist. Eine Entscheidung hierüber ist folglich mit dem Patientenvertreter (Bevollmächtigter oder Betreuer) und den

¹ Im Organspendeausweis sind Erklärungen zur Organ- und Gewebespende enthalten (vgl. § 2 TPG). Die im Arbeitspapier getroffenen Aussagen zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung gelten gleichermaßen für die Gewebespende bei Hirntoten.

Angehörigen des Patienten zu suchen. Dabei ist auch über die mit der Fortführung der intensivmedizinischen Maßnahmen verbundenen Risiken aufzuklären. Der Patientenvertreter hat den Patientenwillen festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden. Der Patient hat sowohl eine Patientenverfügung als auch eine Organspendeerklärung verfasst. Daher muss der Patientenvertreter beide Erklärungen bei der Feststellung des Patientenwillens berücksichtigen.

3. Situation: „Reanimation“

Erleidet der Patient einen Herzstillstand, stellt sich vorrangig die Frage, ob eine Reanimation zum Zweck der Behandlung und Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten indiziert ist und dem Patientenwillen entspricht. Liegt eine Organspendeerklärung vor und hat der Patient in der Patientenverfügung einer Reanimation widersprochen, stellt sich die Frage, ob eine Reanimation und Einleitung intensivmedizinischer Maßnahmen bis zum schwer zu prognostizierenden Eintritt des Hirntods zulässig sind. Ein solches Vorgehen wäre ein erheblicher Eingriff, der nicht von der Organspendeerklärung gedeckt ist, da völlig ungewiss ist, ob der Hirntod als Voraussetzung für die vom Patienten gewünschte Organspende eintreten wird. Die Reanimation und Einleitung intensivmedizinischer Maßnahmen sind daher rechtlich unzulässig und ethisch nicht vertretbar.

II. Schriftliche Organspendeerklärung liegt vor, eine Patientenverfügung existiert nicht

Hat der Betroffene in die Organspende eingewilligt, aber keine Patientenverfügung verfasst, hat der Arzt die vorgesehenen intensivmedizinischen Maßnahmen mit dem Patientenvertreter zu besprechen und dessen Einwilligung einzuholen. Der Patientenvertreter hat dazu die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Patienten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden. Dabei muss er die Organspendeerklärung berücksichtigen. Deshalb können hier vergleichbare Fragen nach dem Verhältnis der Organspendeerklärung zu dem Wunsch des Patienten nach Therapiebegrenzung auftreten. Sie sind wie unter I. zu beantworten.

III. Patientenverfügung liegt vor, eine schriftliche Organspendeerklärung existiert nicht

Hat ein Patient keine schriftliche Erklärung zur Organspende abgegeben, kann eine Organspende dennoch in Betracht kommen. In diesem Fall kommt es auf eine den nächsten Angehörigen bekannte mündliche Organspendeerklärung an. Ist auch eine solche nicht vorhanden, hat der Angehörige aufgrund des mutmaßlichen Willens des Organspenders zu entscheiden. Stimmt der Angehörige auf dieser Grundlage einer Organspende zu, stellt sich die Frage des Verhältnisses zu einer Patientenverfügung, in der der Patient intensivmedizinische Maßnahmen für die jeweilige Situation ablehnt. Die dabei auftretenden Fragen sind wie unter I. zu beantworten.

IV. Weder schriftliche Organspendeerklärung noch Patientenverfügung liegen vor

Hat der Patient weder eine Organspendeerklärung noch eine Patientenverfügung verfasst, ist der nächste Angehörige dazu berufen, über die Organspende zu entscheiden (vgl. III.). Die vom nächsten Angehörigen festgestellte Bereitschaft des Patienten zur Organspende ist vom Patientenvertreter bei der Entscheidung über die Fortsetzung intensivmedizinischer Maßnahmen zu berücksichtigen (vgl. II.).

V. Zum Umgang mit Konfliktsituationen

Liegt keine Organspendeerklärung vor, ist der nächste Angehörige befugt, über die Organspende zu entscheiden. Die Fortführung intensivmedizinischer Maßnahmen hat der Arzt mit dem Patientenvertreter zu besprechen und dessen Einwilligung einzuholen. Sind der Patientenvertreter und der nächste Angehörige verschiedene Personen, so kann dies zu Konflikten führen.

Im Falle solcher Konflikte kann eine Ethikberatung hilfreich sein. Wird kein Konsens darüber erzielt, ob die intensivmedizinischen Maßnahmen dem Willen des Patienten entsprechen, ist letztlich das Betreuungsgericht zur Entscheidung berufen (§ 1904 BGB). Bis zur Entscheidung des Gerichts können diese intensivmedizinischen Maßnahmen fortgeführt werden.

C. Empfehlungen

1. Die Bevölkerung soll darüber aufgeklärt werden, dass es ratsam ist, den Wunsch nach Therapiebegrenzung mit der Bereitschaft zur Organspende abzustimmen.
2. Die Formulierungen in den Mustern für Patientenverfügungen und Organspendeausweise sind zu ergänzen und zu präzisieren (vgl. „Textbausteine“ unter D.).
3. In allen Situationen ist es sinnvoll bzw. erforderlich, nicht nur die Bereitschaft des Patienten zur Organspende im Allgemeinen, sondern auch die Einwilligung in die dafür erforderlichen Maßnahmen gegenüber dem Patientenvertreter und den Angehörigen anzusprechen und zu klären.
4. Das Gespräch mit den Angehörigen über die Möglichkeit der Organspende sollte bereits stattfinden, wenn der Eintritt des Hirntods wahrscheinlich ist. Ein frühes Gespräch mit den Angehörigen reduziert den zeitlichen Druck, über eine Organspende zu entscheiden.
5. Die Patientenvertreter sind darüber zu informieren, wenn eine Fortführung der intensivmedizinischen Maßnahmen nicht mehr primär zum Wohle des Patienten, sondern zur Realisierung einer möglichen Organspende erwogen wird.
6. Mit den Angehörigen bzw. Patientenvertretern sollte über die klinische Einschätzung bezüglich der Eignung des Patienten zur Organspende und über mögliche weitere Schritte gesprochen werden.

D.

Textbausteine zur Ergänzung bzw. Vervollständigung einer Patientenverfügung

Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntods bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch infrage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.

Dies gilt auch für die Situation, dass der Hirntod nach Einschätzung der Ärzte in wenigen Tagen eintreten wird.

ODER

Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntods bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch infrage kommt, die kurzfristige

ge (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.

ODER

Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.