



Klinikum der Universität München

EMPFEHLUNGEN

ZUR FRAGE DER THERAPIEZIEL- ÄNDERUNG BEI SCHWERSTKRANKEN PATIENTEN UND ZUM UMGANG MIT PATIENTENVERFÜGUNGEN

LANGFASSUNG

Verfasser: AK Patientenverfügungen am Klinikum der Universität München
(Leitung: Prof. Dr. G.D. Borasio, Peter Jacobs, RD Jürgen Weber)

unter wissenschaftlicher Mitarbeit von Dr. Ralf Jox M.A.

Mitglieder des AK Patientenverfügungen: Beate Augustyn (Pflegekraft, Palliativmedizin), Dr. I. Bauerfeind (Frauenklinik), Dr. C. Bausewein (Palliativmedizin), Dr. A. Beyer (Anästhesie), Prof. Dr. G.D. Borasio (Palliativmedizin), PD Dr. J. Briegel (Anästhesie), M. Bruckmeier (Rechtsabteilung), Prof. Dr. W. Eisenmenger (Rechtsmedizin), Dr. A. Enders (Pädiatrie), B. Fittkau-Tönnemann MPH (Christophorus Akademie), Dr. L. Frey (Anästhesie), Dr. M. Führer (Pädiatrie), PD Dr. J. Hoffmann (Chirurgie), P. Jacobs (Pflegedirektor), Dr. R.J. Jox M.A. (Neurologie), Dr. M. Lang (Referent des Vorstands), B. Mueller (stellv. Pflegedirektorin), Dr. theol. T. Roser (Seelsorge/Palliativmedizin), Dr. S. Stübner (Psychiatrie), Prof. Dr. M. Volkenandt (Dermatologie), Prof. Dr. R. Voltz (Neuroimmunologie), RD J. Weber (Rechtsabteilung)

INHALTSVERZEICHNIS

- I. Einleitung: Die Änderung des Therapieziels bei Schwerstkranken

- II. Entscheidungsfindung
 1. Frage nach der Beendigung bzw. Nichteinleitung lebenserhaltender Maßnahmen
 2. Ist der Patient einwilligungsfähig?
 3. Einwilligungsfähig: Aufklärung und gemeinsame Ermittlung des tatsächlichen Patientenwillens
 4. Nicht einwilligungsfähig: Bevollmächtigter oder Betreuer vorhanden?
 5. Aufgaben eines Bevollmächtigten oder Betreuers
 - A. Vorausverfügter Wille
 - B. Mutmaßlicher Wille (individuell bestimmt)
 - C. Wohl des Patienten (Vorrang des Lebensschutzes)
 6. Wenn kein Bevollmächtigter oder Betreuer vorhanden ist
 7. Dokumentation, Indikation, Therapieziel

- III. Spezielle Situationen
 1. Minderjährige
 2. Psychisch kranke und demente Patienten

- IV. Spezielles Konsil des Arbeitskreises Patientenverfügungen

- V. Entscheidungsdiagramm

- VI. Literatur

I. EINLEITUNG

DIE THERAPIEZIEL-ÄNDERUNG BEI SCHWERSTKRANKEN

Wenn sich Patienten im Krankenhaus dem Tod nähern, stellen sich komplexe Fragen, die den Patienten, seine Angehörigen und das Behandlungsteam vor großen Herausforderungen stellen. Eine entscheidende Frage ist oft: Welches Therapieziel soll im Sinne des Patienten verfolgt werden? Zur Diskussion stehen meistens das Ziel der Lebensverlängerung oder das Ziel der ausschließlichen Beschwerdelinderung unter Verzicht auf (weitere) lebenserhaltende Maßnahmen.

Die meisten Patienten werden für eine kürzere oder längere Zeit vor ihrem Tod unfähig sein, diese Entscheidungen selbst zu treffen. Oft werden Stellvertreter die Entscheidung zu treffen haben, z.B. Bevollmächtigte oder Betreuer. Immer mehr Menschen verfügen jedoch, solange sie noch gesund sind, wie sie in einer solchen Situation behandelt werden wollen. Immer mehr Krankenhausmitarbeiter werden mit solchen Patientenverfügungen konfrontiert.

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat am 17. März 2003 eine Entscheidung zu diesem Thema gefällt. Er hat die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gestärkt und Kriterien aufgestellt, nach denen zu entscheiden ist, wenn keine Patientenverfügung vorliegt. Das Bundesministerium der Justiz hat daraufhin eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die am 10. Juni 2004 Vorschläge zum Umgang mit Patientenverfügungen veröffentlicht hat. Prof. Dr. Gian Domenico Borasio vom Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin am Klinikum der Universität München war Mitglied dieser Arbeitsgruppe. Gemeinsam mit dem Vorstand des rechtsmedizinischen Instituts der Universität München, Prof. Dr. Wolfgang Eisenmenger, und dem Münchener Rechtsanwalt Wolfgang Putz hat er einen Artikel im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht, der Ärzten einen praktischen Leitfaden zum Umgang mit diesen Fragen anbietet.

Auf der Grundlage dieses Artikels hat der Arbeitskreis Patientenverfügungen des Klinikums der Universität München unter Federführung von Prof. Borasio und wissenschaftlicher Mitarbeit von Dr. Ralf Jox die vorliegende Empfehlung erstellt, die den Mitarbeitern im Klinikum als Leitlinie an die Hand gegeben werden soll. Die Empfehlung ist als Hilfestellung für alle Mitarbeiter des Klinikums gedacht, die an der Behandlung von Patienten beteiligt sind. Begleitend wird eine wissenschaftliche Evaluation durchgeführt.

II. ENTSCHEIDUNGSFINDUNG

Wir empfehlen, die wichtigen Fragen Schritt für Schritt durchzugehen, wie es im beiliegenden Entscheidungsdiagramm (V) dargestellt ist. Damit wird sichergestellt, dass die relevanten Entscheidungen im Einklang mit geltendem Recht getroffen werden können.

1. Frage nach der Beendigung bzw. Nichteinleitung lebenserhaltender Maßnahmen

Eine lebenserhaltende Maßnahme ist jede Maßnahme, die allein oder im Zusammenhang mit anderen Maßnahmen für das Überleben des Patienten *notwendig* ist. Darunter fallen sowohl lebensrettende Sofortmaßnahmen (z.B. die kardiopulmonale Reanimation) als auch lebensunterstützende längerfristige Maßnahmen (z.B. die künstliche Beatmung eines komatösen Patienten).

Ob es um die Beendigung einer bereits laufenden Behandlung oder den Verzicht auf den Beginn einer Behandlung geht, macht ethisch und rechtlich keinen Unterschied. Da eine medizinische Behandlung *fortwährend* einer Rechtfertigung bedarf, ist die Einwilligung des Patienten oder eine alternative Rechtfertigung zu jedem Zeitpunkt der Behandlung eine notwendige Voraussetzung, nicht nur zu Beginn. Allerdings ist es oft für die Behandelnden und Angehörigen psychologisch schwieriger, eine laufende Behandlung abubrechen als eine neue Behandlung zu unterlassen.

Auch besteht häufig eine Unsicherheit, ob es sich bei dem Abschalten eines Beatmungsgerätes oder dem Entfernen einer Magensonde nicht um ein aktives Tun handelt und somit um eine strafbare Tötung. Dem ist nicht so: Ein Therapieabbruch ist im rechtlichen Verständnis eine *Unterlassung*, selbst wenn er mit aktiven Tätigkeiten und Körperbewegungen verbunden ist. Selbstverständlich kann man sich auch durch eine Unterlassung strafbar machen. Diese Gefahr besteht jedoch nicht, wenn die Unterlassung dem Willen des Patienten entspricht.

2. Ist der Patient einwilligungsfähig?

Die Einwilligungsfähigkeit ist vom behandelnden Arzt festzustellen.

Ein Patient ist dann einwilligungsfähig, wenn er die nötige Einsichts- und Steuerungsfähigkeit besitzt, um Folgen und Tragweite einer medizinischen Behandlung geistig zu erfassen und seinen Willen danach zu bestimmen.

Die Einwilligungsfähigkeit darf nicht mit der Geschäftsfähigkeit verwechselt werden. Ein geschäftsunfähiger Patient kann sehr wohl im Hinblick auf eine bestimmte Behandlungsentscheidung einwilligungsfähig sein. Auch Minderjährige und Demenzkranke können, wenn sie die oben genannte Definition erfüllen, einwilligungsfähig sein. Einwilligungsfähigkeit bestimmt sich nach der *individuellen* geistigen und sittlichen Reife eines Patienten und nicht nach der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Alters- oder Patientengruppe.

3. Einwilligungsfähig: Aufklärung und gemeinsame Ermittlung des tatsächlichen Patientenwillens

Ist der Patient einwilligungsfähig, so liegt im Prinzip dieselbe Situation wie bei jeder gewöhnlichen Behandlung vor. Der Patient hat das Recht, angemessen aufgeklärt zu werden und die empfohlene Behandlung abzulehnen oder seine Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Dies ist Ausdruck seines grundgesetzlich verbrieften Selbstbestimmungsrechts.

Die souveräne Entscheidung des Patienten für oder gegen eine bestimmte Behandlung basiert in der Praxis zumeist auf Gesprächen mit Angehörigen, Freunden und den Behandelnden. Nur durch eine *angemessene, genaue und empathische Aufklärung* wird es dem Patienten ermöglicht, eine Entscheidung zu treffen, die seinem Willen entspricht und seine Selbstbestimmung zum Ausdruck bringt. Daher kann man hierbei von gemeinsamer Ermittlung des tatsächlichen (aktuellen) Patientenwillens sprechen.

4. Nicht einwilligungsfähig: Bevollmächtigter oder Betreuer vorhanden?

Ist ein Patient nicht imstande, seinen Willen zu äußern, so muss ein Vertreter an seiner Stelle die Entscheidung treffen. Dies kann ein Bevollmächtigter oder ein Betreuer sein.

*Ein **Bevollmächtigter** ist vom Patienten selbst benannt. Mittels einer Vorsorgevollmacht kann der Patient für den Fall, dass er in Zukunft nicht mehr in der Lage sein wird, seinen Willen zu äußern, eine oder mehrere Personen beauftragen, medizinische Entscheidungen mit bindender Wirkung für ihn zu treffen (§ 1896 II BGB). Eine derartige Vorsorgevollmacht muss schriftlich abgefasst sein, braucht aber nicht notariell beurkundet zu werden. Sie kann vom Betroffenen jederzeit widerrufen werden, solange er geschäftsfähig ist.*

*Ein **Betreuer** ist ein vom Vormundschaftsgericht bestellter Vertreter, der immer dann notwendig wird, wenn ein Patient seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann und kein Bevollmächtigter vorhanden ist (§§ 1896 ff BGB). Das Vormundschaftsgericht prüft diese Notwendigkeit, sobald durch Mitteilung von Angehörigen, Ärzten oder Behörden ein entsprechender Anlass bekannt ist. Die Betreuung bezieht sich immer auf genau definierte Aufgabenbereiche (z.B. Gesundheit oder Finanzen).*

In einer sogenannten *Betreuungsverfügung* kann der Patient vorab eine oder mehrere Personen vorschlagen, die er gerne als Betreuer hätte, wenn dies notwendig werden sollte. Er kann auch Personen benennen, die er ausdrücklich nicht als Betreuer wünscht. Diese Wünsche werden in der Regel vom Gericht befolgt, wenn es nicht dem Wohl des Betreuten zuwiderläuft (§ 1897 IV BGB).

5. Aufgaben eines Bevollmächtigten oder Betreuers

Betreuer und Bevollmächtigter sind an Wohl und Willen des Patienten gebunden (§ 1901 II BGB). Sie dürfen bei ihrer Entscheidungsfindung ausschließlich den Willen des Patienten berücksichtigen, nicht ihren eigenen Willen oder den Willen Dritter. Der Bevollmächtigte muss sich an die Abreden halten, die der Patient mit ihm getroffen hat. Bei der Ermittlung des Patientenwillens kann der Betreuer (bzw. Bevollmächtigte) auf drei hierarchisch gegliederte Kriterien zurückgreifen:

A. Vorausverfügter Patientenwille

Jeder Mensch kann im Voraus verfügen, wie er in einer bestimmten Situation behandelt werden will. Diese Willensäußerung nennt man *Patientenverfügung*. Man kann darin für eine bestimmte gesundheitliche Situation (z.B. Koma, apallisches Syndrom, tödliche Erkrankung) eine oder mehrere Behandlungsformen ablehnen oder begrenzen (z.B. Ablehnung der künstlichen Beatmung, Begrenzung auf Schmerz- und Symptombekämpfung). Es ist nicht möglich, eine bestimmte Behandlung zwingend einzufordern, da dies der Selbstbestimmung und Berufsfreiheit der Ärzte und anderen Berufsgruppen widerspricht. Es ist genauso wenig möglich, illegale Handlungen einzufordern (z.B. Tötung auf Verlangen, die sogenannte "aktive Sterbehilfe").

Eine Patientenverfügung ist nur gültig, wenn der Betroffene zum Zeitpunkt ihrer Abfassung im erläuterten Sinn *einwilligungsfähig* ist (nicht gleichzusetzen mit "geschäftsfähig"). Die Verfügung ist an keine Form gebunden, sie kann handschriftlich, maschinell oder mündlich sein und bedarf keiner Beurkundung. Dennoch ist es ratsam, die Verfügung schriftlich abzufassen, mit Datum und Unterschrift zu versehen sowie ggf. die Einwilligungsfähigkeit bezeugen zu lassen. Bevor eine Patientenverfügung abgefasst wird, ist daher dringend ein *ärztliches Beratungsgespräch* zu empfehlen. Nur so kann sichergestellt werden, dass der Betreffende die nötigen Informationen erhält, um selbstbestimmt zu entscheiden. Dies ist besonders wichtig, wenn er bereits an einer tödlichen Erkrankung leidet und für konkret vorhersehbare Situationen seines Krankheitsverlaufs vorsorgen will. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos - auch mündlich - widerrufen oder geändert werden, vorausgesetzt der Betroffene ist zu diesem Zeitpunkt einwilligungsfähig. Es ist ratsam, wenn auch nicht rechtlich erforderlich, die Verfügung in angemessenen Zeitabständen zu überdenken und zu bestätigen oder gegebenenfalls abzuändern.

Liegt in einem bestimmten Fall eine Patientenverfügung vor, so sollte der Arzt zweierlei prüfen: erstens ob sie auf den vorliegenden Fall anwendbar ist und zweitens ob sie zwischenzeitlich von dem Betroffenen nicht widerrufen oder geändert worden ist. Wenn keine *konkreten* Hinweise auf einen Widerruf oder eine Änderung vorliegen, so ist die Verfügung als gültig anzusehen.

B. Individuell-mutmaßlicher Patientenwille

Liegt keine Patientenverfügung vor oder ist diese ungültig oder nicht anwendbar, so ist der mutmaßliche Wille des Patienten zu ermitteln. Darunter versteht man den Willen, den ein Patient zum gegenwärtigen Zeitpunkt äußern würde, wenn er dazu in der Lage wäre. Dieser Wille kann jedoch nur vermutet werden und ist deshalb einer tatsächlichen Willensäußerung wie auch einer Patientenverfügung untergeordnet. Um den mutmaßlichen Willen zu ermitteln, sind Betreuer/Bevollmächtigter und Behandlungsteam gehalten, sich gemeinsam ein möglichst genaues Bild von den individuellen Wertvorstellungen des Patienten anhand von früheren Äußerungen und Lebensentscheidungen zu machen. Ziel des Gespräches ist es, ein Konsens über das vom Patienten in dieser Situation für wünschenswert erachtete *Therapieziel* zu erreichen.

C. Wohl des Patienten (mit Vorrang des Lebensschutzes)

Bei manchen Patienten ist eine individuelle Ermittlung des mutmaßlichen Willens unmöglich. Dies ist der Fall, wenn der Betroffene sich niemals zuvor über Entscheidungen am Lebensende, über Lebensqualität oder ein Leben mit Behinderung geäußert hat. Ein Sonderfall sind ebenfalls Kleinkinder sowie von Kindheit an geistig Behinderte, die auf Grund ihrer geistigen Unreife oder Behinderung keine individuellen Wertvorstellungen entwickelt oder Lebensentscheidungen getroffen haben. In diesen Fällen ist nach dem Wohl des Patienten zu entscheiden, wobei die Interessen von Dritten keine Rolle spielen dürfen und im Zweifelsfall der Lebensschutz Vorrang hat.

Die drei Kriterien – vorausverfügter Wille, individuell-mutmaßlicher Wille und Wohl des Patienten(mit Vorrang des Lebensschutzes) – sind hierarchisch geordnet und damit so zu verstehen, dass nach dem zweiten Kriterium nur zu entscheiden ist, wenn das erste nicht vorhanden ist und nach dem dritten nur, wenn das erste und zweite nicht vorhanden sind.

Wenn ein Betreuer oder Bevollmächtigter zusammen mit dem medizinischen Team und gegebenenfalls den Angehörigen zu einer einvernehmlichen Entscheidung gelangt ist, gibt es keine Veranlassung, das Vormundschaftsgericht anzurufen.

Kann keine Einigung erzielt werden, so ist nach dem Urteil des BGH das Vormundschaftsgericht anzurufen. Das Gericht wird dann keine eigene Entscheidung in der Sache fällen, sondern lediglich die Entscheidung des Betreuers oder Bevollmächtigten dahingehend überprüfen, ob der vorausverfügte oder mutmaßliche Wille des Betroffenen richtig ermittelt wurde. Nach dem BGH-Beschluss soll die gerichtliche Prüfung auf Konfliktfälle beschränkt bleiben, insbesondere wenn das medizinische Team eine Behandlung für indiziert und vom individuellen Patientenwillen her geboten sieht, der Betreuer aber mit Verweis auf denselben Willen des Patienten die Behandlung ablehnt.

Es soll daher alles versucht werden, um einen Konsens zwischen allen Beteiligten zu erzielen. Als Zwischenschritt vor der Anrufung des Gerichts bietet das Klinikum der Universität München ein spezielles Konsil an. Näheres hierzu unter Abschnitt IV.

6. Wenn kein Bevollmächtigter oder Betreuer vorhanden ist

Ist weder ein Bevollmächtigter noch ein Betreuer für den Patienten vorhanden, so kann folgendermaßen verfahren werden:

Handelt es sich um eine *Akutsituation*, so müssen das medizinische Team und die Angehörigen in der zur Verfügung stehenden Zeit versuchen, eine Einigung hinsichtlich des Vorgehens zu erzielen. Liegt eine Patientenverfügung vor, so sollte diese nach den oben angegebenen Regeln befolgt werden, auch wenn kein Betreuer oder Bevollmächtigter zur Durchsetzung der Verfügung existiert. Wenn in der Akutsituation keine Einigung erreicht werden kann, so sollten notwendige lebenserhaltende Maßnahmen zunächst durchgeführt werden. Gleichzeitig sollte so früh wie möglich das Vormundschaftsgericht angerufen werden, um die Einrichtung einer Betreuung für den Patienten zu veranlassen. Ist die Betreuung eingerichtet, so kann verfahren werden, wie oben dargestellt (5).

Handelt es sich jedoch um *keine Akutsituation*, so sollte unmittelbar die Einrichtung einer Betreuung veranlasst werden. Mit Hilfe des Betreuers wird dann verfahren, wie unter Punkt 5 beschrieben. Verschlechtert sich während der Einrichtung der Betreuung die gesundheitliche Situation des Patienten akut und wird lebensbedrohlich, so ist zu verfahren wie in den vorhergehenden Absätzen für Akutsituationen beschrieben.

7. Dokumentation, Indikation, Therapieziel

Eine sorgfältige und präzise Dokumentation ist bei allen Entscheidungen zur Frage der Therapieziel-Änderung und des Umgangs mit Patientenverfügungen notwendig.

Sie sollte folgendes beinhalten:

- die medizinische Situation (Diagnose, Prognose, Behandlungsvorschläge),
- das ärztliche Urteil hinsichtlich der Einwilligungsfähigkeit des Patienten,
- wesentliche Elemente und Ergebnisse der Gespräche mit dem Patienten, dem Betreuer oder Bevollmächtigten und den Angehörigen
- und die Art der Willensäußerung, auf die sich das Vorgehen stützt (aktuelle Willensäußerung, vorausverfügter Wille, mutmaßlicher Wille).

Die *ärztliche Indikation* zur Behandlung des individuellen Patienten ist mehr als die medizinisch-wissenschaftliche Indikation zur Behandlung einer Erkrankung im allgemeinen. Sie umfasst die psychische und soziale Situation des Patienten, seine Lebensgeschichte und seine Vorstellung von der Zukunft. Ganz entscheidend hängt sie vom gewählten *Therapieziel* ab. Dieses kann kurativ (heilend), lebensverlängernd oder ausschließlich palliativ (lindernd) sein.

Eine palliative Zielsetzung stellt die Lebensqualität des Patienten in den Mittelpunkt. Dazu gehört sein körperliches, seelisches, soziales und spirituelles Wohlergehen. Eine palliative Behandlung stellt damit keinen Therapieabbruch dar, sondern eine Therapie mit geänderter Zielsetzung. Nach diesem Verständnis ist eine Therapie und ärztliche Begleitung des Patienten immer möglich, gerade auch in der Sterbephase.

III. SPEZIELLE SITUATIONEN

1. Minderjährige

Die Einwilligungsfähigkeit eines Minderjährigen richtet sich nicht schematisch nach seinem Alter, sondern individuell nach seiner psychosozialen Reife. Je nach der Tragweite der in Frage stehenden Entscheidung werden die Anforderungen hierzu unterschiedlich ausfallen. Ein und dasselbe Kind mag reif genug sein, in eine Blutentnahme einzuwilligen, aber zugleich nicht reif genug für die Einwilligung in eine chemotherapeutische Tumorbehandlung. Wenn ein Minderjähriger in einem konkreten Fall nicht einwilligungsfähig ist, sind die Eltern auf Grund ihres Sorgerechts von Rechts wegen befugt, die Entscheidungen stellvertretend zu treffen. Bei medizinischen Eingriffen, die für den Minderjährigen von „erheblicher Bedeutung“ sind (z.B. Behandlungen mit großem Risiko, grundlegende Entscheidungen der Vorsorge), müssen beide Elternteile einwilligen (§ 1628 BGB). Können sich die Eltern nicht einigen, so kann das Familiengericht auf Antrag eines Elternteils die Entscheidung einem Elternteil übertragen.

Ist ein Minderjähriger in Bezug auf eine konkrete medizinische Behandlung einwilligungsfähig, so zählt ausschließlich seine Entscheidung. Die Meinung der Eltern ist dann für das medizinische Team rechtlich nicht maßgeblich. Um den Zusammenhalt der Familie nicht zu gefährden, sollte jedoch auch hier alles unternommen werden, um einer Konsenslösung zu erreichen.

2. Psychisch kranke und demenzkranke Patienten

Auch bei psychisch kranken und bei demenzkranken Personen hängt die Einwilligungsfähigkeit im Einzelfall von der geistigen und sittlichen Reife ab, die für eine bestimmte Behandlungsentscheidung erforderlich ist. Hat die Person ihre Einwilligungsfähigkeit vorübergehend oder dauerhaft verloren, muss ein Betreuer oder Bevollmächtigter entscheiden und sich dabei nach dem mutmaßlichen Willen sowie dem Wohl des Betroffenen richten. Der mutmaßliche Wille ist zwar aus der prämorbidem Persönlichkeit (vor Verlust der Einwilligungsfähigkeit) herzuleiten, die aktuellen Wünsche des Betroffenen sollten jedoch soweit möglich respektiert werden.

IV. SPEZIELLES KONSIL DES ARBEITSKREISES PATIENTEN- VERFÜGUNGEN

Der Arbeitskreis Patientenverfügungen des Klinikums der Universität München bietet ein spezielles Konsil bei Fragen am Lebensende an.

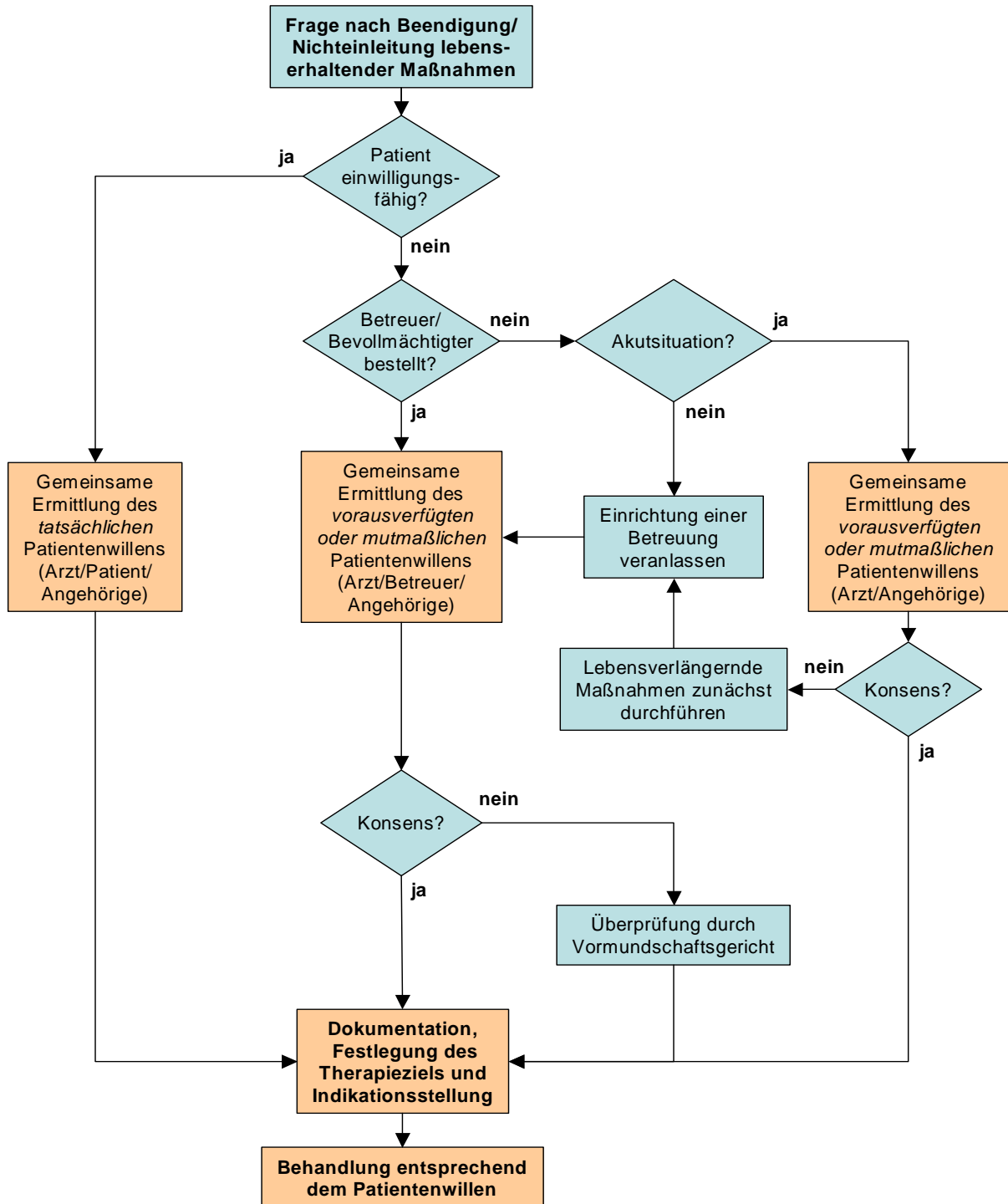
Das Konsil hat eine beratende Funktion. Seine Aufgabe ist es, die medizinische, rechtliche und ethische Situation zu analysieren, über palliative Behandlungsmöglichkeiten zu informieren, zur Klärung des Therapieziels beizutragen und bei Konfliktfällen zu vermitteln.

Das Konsil kann über den Palliativmedizinischen Konsiliardienst (Funk 2737 am Standort Großhadern; Prof. Borasio, Tel. 7095-4930) angefordert werden. Falls notwendig, kann ein interdisziplinäres Team von Experten aus den Bereichen Medizin, Recht, Ethik und Theologie mit einbezogen werden.

Das Konsil kann weder die Entscheidung des medizinischen Teams noch die Entscheidungen des Patienten oder der Angehörigen ersetzen. Es ist auch nicht mit der mancherorts vorhandenen klinischen Ethikberatung („Ethikkomitees“) gleichzusetzen. Vielmehr geht es darum, Bedingungen für eine gute Kommunikation für alle Beteiligten zu schaffen und die medizinischen, ethischen und rechtlichen Rahmenbedingungen der Entscheidung zu klären.

V. ENTSCHEIDUNGSDIAGRAMM

(Aus: Borasio GD, Putz W, Eisenmenger W, Deutsches Ärzteblatt 2003, A 2062-2065)



VI. LITERATUR

Normen:

Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, in: *Deutsches Ärzteblatt* 2004, A 1298-1299, online unter:

<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/Sterbebegleitung2004/index.html>

Rechtsprechung:

BGH, Beschluss des XII. Senats vom 17. März 2003, Az XII ZB 2/03, *Neue Juristische Wochenschrift* 2003, S. 1588, online unter:

<http://www.aerzteblatt.de/plus3103>

<http://www.bundesgerichtshof.de/entscheidungen/entscheidungen.php>

Stellungnahmen:

Bericht einer Arbeitsgruppe des Bundesministeriums der Justiz vom 10. Juni 2004: "Patientenautonomie am Lebensende: Ethische, rechtliche und medizinische Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen":

www.bmj.bund.de/media/archive/695.pdf

Presseerklärung des Bundesministeriums der Justiz vom 5. November 2004 „Eckpunkte zur Stärkung der Patientenautonomie“:

<http://www.bmj.de/media/archive/791.pdf>

Literatur:

Borasio, G.D., Putz, W., Eisenmenger, W.: Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gestärkt, *Deutsches Ärzteblatt* 2003, A 2062-2065, online unter:

<http://www.aerzteblatt.de/pdf/100/31/a2062.pdf>

Broschüre des bayerischen Justizministeriums "Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung" (2004):

<http://www2.justiz.bayern.de/daten/pdf/vorsorge2004.pdf>

Broschüre des Bundesjustizministeriums zum Thema Patientenverfügungen (2004):

<http://www.bmj.de/media/archive/734.pdf>

Buchanan, A.E., Brock, W.D.: *Deciding For Others: The Ethics of Surrogate Decision Making*. Cambridge University Press: Cambridge 2003.

Nationaler Ethikrat, Forum Bioethik zum Thema „Zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung – Über die Grenzen von Patientenautonomie und Patientenverfügung“, Berlin am 11.06.2003.

http://www.nationalerethikrat.de/texte/pdf/Forum_Patient_2003-06-11_Protokoll.pdf