

SELBSTBESTIMMUNGSRECHT VON PATIENTINNEN UND PATIENTEN

Leitlinie der DRK Kliniken Berlin



herausgegeben vom Ethikkomitee der DRK Kliniken Berlin

Berlin, Juni 2005

letzte Aktualisierung: Oktober 2010

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS	2
VORWORT	3
LEITLINIE	4
I. Einleitung	4
II. Indikation.....	4
III. Ermittlung des Patientenwillens	5
IV. Entscheidungsfindung.....	7
CHARAKTERISIERUNG DER LEITLINIE	10
STICHWORTE	10
Verweis.....	10
Anhang	13

VORWORT

Die vorliegende Leitlinie zur Selbstbestimmung von Patienten ist von den Mitgliedern des Ethikkomitees der DRK Kliniken Berlin unter Berücksichtigung verschiedener Quellen, juristischer Vorgaben und der Broschüre der DRK Kliniken Berlin „Die Rechte der Patientinnen und Patienten“ erarbeitet worden.

Das Thema wurde als relevant für eine eigene Leitlinie angesehen, da im Rahmen der Diskussionen um die blutfreie Behandlung von Zeugen Jehovas und um die Berücksichtigung des Willens sterbender Patienten Problemfelder offenbar wurden, auf denen vielfach Unkenntnis und große Unsicherheit herrschen.

Insbesondere verdient die Ermittlung des Patientenwillens und seiner Gültigkeit bei eingeschränkter oder gar fehlender Denk- und Kommunikationsfähigkeit eine ganz besondere Beachtung.

Die Verabschiedung der Leitlinie im Ethikkomitee der DRK Kliniken Berlin als Vorschlag für die Geschäftsführung der DRK Kliniken Berlin erfolgte einstimmig.

Die schriftliche Formulierung der Leitlinie erfolgte federführend durch Herrn Dr. Neitzke ().

LEITLINIE

I. Einleitung

Das *Selbstbestimmungsrecht* von Menschen (Autonomie) ist im Grundgesetz durch die Grundrechte garantiert. Dies erstreckt sich auch auf Entscheidungen im Zusammenhang mit Behandlungsmaßnahmen in der Medizin.

Diese Leitlinie gibt Hinweise, wie das Selbstbestimmungsrecht der Patienten in den DRK Kliniken Berlin beachtet und gewährleistet werden soll. (Vgl. auch die Broschüre „Die Rechte der Patientinnen und Patienten“ in den DRK Kliniken Berlin.) Die Leitlinie erstreckt sich auf alle „Behandlungsmaßnahmen“.

Der Begriff wird dabei umfassend verstanden und enthält ausdrücklich alle Maßnahmen, die im Zusammenhang mit Vorsorge, Diagnostik, Therapie, Pflege oder Rehabilitation durchgeführt werden von Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden oder Angehörigen anderer Heil- und Hilfsberufe.

Damit der Patient sein Selbstbestimmungsrecht wahrnehmen kann, ist vorher eine umfassende *Aufklärung* des Patienten notwendig. Dies schließt Informationen zu Befunden, Diagnosen, Prognosen, und zu geplanten Behandlungsmaßnahmen ein. Die Information sollte in einer dem Patienten verständlichen Form dargebracht und das Verständnis überprüft werden. Aufklärungsgespräche finden zunächst immer zwischen Arzt und dem Patienten selbst statt.

Sie sollten umfassend, wahrheitsgemäß und einfühlsam sein (vgl. Leitlinie „Aufklärung von Patientinnen und Patienten“ der DRK Kliniken Berlin).

Behandlungsmaßnahmen sind im Grundsatz nur zulässig, wenn für sie die *informierte Zustimmung* des Patienten („informed consent“) vorliegt. Behandlungsmaßnahmen gegen den ausdrücklichen Patientenwillen oder ohne Einwilligung stellen in der Regel eine rechtswidrige Körperverletzung dar, die nach § 223 StGB auch strafbar sein kann.

Für Entscheidungen über Behandlungsmaßnahmen müssen deshalb zwei Aspekte separat geprüft werden: die Indikation (siehe II.) und der Patientenwille (siehe III.). Danach wird eine Entscheidung über die juristische und moralische Zulässigkeit der geplanten Maßnahme getroffen (siehe IV.).

II. Indikation

Die Indikationsstellung für eine Behandlungsmaßnahme resultiert aus allen Befunden des Patienten. Dazu gehört:

- a) die Frage nach der medizinisch und pflegerisch „*besten*“ *möglichen* Behandlungsform und
- b) die Frage nach der in der individuellen Erkrankungssituation des Patienten *angemessenen* Maßnahme.

Die Indikationsstellung ist also nicht identisch mit dem „technisch Machbaren“, sondern wird zusätzlich von der Gesamtsituation des Patienten (z.B. Prognose, Co-Morbidität) beeinflusst. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der DRK Kliniken Berlin orientieren sich dabei am Primat des Patientenwohls, ohne dass die Indikationsstellung durch ökonomische oder soziale Aspekte eingeschränkt ist.

III. Ermittlung des Patientenwillens

Der Patientenwille resultiert aus der subjektiven und individuellen Sichtweise des Patienten: „Was wünsche ich aus meiner Patientensicht angesichts meiner Lebensplanung für eine Behandlung?“

„Was ist auf der Grundlage meiner eigenen Werte und Erfahrungen das für mich ‚Beste‘?“

Die Ermittlung des Patientenwillens ist auch dann erforderlich, wenn der Patient aktuell nicht einwilligungsfähig ist. Zur Ermittlung des Patientenwillens werden – in Einklang mit den juristischen Vorgaben – 4 Ebenen unterschieden, auf denen der Patientenwille festgestellt werden kann (vgl. Bundesärztekammer 2004³, 2010⁵).

Die Ebenen sind hierarchisch. Das bedeutet, dass

- a) die höheren Ebenen eine stärkere Absicherung des Patientenwillens ermöglichen und dass
- b) in jedem Fall angestrebt werden soll, eine möglichst hohe Ebene der Willensäußerung zu erreichen.

Zunächst werden die 4 Ebenen benannt, danach werden sie erläutert und problematisiert:

1. Der vom entscheidungsfähigen Patienten geäußerte Wille

2. Die Patientenverfügung (PV) eines aktuell *nicht* entscheidungsfähigen Patienten (a) ohne juristischen Stellvertreter, b) mit juristischem Stellvertreter)

3. Der mutmaßliche Wille eines aktuell *nicht* entscheidungsfähigen Patienten (a) ohne juristischen Stellvertreter, b) mit juristischem Stellvertreter)

4. Die nach ärztlicher Erfahrung beste medizinische Behandlung.

ad 1.: Der *geäußerte Patientenwille* ist grundsätzlich zu beachten. Ausnahmen und Grenzfälle werden unter IV.B und IV.C dargestellt. Wenn dem Stationsteam der Patientenwille vollständig unvernünftig und (auch aus Sicht der vom Patienten genannten Motive) nicht nachvollziehbar erscheint, kann die Möglichkeit eines psychiatrischen Gutachtens über die Entscheidungsfähigkeit erwogen werden.

ad 2.: Bei nicht entscheidungsfähigen Patienten entspricht eine vorliegende *Patientenverfügung* dem geäußerten Patientenwillen. Sie ist im gleichen Maße zu respektieren wie der geäußerte Patientenwille (vgl. Rechtsprechung des BGH^{1,2} und § 1901a BGB⁴). Es muss jedoch im Einzelfall geprüft werden, ob die PV wirksam ist. Hierzu zählen die Gültigkeit, die Situationsbezogenheit und die

konkrete Nennung der Behandlungsmaßnahmen (vgl. die Leitlinie der DRK Kliniken Berlin zum Umgang mit Patientenverfügungen).

2a) Es existiert kein juristischer Stellvertreter (Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r): das Behandlungsteam ermittelt den Patientenwillen anhand der Patientenverfügung.

2b) Es existiert ein juristischer Stellvertreter (Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r): Ein *Betreuer* ist ein vom Gericht eingesetzter juristischer Stellvertreter. Ein *Bevollmächtigter* (hier: in Gesundheitsangelegenheiten) ist ein durch den Vollmachtgeber autorisierter juristischer Stellvertreter. Juristische Stellvertreter sind zur Ermittlung des Patientenwillens verpflichtet und gewährleisten dessen Umsetzung.

Deshalb sind sie an die Inhalte einer Patientenverfügung gebunden (§ 1901a/b BGB⁴). Die Willenserklärungen eines juristischen Stellvertreters (Betreuer oder Bevollmächtigte) sind vom Stationsteam so zu behandeln, als ob sie vom Patienten selbst abgegeben worden wären.

Deshalb sind juristische Stellvertreter so aufzuklären, dass sie die gesundheitlichen Belange des Patienten in dessen Sinne verantwortlich wahrnehmen können.

Achtung: Es gibt in Deutschland kein automatisches juristisches Vertretungsrecht durch Angehörige (z.B. Ehepartner).

Ein juristischer Stellvertreter darf auch in gefährliche Heileingriffe einwilligen, lebensrettende oder -erhaltende Behandlungen ablehnen und eine bereits erteilte Zustimmung widerrufen (§ 1904 BGB⁴).

Bei Bevollmächtigten ist zu prüfen, ob die Vollmacht auch solche Entscheidungen umfasst. Der juristische Stellvertreter benötigt nur dann eine zusätzliche Zustimmung des Betreuungsgerichts, wenn im Behandlungsteam Zweifel bestehen, ob er mit dieser Entscheidung den Patientenwillen ausdrückt (siehe IV.C.c)⁵.

Medizinische Notfälle, die sofortiges Handeln erfordern, sind von der gerichtlichen Zustimmung ausgenommen.

ad 3.: Wenn der Patient nicht entscheidungsfähig ist und keine Patientenverfügung vorliegt, wird der *mutmaßliche Patientenwille* ermittelt.

3a) Es existiert kein juristischer Stellvertreter: Es ist ärztliche Aufgabe, zur Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens Angehörige und nahe Bezugspersonen des Patienten zu befragen (parallel wird beim Betreuungsgericht die Einrichtung einer Betreuung beantragt).

Bei diesen Gesprächen ist darauf zu achten, dass nicht gefragt wird, was die Angehörigen selbst über die Behandlungsoptionen denken, sondern ob sie Informationen haben, die zur Ermittlung des Patientenwillens beitragen können.

Beispielsätze: „Ich möchte gern mit Ihnen zusammen herausfinden, was Ihr Mann/Ihre Frau/etc. in dieser Situation für eine Behandlung gewollt hätte. Wir möchten gern mehr über den mutmaßlichen Willen Ihres Mannes/Ihrer Frau/etc. erfahren. Können Sie dazu etwas beitragen? Als Ärzte möchten wir die weitere Behandlung so gut es geht auf den mutmaßlichen Willen Ihres Mannes/Ihrer Frau/etc. stützen.“

Die vorgeschlagenen Formulierungen und Fragestellungen sind juristisch korrekt und entlasten die Angehörigen/Bezugspersonen, da von ihnen keine Entscheidung („über Leben und Tod“) erwartet und ihnen zugemutet wird.

3b) Es existiert ein juristischer Stellvertreter: Den Betreuer oder Bevollmächtigten trifft die gesetzliche Pflicht, den mutmaßlichen Patientenwillen zu ermitteln (§ 1901a/b BGB). Dabei wird er ggf. durch das Behandlungsteam unterstützt.

ad 4.: In allen Fällen, in denen keine Zeit oder Möglichkeit besteht, den geäußerten oder mutmaßlichen Patientenwillen zu eruieren, wird das optimale medizinische oder pflegerische Vorgehen gewählt. Dies ist im Regelfall eine Entscheidung für die *Lebenserhaltung*. Es darf unterstellt werden, dass die Lebenserhaltung durch den Willen des Patienten gedeckt ist. Die Behandlung ist jedoch nur so lange legitimiert, bis sich ein anders lautender Hinweis auf den Ebenen 1 bis 3 ergibt. Bei bewusstlosen Patienten soll innerhalb von 48 h eine Betreuung beantragt werden, wenn eine fortdauernde Bewusstlosigkeit erwartet wird. Eine Betreuung ist spätestens erforderlich, wenn elektive, risiko-behaftete Maßnahmen geplant werden (z.B. Operation, invasive Diagnostik).

IV. Entscheidungsfindung

Zunächst wurden die Indikation (gemäß II.) und der Patientenwille (gemäß III.) getrennt ermittelt. Im Rahmen der Entscheidungsfindung werden beide miteinander verbunden. Dabei sind prinzipiell folgende 4 Konstellationen (A – D) denkbar:

geplante Behandlungs- maßnahme	Indikation (vgl. II.)	
	ja	nein
Patientenwille (vgl. III.)	ja	nein
	A	B
	nein	
	C	D

Zu den Konstellationen im Einzelnen:

A: Die Maßnahme ist zulässig, wenn *Indikation und Patientenwille* positiv übereinstimmen.

Dies ist unproblematisch, solange der Patient selbst entscheidungsfähig ist. Für nicht entscheidungsfähige Patienten muss der Wille gemäß dem 4-stufigen Schema (vgl. III.) ermittelt werden.

Die Einwilligung durch einen juristischen Stellvertreter setzt voraus, dass er den Patientenwillen (anhand einer Patientenverfügung, des zuvor geäußerten Willens oder als mutmaßlichen Willen) ermittelt und zur Geltung bringt (§ 1901a BGB, siehe III. ad 2/3).

B: Patientin oder Patient wünschen sich eine *nicht indizierte* Behandlungsmaßnahme.

Im Regelfall wird diese Maßnahme abgelehnt und die Ablehnung gegenüber Patientin/ Patient begründet. Wenn sich Patienten aber z.B. in einer medizinisch aussichtslosen Situation eine als wenig aussichtsreich eingeschätzte Maßnahme wünschen (etwa eine Fortführung der Bestrahlung), sollte die Entscheidung angesichts der individuellen Gesamtumstände unter Abwägung von Nutzen und Schaden getroffen werden.

Die Durchführung einer ethischen Fallbesprechung trägt dazu bei, die gemeinsame Entscheidung abzusichern.

C: Einer indizierten Behandlungsmaßnahme wird vom *Patienten* oder vom *juristischen Stellvertreter* nicht zugestimmt.

a) Patient ist *entscheidungsfähig*

Die Ablehnung einer indizierten Behandlungsmaßnahme ist jederzeit möglich und für die Mitarbeiter bindend. Die Durchführung einer Maßnahme gegen den Willen des Patienten stellt eine rechtswidrige Körperverletzung dar.

Dennoch werden in diesen Fällen an den DRK Kliniken Berlin besondere Ansprüche an Beratung und Aufklärung gestellt. Im Rahmen eines Gespräches sollten noch einmal alle Konsequenzen dargelegt und besprochen werden, die sowohl aus der Ablehnung als auch aus der Durchführung der indizierten Behandlung resultieren. Dabei sollten Ärzte „dem Patienten helfen, die eigene Entscheidung zu überdenken“ (vgl. Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung³). Die Entscheidung des Patienten wird dann respektiert. Die weitere Versorgung ist mit dem Patienten zu besprechen. Aus einer Ablehnung dürfen dem Patienten keine Nachteile bezüglich seiner weiteren Betreuung in den DRK Kliniken Berlin entstehen.

b) Entscheidungsfähigkeit des Patienten ist *unklar*

Solange der Patient die Tragweite der unmittelbar anstehenden Entscheidung einschätzen kann, ist er für diese Entscheidung auch entscheidungsfähig. Falls dieser Punkt unklar oder umstritten ist, kann eine interdisziplinäre Teambesprechung zur Klärung beitragen. Falls weiter Zweifel bestehen, sollte ein psychiatrisches Gutachten zur Klärung eingeholt werden.

c) Patient ist *nicht entscheidungsfähig*

Erfolgt die Ablehnung einer indizierten Maßnahme durch einen juristischen Stellvertreter, so ist folgendes Vorgehen zu wählen:

Zunächst wird vom Stationsteam geprüft, ob in Kenntnis der Ablehnung die Indikation zur Behandlung weiter aufrechterhalten wird.

Wird die Indikation angesichts der Gesamtumstände zurückgenommen, liegt Fallkonstellation D vor (keine Indikation, kein Patientenwille; siehe unten).

Als nächstes wird vom Stationsteam geprüft, ob der juristische Stellvertreter seine Entscheidung nachvollziehbar auf den geäußerten oder mutmaßlichen Patientenwillen stützt. In dem Fall wird der Entscheidung des juristischen Stellvertreters gefolgt und die Behandlungsmaßnahme nicht durchgeführt.

Wenn der Patientenwille nicht für das Stationsteam nachvollziehbar geklärt werden kann, besteht weiter ein Dissens zwischen dem Stationsteam einerseits und dem juristischen Stellvertreter andererseits.

In diesem Fall wird eine ethische Fallbesprechung durchgeführt, um möglichst eine einvernehmliche Lösung vorzubereiten. Mögliche Lösungen schließen ausdrücklich die Weiterbehandlung (Durchführung der indizierten Maßnahme), die rein palliative Behandlung, oder die Verlegung des Patienten (z.B. Hospiz) ein. Im Rahmen der ethischen Fallbesprechung ist vorrangig zu klären, ob sich die Entscheidung des juristischen Stellvertreters ausreichend auf Willensbekundungen des Patienten stützt.

Wenn sich durch die Fallbesprechung keine gemeinsame Lösung finden lässt, ist das Betreuungsgericht anzurufen, um über die Einwilligung des Patienten zu der indizierten Behandlungsmaßnahme zu entscheiden (§ 1904 BGB⁴). Aufgabe des Betreuungsgerichtes ist es dabei, die zutreffende Auslegung des Patientenwillens zu prüfen.

D: Eine Behandlungsmaßnahme wird nicht durchgeführt, wenn für sie weder eine Indikation noch ein Patientenwunsch besteht.

Mit entscheidungsfähigen Patienten wird das weitere Vorgehen (z.B. palliative Behandlung, Entlassung, Verlegung in ein Hospiz) besprochen. Bei nicht entscheidungsfähigen Patienten wird das Vorgehen mit dem juristischen Stellvertreter abgesprochen. Da in der Fallkonstellation D von ärztlicher Seite keine Indikation zur Weiterbehandlung besteht, wird der juristische Stellvertreter über den bevorstehenden Therapieverzicht oder Therapieabbruch informiert. Für diese Entscheidung ist keine Bestätigung durch das Betreuungsgericht erforderlich. Fehlende Indikation und fehlender Patientenwille müssen in der Krankenakte dokumentiert werden.

CHARAKTERISIERUNG DER LEITLINIE

1. **Übersicht:**

Inhalt: Die Leitlinie behandelt die Problematik der Erkennung und Berücksichtigung des Patientenwillens

Geltungsbereich: DRK Kliniken Berlin

Datum: Juni 2005

Ausgaben: Printausgabe, elektronische Ausgabe im Intranet

Entwickler, Verfasser: Ethikkomitee der DRK Kliniken Berlin.

2. **Fokus:**

Selbstbestimmungsrecht von Patientinnen und Patienten

3. **Ziel:**

Die Leitlinie soll (1) den in die Behandlung von Patienten einbezogenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der verschiedenen Berufsgruppen helfen, den Patientenwillen zu ermitteln und ihn in die Entscheidungsfindung einzubeziehen, und (2) sie dazu anregen, Patientinnen und Patienten darauf hinzuweisen, im Vorfeld möglicher sie betreffender Entscheidungssituationen ihren Willen so zur Kenntnis zu geben, dass er als authentisch erkannt und berücksichtigt werden kann.

4. **Zielgruppen:**

Zielgruppen sind Mitglieder aller Berufsgruppen, die bei der Behandlung den Willen von Patientinnen und Patienten berücksichtigen müssen.

5. **Patienten:**

Alle Patienten, die sich in medizinische Behandlung oder eine sonstige Betreuung begeben.

6. **Entwickler:**

Ethikkomitee der DRK Kliniken Berlin

7. **Unterstützer und Sponsoren der Leitlinienentwicklung:**

keine

8. **Evidenz-Sammlung:**

medizinische und juristische Fachliteratur, Sekundärliteratur, Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung

9. **Validierung der eingeflossenen Informationen:**

Die Verlässlichkeit der Informationen wurde jeweils einzeln überprüft und entsprechend der Zuordnung zu den Kategorien *Primär-, Sekundärliteratur, Einzelberichte, offizielle Verlautbarungen, mündliche Mitteilungen* gewertet.

10. **Methode der Herstellung von Einvernehmlichkeit oder Herausstellung unvereinbarer Standpunkte:**

unabhängige Meinungsbildung, freie Diskussion, Abstimmung

11. **Methode der Evaluation der Leitlinie nach ihrer Herausgabe:**

schriftliche Rückmeldung über Probleme bei der Berücksichtigung des Patientenwillens, Auswertung ethischer Fallbesprechungen

12. **Update-Plan; Zeitplan der Überprüfung der Wirksamkeit:**

jährliche Evaluation, Update je nach Auswertung der Evaluation

13. **Definitionen von Fachbegriffen:**
in der Leitlinie
14. **Empfehlungen und spezifische Umstände im Detail:**
Empfehlungen der Leitlinie
15. **Einfluss der Patienten auf die Entscheidungen:**
Die Erkennung und Berücksichtigung des Patientenwillens ist Thema der Leitlinie.
16. **Potentielle Benefits und Risiken, die mit der Implementation der Leitlinien verbunden sind:**
Abnahme der juristischen Probleme durch Missachtung des Patientenwillens
17. **Algorithmus von Entscheidungsfindungen im Einzelfall:**
Empfehlungen in der Leitlinie
18. **Überlegungen zur Implementierung:**
Bekanntmachung der Leitlinie durch die Geschäftsführung; individuelle Anschreiben der Chefärzte des Unternehmens; Veröffentlichung im Intranet
19. **Methode der Überprüfung der Praxistauglichkeit:**
Auswertung ethischer Fallbesprechungen; jährliche Befragung durch das Ethikkomitee über ein Formblatt

STICHWORTE

Selbstbestimmungsrecht des Menschen	4
„informed consent“	4
Bestmögliche Behandlungsform – angemessene Maßnahme	4
Ebenen der Willensäußerung	5
Wille des entscheidungsunfähigen Patienten (III.2)	5
Patientenverfügung (III.2)	5, 9
Betreuer, Bevollmächtigte (III.2, 3; IV.Cc).....	5, 9
Mutmaßlicher Patientenwille (III.,3)	6
Entscheidung im Notfall (III. 4)	7
Patient wünscht, was auch indiziert ist	7
Patient wünscht nicht indizierte Behandlung	8
Patient lehnt ab, was indiziert ist	8
Patient lehnt ab, was nicht indiziert ist	8

Verweis

Broschüre des Bundesministeriums der Justiz: *Patientenverfügung*
(Im Internet: <http://www.bmj.de> unter den Punkten „Service“, „Publikationen“, „Patientenverfügung“)

Anhang

- 1.) BGH-Urteil vom 13.09.1994 („Kemptener Fall“). NJW 1995: 204-205
- 2.) BGH-Urteil vom 17.03.2003. NJW 2003: 1588
- 3.) Bundesärztekammer (2004): Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Dtsch. Ärztebl.* 101(19): A1298-A1299
- 4.) Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts. Bundesgesetzblatt 2009 Teil I Nr. 48, S. 2286-2287
- 5.) Bundesärztekammer (2010): Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. *Dtsch. Ärztebl.* 107(18): A877-882