ZUM UMGANG MIT LEBENSERHALTENDEN MASSNAHMEN BEI SCHWER KRANKEN UND STERBENDEN MENSCHEN

Orientierung für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in der Altenhilfe der v. Bodelschwinghschen Anstalten Bethel

(Stand: 31.01.2007)

Inhaltsübersicht

Vorbemerkung

1. Problembeschreibung

2. Rechtsunsicherheit

3. Orientierungshilfe

4. Leitlinien unseres Handelns in den vBA Bethel

5. Die Situation an der Grenze zwischen Leben und Tod

6. Der Wille des betroffenen Menschen

7. Rechtliche Situation

8. Die besondere Problematik der PEG-Sonde

9. Aufklärung

10. Entscheidungsfindung

11. Basisversorgung

12. Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht

13. Schuld

14. Gestaltung des Abschieds

15. Sterben in christlicher Sicht

Vorbemerkung

Es gibt Bereiche unseres Lebens, in denen nicht nach Marktgesichtspunkten entschieden oder gar „verpreislicht“ werden kann.
Auch gibt es Entscheidungen, die nicht nach einer Kriterienliste getroffen werden können.
Dazu gehört neben der Pränatalen Diagnostik und dem Komplex Biomedizin der Umgang mit lebenserhaltenden Maßnahmen bei schwer kranken und sterbenden Menschen.
Auch hier müssen Entscheidungen gefällt werden, und zwar in jeder Situation eine besondere.
Um auf eine Entscheidungsfindung vorbereitet zu sein, hat die Ethik-Kommission der v. Bodelschwinghschen Anstalten Bethel nach vielen Gesprächen mit Betroffenen und Pflegenden eine Orientierungshilfe erarbeitet, die der Vorstand hiermit veröffentlicht.

Bethel, im Februar 2007

Pastor Friedrich Schophaus
Vorsitzender des Vorstandes

1. Problembeschreibung

Zur Frage, wie mit lebenserhaltenden Maßnahmen bei schwer kranken oder sterbenden Menschen umzugehen ist, begegnen wir sehr unterschiedlichen Haltungen und Meinungen bei Menschen, die unsere Hilfe in Anspruch nehmen, Mitarbeitenden, Ärztinnen und Ärzten sowie Angehörigen.

Dies kann zu Konfliktsituationen zwischen den beteiligten Personen führen; es belastet dann die in sich schon schwere Situation der Begleitung und Pflege alter Menschen zusätzlich und kann auch die Situation des Abschiednehmens vom Leben bzw. von einem Menschen, mit dem man sehr verbunden ist, erheblich belasten.

Insbesondere treten solche unterschiedlichen Einschätzungen und Konflikte auf, wenn es um die Frage künstlicher Ernährung bzw. Flüssigkeitszufuhr geht (subkutan; PEG-Sonde).

Wir erleben, dass die medizinische Entwicklung manches, was früher als gottgegeben und damit vom Menschen anzunehmen war, jetzt in die Verantwortung des Menschen selbst legt und unterschiedliche Handlungsoptionen bietet.

Unser Ziel ist es, eine dem betroffenen Menschen dienende und unserem christlichen Menschenverständnis entsprechende Form der Begleitung und Unterstützung auf dem letzten Abschnitt des Lebensweges zu gewährleisten und damit ethisch verantwortlich zu handeln.

Unsere Erfahrung in den Einrichtungen der Altenhilfe in den v. Bodelschwinghschen Anstalten Bethel ist, dass in den allermeisten Fällen, in denen Entscheidungen über medizinische, pflegerische oder therapeutische Maßnahmen zu treffen sind, das Gespräch möglich ist und schließlich ein Konsens aller Beteiligten zustande kommt.
In wenigen Einzelfällen wird kein Konsens erreicht.

Zum Beispiel gibt es im Stiftungsbereich Altenhilfe Bethel in Bielefeld ca. 130 Sterbefälle im Jahr, bei 1 bis 2 Situationen wird bzgl. lebenserhaltender Maßnahmen kein Konsens erreicht. In anderen Stiftungsbereichen sind die Erfahrungen ähnlich.

Trotz der geringen Zahl solcher Konfliktsituationen wird am Umgang damit viel deutlich über unsere grundsätzliche Position zu Leben und Würde gerade des einzelnen Menschen.

Wenn ein Mensch die Hilfe eines Heimes in Anspruch nimmt, übernehmen wir als Träger und als Mitarbeitende die Verantwortung, ihn so gut es uns möglich ist, zu pflegen und zu begleiten. Deshalb sehen wir uns als Träger ohne

- das Recht des betroffenen Menschen auf Selbstbestimmung und
- die ärztliche Letztverantwortung

in Frage zu stellen, in Mit-Verantwortung, wenn es um Fragen lebenserhaltender Maßnahmen und der Pflege am Lebensende geht. Wir erwarten deshalb, dass die Mitarbeitenden in Pflege und Begleitung bei entsprechenden Entscheidungen einbezogen werden.
Mit der Frage lebenserhaltender Maßnahmen bei schwer kranken und sterbenden Menschen befinden wir uns in einem **ethischen Spannungsfeld**:

Leiden lindern /Leben zu Ende gehen lassen (palliativ)	⇔	Leben erhalten (curativ)
„lebenssatt sein“, ins Sterben einwilligen / Sterben zulassen	⇔	um das Leben kämpfen
Selbstbestimmung	⇔	fürsorgliche Entscheidung
„in unseren Einrichtungen verhungert und verdurstet niemand“	⇔	„als Institution können und wollen wir den Menschen ihre individuelle Verantwortung nicht abnehmen“
Vertrauen / Sicherheit des betroffenen Menschen, dass alles für sein Leben getan wird	⇔	Vertrauen, „dass man mich sterben lässt“
professionelles Handeln nach klaren Normen und Standards	⇔	intuitives Handeln

Letztendlich wird es immer wieder um Gewissensentscheidungen der Beteiligten gehen, die nicht kasuistisch zu regeln sind und trotzdem in Verantwortung getroffen werden müssen.

2. Rechtsunsicherheit

Zur Frage lebenserhaltender Maßnahmen bei schwerer Krankheit und am Lebensende gibt es ethisch, rechtlich und in der öffentlichen Diskussion sehr unterschiedliche Positionen. Dies erschwert den Umgang damit in der Praxis. Unter anderem liegen Stellungnahmen folgender Gremien vor:

- Enquete-Kommission des Bundestages „Recht und Ethik in der Medizin“,
- Nationaler Ethikrat: „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“
- Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ („Kutzerkommission“) vom Bundesjustizministerium 2004 eingesetzt

Sie kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen.
Der Gesetzentwurf des Bundesjustizministeriums 2004/2005 wurde zurückgezogen.
In der Theologie und bei diakonischen Trägern werden unterschiedliche ethische Positionen vertreten.
Auch für die Rechtsprechung ist die Situation gesetzlich nicht eindeutig geklärt. So stellt der BGH in seinem Urteil vom 8.6.2005 (XII ZR 177/03; s.u.) fest: „Die strafrechtlichen Grenzen einer Sterbehilfe im weiteren Sinn... erscheinen dem Senat bislang nicht hinreichend geklärt... Das vorliegende Verfahren bietet – im Hinblick auf die hier allein zu treffende Kostenentscheidung – keinen geeigneten Rahmen, die Frage nach den Grenzen abschließend zu beantworten.“ (Begründung II, 2)
Inhaltlich besagt der BGH-Beschluss vom 08.06.2005 :

Es ist trotz möglicherweise entgegenstehender Vereinbarung im Heimvertrag dem Bewohner / der Bewohnerin jederzeit möglich, die Einwilligung zur künstlichen Ernährung zu widerrufen.
Der Einrichtung steht kein (eigenes) Verweigerungsrecht gegen das Unterlassungsbegehren des Bewohners / der Bewohnerin zu. Ebenso findet die individuelle Haltung der Mitarbeitenden ihre Grenze am Selbstbestimmungsrecht des Bewohners / der Bewohnerin. Die Gewissensfreiheit verleiht den Mitarbeitenden kein Recht, sich durch aktives Handeln über das Selbstbestimmungsrecht des Bewohners/der Bewohnerin hinwegzusetzen und ihrerseits in die körperliche Unversehrtheit des Bewohners/der Bewohnerin einzugreifen.

Ebenso geht es bei einer (stellvertretenden) Entscheidung eines Betreuers/einer Betreuerin oder Bevollmächtigten nicht um dessen/deren persönliche Überzeugung, sondern allein um den mutmaßlichen Willen des betroffenen Menschen.

Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung ist vereinbart worden, dass die „Diskussion über eine gesetzliche Absicherung der Patientenverfügung" fortgeführt und abgeschlossen werden soll. Ob dadurch eine größere Handlungssicherheit in konkreten Situationen erreicht wird, bleibt abzuwarten.

3. Orientierungshilfe

Diese Orientierungshilfe richtet sich an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie soll Problemverständnis entwickeln bzw. wachhalten und den Werte-Rahmen abstecken, in dem wir in den vBA Bethel handeln und Hilfestellungen für die Gestaltung von Entscheidungsprozessen geben. Damit wird zugleich den betroffenen Menschen selbst und ihren Angehörigen wie auch unseren professionellen Partnerinnen und Partnern deutlich, wie wir mit diesen ethischen Grenzsituationen umgehen.

Es kann nicht darum gehen, Lösungen für unterschiedliche Einzelsituationen vorzugeben. Eine angemessene Lösung für den einzelnen Menschen in seiner konkreten Situation zu finden, ist die gemeinsame Aufgabe aller Beteiligten. Sie sollen dabei so weit wie möglich dem mutmaßlichen Willen des betroffenen Menschen entsprechen.

„Wir brauchen einen ethisch bestimmten Raum, der für situationsbezogene Ermessensentscheidungen offen ist" (Bischof Huber, Vorwort zur EKD-Schrift März 2005). Diesen „Raum" will diese Orientierungshilfe beschreiben.

4. Leitlinien unseres Handelns in den v. Bodelschwinghschen Anstalten Bethel

In unserem Entscheiden und Handeln lassen wir uns von folgenden Gesichtspunkten leiten:

- Sterben ist Teil des Lebens – so individuell und einzigartig wie das Leben eines Menschen, so individuell und einzigartig ist auch sein Sterben.
- Maßgebend für unser Tun ist der Wille des betroffenen Menschen; wenn er ihn selbst nicht mehr äußern kann, sein mutmaßlicher Wille.
- In unserer (stellvertretenden) Entscheidungsfindung wollen wir den betroffenen Menschen, seine Lebenshaltung und seinen Willen in den Mittelpunkt stellen.

- Ein aktives Herbeiführen des Todes ist für uns ausgeschlossen, selbst wenn der betroffene Mensch dies wünscht.
  Ausschließlich zur Linderung der Schmerzen kann unter Umständen in Kauf genommen werden, dass der Sterbeprozess durch die Dosierung der Medikamente faktisch beschleunigt wird.
- Wo ein Mensch auf seinen Tod zugeht und eine Heilung nicht mehr möglich ist, setzen wir alle Möglichkeiten von „palliativ care" ein.
- Wo wir in der Entscheidung unsicher sind, gilt für uns das Prinzip: Im Zweifel für das Leben.
- Wo es um stellvertretende Entscheidungsfindung geht, gestalten wir den Prozess so transparent wie möglich.
- An der Entscheidungsfindung beteiligen wir Angehörige, Arzt/Ärztin, Pflegekräfte, Seelsorger/Seelsorgerinnen und ggf. weitere Personen, die zu einer der betroffenen Person entsprechenden Entscheidung beitragen können.
- Nach christlicher Überzeugung ist das Sterben Teil des Lebens. Es ist ein Übergang. Das ermöglicht Vertrauen und Gelassenheit auch im Loslassen und in Trauer.

Vgl. die grundsätzlichen Überlegungen in der Handreichung „Handeln an der Grenze zwischen Leben und Tod. Zur Orientierung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter" (1994/1998).

5. Die Situation an der Grenze zwischen Leben und Tod

Die Schwierigkeit besteht darin, zu beurteilen, ob ein Mensch sich bereits in einem akuten, nicht rückgängig zu machenden Prozess des Sterbens befindet.
Diese Beurteilung muss in jeder Situation neu vollzogen werden.

Die Grundsätze der Bundesärztekammer ziehen den Kreis von Situationen, in denen gefragt werden muss, ob eine medizinische Intervention noch angebracht ist, noch ein Stück weiter:

> "Bei Patienten/Patientinnen, die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden, weil die Krankheit weit fortgeschritten ist, kann eine Änderung des Behandlungszieles indiziert sein, wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden und die Änderung des Therapiezieles dem Willen des Patienten/der Patientin entspricht. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung treten dann palliativ-medizinische Versorgung einschließlich pflegerischer Maßnahmen."
>
> *(In vielen Fällen wird so verfahren, insbesondere in der Hospizarbeit)*

Auf jeden Fall gilt:
Bei allen ethischen Überlegungen und dem Ringen um die richtige Entscheidung, was medizinische und pflegerische Intervention angeht, darf nicht aus dem Blick geraten:
Was braucht <u>dieser</u> Mensch <u>jetzt</u> an menschlicher Zuwendung und Begleitung.

Für die begleitenden Menschen (Pflegende, Ärzte und Ärztinnen u. a.) geht es an dieser Grenze bei allem Engagement um eine sehr bewusste und selbstkritische Haltung:
Wie stark ist <u>unser</u> eigenes emotionales Bedürfnis oder auch unsere unreflektierte Routine als Pflegekräfte, als Ärzte und Ärztinnen den Tod nicht zuzulassen?

Geben wir auf, weil Heilung nicht mehr möglich ist und uns deshalb dieses Leben nicht mehr sinnvoll erscheint?

Zu professionellem Handeln gehört selbstkritische Reflexion der eigenen Emotionen und Haltungen.

6. Der Wille des betroffenen Menschen

Behandlungen bzw. lebenserhaltende Maßnahmen, z. B. das Legen einer subkutanen Infusion oder einer PEG-Sonde (percutane endoskopische Gastrostomie) bedürfen der Zustimmung des betroffenen Menschen, sofern er einwilligungsfähig ist. Ebenso ist sein Wunsch nach Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen maßgebend.

Bei einem nicht einwilligungsfähigen Menschen dürfen nach unserem Verständnis lebenserhaltende Maßnahmen nur dann abgebrochen bzw. nicht angeordnet werden, wenn der Sterbeprozess dieses Menschen irreversibel eingesetzt hat oder wenn eine Patientenverfügung dies eindeutig festlegt.

Maßgeblich für Entscheidungen, die wegen Entscheidungsunfähigkeit des betroffenen Menschen stellvertretend getroffen werden müssen, ist der in der aktuellen Situation mutmaßliche Wille des betroffenen Menschen. Ihn herauszufinden und in diesem Sinne zu entscheiden, ist die Aufgabe aller beteiligten Personen. Dabei sollten sie aufmerksam sein für die Unterscheidung zwischen „Das würde ich für mich nicht mehr wollen“ und „Was ist im Sinne des betroffenen Menschen angemessen / richtig?“

Hilfreich in solchen Prozessen stellvertretender Entscheidung sind eine Patientenverfügung oder andere schriftliche Erklärungen bzw. mündliche Äußerungen, aus denen die Einstellung des betroffenen Menschen erkennbar wird.

In der Regel liegen solche Äußerungen allerdings zeitlich zurück, sind in gesundheitlichem und emotionalem Abstand zum Sterben gemacht worden und beschreiben u. U. nicht den mutmaßlichen Willen dieses Menschen in der aktuellen Situation.

Anzeichen von Lebenswillen eines entscheidungsunfähigen Menschen heben die Bindungswirkung einer Patientenverfügung oder anderer früherer Willenserklärungen auf.

Dabei widersprechen wir der gelegentlich geäußerten Meinung, Demenz sei bereits ein Zeichen dafür, dass sich ein Mensch im Sterbeprozess befinde. Unsere Überzeugung und unsere Erfahrungen sprechen eindeutig gegen diese Meinung. Das Gleiche gilt, wenn im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen (z. B. Depression, Wahnvorstellungen) Todeswünsche auftreten.

Im Zweifel werden wir uns immer für das Leben des betroffenen Menschen entscheiden (s. o.).

7. Rechtliche Situation

Die rechtliche Situation stellen wir hier nicht über das bereits Gesagte hinaus dar (s. Abschnitt 2). Wir verweisen auf die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (Dt. Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 19, 7. Mai 2004; s. Anhang) und auf den Beschluss des Bundesgerichtshofes vom 8.6.2005 (s. o.).

8. Die besondere Problematik der PEG-Sonde (percutane endoskopische Gastrostomie)

Die PEG ist die derzeit gebräuchlichste Methode, um Menschen mittel- bis längerfristig künstlich zu ernähren, wenn sie ihre tägliche Nahrung und Flüssigkeit auf natürlichem Wege nicht oder nicht mehr in genügendem Maße aufnehmen können.

Die Frage einer künstlichen Ernährung stellt sich vor allem

- bei Patienten/Patientinnen mit schweren Schluckstörungen, z. B. nach Schlaganfall oder bei Parkinsonscher Krankheit,
- bei Patienten/Patientinnen mit Tumoren im Hals-, Nasen- oder Ohrenbereich
- bei längerfristig bewusstseinsgetrübten Patienten/Patientinnen, unter anderem mit Alzheimer-Demenz,
- bei Wachkoma.

Mit der PEG werden Nahrung und Flüssigkeit über eine Ernährungssonde durch die Bauchdecke direkt in den Magen geführt. Angelegt wird die PEG durch eine vergleichsweise geringfügige Operation. (Magenspiegelung sowie kleiner Schnitt in die Bauchdecke; dabei handelt es sich um einen der häufigsten medizinischen Eingriffe [jährlich ca. 140.000 Fälle]).

Sonden werden auch in anderen Situationen gelegt (z. B. Darmrohre oder Blasenkatheter) und sind in der Regel völlig unumstritten.

Im Normalfall ist das Legen einer PEG kein Problem. Im Zusammenhang mit Narkose oder Begleiterkrankungen kann das Risiko größer sein.

Als **Entscheidungskriterien für das Anlegen einer PEG-Sonde** gelten für uns (s. Pro Alter 3/05, Kuratorium Deutsche Altershilfe, S. 42):

- Umfassende medizinische Diagnose der Beschwerden liegt vor mit dem Ziel, eine therapierbare Ursache für die Ernährungsstörung zu finden oder auszuschließen.
- Mögliche Begleitrisiken (andere Krankheiten, Gesamt-Konstitutionen…) sind benannt.
- Das Anlegen der PEG-Sonde orientiert sich am mutmaßlichen Willen des bzw. der Betroffenen.
- Es wurden vorher alle Maßnahmen unternommen, um die erkrankte Person zum Essen und Trinken zu bewegen.
- Ernährungsprobleme werden frühzeitig aufgedeckt und eine Sondenernährung wird eingeleitet, solange die bzw. der Betroffene noch ausreichend körperliche Ressourcen hat und die Mangelernährung sich noch nicht manifestiert hat.
- Eine PEG-Sonde bedeutet nicht einen Ausschluss aus dem sozialen Leben und den alltäglichen Gewohnheiten. Es muss eine weitere Teilnahme an den gewohnten Mahlzeiten sowie – wenn möglich – eine orale Nahrungszufuhr ermöglicht werden.

Wir sollten keine künstliche Ernährung im Sterbeprozess selbst vornehmen, es sei denn, der Patient/die Patientin wünscht dies.

9. Aufklärung

Wir wollen die Menschen, die wir in ihrem letzten Lebensabschnitt pflegen und begleiten, und ihre Angehörigen über die Möglichkeiten der Sterbebegleitung und der Schmerzmedizin und damit über die Möglichkeiten eines würdevollen Sterbens umfassend und einfühlsam informieren und erwarten die Bereitschaft zum Gespräch darüber auch bei den anderen Beteiligten. Wir sind überzeugt, dass damit Angst vor unerträglichem Leiden ebenso wie vor dem Sterben gemindert werden können.
Wir informieren bei der Aufnahme von Menschen in unsere Einrichtungen über unsere Haltung (dieses Papier; Hinweis auf „Handeln an der Grenze...“); wir bieten persönliche Gespräche mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, mit einem Seelsorger / einer Seelsorgerin an; wir führen öffentliche Veranstaltungen durch und stellen schriftliches Material zur Verfügung.

10. Entscheidungsfindung

„Beim Handeln an der Grenze zwischen Leben und Tod, mehr noch bei Entscheidungen, die dem Handeln vorausgehen, ist ein kontrollierter und kontrollierbarer Beratungs- und Entscheidungsprozess unerlässlich.“ (Handeln an der Grenze..., S. 15)

Im Folgenden beziehen wir die Aussagen von „Handeln an der Grenze...“ auf den Umgang mit kranken bzw. sterbenden Menschen im Heim.

Wir sehen uns in der Verantwortung, so weit wie möglich dem mutmaßlichen Willen des betroffenen Menschen zu entsprechen und zugleich jeden Ansatz einer aktiven Sterbehilfe auszuschließen.

In Konfliktsituationen sollen die beschriebenen Verfahrensschritte eine Hilfe sein, ethisch verantwortlich und nach Möglichkeit im Konsens die notwendigen Entscheidungen zu treffen.

Wir sind uns bewusst, dass in jeder menschlichen Beziehung alle Beteiligten ihre eigene Persönlichkeit, ihre Geschichte, ihre Betroffenheit einbringen. Dies gilt in besonderer Weise in Grenzsituationen (vgl. „Handeln an der Grenze...“, S. 10 f.). Deshalb sollten alle Beteiligten geduldig und einfühlsam einander zu verstehen versuchen. Ausgangspunkt sollte sein, dass es allen Beteiligten darum geht, die Würde des betroffenen Menschen zu wahren. Unterstellungen und plakative Vereinfachungen sollten vermieden werden.

Der Mensch, um den es geht, muss in seiner aktuellen Situation im Mittelpunkt stehen; auch da, wo er nicht mehr entscheidungsfähig ist, müssen die Beteiligten im Prozess ihrer (stellvertretenden) Entscheidungsfindung dies immer wieder ganz ausdrücklich vollziehen. Das geschieht in dem Bewusstsein, dass wir als Außenstehende nur sehr begrenzt die Position des betroffenen Menschen einnehmen können und dass wir in unseren Einstellungen, unserem Argumentieren und Handeln immer auch von eigenen Interessen, Sichtweisen und Erfahrungen geprägt sind.

Ethische Grundsätze stecken den Rahmen ab, in dem wir uns in unseren Entscheidungsprozessen bewegen; die Entscheidungen selbst müssen jeweils im Blick auf die individuelle Situation verantwortlich und so weit wie möglich gemeinsam getroffen werden.

Die Schritte des Entscheidungsprozesses

1. <u>Ausgangsfrage</u>

Kann der betroffene Mensch seinen eigenen Willen äußern? Hat er seinen Willen in einer Patientenverfügung (PV) geäußert? Gibt es eine Vorsorgevollmacht und was sagen diese im Blick auf die aktuelle Situation aus?

Falls die betroffene Person einen eigenen Willen nicht mehr äußern kann oder die Aussagen in PV oder Vollmacht nicht eindeutig sind bzw. nicht ohne weiteres auf die aktuelle Situation anwendbar sind oder unterschiedliche Beteiligte die Aussagen unterschiedlich verstehen, werden die folgenden Beratungsschritte in Gang gesetzt.

2. <u>Beteiligung</u>

Betreuer/in oder Vertrauensperson des betroffenen Menschen (falls benannt), Angehörige, Mitarbeiter/in (ggf. Bezugs-MA), behandelnde/r Arzt/Ärztin, Arzt/Ärztin des Hauses, Seelsorger/Seelsorgerin, Einrichtungsleitung.
Bei Bedarf können weitere Personen hinzugezogen werden.
Federführung und Prozessverantwortung soll bei einer nicht unmittelbar beteiligten Person liegen, z. B. einer Leitung einer anderen Einrichtung.

3. <u>Klärung der Situation</u> (Gespräch der o. g. Beteiligten):

- Wer stellt die Frage nach künstlicher Ernährung bzw. verweigert der betroffene Mensch selbst Essen und/oder Trinken?
- Welche Probleme/Wahrnehmungen haben dazu geführt? (z. B. Schlucken, Tumor, Demenz, Wachkoma, Nahrungsverweigerung psychisch kranker Menschen; passagere Probleme der Nahrungsaufnahme bei Krebs-Patienten; Darmwegeverschluss...)
- Leidet der betroffene Mensch subjektiv unter Hunger und Durst? Was lässt sich mit einfühlsamer Beobachtung feststellen?
- Wird möglicherweise im Verhalten des betroffenen Menschen eine Willensäußerung erkennbar?
- Hat möglicherweise der Sterbeprozess unwiderruflich begonnen? Ist das die gemeinsame Wahrnehmung aller Beteiligten? Was spricht dafür, was spricht dagegen?
- Welche Alternativen der Ernährung gibt es: andere Nahrung, andere Art der Darreichung, Nasen-Sonde, subkutane Infusion?
- Was braucht ein Patient noch bzw. dringender in dieser Lebensphase? Wie ist das zu leisten? Ist es unter Umständen besser, Ernährung über PEG technisch zu bewältigen und Zeit für Zuwendung und Pflege zu haben? Oder ist die Zuwendung beim Essen vielleicht wichtiger als das Essen selbst? Ermöglicht eine PEG-Sonde, dass ein Patient/eine Patientin nach Hause entlassen werden kann und dort zufriedener ist?
- Kann das Anlegen einer PEG-Sonde oder subkutaner Infusion eine Steigerung der Lebensqualität bedeuten, weil der betroffene Mensch sich z. B. nicht mehr verschluckt oder die Last des Essen-Müssens wegfällt? Ist auf diese Weise eine ausgewogenere Ernährung möglich mit der Folge weniger Dekubitus, Harnwegsinfekte, Verstopfung?

4. Ziel des Gespräches

Ziel des Gespräches ist es, im gemeinsamen Konsens aller an der Betreuung des betroffenen Menschen Beteiligten eine individuelle und der Person gerechte Entscheidung darüber zu treffen, ob künstliche Ernährung im Sinne des Patienten/der Patientin angeordnet wird und wenn ja, in welcher Form dies geschehen soll.

Letztverantwortung und damit auch Letztentscheidung für die von ihm/von ihr durchzuführenden medizinischen Maßnahmen liegen beim behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin unter Berücksichtigung des geäußerten oder mutmaßlichen Willens des betroffenen Menschen.

Es soll alles dafür getan werden, dass ein Konsens erreicht wird, ggf. sollte auch eine weitere Person zur Vermittlung unterschiedlicher Standpunkte hinzugezogen werden.

Sollten trotzdem Arzt/Ärztin und Betreuer/Betreuerin bzw. Bevollmächtigte/r nicht zu einem Konsens kommen, ist das Vormundschaftsgericht einzubeziehen.

Sollte zwischen Arzt/Ärztin und Betreuer/Betreuerin auf der einen und Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen der Einrichtung auf der anderen Seite kein Konsens zu erreichen sein, sind diese – wie jede/r andere Dritte auch – auf die Möglichkeit beschränkt, beim Vormundschaftsgericht eine Überprüfung des Betreuerhandelns anzuregen.

11. Basisversorgung

„An der Grenze zwischen Leben und Tod eines Menschen darf auf folgende Maßnahmen nicht verzichtet werden (Basistherapie):

1. Allgemeine Pflege
2. Freihalten der Atemwege
3. Zufuhr von Flüssigkeit mit Glucose als Basisnährstoff

Alle hier beschriebenen Tätigkeiten sollen dem Wohlbefinden des Sterbenden/der Sterbenden dienen und zusätzliches Leiden verhindern helfen. Der Sterbende/die Sterbende soll sich durch die Maßnahmen auf keinen Fall gestört oder belästigt fühlen. Es handelt sich um pflegerische Maßnahmen, die – soweit möglich – in Absprache mit dem Patienten/der Patientin durchgeführt werden. Somit bedürfen sie einer individuellen Gestaltung, ohne dadurch ihren Zweck zu verfehlen." *(„Handeln an der Grenze..., S. 23)*

„Der Arzt/die Ärztin ist verpflichtet, Sterbenden, d. h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblem Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie unter menschenwürdigen Bedingungen sterben können.
Die Hilfe besteht in palliativ-medizinischer Versorgung und damit auch in Beistand und Sorge für Basisbetreuung. Dazu gehören nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können. Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden …
Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf…." *(Bundesärztekammer 2004, Absatz I.).*

12. Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht

Eine Patientenverfügung kann eine Hilfe sein, den mutmaßlichen Willen eines Menschen herauszufinden. Das Problem von Patientenverfügungen liegt darin, dass sie in der Regel in einer anderen Situation abgefasst werden, als die, in der eine konkrete Entscheidung über eine medizinische oder pflegerische Maßnahme getroffen werden muss. Situationen, die aus dem Abstand als unerträglich bewertet werden, können, wenn sie eingetreten sind, ganz anders erlebt werden. Was aus dem Abstand als sinnlos erscheint und für die eigene Person abgelehnt wird, kann im aktuellen Erleben als zum Leben dazugehörig empfunden werden.

Eine Patientenverfügung erscheint uns dann sinnvoll und hilfreich, wenn sie die Grundeinstellung des jeweiligen Menschen erkennbar macht und Menschen des Vertrauens benennt, die an der Entscheidungsfindung in einer konkreten Situation beteiligt werden sollen, wenn die betroffene Person selber nicht mehr entscheidungsfähig ist.

In jedem Fall sollte zur Erstellung einer Patientenverfügung Beratung durch einen Arzt/eine Ärztin oder eine andere fachkundige Person in Anspruch genommen werden.

Darüber hinaus ist es hilfreich, frühzeitig eine Vorsorgevollmacht zu erteilen, mit der jeweils ein Mensch betraut wird, der das volle Vertrauen der betroffenen Person hat und dessen Entscheidungen sich dieser Mensch ausdrücklich anvertrauen will für den Fall, in dem er selber nicht mehr entscheiden kann.

> In einer Stellungnahme aus Württemberg wird eine Kombination von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht vorgeschlagen:
> „In der PV werden lediglich Entscheidungsgrundsätze nieder gelegt. Sie können sich durch biografische Entwicklungen und akute Bedrängnissituationen verändern. Viele Patienten sind in akuten Krisensituationen kaum mehr in der Lage diese psychischen und geistigen Veränderungen verbal zu vermitteln. Eine unreflektierte und ungeprüfte Anwendung einer PV als juristisch gültiger ‚letzter Wille' kann dem betroffenen Menschen Gewalt zufügen.
> Deshalb wird vorgeschlagen, dass eine PV nur dann als ‚letzter Wille' verwertbar ist, wenn eine Vertrauensperson, die den Patienten in seiner Entwicklung begleitet hat, in die Entscheidungsfindung verantwortlich einbezogen wird. Hierbei erweist sich das Rechtsinstrument der Vorsorgevollmacht als besonders hilfreich. Voraussetzung ist allerdings, dass zwischen dem Patienten / der Patientin und der bevollmächtigten Person persönliche Kontakte laufend gepflegt wurden..."
>
> (Ev. Landeskirche in Württemberg/Diakonisches Werk Württemberg/Hospiz Stuttgart: „Vom Umgang mit Patientenverfügungen". Stellungnahme zu einem geplanten Gesetz [23.02.2005])

Wo wir in der Entscheidung unsicher sind, gilt für uns das Prinzip: Im Zweifel für das Leben.

13. Schuld

Wir sind uns dessen bewusst, dass es in so grundlegenden und zugleich sensiblen Fragen eine Sicherheit, richtig zu entscheiden, nicht gibt. Trotzdem müssen wir entscheiden und handeln.

Es gibt Situationen, in denen wir schuldig werden bzw. uns schuldig fühlen, ganz gleich, was wir entscheiden und tun.

Wir leben mit dieser Spannung und nehmen unsere Verantwortung wahr. Dabei vertrauen wir darauf, dass uns da, wo wir in Wahrnehmung unserer Verantwortung schuldig werden, vergeben wird.

14. Gestaltung des Abschieds

In den v. Bodelschwinghschen Anstalten Bethel versuchen wir, den letzten Lebensabschnitt, den Prozess des Sterbens und das Abschiednehmen von einem Menschen auch geistlich zu begleiten und zu gestalten und geben damit unserem christlichen Glauben Ausdruck. Das Heft „Handeln an der Grenze zwischen Leben und Tod" (1993/1998) gibt dazu Anregungen; in verschiedenen Stiftungsbereichen bzw. in einzelnen Einrichtungen gibt es „Traditionen" und ganz konkrete Handreichungen für die Gestaltung des Abschieds.

15. Sterben in christlicher Sicht

Glauben ist eine sehr persönliche Angelegenheit und prägt die Sicht des Lebens einschließlich des Sterbens.
In der christlichen Tradition kennen wir die Umschreibung des Sterbens mit dem Bild vom „Heimgang"; mit dem Sterben endet zwar das Leben und enden menschliche Beziehungen, doch zugleich wird es verstanden als ein Übergang in Gottes Nähe, bei dem alles Leben seinen Ursprung und sein Ziel hat.
Auch wenn wir dieses Bild nicht benutzen, gilt für uns: Es gibt für das christliche Verständnis vom Leben nicht nur eine Gegenwart, die zu verlängern ist, sondern auch eine Zukunft, in die hinein Menschen zu begleiten sind.
In dieser Haltung können Menschen das Sterben als Teil des Lebens und nicht als dessen Infragestellung verstehen, sie können dann das Sterben auch zulassen.
Gerade im Zusammenhang des Sterbens ist es wichtig, den sterbenden Menschen, seine Angehörigen und die Menschen, die ihn begleiten, von diesem Vertrauen etwas spüren zu lassen und so sein Leben einschließlich seines Sterbens annehmen und achten zu können.

Für Menschen, die die Sicht des christlichen Glaubens für sich nicht annehmen können oder wollen, kann es eine Hilfe sein, wenn sie bei den Menschen, die sie pflegen und begleiten, etwas von diesem Vertrauen spüren.

> „Jesus Christus hat dem Tode die Macht genommen und das Leben und ein unvergängliches Wesen ans Licht gebracht durch das Evangelium."
> (Paulus, 2. Tim. 1,10)

> „Denn ich bin gewiss, dass weder Tod noch Leben, weder Engel noch Mächte noch Gewalten, weder Gegenwärtiges noch Zukünftiges,
> weder Hohes noch Tiefes noch eine andere Kreatur uns scheiden kann von der Liebe Gottes, die in Christus Jesus ist, unserm Herrn."
> (Paulus, Rö 8, 38 – 39)

LITERATURHINWEISE:

Es gibt inzwischen eine Fülle von Literatur, in der die Themenfelder, die in der vorliegenden Orientierungshilfe angesprochen werden, unter medizinischen, rechtlichen und ethischen Gesichtspunkten diskutiert werden. Hier wird nur exemplarisch auf einige Texte verwiesen:

v. Bodelschwinghsche Anstalten Bethel: Handeln an der Grenze zwischen Leben und Tod. Zur Orientierung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter; erarbeitet von der Ethikkommission, herausgegeben vom Vorstand der v. Bodelschwinghschen Anstalten Bethel, 1994/1998

Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht. Ein Beitrag der Kammer für öffentliche Verantwortung der EKD. EKD Texte 80, 2005

Udo Krolzik, Wolfgang Sielemann (Hrsg.): PEG. Beiträge des Symposiums zu Fragen künstlicher Ernährung des Ev. Johanneswerkes Bielefeld. Luther Verlag 2003

Bericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin über den Stand der Arbeit. Deutscher Bundestag, 15. Wahlperiode, Drucksache 15/5980 vom 06.09.2005; darin S. 116 – 119: Kurzfassung des Zwischenberichts „Patientenverfügungen"

Nationaler Ethikrat: Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme. 13. Juli 2006

ANHANG

Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (2004)

Präambel

Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen.

So gibt es Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sein können. Dann tritt palliativ-medizinische Versorgung in den Vordergrund. Die Entscheidung hierzu darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden.

Unabhängig von anderen Zielen der medizinischen Behandlung hat der Arzt in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehören u. a.: menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.

Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten; dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Er muss dabei den Willen des Patienten beachten. Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen.

Aktive Sterbehilfe ist unzulässig und mit Strafe bedroht, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.

Diese Grundsätze können dem Arzt die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen. Alle Entscheidungen müssen individuell erarbeitet werden.

I. Ärztliche Pflichten bei Sterbenden

Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden, d. h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblem Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie unter menschenwürdigen Bedingungen sterben können.

Die Hilfe besteht in palliativ-medizinischer Versorgung und damit auch in Beistand und Sorge für Basisbetreuung. Dazu gehören nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können. Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden.

Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens dürfen in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen oder nicht weitergeführt werden, wenn diese nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann.

Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf. Eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, ist als aktive Sterbehilfe unzulässig und mit Strafe bedroht.

Die Unterrichtung des Sterbenden über seinen Zustand und mögliche Maßnahmen muss wahrheitsgemäß sein, sie soll sich aber an der Situation des Sterbenden orientieren und vorhandenen Ängsten Rechnung tragen. Der Arzt kann auch Angehörige des Patienten und diesem nahe stehende Personen informieren, wenn er annehmen darf, dass dies dem Willen des Patienten entspricht. Das Gespräch mit ihnen gehört zu seinen Aufgaben.

II. Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose

Bei Patienten, die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden, weil die Krankheit weit fortgeschritten ist, kann eine Änderung des Behandlungszieles indiziert sein, wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden und die Änderung des Therapieziels dem Willen des Patienten entspricht. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung treten dann palliativmedizinische Versorgung einschließlich pflegerischer Maßnahmen. In Zweifelsfällen sollte eine Beratung mit anderen Ärzten und den Pflegenden erfolgen.

Bei Neugeborenen mit schwersten Beeinträchtigungen durch Fehlbildungen oder Stoffwechselstörungen, bei denen keine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht, kann nach hinreichender Diagnostik und im Einvernehmen mit den Eltern eine lebenserhaltende Behandlung, die ausgefallene oder ungenügende Vitalfunktionen ersetzen soll, unterlassen oder nicht weitergeführt werden. Gleiches gilt für extrem unreife Kinder, deren unausweichliches Sterben abzusehen ist, und für Neugeborene, die schwerste Zerstörungen des Gehirns erlitten haben. Eine weniger schwere Schädigung ist kein Grund zur Vorenthaltung oder zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, auch dann nicht, wenn Eltern dies fordern. Wie bei Erwachsenen gibt es keine Ausnahmen von der Pflicht zu leidensmindernder Behandlung und Zuwendung, auch nicht bei unreifen Frühgeborenen.

III. Behandlung bei schwerster zerebraler Schädigung und anhaltender Bewusstlosigkeit

Patienten mit schwersten zerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit (apallisches Syndrom; auch so genanntes Wachkoma) haben, wie alle Patienten, ein Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung. Lebenserhaltende Therapie einschließlich - ggf. künstlicher - Ernährung ist daher unter Beachtung ihres geäußerten Willens oder mutmaßlichen Willens grundsätzlich geboten. Soweit bei diesen Patienten eine Situation eintritt, wie unter I - II beschrieben, gelten die dort dargelegten Grundsätze. Die Dauer der Bewusstlosigkeit darf kein alleiniges Kriterium für den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen sein. Hat der Patient keinen Bevollmächtigten in Gesundheitsangelegenheiten, wird in der Regel die Bestellung eines Betreuers erforderlich sein.

IV. Ermittlung des Patientenwillens

Bei einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt die durch den angemessen aufgeklärten Patienten aktuell geäußerte Ablehnung einer Behandlung zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt. Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen.

Der Arzt soll Kranken, die eine notwendige Behandlung ablehnen, helfen, die Entscheidung zu überdenken.

Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist die in einer Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachte Ablehnung einer Behandlung für den Arzt bindend, sofern die konkrete Situation derjenigen entspricht, die der Patient in der Verfügung beschrieben hat, und keine Anhaltspunkte für eine nachträgliche Willensänderung erkennbar sind.

Soweit ein Vertreter (z. B. Eltern, Betreuer oder Bevollmächtigter in Gesundheitsangelegenheiten) vorhanden ist, ist dessen Erklärung maßgeblich; er ist gehalten, den (ggf. auch mutmaßlichen) Willen des Patienten zur Geltung zu bringen und zum Wohl des Patienten zu entscheiden. Wenn der Vertreter eine ärztlich indizierte lebenserhaltende Maßnahme ablehnt, soll sich der Arzt an das Vormundschaftsgericht wenden. Bis zur Entscheidung des Vormundschaftsgerichts soll der Arzt die Behandlung durchführen.

Liegt weder vom Patienten noch von einem gesetzlichen Vertreter oder einem Bevollmächtigten eine bindende Erklärung vor und kann eine solche nicht - auch nicht durch Bestellung eines Betreuers - rechtzeitig eingeholt werden, so hat der Arzt so zu handeln, wie es dem mutmaßlichen Willen des Patienten in der konkreten Situation entspricht. Der Arzt hat den mutmaßlichen Willen aus den Gesamtumständen zu ermitteln. Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen des Patienten können neben früheren Äußerungen seine Lebenseinstellung, seine religiöse Überzeugung, seine Haltung zu Schmerzen und zu schweren Schäden in der ihm verbleibenden Lebenszeit sein. In die Ermittlung des mutmaßlichen Willens sollen auch Angehörige oder nahe stehende Personen als Auskunftspersonen einbezogen werden, wenn angenommen werden kann, dass dies dem Willen des Patienten entspricht.

Lässt sich der mutmaßliche Wille des Patienten nicht anhand der genannten Kriterien ermitteln, so soll der Arzt für den Patienten die ärztlich indizierten Maßnahmen ergreifen und sich in Zweifelsfällen für Lebenserhaltung entscheiden. Dies gilt auch bei einem apallischen Syndrom.

V. Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen

Mit Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen nimmt der Patient sein Selbstbestimmungsrecht wahr. Sie sind eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes.

Eine Patientenverfügung (auch Patiententestament genannt) ist eine schriftliche oder mündliche Willensäußerung eines einwilligungsfähigen Patienten zur zukünftigen Behandlung für den Fall der Äußerungsunfähigkeit. Mit ihr kann der Patient seinen Willen äußern, ob und in welchem Umfang bei ihm in bestimmten, näher umrissenen Krankheitssituationen medizinische Maßnahmen eingesetzt oder unterlassen werden sollen.

Anders als ein Testament bedürfen Patientenverfügungen keiner Form, sollten aber schriftlich abgefasst sein.

Mit einer Vorsorgevollmacht kann der Patient für den Fall, dass er nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, Entscheidungen mit bindender Wirkung für ihn, u. a. in seinen Gesundheitsangelegenheiten, zu treffen (§ 1904 Abs. 2 BGB).

Vorsorgevollmachten sollten schriftlich abgefasst sein und die von ihnen umfassten ärztlichen Maßnahmen möglichst benennen.

Eine Vorsorgevollmacht muss schriftlich niedergelegt werden, wenn sie sich auf Maßnahmen erstreckt, bei denen die begründete Gefahr besteht, dass der Patient stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Schriftform ist auch erforderlich, wenn die Vollmacht den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen umfasst.

Die Einwilligung des Bevollmächtigten in Maßnahmen, bei denen die begründete Gefahr besteht, dass der Patient stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet, bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes, es sei denn, dass mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist (§ 1904 Abs. 2 BGB). Ob dies auch bei einem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen gilt, ist umstritten. Jedenfalls soll sich der Arzt, wenn der Bevollmächtigte eine ärztlich indizierte lebenserhaltende Maßnahme ablehnt, an das Vormundschaftsgericht wenden. Bis zur Entscheidung des Vormundschaftsgerichts soll der Arzt die Behandlung durchführen.

Eine Betreuungsverfügung ist eine für das Vormundschaftsgericht bestimmte Willensäußerung für den Fall der Anordnung einer Betreuung. In ihr können Vorschläge zur Person eines Betreuers und Wünsche zur Wahrnehmung seiner Aufgaben geäußert werden. Eine Betreuung kann vom Gericht für bestimmte Bereiche angeordnet werden, wenn der Patient nicht in der Lage ist, seine Angelegenheiten selbst zu besorgen, und eine Vollmacht hierfür nicht vorliegt oder nicht ausreicht. Der Betreuer entscheidet im Rahmen seines Aufgabenkreises für den Betreuten. Zum Erfordernis der Genehmigung durch das Vormundschaftsgerichts wird auf die Ausführungen zum Bevollmächtigten verwiesen.