



Inhalt



Rechtsecke

Themenschwerpunkt Sterbebegleitung

Sterbehilfe in Deutschland – was ist erlaubt? – was ist verboten?

Sterbehilfe in Europa

Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung

Hospize im Land Brandenburg (Adressliste)



Termine

ABB e.V.-Termine 2016



Dies & Das = Anlagen

Programm Bildungswochenende in Bad Saarow

Berliner Behindertenzeitung

Broschüre Patientenrechte



Sterbehilfe in Deutschland was ist erlaubt? was ist verboten?

Wer im Kreise von Freunden und Verwandten über das Thema Sterbehilfe spricht, merkt schnell, dass man unter diesem Schlagwort ganz verschiedene Dinge verstehen kann. Es gibt viele andere Begriffe, die einen ähnlichen Inhalt haben.

Deshalb ist es zunächst erforderlich, sich etwas näher mit den diesen Begrifflichkeiten zu beschäftigen.

1. Mord und Totschlag

Einen Menschen zu töten, ist ein schweres Verbrechen.

Es wird in Deutschland als Mord oder als Totschlag verfolgt und ist mit langjährigen Freiheitsstrafen bedroht.

Als Mörder wird man allerdings nur verurteilt, wenn man die Tat aus besonders verwerflichen Gründen – z.B. aus Mordlust oder Habgier - begeht oder der Täter in einer besonders verabscheuungswürdigen Art und Weise tötet – z.B. besonders grausam oder mit gemeingefährlichen Mitteln.

Beispiel

Im Jahre 2007 wurde eine Krankenschwester der Charité Berlin wegen fünffachen Mordes zu lebenslanger Haft verurteilt. Sie hatte Patienten, die aus ihrer sich nicht mehr lange zu leben hatten.

Alle von ihr auf der kardiologischen Intensivstation Getöteten waren schwer erkrankt und hatten nur noch kurze Zeit zu leben.

2006 wurde ein Krankenpfleger aus Sonthofen zum lebenslanger Haft verurteilt, der „aus Mitleid“ insgesamt 27 Patienten getötet hatte.

Ist das nicht der Fall, wird der Täter „nur“ wegen Totschlags verurteilt.

Das gilt auch dann, wenn der Täter eben nicht in typisch krimineller Weise agierte, sondern aus einer von ihm empfundenen Barmherzigkeit.

Mord und Totschlag ist gemeinsam, dass die eigentliche Tat begangen wird, ohne dass das Opfer dies wollte.

2. Tötung auf Verlangen - aktive Sterbehilfe

Was geschieht aber, wenn das Opfer – z.B. wegen eines schweren Leidens – selbst darum bittet, getötet zu werden?

Auch dies ist in Deutschland strafbar. Im Strafgesetzbuch heißt es dazu:

Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.

Die Richter werden in derartigen Fällen allerdings hinterfragen, ob der Wunsch eines Menschen getötet zu werden, ausdrücklich und insbesondere auch ernsthaft gewesen ist. Eine bloße Augenblicksstimmung des Sterbewilligen soll und wird dazu nicht ausreichen.

Beispiel

Im Oktober 2010 hatte der Bundesgerichtshof folgenden Fall zu entscheiden:

Ein 74-jähriger Mann war vom Landgericht Stade wegen Tötung auf Verlangen zu einer Gefängnisstrafe von zweieinhalb Jahren verurteilt worden. Er hatte seine 21 Jahre jüngere Frau erschossen. Diese habe ihn wegen eines angeblich bösartigen Tumors und unerträglichen Schmerzen im Unterleib nach einer Diskussion selbst darum gebeten, vom Ehemann getötet zu werden. Sie habe keinerlei Lebenskraft mehr gehabt.

Im Verfahren vor dem Landgericht hat sich herausgestellt, dass die Ehefrau nie einen Arzt aufgesucht hatte und auch nicht an einer Krebserkrankung im Unterleib litt. Dort stellten die Gerichtsmediziner nur eine gutartige Geschwulst fest, die problemlos operabel gewesen ist.

Der Bundesgerichtshof hat dieses Urteil aufgehoben und die Sache an das Landgericht zurück gewiesen. Die Richter haben bemängelt, dass an Ernsthaftigkeit eines Tötungsverlangens höhere Anforderungen gestellt werden müssen.

Bei der Tötung auf Verlangen, geht der Wunsch zu sterben, vom Sterbewilligen aus, es handelt aber allein der Täter. Er wird aktiv.

Die Tötung auf Verlangen wird daher auch als aktive Sterbehilfe bezeichnet

3. Passive Sterbehilfe im Sinne von Sterbenlassen

Gemeint ist damit der bewusste Verzicht auf möglicherweise lebensverlängernde Behandlungen. Welche Behandlungsmaßnahmen unterlassen werden, entscheidet der Patient selbst. Wenn er dies aus Gründen der Erkrankung nicht mehr tun kann, gilt eine ggf. von ihm früher verfasste Patientenverfügung.

Im eigentlichen Sinne handelt es sich bei Sterbenlassen aber nicht um eine wirkliche Sterbehilfe. Es geht nicht darum beim Sterben zu helfen. Es wird vielmehr nur nicht in den begonnenen Prozess des Sterbens eingegriffen.

Ziel des ärztlichen Handelns ist nicht mehr die Verlängerung der Lebenszeit, sondern die Verbesserung der Lebensqualität in der verbleibenden Lebenszeit.

Dazu gehört auch das Unterlassen von Reanimationsversuchen, der Verzicht auf eine Chemotherapie oder auf eine künstliche Beatmung, die Beendigung der Flüssigkeitszufuhr über die Vene oder der Nahrungsmittelzufuhr über eine Sonde.

Die Verbesserung der Lebensqualität in einem bereits begonnenen Sterbeprozess ist in erster Linie die Aufgabe der Palliativmedizin.

4. Beihilfe zur Selbsttötung

Im Allgemeinen wird diese Beihilfe zur Selbsttötung oft als die eigentliche Sterbehilfe betrachtet.

Die Selbsttötung ist in Deutschland straffrei. Insoweit kann aber auch der Helfer zu einer solchen Selbsttötung nicht bestraft werden.

Das gilt allerdings nur dann, wenn der Tötungswillige selbst noch in der Lage ist, den letzten entscheidenden Schritt zu vollziehen. In der Sprache der Juristen heißt das dann Tatherrschaft.

Dies lässt sich an der Verabreichung eines Giftes erläutern. Ist es der Patient selbst, der diese todbringende Dosis einnimmt, handelt es sich um eine Selbsttötung. Der Angehörige, der dieses Gift beschafft und zur Einnahme vorbereitet hat, bleibt straffrei.

Ist es allerdings der Angehörige, der dem Sterbewilligen den Giftbecher verabreicht, dann handelt er nicht mehr als Helfer, sondern als Täter eines Tötungsdelikts. Der Angehörige wird dann – je nach den konkreten Umständen – wegen Tötung auf Verlangen, wegen Mord oder Totschlags bestraft werden.

Offen blieb die Frage, ob die Straffreiheit eines Helfers zur Selbsttötung auch dann gelten sollte, wenn es sich nicht um einen Angehörigen oder eine nahe stehende Person handelt? Was geschieht, wenn beispielsweise die Lieferung und Bereitstellung von tödlichen Medikamenten durch kommerzielle Anbieter übernommen wird?

Diese und andere Fragen um die Beihilfe zur Selbsttötung sind im vergangenen Jahre Gegenstand heftiger Debatten im Deutschen Bundestag gewesen. Ergebnis ist der nachfolgend abgedruckte Paragraph:

§ 217 StGB Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung

(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.

Nach derzeit geltendem Rechts sind deshalb Angehörige und Nahestehende bei der Hilfe zu Selbsttötung straffrei, zumindest dann, wenn sie nicht gewerbsmäßig handeln. Alle Anderen müssen für die Hilfe zu einer Selbsttötung mit einer Bestrafung rechnen.

Für Ärzte gelten darüber hinaus die Bestimmungen der ärztlichen Berufsordnung. Dort heißt es in § 16

Beistand für Sterbende

Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.



Sterbehilfe in Europa

Einige Nachbarländer Deutschlands haben die Sterbehilfe per Gesetz geregelt und zugelassen.

Vorreiter waren im Jahre 2001 die Niederlande mit einem Gesetz zur Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung. Dies gilt weltweit als das erste Gesetz, das eine aktive Sterbehilfe zulässt.

Straffreiheit gibt es nach dieser gesetzlichen Regelung aber nur dann, wenn ganz bestimmte Voraussetzungen eingehalten sind.

Zunächst einmal darf nur ein Arzt Sterbehilfe leisten. Er muss eine Reihe von Sorgfaltskriterien einhalten und dem Leichenbeschauer von der Sterbehilfe Meldung erstatten. Der handelnde Arzt muss sich vergewissern,

- dass der Wunsch des Patienten freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert wurde,
- dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist,
- dass er den Patienten über Situation und Aussichten aufgeklärt hat,
- dass er zusammen mit dem Patienten zum Schluss gelangt, dass es für die Situation keine andere annehmbare Lösung gibt,
- dass er hat mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt konsultiert hat, der den Patienten untersucht und zu den unter 1 bis 4 genannten Kriterien eine schriftliche Stellungnahme verfasst hat,
- dass die Lebensbeendigung oder die Hilfe bei der Selbsttötung mit der gebotenen Sorgfalt erfolgt.

Im Jahre 2002 ist auch in Belgien ein Gesetz über die aktive Sterbehilfe erlassen worden. Danach ist eine Sterbehilfe unter drei Bedingungen erlaubt

- Der Patient muss volljährig (oder ein für mündig erklärter Minderjähriger) und zum Zeitpunkt der Bitte um Sterbehilfe handlungsfähig und bei Bewusstsein sein.
- Die Bitte um Sterbehilfe muss freiwillig, überlegt und wiederholt formuliert worden und darf nicht durch Druck von außen zustande gekommen sein.
- Der Patient muss sich in einer medizinisch aussichtslosen Lage befinden und sich auf eine anhaltende, unerträgliche körperliche oder psychische Qual berufen, die nicht gelindert werden kann und die Folge eines schlimmen und unheilbaren unfall- oder krankheitsbedingten Leidens ist.

Auch in Belgien darf die eigentliche Sterbehilfe nur durch einen Arzt geleistet werden. Sein Handeln ist gesetzlich streng vorgegeben.

Er muss ähnlich wie in den Niederlanden über den gesundheitlichen Zustand des Sterbewilligen und die Möglichkeiten der Palliativmedizin beraten. Die Hinzuziehung eines zweiten Arztes und eine einmonatige Wartezeit zwischen der Anfrage des Sterbewilligen und dem Tod sind Pflicht.

Nach der Sterbehilfe muss der Arzt einen umfangreichen Bericht erstellen, den er einer Kommission zu Prüfung vorlegt.

Insgesamt sind nur die Niederlande, Belgien und Luxemburg Nachbarstaaten, in denen die aktive Sterbehilfe unter bestimmten Bedingungen erlaubt ist.

In der Schweiz ist die Beihilfe zur Selbsttötung nur dann verboten, wenn der Helfer aus selbstsüchtigen Motiven handelt. Die Regelung ist damit großzügiger als jene in Deutschland.

In Deutschland wird eine verbotene gewerbsmäßige Beihilfe zur Selbsttötung auch angenommen, wenn entsprechende Vereine mit ihren Mitgliedern diese Hilfe leisten. In der Schweiz ist eine solche Hilfe durch Vereine üblich, straffrei und wird in der Regel ohne die Einbeziehung von Ärzten geleistet.

Deshalb hat sich in den letzten Jahren ein regelrechter „Suizidtourismus“ in die Schweiz entwickelt. Bekannt sind folgende Vereine als Anlaufpunkt für Sterbewillige:

Exit – Vereinigung für humanes Sterben deutsche Schweiz

Die Vereinigung leistet nur Vereinsmitgliedern Hilfe bei der Selbsttötung.

Vereinsmitglieder können nur Schweizer Bürger oder Menschen mit Wohnsitz in der Schweiz werden.

DIGNITAS – Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben

Dieser schweizerische Verein mit Sitz in Forch leistet Hilfe zur Selbsttötung ebenfalls nur für Mitglieder. Prinzipiell kann aber jeder Mensch Vereinsmitglied werden.

Life Circle International

Der Verein lehnt den Freitod ab und leistet selbst keine Freitodbegleitung. Er vermittelt entsprechende Anliegen seiner Mitglieder allerdings an die Stiftung Eternal Spirit. Diese Stiftung prüft entsprechende Anliegen mit Vereinsmitgliedern und hilft ggf. bei der Selbsttötung.

Associazione Liberty Life

Auch das ist ein schweizerischer Verein mit Sitz in Riva San Vitale.

Er leistet Mitgliedern Hilfe zum Freitod.



Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung

Diese Grundsätze sollen dem Arzt eine Orientierung geben, können ihm jedoch die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen. Alle Entscheidungen müssen unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls getroffen werden. In Zweifelsfällen kann eine Ethikberatung hilfreich sein.

I. Ärztliche Pflichten bei Sterbenden

Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden, d. h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie menschenwürdig sterben können. Die Hilfe besteht in palliativmedizinischer Versorgung und damit auch in Beistand und Sorge für die 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, die den Todeseintritt nur verzögern, sollen unterlassen oder beendet werden. Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf.

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 soll auch Angehörige des Patienten und diesem nahestehende Personen informieren, soweit dies nicht dem Willen des Patienten widerspricht.

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, ist eine Änderung des Behandlungszieles geboten, wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden oder die Änderung des Behandlungsziels dem Willen des Patienten entspricht. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung tritt dann die palliativmedizinische Versorgung einschließlich pflegerischer Maßnahmen.

III. Behandlung bei schwerster zerebraler Schädigung

Patienten mit schwersten zerebralen Schädigungen und kognitiven Funktionsstörungen haben, wie alle Patienten, ein Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung. Art und Ausmaß ihrer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten; eine anhaltende Bewusstseinsbeeinträchtigung allein rechtfertigt nicht den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen.

Soweit bei diesen Patienten eine Situation eintritt, wie unter I. und II. beschrieben, gelten die dort dargelegten Grundsätze. Zudem sind in Bezug auf eine Änderung des Behandlungsziels zwei Gruppen von Patienten zu unterscheiden: von Lebensbeginn an nichteinwilligungsfähige Menschen sowie Menschen, die im Laufe des Lebens die Fähigkeit, ihren Willen zu bilden oder zu äußern, verloren haben. Eine Änderung des Behandlungsziels ist mit dem Patientenvertreter zu besprechen. Dabei ist bei der ersten Gruppe das Wohl des Patienten, bei der zweiten Gruppe der zuvor geäußerte oder der mutmaßliche Wille zu achten (vgl. Abschnitt IV. bis VI.).

IV. Ermittlung des Patientenwillens

Die Entscheidung über die Einleitung, die weitere Durchführung oder Beendigung einer ärztlichen Maßnahme wird in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess von Arzt und Patient bzw. Patientenvertreter getroffen. Das Behandlungsziel, die Indikation der daraus abgeleiteten Maßnahmen, die Frage der Einwilligungsfähigkeit des Patienten und der maßgebliche Patientenwille müssen daher im Gespräch zwischen Arzt und Patient bzw. Patientenvertreter erörtert werden.

Bei einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt den aktuell geäußerten Willen des angemessen aufgeklärten Patienten 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 medizinisch indizierte Behandlung ablehnen, helfen, die Entscheidung zu überdenken.

Bei nichteinwilligungsfähigen Patienten ist die Erklärung ihres Bevollmächtigten bzw. ihres Betreuers maßgeblich. Diese sind verpflichtet, den Willen und die Wünsche des Patienten zu beachten. Falls diese nicht bekannt sind, haben sie so zu entscheiden, wie es der Patient selbst getan hätte (mutmaßlicher Wille). Sie sollen dabei Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen des Patienten einbeziehen, sofern dies ohne Verzögerung möglich ist. Bestehen Anhaltspunkte für einen Missbrauch oder für eine offensichtliche Fehlentscheidung, soll sich der Arzt an das Betreuungsgericht wenden.

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.

Liegt eine Patientenverfügung im Sinne des § 1901a Abs. 1 BGB vor (vgl. VI.2.), 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. Die Bestellung eines Betreuers ist hierfür nicht erforderlich.

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.

V. Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Kindern und Jugendlichen

Bei Kindern und Jugendlichen gelten für die ärztliche Sterbegleitung die gleichen Grundsätze wie für Erwachsene. Es ergeben sich aber Besonderheiten aufgrund des Alters bzw. der Minderjährigkeit dieser Patienten.

Für Kinder und Jugendliche sind die Sorgeberechtigten, d. h. in der Regel die Eltern, kraft Gesetzes für alle Angelegenheiten zuständig, einschließlich der ärztlichen Behandlung. Sie müssen als Sorgeberechtigte und gesetzliche Vertreter des Kindes über die ärztlichen Maßnahmen aufgeklärt werden und darin einwilligen.

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 beendet werden.

Gleiches gilt für extrem unreife Kinder, deren unausweichliches Sterben abzusehen ist, und für Neugeborene, die schwerste zerebrale Schädigungen erlitten haben. Wie bei Erwachsenen ist der Arzt auch bei diesen Patienten zu leidensmindernder Behandlung und Zuwendung verpflichtet. Der Arzt soll die Sorgeberechtigten bei ihrer Entscheidung über die Einwilligung in ärztliche Maßnahmen zur Behandlung eines schwerstkranken Kindes oder Jugendlichen beraten und sie dabei unterstützen, ihre Verantwortung wahrzunehmen. Gegen den Willen der Sorgeberechtigten darf er – außer in Notfällen – keine ärztlichen Maßnahmen beginnen oder fortführen. Bestehen konkrete Anhaltspunkte dafür, dass durch das Verhalten der Sorgeberechtigten das Wohl des Kindes gefährdet wird, soll er sich an das Familiengericht wenden.

Schwerstkranken und sterbende Kinder oder Jugendliche sind wahrheits- und altersgemäß zu informieren. Sie sollten regelmäßig und ihrem Entwicklungsstand entsprechend in die sie betreffenden Entscheidungen einbezogen werden, soweit dies von ihnen gewünscht wird. Dabei ist anzuerkennen, dass schwerstkranken Kinder und Jugendliche oft einen frühen Reifungsprozess durchmachen. Sie können aufgrund ihrer Erfahrungen mit vorhergegangenen Behandlungen und deren Folgen ein hohes Maß an Entscheidungskompetenz erlangen, die bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden muss.

Soweit der Minderjährige aufgrund seines Entwicklungsstandes selbst in der Lage ist, Bedeutung und Tragweite der ärztlichen Maßnahme zu verstehen und zu beurteilen, steht

ihm ein Vetorecht gegen ihre Durchführung zu, selbst wenn die Sorgeberechtigten einwilligen. Davon wird ab einem Alter von 16 Jahren regelmäßig ausgegangen.

Bei bedeutsamen oder riskanten ärztlichen Maßnahmen ist neben der Zustimmung des minderjährigen Patienten auch die Einwilligung der Sorgeberechtigten erforderlich. Können Meinungsverschiedenheiten zwischen Sorgeberechtigten untereinander oder mit dem Minderjährigen für eine solche Entscheidung über die medizinische Betreuung oder Behandlung nicht ausgeräumt werden, muss eine familiengerichtliche (Eil-)Entscheidung eingeholt werden.

VI. Vorsorgliche Willensbekundungen des Patienten

Willensbekundungen, in denen sich Patienten vorsorglich für den Fall des Verlustes der Einwilligungsfähigkeit zu der Person ihres Vertrauens und der gewünschten Behandlung erklären, sind eine wesentliche Hilfe für ärztliche Entscheidungen. Die Bundesärztekammer und die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer haben Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis erarbeitet.

1. Bestellung einer Vertrauensperson

Die Auswahl und die Bestellung einer Vertrauensperson können in unterschiedlicher Weise erfolgen:

Mit der Vorsorgevollmacht bestellt der Patient selbst einen Vertreter (Bevollmächtigten in Gesundheitsangelegenheiten).

Das Betreuungsgericht muss in diesen Fällen keinen Vertreter (Betreuer) bestellen. Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit des Patienten kann die Vertrauensperson sofort tätig werden. Eine Vollmacht in Gesundheitsangelegenheiten muss vom Patienten eigenhändig unterschrieben sein und ärztliche Maßnahmen ausdrücklich umfassen. Bestehen Zweifel an der Wirksamkeit einer Vollmacht, soll sich der Arzt an das zuständige Betreuungsgericht wenden.

In einer Betreuungsverfügung schlägt der Patient 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 sowie die vorgeschlagene Person als Betreuer geeignet ist, und legt den Aufgabenkreis fest. Die vorgeschlagene Person kann erst nach ihrer Bestellung zum Betreuer für den Patienten handeln.

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

Der Arzt und der Vertreter haben stets den Willen des Patienten zu achten. 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 nicht einwilligungsfähig ist. Dann ist die frühere Willensbekundung ein Mittel, um den Willen des Patienten festzustellen.

Seit der gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung durch das Dritte Betreuungsrechtsänderungsgesetz 2009 sind folgende Formen von vorsorglichen Willensbekundungen zu unterscheiden:

Der Patient kann eine Patientenverfügung verfassen. Das Gesetz (§ 1901a Abs. 1 BGB) versteht darunter eine vorsorgliche Erklärung des Patienten, 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.

Andere Formen der vorsorglichen Willensbekundung eines Patienten (z. B. mündliche Erklärungen) sind daher keine Patientenverfügung im Sinne des Gesetzes; sie sind aber als Behandlungswünsche oder als Indizien für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens zu beachten. Der Vertreter hat diese in den Behandlungsprozess einzubringen und auf dieser Grundlage ärztlichen Maßnahmen zuzustimmen oder diese abzulehnen. Ist nichts über die Präferenzen des Patienten bekannt, darf der Vertreter davon ausgehen, dass der Patient den ärztlich indizierten Maßnahmen zustimmen würde.



Hospize im Land Brandenburg

Hospiz Friedensberg gGmbH

Art der Einrichtung: Stationäres Hospiz

Kirchstraße 23

01979 Lauchhammer

www.hospiz-friedensberg.de

Tel: 03574-467970

Fax: 03574-4679769

mail@hospiz-friedensberg.de

StadtHospiz Cottbus, Fachstation für palliativmedizinische Versorgung

Art der Einrichtung: Stationäres Hospiz

Bahnhofstr. 62

03044 Cottbus

www.cottbuspflege.de

Tel: 0355-381520

Fax: 0355-3815230

cottbuspflege@t-online.de

Evangelisches Hospiz Potsdam

Art der Einrichtung: Stationäres Hospiz

Hermannswerder 13

14473 Potsdam

www.hospiz-potsdam.de

Fon 0331 201215-0

Fax 0331 201215-10

christian.schirmer@diakonissenhaus.de

Hopiz Brandenburg an der Havel

Art der Einrichtung: Stationäres Hospiz
Bauhofstr. 42
14776 Brandenburg
www.hauskrankenpflege24.de

Tel: 03381-890950
Fax: 03381-8909520
jaeckel@hauskrankenpflege24.de

Luise-Henrietten-Hospiz

Art der Einrichtung: Stationäres Hospiz
Klosterkirchplatz 18
14797 Lehnin
www.stift-lehnin.de

Tel: 03382-768-802
Fax: 03382-768801
stationaeresHospiz@stift-lehnin.de

Regine-Hildebrandt-Haus, Hospiz

Art der Einrichtung: Stationäres Hospiz
Kantstr. 35
15230 Frankfurt (Oder)
www.wichern-ffo.de

Tel: 0335-284920
Fax: 0335-2849229
hospiz@wichern-ffo.de

Hospiz am Drachenkopf

Art der Einrichtung: Stationäres Hospiz
Erich-Mühsamstr. 17
16225 Eberswalde
www.hospiz-drachenkopf.de

Tel: 03334-52630
Fax: 03334-526317
hospiz@drachenkopf-ev.de

Ruppiner Hospiz Haus "Wegwarte"

Art der Einrichtung: Stationäres Hospiz
Fehrbelliner Str. 38
16816 Neuruppin
www.ruppinerhospiz.de

Tel: 03391-394957
Fax: 03391-394956
hospiz@ruppiner-kliniken.de



ABB e.V.-Termine 2016

Datum	Ereignis
4./5.03.2016	Bildungswochenende in Bad Saarow
05.03.2016	Vorstandssitzung in Bad Saarow
16.03.2016	Sitzung Arbeitspräsidium in Potsdam
07.04.2016	Sitzung Arbeitspräsidium in Potsdam
03.05.2016	Aktionstag in Potsdam
16.06.2016	Arbeitspräsidium in Potsdam
25.06.2016	Vorstandssitzung in Potsdam
31.07.-27.08.2016	Erlebnisfreizeiten am Werbellinsee
07.09.2016	Sitzung Arbeitspräsidium in Potsdam
17.09.2016	Mitglieder- u. Wahlversammlung in Potsdam
04.-06.11.2016	Klausurwochenende
26.11.2016	Vorstandssitzung in Potsdam
15.12.2016	Sitzung Arbeitspräsidium in Potsdam



*Mehr über den
ABB e.V. im Internet:*