

# digiDEM Bayern – „Science Watch LIVE“

Digitales Demenzregister Bayern



## Die Umsetzung der Patientenverfügung bei Menschen mit Demenz mit Prof. Dr. jur. Christian Jäger



Interdisziplinäres Zentrum für HTA und Public Health (IZPH)  
der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg



Universitätsklinikum  
Erlangen



Gefördert durch

Bayerisches Staatsministerium für  
Gesundheit, Pflege und Prävention



# Moderation & Chatroom-Betreuung



**Prof. Dr. med. Peter Kolominsky-Rabas**  
**Moderation**



**Anne Keefer, M.Sc.**  
**Betreuung Chatroom & Fragen**





Gefördert durch  
Bayerisches Staatsministerium für  
Gesundheit, Pflege und Prävention



# digiDEM Bayern – „Science Watch LIVE“

Digitales Demenzregister Bayern



## Die Umsetzung der Patientenverfügung bei Menschen mit Demenz mit Prof. Dr. jur. Christian Jäger



Interdisziplinäres Zentrum für HTA und Public Health (IZPH)  
der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg



Universitätsklinikum  
Erlangen



Gefördert durch

Bayerisches Staatsministerium für  
Gesundheit, Pflege und Prävention



# Die Umsetzung von Patientenverfügungen bei Menschen mit Demenz

23.04.2024, Prof. Dr. Christian Jäger

# I. Krankheitsabhängige Maßnahmen

### 1. Krankheitsbezogene Behandlung am Lebensende und ihre strafrechtlichen Grenzen

- **Nicht** todesbeschleunigende Sterbebegleitung und medizinische Behandlung: Gerechtfertigt durch die Einwilligung der Patient:in
- Bei lebensverkürzender Behandlung: Besondere Rechtfertigung notwendig, denn Einwilligung genügt aufgrund von § 216 I StGB **nicht**

### 2. Behandlungsabbruch

- Neuordnung der Grundsätze der „passiven“ Sterbehilfe aufgrund des Falles „Putz“ bzw. auch „Fuldaer Fall“ (BGHSt 55, 191 ff.)
- Voraussetzungen für gerechtfertigten Behandlungsabbruch:
  - (1) Der Betroffene ist lebensbedrohlich erkrankt
  - (2) Es soll eine medizinische Behandlung unterlassen, beendet oder begrenzt werden, um dem natürlichen Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen (objektiv und subjektiv unmittelbar auf eine medizinische Behandlung bezogen)
  - (3) Einwilligung der betroffenen Person
  - (4) Abbruch erfolgt durch den zuständigen Arzt, Betreuer, einen Bevollmächtigten oder deren Hilfspersonen
  - (5) Beachtung der Verfahrensregelung der §§ 1827 ff. BGB
- Zu unterscheiden ist danach die **Rechtslage bei bestehender Patientenverfügung** und die Rechtslage **ohne** Patientenverfügung.

# Möglichkeit 1: Rechtslage mit Patientenverfügung

## **II. Einzelheiten: Patientenverfügungen und deren Umsetzung gerade mit Blick auf Menschen mit Demenz**

---

Bei der Umsetzung einer Patientenverfügung ist dem (Haus-)Arzt dringend anzuraten, keinen Alleingang zu wagen. Der (Haus-)Arzt benötigt nach den einschlägigen gesetzlichen Regelungen für die Umsetzung vielmehr zuständige dritte Personen. Gleiches gilt letztlich für die Durchsetzung des mutmaßlichen Willens, der auf einen Behandlungsabbruch gerichtet ist. Im Einzelnen gilt dazu Folgendes:

# 1. Problem der Einwilligungsfähigkeit

## 1. Die Ausgangsvorschrift des § 1827 BGB

Im Zentrum steht die Verankerung der Patientenverfügung innerhalb des Betreuungsrechts (§ 1827 BGB).

„Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation des Betreuten zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.“

---

## Einzelheiten zum Inhalt der Patientenverfügung

- (1) **Eingangsformel** mit Vor- und Familienname, Geburtsdatum und Anschrift
- (2) Genaue Beschreibung der Situationen, in der die Patientenverfügung zum Tragen kommen soll (**konkretisierte Anwendungssituationen**). Beispiele:
  - „Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach im unmittelbaren Sterbeprozess befinde“
  - „Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist“

- „Wenn ich in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (Hausarzt/ärztin und Neurologe/in) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung (zum Beispiel durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung) ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung (zum Beispiel nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen). Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist“
  - „Wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.“
- **Achtung:** Es muss sich um Situationen handeln, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.

---

**(3)** Genaue Vorgaben u.a. zu lebenserhaltenden Maßnahmen, Schmerz- und Symptombehandlung, künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, Wiederbelebung, künstlicher Beatmung (***konkretisierte Behandlungswünsche***).

Einfache Äußerungen sind nicht ausreichend:

- *Nicht hinreichend*: Äußerung, „keine lebensverlängernde Maßnahmen zu wünschen“ oder „nicht an Schläuchen hängen zu wollen“ *ohne* konkretisierte Erläuterung der in Bezug genommenen medizinischen Maßnahme oder Anwendungssituation
- *Nicht hinreichend*: Wunsch nach Abstellung der Geräte “bei unheilbarer Erkrankung“

- 
- (4) **Verhältnis** der bezeichneten Anwendungssituationen und Behandlungswünsche zueinander: Genaue Kennzeichnung, ob die in der PV konkret festgelegten Behandlungswünsche (Ziff. 3) in *allen* konkret beschriebenen Anwendungssituationen (Ziff. 2) gelten sollen oder ob für verschiedene Situationen auch verschiedene Behandlungswünsche festgelegt werden sollen.  
Bsp.: „in allen oben beschriebenen Situationen wünsche ich...“.
- (5) Wünsche zu *Sterbeort* und *-begleitung*  
Bsp.: Sterben im Krankenhaus, zuhause, im Hospiz; mit Beistand durch den Vertreter einer bestimmten Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft
- (6) Entbindung von der *ärztlichen Schweigepflicht*
- (7) Aussagen zur *Verbindlichkeit*, Auslegung, Durchsetzung und zum Widerruf
- (8) Hinweis auf weitere *Vorsorgeverfügungen* sowie etwaige *beigefügte Erläuterungen* zu persönlichen Wertvorstellungen, religiösen Anschauungen etc. (Interpretationshilfen)
- (9) Hinweis auf mögliche Bereitschaft zur *Organspende*

- 
- (10) **Schlussformel** zum Verzicht auf (weitere) *ärztliche Aufklärung* über die in der PV bezeichneten Behandlungswünsche
  - (11) Schlussbemerkungen mit Versicherung der *freiverantwortlich* getroffenen Entscheidung sowie des Bewusstseins von Änderungs- und Widerrufsmöglichkeit
  - (12) Angaben zu erfolgter Information, Beratung
  - (13) Bestätigung etwaiger *ärztlicher Aufklärung* durch den Arzt
  - (14) Bestätigung der *Einwilligungsfähigkeit* durch den Arzt oder Notar
  - (15) Angaben zum *Geltungszeitraum* der PV und etwaige (empfohlene) Aktualisierung
    - Bsp.: „Diese PV gilt solange, bis ich sie widerrufe.“  
„Diese PV soll ihre Wirksamkeit nach Ablauf von ... verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.“
  - (16) **Datum und Unterschrift**

---

## 2. Patientenverfügung und Demenzerkrankung:

Nach § 1827 Abs. 1 setzt die wirksame Errichtung einer Patientenverfügung das Vorliegen von Einwilligungsfähigkeit voraus.

Im Folgenden wird der Krankheitsverlauf einer Alzheimer-Demenz in insgesamt vier Phasen dargestellt, wovon jedoch bei der ersten Phase noch nicht von einer Demenz gesprochen wird. Nach dieser ersten Phase folgt die Demenzphase, die wiederum in drei Stadien unterteilt werden kann.

## a) Prädemenzphase

- Veränderungen im Gehirn der Erkrankten bereits bis zu drei Jahrzehnte vor dem Auftreten der ersten Symptome einsetzen.
- Sogenannte leichte kognitive Beeinträchtigung (Mild Cognitive Impairment, MCI) kann eine Vorstufe der Alzheimer-Demenz sein.
- Bei den über 65-Jährigen sind 13-19 % von einer leichten kognitiven Beeinträchtigung betroffen. Innerhalb von fünf Jahren entwickelt sich bei 50 % der Betroffenen eine Demenz. Es kann hier jedoch auch lediglich eine nicht fortschreitende Altersvergesslichkeit vorliegen.
- Leichte kognitive Beeinträchtigung: Schleichende Verschlechterung der Gedächtnisleistung und der Aufmerksamkeit, zunächst keine alltagsrelevanten Einschränkungen.

---

## b) Demenzphase

- Schwelle zur Demenz überschritten, wenn Beeinträchtigungen im Alltag auftreten.
- Keine feste Grenze, das Übertreten in die frühe Phase der Demenz erfolgt vielmehr fließend.

## aa) Leichtgradige Demenz

- Deutliche Gedächtnisstörung charakteristisch
- Zunächst insbesondere das Neugedächtnis gestört.
- Wortfindungsschwierigkeiten und abnehmendes Vokabular.
- Räumliche und zeitliche Orientierung beeinträchtigt.
- Einfache Alltagsaufgaben können noch weitgehend selbstständig bewältigt werden, nicht aber komplexere Tätigkeiten.
- Hinsichtlich der Dauer dieses Stadiums sowie auch der nachfolgenden Krankheitsstadien finden sich unterschiedliche Aussagen, es wird eine Dauer von ein bis zwei bzw. zwei bis drei Jahren angenommen.

## bb) Mittelschwere Demenz

- Verstärkung der bereits eingetretenen Beeinträchtigungen.
- Angewiesensein auf Unterstützung auch bei einfachen Alltagshandlungen.
- Selbstständige Lebensführung nicht mehr möglich.
- Verschlechterung des Langzeitgedächtnisses.
- Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen (verstärkte Unruhe, Verminderung der Aggressionskontrolle).
- Störung des Tag-Nacht-Rhythmus
- Störung des Essverhaltens
- Räumliche Desorientierung verstärkt und es kann zu Inkontinenz kommen.
- Teilweise Wahnsymptome, weniger häufig an Halluzinationen.
- Bei zwei Drittel der Patienten depressives Syndrom.
- Zeiträume von zwei bis drei Jahren oder auch drei bis fünf Jahren.

## cc) Schwere Demenz

- Schwere Beeinträchtigung aller kognitiven Fähigkeiten
- Sprache beschränkt sich nur noch auf wenige einfache Sätze und Wörter
- Kommunikationsmittel: emotionale Signale und Körperkontakt
- Körperliche Störungen (Gehstörungen, Harn- und Stuhlinkontinenz sowie Schluckstörungen).
- Häufig Bettlägerigkeit
- Vollständige Abhängigkeit des Patienten hinsichtlich Ernährung, Hygiene und sonstigen einfachsten Alltagshandlungen.

Die durchschnittliche Lebenserwartung eines Alzheimer-Patienten ab Diagnosestellung beträgt ab einem Alter von 65 Jahren zwischen drei und neun Jahren. Andere Quellen geben eine vom Erkrankungsalter unabhängige Lebenserwartung von im Durchschnitt acht Jahren ab Diagnosestellung beziehungsweise zehn Jahren ab Auftreten der ersten Symptome an. Die Alzheimer-Demenz führt nicht selbst zum Tod. Die Patienten sterben aufgrund der hohen Infektanfälligkeit meist an einer Lungenentzündung oder anderen Infektionen.

## 2. Einfluss der Demenz auf die Einwilligungsfähigkeit

Mit fortschreitendem Krankheitsverlauf zunehmend auch Einbußen in der rechtlichen Handlungsfähigkeit des Demenzerkrankten.

### a) Feststellung der Einwilligungsfähigkeit

- Kompetenzbereich des Arztes
- Prüfung der vorhandenen tatsächlichen Fähigkeiten des Patienten in Bezug auf die konkrete Entscheidungssituation
- Vier Kriterien als Voraussetzungen für die Einwilligungsfähigkeit einer Person anerkannt:
  - Notwendig ist danach die Fähigkeit zum Verständnis der relevanten Informationen (Informationsverständnis),
  - die Fähigkeit zur rationalen Verarbeitung der Informationen (Urteilsvermögen),
  - die Fähigkeit, die eigene Situation und deren Konsequenzen zu erkennen (Krankheits- und Behandlungseinsicht)
  - Fähigkeit zum Treffen und Kommunizieren einer Entscheidung (Entscheidungsfähigkeit).

Überprüfung nach dem Mac Arthur Competence Assessment Tool-Treatment (MacCat-T), ca. 30-minütiges semistrukturiertes Interview.

---

In Deutschland fehlt es zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit bislang an konkreten Verfahrensvorgaben, was in der Praxis zu erheblichen Unsicherheiten führt. Wie eine Studie des „Frankfurter Forums für Interdisziplinäre Altersforschung (FFIA)“ zeigt, kommt es selbst bei der Verwendung identischer Kriterien durch Experten verschiedener Fachrichtungen (Juristen, Mediziner und Medizinethiker) zu unterschiedlichen Ergebnissen bei der Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit ein und derselben Person mit einer leichtgradigen Demenz. Auffällig war hierbei insbesondere, dass sogar die Übereinstimmung bei den Urteilen der Ärzte innerhalb dieser Disziplin nicht größer als zufällig war. Die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit hängt somit nicht nur vom jeweiligen Fachgebiet, sondern teilweise auch von der konkreten beurteilenden Person ab. Sowohl die Ergebnisse dieser Studie als auch weitere Stimmen machen daher das Bedürfnis nach konkreten Verfahrensvorgaben in Form einer interdisziplinär entwickelten Leitlinie zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit deutlich.

## b) Die Einwilligungsfähigkeit bei Demenz

- Bloße Diagnose einer Demenzerkrankung bedeutet nicht automatisch Einwilligungsunfähigkeit
- Einzelfall entscheidend
- Im Frühstadium der Demenz ist die Einwilligungsfähigkeit meist noch gegeben und der Betroffene kann noch uneingeschränkt selbstbestimmt handeln
- Vorsorge in dieser Phase erforderlich
- Im weiteren Verlauf Einwilligungsfähigkeit zunehmend eingeschränkt
- Komplexität des in Frage stehenden medizinischen Eingriffs entscheidend (auch im fortgeschrittenen Demenzstadium die Einwilligungsfähigkeit des Erkrankten hinsichtlich der Entscheidung für oder gegen eine Nahrungsaufnahme, auch mittels PEG-Sonde, wohl noch möglich, nicht dagegen im Stadium der schweren Demenz)
- Verlorene Einwilligungsfähigkeit irreversibel

---

Die Bundesärztekammer (BÄK, Dt ÄB 2019, A 1133 (A 1134)) hat in ihren „Hinweisen und Empfehlungen zum Umgang mit Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit bei erwachsenen Patienten“ eine Reihe von möglichen Hinweisen auf eine eingeschränkte Einsichts- und Steuerungsfähigkeit aufgelistet. Sind diese gegeben, so ist das Vorliegen von Einwilligungsfähigkeit zweifelhaft und es sollten weitere Schritte unternommen werden.

---

### c) Luzide Intervalle

- Vorkommen und Rechtserheblichkeit werden unter den Psychiatern mittlerweile abgelehnt
- So auch OLG München in einem Beschluss aus dem Jahr 2013: Derjenige, der sich auf einen lichten Augenblick beruft, muss auch nachweisen, dass im maßgeblichen Zeitpunkt die ansonsten bestehenden und die Testierunfähigkeit begründenden Defizite definitiv nicht vorlagen, insbesondere also Einsichts- und Urteilsfähigkeit wiedererlangt wurden. Berufen auf eine bloß allgemeine Verbesserung des Krankheitszustands genügt nicht.

## 2. Problem der Berücksichtigung natürlichen Willens

## a) Ermittlung des natürlichen Willens

- Trotz des Verlustes der Einwilligungsfähigkeit verbleibt den Betroffenen weiterhin die Fähigkeit, sich zu äußern, teilweise verbal durch Worte oder Laute, oder auch nur noch nonverbal durch Mimik, Gestik oder das Verhalten.
- Diese Äußerungen werden als Kundgabe des natürlichen Willens des Einwilligungsunfähigen verstanden.
- Schwierigkeiten der Interpretation von Gestik, Mimik oder Verhalten des Patienten und der dadurch bewirkten Gefahr von Irrtümern:
  - Weigert sich ein Patient etwa beim Füttern, indem er den Kopf wendrehet oder den Mund zusammenkneift, so kann dies mehrere Gründe haben.
  - Die gleichen Unsicherheiten stellen sich auch bei der Interpretation nicht spezifischer Äußerungen.

---

## b) Differenzierung zwischen verschiedenen Fallkonstellationen

Zwei möglichen Richtungen des natürlichen Willens:

- Auf Weiterleben gerichtete natürliche Wille des Patienten stets zu beachten, obwohl in der Patientenverfügung eine medizinische Behandlung abgelehnt wurde.
- Anders, wenn der Patient zwar in seiner Patientenverfügung die Durchführung lebenserhaltender Maßnahmen festgelegt hat, nun jedoch sterben möchte. Dieser aktuelle natürliche Sterbewille dürfe dann nicht umgesetzt werden

Wege der Begründung für eine Berücksichtigung des natürlichen Willens zum Weiterleben:

### **aa) Widerruf durch einen natürlichen Willen**

Nach § 1827 Abs. 3 BGB ist ein Widerruf der Patientenverfügung jederzeit und formlos möglich. Aber: Die herrschende Meinung vertritt hingegen die Auffassung, die Patientenverfügung könne nur wirksam widerrufen werden, wenn der Patient hierbei noch einwilligungsfähig sei.

### **bb) Fehlende Zurechenbarkeit wegen personaler Diskontinuität (Merkel)**

Gehe man von einer grundsätzlichen Nichtbeachtung des späteren natürlichen Willens aus, da ausschließlich die Patientenverfügung maßgeblich sei, so werde der Patient durch seine früheren Festlegungen „versklavt“, obwohl er mit diesen keinerlei subjektive Verbindung mehr habe.

### **cc) Der natürliche Wille als Aspekt des „Zutreffens“ i.S.v. § 1827 Abs. 1 Satz 1 BGB**

- Wohl herrschende Meinung: Ein Einwilligungsunfähiger kann seine Patientenverfügung zwar nicht mehr widerrufen, allerdings sei sein natürlicher Wille im Rahmen der Prüfung, ob die Patientenverfügung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation i.S.d. § 1827 Abs. 1 Satz 1 BGB zutrifft, zu beachten.
- Gesetzesbegründung: In die Prüfung nach § 1827 Abs. 1 Satz 1 BGB sollen sämtliche Aspekte der aktuellen Lebens- und Behandlungssituation des Patienten mit einbezogen werden. Wichtig, „ob das aktuelle Verhalten des nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten konkrete Anhaltspunkte dafür zeigt, dass er zuvor schriftlich geäußerten Willen nicht mehr gelten lassen will und ob er bei seinen Festlegungen diese Lebenssituation mitbedacht hat.“

---

So auch Ansicht des Deutschen Ethikrats:

- Der Vorrang der Patientenverfügung vor aktuellen Willensbekundungen lasse sich nur begründen, wenn die früheren Festlegungen auch mit der tatsächlich eingetretenen Behandlungs- und Lebenssituation übereinstimmen.
- Konstellationen:

## aa) Anordnung des Vorrangs eines natürlichen Willens

Unproblematisch zu lösen ist der Fall, dass der Patient in seiner Patientenverfügung erklärt, er wünsche in bestimmten Situationen keine lebenserhaltenden Maßnahmen, zugleich aber festlegt, dass bei Vorliegen eines späteren natürlichen Lebenswillens dieser aktuellen Willensbekundung Vorrang einzuräumen ist. Der in der Patientenverfügung festgelegte Wille soll daher nur zur Anwendung kommen, wenn ein solcher natürlicher Wille später nicht vorliegt. Ist das spätere Verhalten des einwilligungsunfähigen Patienten dann aber tatsächlich als ein auf Weiterleben gerichteter Wille zu deuten, so ist dieser umzusetzen. Es bestehen hier keine Probleme mit dem Erfordernis der Einschlägigkeit der Patientenverfügung in der aktuellen Lebens- und Behandlungssituation, da genau die Situation eingetroffen ist, die der Patient im Voraus geregelt hat.

## bb) Anordnung des Vorrangs der Patientenverfügung

- Schwieriger zu beurteilen ist die Situation, in der ein Patient in der Patientenverfügung die Einwilligung oder Nichteinwilligung in eine medizinische Behandlung erklärt und zusätzlich ausschließt, dass ein späterer, dem widersprechender natürlicher Wille berücksichtigt wird. Die Festlegung der Unbeachtlichkeit eines späteren im einwilligungsunfähigen Zustand geäußerten natürlichen Willens wird oftmals auch als sog. Odysseus-Verfügung bezeichnet. Der natürliche Wille wäre dann unbeachtlich, lediglich die Patientenverfügung wäre maßgeblich.
  - Teilweise wird die Verwendung einer solchen Klausel, mit der antizipiert die Unbeachtlichkeit einer etwaigen späteren natürlichen Willensänderung festgelegt wird, jedoch erheblich kritisiert. Nach der Ansicht von Roth macht sich der Verfasser mit einer solchen Festlegung zum „Gefangenen der eigenen Erklärung“ und auch Wunder spricht von einer „Selbstversklavungsbindung“. Lipp sieht darin ein Verstoß gegen das „Verbot der Selbstentmündigung“. Eine solche Festlegung bedeute einen Verzicht auf Selbstbestimmung, dem keine Wirkung zukommen könne.
  - Allerdings rechtfertigt es diese Unsicherheit noch nicht, dem Betroffenen, der sich seine Entscheidung zum Vorrang der Patientenverfügung konkret überlegt hat, die Möglichkeit zu versagen, dies auch entsprechend verbindlich anzuordnen. Sonst Zweckverfehlung der Patientenverfügung zu befürchten.

---

## Nationaler Ethikrat (Stellungnahme zur Patientenverfügung aus dem Jahr 2005):

- Grundsätzlichen Vorrang eines aktuellen Lebenswillens des Einwilligungsunfähigen vor den Festlegungen in der Patientenverfügung aus.
- Aber Bindung an die Patientenverfügung, wenn in der Patientenverfügung die Beachtlichkeit eines solchen natürlichen Willens explizit ausgeschlossen wurde.
- Teilweise wird sogar vorgeschlagen, eine entsprechende Entscheidung zu einer zusätzlichen Wirksamkeitsvoraussetzung der Patientenverfügung zu erheben.

# Möglichkeit 2: Rechtslage ohne Patientenverfügung (§ 1827 Abs. 2)

---

§ 1827 Abs. 2 BGB befasst sich mit Konstellationen, in denen eine (wirksame) Patientenverfügung entweder fehlt oder aber die Festlegungen die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation nicht erfassen.

- Es bedarf dann vor der Durchführung oder Beendigung eines ärztlichen Eingriffs der **Einwilligung des Betreuers/Bevollmächtigten** (§ 1827 Abs. 6!).
- Zum Schutz der Patientenautonomie hat dieser seine Entscheidung gem. § 1827 Abs. 2 S. 1 an den **Behandlungswünschen oder dem mutmaßlichen Willen des Betreuten** auszurichten.
- Ermittlung anhand konkreter Anhaltspunkte, namentlich:
  - frühere mündliche und schriftliche Äußerungen,
  - ethische oder religiöse Überzeugungen,
  - sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten, § 1827 Abs. 2 S. 2, S.3

*Ohne* Anhaltspunkte für einen auf Nichtbehandlung gerichteten Willen hat Betreuer/Bevollmächtigter im Zweifel zugunsten des Lebens zu entscheiden.

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

**Kontakt: [str3-jaeger@fau.de](mailto:str3-jaeger@fau.de)**

# Ihre Fragen an Prof. Dr. jur. Christian Jäger

## Umsetzung der Patientenverfügung bei Menschen mit Demenz





# „Geschäftsfähigkeit von Menschen mit Demenz“

**Termin:** 15.05.2024, 11:00 – 11:45 Uhr

**Referent:** Referent: Univ.-Prof. Dr. jur. Andreas Spickhoff

- Leitung des Lehrstuhls für Bürgerliches Recht und Medizinrecht der Juristischen Fakultät an der Ludwig-Maximilians-Universität München
- Ordentliches Mitglied der Niedersächsischen Akademie der Wissenschaften zu Göttingen

**Anmeldungslink unter:** <https://digidem-bayern.de/science-watch-live/>



# Sie haben noch nicht genug?

- Alle Webinare online abrufbar: <https://digidem-bayern.de/science-watch-live/>

- Heute zum ersten Mal dabei?

**Melden Sie sich für unseren Newsletter an:** <https://digidem-bayern.de/newsletter/>

- digiDEM Bayern auf Social Media   