

Diskussionspapier

„Soziale Arbeit mit und für alte Menschen“

Diskussionsbeiträge ¹

Katrin Schneider, Sozialpädagogin, 23.5.2017

zunächst möchte ich mich für das Diskussionspapier bedanken und Ihnen ein paar Ergänzungen zu senden, die ich in meinem Berufsalltag im Umgang mit alten Menschen erlebe:

ich selbst arbeite als Sozialpädagogin in einem ambulanten Pflegedienst (wir betreuen auch Wohngemeinschaften) und bin dort nicht nur für die Organisation der Betreuung verantwortlich, sondern auch für die beschriebenen Tätigkeiten der Sozialen Arbeit hinsichtlich der Beratung und Unterstützung.

Ergänzend zu den Themen möchte ich zu folgenden Themen mich äußern:

- 2.2 Pflegebedürftigkeit als existenzielle Veränderung:

Hinsichtlich des zweiten Pflegestärkungsgesetzes ist die Wahrung der Selbstbestimmtheit und Förderung der Autonomie insbesondere durch das neue Strukturmodell verstärkt in den Fokus geraten. Dort erschließen sich meines Erachtens deutliche Felder der Sozialen Arbeit. Diese sind zum einem in den "neuen" Themenfeldern wieder zu finden in denen es konsequent um die Umsetzung der Wünsche des Pflegebedürftigen geht. Diese stehen teilweise im Gegensatz zu den in der Pflege üblich gelehrten "Scannerblick" und "experte der Pflege". Das dies auf die langfristigen Prüfungskriterien und Haftungsansprüche gegenüber der Pflegeeinrichtungen begründet ist, ist deutlich. Durch die "neue" Forderung der Akzeptanz der Wünsche der Pflegebedürftigen, welche in einem Konsens zu den pflegerischen Aufgaben stehen sollten, wird ein richtiger Weg hinsichtlich der Partizipation gemacht. Dieser muss nur noch umgesetzt werden. Auch empfinde ich die geforderte Beschreibung des Kompromisses in der Pflegedokumentation als sehr hilfreich, wenn dies denn auch umgesetzt wird. Mit der konkreten Umsetzung des neuen Strukturmodells werden den Menschen wieder Kompetenzen zugesprochen, selbst für Ihr Leben und somit auch für Ihre Erkrankung verantwortlich zu sein. Insbesondere die ambulante Pflege muss sich dringen anpassen den pflegebedürftigen Menschen als selbstbestimmenden Menschen wahrzunehmen und eine Erkrankung oder ein Gebrechen nicht als Fehlerhaft zu sehen, sondern in darin befähigen einen guten Umgang damit zu finden. Dies geschieht aus meinem Blickwinkel heraus leider noch nicht konsequent. Aus meiner Berufserfahrung kann

¹ Bis zum 15. Juni 2017 eingegangene Diskussionsbeiträge

sich an dieser Stelle die Soziale Arbeit in diesen Bereich deutlich mehr einmischen. Innerhalb unserer Firma übernehme ich zum Beispiel mit dem Qualitätsbeauftragten die Umstellung der Dokumentation. Wir erleben die Dialoge zwischen den beiden Fachdisziplinen als ausgesprochen hilfreich. So bringt die Unterstützung der Fachdisziplin der Sozialen Arbeit bei uns zur Zeit die Definition eines Menschenbildes und somit auch eines Pflegebildes, welches sich an dem Menschen und nicht an der Pflegebedürftigkeit des Menschen orientiert.

Geht es nicht auch vielmehr darum Menschen mit Erkrankungen weiter darin zu befähigen sich als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft zu fühlen? Die sich Unterstützung dort suchen wo sie welche brauchen und solange selbstständig zu sein wie es eben noch möglich ist? Zählt dann nicht auch im Umkehrschluss der Blickwinkel der Fachdisziplin Pflege; keine arbeiten abzunehmen (z.B beim Waschen der Menschen). Auch wenn dies längere Zeit in Anspruch nimmt muss doch das Ziel der Pflege darin sein nur zu unterstützen und nicht abzunehmen. Hier sehe ich eine Möglichkeit der Sozialen Arbeit sich einzumischen und zu unterstützen. Wir müssen weg von dem Denken, dann erkrankte Menschen nicht mehr über sich bestimmen können. In der Behindertenhilfe ist dies zum größten Teil angekommen, leider im Umgang mit alten Menschen noch nicht.

So sehe ich im öffentlichen Bild entweder sehr rüstige alte Menschen die fit und selbstbewusst sind oder pflegebedürftige Menschen die meist von ihren Angehörigen gepflegt werden. Was mir fehlt sind in der Öffentlichkeit alte Menschen die pflegebedürftig sind und selbst entscheiden wie sie was haben möchten. Mir fehlen vermehrt selbstbewusste pflegebedürftige Menschen die es ja auch gibt. Hier sehe ich eine weitere Aufgabe der Sozialen Arbeit: die Partizipation.

Auch zählt für mich zu dem Thema die Ausbildung der "Alltagshelfer / Betreuungskräfte". Diese "Ausbildung" ist meines Erachtens ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, Freizeit und Alltag mit den Menschen zu gestalten und sie konsequent zu fördern. Leider fällt mir auf, dass die dort angeregten Angebote meist aus dem Frühpädagogischen Bereich stammen. welches Gefühl wird denn durch diese Angebote den pflegebedürftigen Menschen vermittelt? - dass sie Kinder sind? Selten finde ich gute Angebote welche auf die Lebenssituation und Biografie der Menschen abzielen. Hier fehlen mir Qualitätsstandards in der Ausbildung, welche durch die Soziale Arbeit erweitert und angepasst werden sollen.

- 2.3 Zunahme der Menschen mit Demenz

hier sehe ich dies ähnlich wie in den oben genannten Punkten. Menschen mit einer Demenz-Erkrankung benötigen auf Grund ihrer psychischen Veränderung eine speziellere Betreuung ähnlich dem der psychiatrischen Unterstützungen und weniger klassische Pflege. Ebenso müssen die Angehörigen deutlich mehr in den Fokus genommen werden. Hier sollten mit allen Beteiligten gemeinschaftliche Unterstützungspläne erarbeitet werden.

Mir fehlt aktuell ein weiterer wichtiger Punkt: die Zunahme und der Umgang mit Psychiatrische-Veränderten-Menschen im Alter. Die Lebenserwartung von Menschen die psychiatrischen Diagnosen nach dem ICD10 System haben, haben heute auch eine deutliche längere Lebenserwartung. Wie langfristig mit diesen Menschen umgegangen werden soll, ist zur Zeit noch nicht klar. Vielleicht auch weil es noch nicht soweit ist? Ideen gibt es dazu viele nur packt dies noch keiner an. Schade.

Ich freue mich auf diese Diskussion die schon so lange überfällig ist :-)

Barbara Riethmüller, DBSH SeniorInnensprecherin, Landesverband Baden-Württemberg am 4. 6.2017

kursiv gesetzt ist der bestehende Text, **rot markiert** sind die kritisierten Stellen.

Die Ziffern sind dann die Anmerkungen dazu

*„Niemand möchte sein Leben auf eine Weise beschließen, die seiner Persönlichkeit widerspricht. Von wann bis wann ist aber der Mensch Person? Unsere europäische Tradition kann darauf nur eine Antwort haben: Solange er ein Mensch ist. Daraus resultieren schwierige Fragen mit noch schwierigeren Antworten, **z.B. wann geht das Recht auf Selbstbestimmung verloren? (1.)***

*Jeder alte Mensch **muss (2.)** deshalb rechtzeitig Vorsorge treffen, z. B. in Form einer Patientenverfügung. Der Gesetzgeber hat hierfür die notwendigen Grundlagen geschaffen und am 01.09.2009 ein Gesetz (3. Betreuungsänderungsgesetz als Teil des BGB) zur Verbindlichkeit von Patientenverfügungen verabschiedet. Danach muss eine Patientenverfügung schriftlich sein. Aber auch der mündlich geäußerte Wille **ist zu berücksichtigen. (3.)***

*Wie wichtig es ist, seinen eigenen Willen rechtzeitig festzulegen wird in der Frage deutlich, **welche Behandlung ethisch noch vertretbar ist. (4.)***

*In diesem Zusammenhang muss die **besondere Verantwortung der Ärzte (5.)** hervorgehoben werden.“*

zu 1. „z.B. wann geht das Recht auf Selbstbestimmung verloren?“

So eine Frage darf / kann gar nicht gestellt werden, denn **das Selbstbestimmungsgrundrecht kann gar nicht verloren gehen.** Wenn das nur als – unglückliche? mögliche? – Formulierung (statt z. B. „Fähigkeit zur Selbstbestimmung“) verstanden wird, wird damit **das fundamentale Selbstbestimmungsrecht nach Artikel 2 GG verkannt** und trägt so zur leider nach wie vor herrschenden Verwirrung bei dieser Thematik bei. Gerade der DBSH, die „Menschenrechtsprofession“ Soziale Arbeit, kann sich das nicht ‚leisten‘.

Der 2. Strafsenat des BGH sagt in einer sg. „Leitsatzentscheidung“ (Grundsatzurteil) vom 25. 6. 2010:

- „1. Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung (Behandlungsabbruch) ist gerechtfertigt, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht (§ 1901a BGB) und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.
2. Ein Behandlungsabbruch kann sowohl durch Unterlassen als auch durch aktives Tun vorgenommen werden“ (S. 219).

Dazu Putz (in Gloor und Putz: „Sterben dürfen“)

„Ein Gericht setzt nicht neues Recht. Es spricht (aus), was Recht ist. Es ‚erkennt‘, was Recht ist, ‚erkennt für Recht‘. **Das Recht ist zuerst da.** Die Richter erkennen es nur und sprechen es aus! Das wird ganz besonders in meinem Fall gern übersehen. Das Grundsatzurteil setzt nicht neues Recht. [...] Wir haben nach geltendem Recht richtig gehandelt. Wir haben nicht die Rechtslage verändert, wir haben sie richtig angewendet und das höchstrichterlich bestätigt bekommen“ (S. 203). **„Wir haben also längst [...] eine klare Rechtslage: Wer eine Behandlung gegen des Willen des Patienten beginnt oder fortsetzt macht sich strafbar. [...] Wille und Wertewelt sind bei Bewusstseinsverlust nicht verloren. Der vorausgeäußerte Wille dauert in Bewusstlosigkeit fort“ (S. 215).**

zu 2. „muss“

Niemand muss eine Patientenverfügung erstellen – so das Gesetz. Es sollte aber empfohlen werden und zwar nicht nur für alte Menschen, sondern für alle Erwachsenen, insbesondere für 16-jährige Mopedfahrer,*innen, wenn sie den Führerschein machen.

zu 3. „der mündlich geäußerte Wille ist zu berücksichtigen.“

Auch der mündlich geäußerte Wille ist bindend, nicht nur „zu berücksichtigen“. Der **Patientenwille** wird natürlich am besten **schriftlich** niedergelegt. „Passt“ er zur aktuellen Behandlungssituation ist das **unmittelbar für den Arzt verbindlich**, sogar auch ohne einen legitimierten Vertreter. Ein ‚nur‘ **mündlich geäußertes Wille / „Wunsch“**, der *glaubhaft* bezeugt wird, z. B. von Angehörigen, Freunden etc., die dann also quasi als ‚Boten‘ fungieren, ist **genau so unmittelbar verbindlich**. Und wenn es auch das nicht gibt, muss der **„mutmaßliche Wille“** ermittelt werden und zwar so, wie es das Gesetz vorschreibt. Ist der dann ohne ernsthafte Zweifel ermittelt worden, weil es *„konkrete Anhaltspunkte“* gab und *„insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen“*, ist **auch dieser Wille bindend**. Es ist bei dem allen höchst empfehlenswert, für solche Situationen einen **legitimierten Vertreter** zu haben, weil hier ohnehin auch andere „Rechtsgeschäfte“ notwendig sind, für die

sonst u. U. ein Betreuer bestellt werden muss. (Vgl. Putz und Steldinger, „Patientenrechte am Ende des Lebens“, S. 51 ff.) Der Gesetzestext zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens ist aus einer Entscheidung des BGH von 1994 wörtlich übernommen worden.

In dieser Reihenfolge muss der Wille des Patienten ermittelt werden, alle drei sind gleich gültig, - „der Wille kennt keinen Formzwang“ (ebd. S. 54) – und sind bindend.

Das alles gilt, wenn der Patient „entscheidungsUNfähig ist. **Zuallererst** muss aber natürlich direkt mit dem Patienten gesprochen werden, wenn und wie dies überhaupt möglich ist.

Bleiben am Ende Zweifel über den Willen, kommt es allein auf die **Indikation** an. Und **wenn auch dazu Zweifel bleiben, hat der Schutz des Lebens Vorrang.** (vgl. ebd. S. 56)

zu 4. „welche Behandlung ethisch noch vertretbar ist“

Es geht nicht um „ethisch vertretbare“ Behandlungen, sondern **um medizinisch indizierte** Behandlungen, auf Grund einer **Diagnose** verbunden mit einer **Prognose in diesem konkreten Fall**,. **Erst wenn** der Arzt, eine solche Behandlung, empfiehlt

(„anbietet“), wird nach dem **Patientenwillen** gefragt. **Denn: 1. keine Behandlung ohne Indikation und dann 2. keine Behandlung ohne Einwilligung des Patienten**, denn das ist – außer im Notfall – eine strafbewehrte Körperverletzung, ein Officialdelikt. So sagt es das Arztrecht mindestens seit einer Entscheidung des Reichsgerichts aus 1894 – in Worten: acht-zehn-hundert-acht-und-neunzig. (Putz & Steldinger, Patientenrechte am Ende des Lebens. C. H. Beck, 6. Auflage 1916, S. 45)

zu 5. „besondere Verantwortung der Ärzte“

Der Arzt stellt ‚nur‘ die Indikation und empfiehlt hierauf basierend eine medizinische Maßnahme. **Alles andere verantworten die legitimierten Vertreter des Patienten**, sie haben den Willen / Wunsch / den „mutmaßlichen Willen“ des Patienten zu ermitteln und ihm **„Ausdruck und Geltung zu verschaffen“**. **Das Selbstbestimmungsrecht geht gerade so nicht „verloren“, sondern wird durch die legitimierten Vertreter ausgeübt. – Das ist Sinn und Zweck des Betreuungsrechts und des Patientenverfügungsgesetzes.**

Folglich Korrektur

Von wann bis wann ist aber der Mensch Person? Unsere europäische Tradition kann darauf nur eine Antwort haben: Solange er ein Mensch ist. Das kann schwierige Fragen aufwerfen.

Damit sind die jahrelangen Kontroversen zu vorsorgenden Verfügungen angesprochen, insbesondere die Patientenverfügung und den darin niedergelegten Patientenwillen.

Diese Kontroversen sind allerdings kaum verständlich, wenn man das Arztrecht und das Grundgesetz beachtet. Denn:

1. Jede medizinische Behandlung muss zunächst **„indiziert“** sein - **keine Behandlung ohne Indikation!**. Dies bestimmt das Arztrecht.
2. Und erst danach ist der Patient gefragt, **denn er muss in die „empfohlene“ / „angebotene“ (so der BGH), also indizierte Behandlung einwilligen.** Dies folgt aus dem **Grundrecht zur Selbstbestimmung nach dem 2. Artikel unserer Verfassung – keine Behandlung ohne Einwilligung des Patienten!** Ohne Indikation und auch ohne Einwilligung ist eine medizinische Behandlung als Körperverletzung strafbar.

Die Kontroversen entstanden in Situationen, in denen der Patient oder die Patientin **„einwilligungsunfähig“** ist. Der Gesetzgeber hat am 01.09.2009 mit dem 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts – Patientenverfügungsgesetz - dazu Klarheit geschaffen und ist dabei der höchstrichterlichen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs und des Bundesverfassungsgerichts seit 1984 gefolgt. Demnach sind Patientenverfügungen verbindlich, die legitimierten Vertreter des Patienten - Betreuer*in oder Bevollmächtigte - müssen **dem Patientenwillen „Ausdruck und Geltung verschaffen“** und zwar unabhängig vom Stadium einer Erkrankung. **Damit wird das Selbstbestimmungsrecht nach dem 2. Artikel Grundgesetz auch gewahrt, wenn der oder die Betroffene nicht mehr einwilligungsfähig ist oder sich nicht mehr mündlich oder z. B. durch Gesten ausdrücken kann.**

Leider bleiben in der praktischen Umsetzung dieses Gesetzes immer noch Unklarheiten und Irrtümer bestehen, die dann regelmäßig durch die höchstrichterliche Rechtsprechung ‚gerade gerückt‘ werden.

Hier wird deutlich, dass es auf Seiten der Verfügenden, besonders bei alten Menschen, einen immensen Beratungsbedarf gibt und auch, wenn nicht noch mehr, bei den legitimierten Vertretern, besonders wenn dies Angehörige sind.

Verwunderlich ist dies nicht, geht es doch um existentielle Fragen zu Leben und Tod und unsere Scheu, uns damit ernsthaft auseinanderzusetzen. Nicht umsonst gibt es deshalb den Rat des Palliativmediziners Gian Domenico Borasio: Das wichtigste bei der Patientenverfügung ist 1. Miteinander reden, 2. Miteinander reden und 3. Miteinander reden.

Als Berufsverband der Sozialen Arbeit sind wir aufgefordert, diesen Kontroversen und den dadurch nach wie vor ausgelösten Unsicherheiten und Verwirrungen entgegenzuwirken und zwar dadurch, dass wir, wie in anderen Bereichen auch, zur Gesetzeslage und zur höchstrichterlichen Rechtsprechung informieren, denn allein

das bietet Sicherheit. So ist insbesondere die Beendigung einer medizinischen Behandlung (z. B. keine Dialyse oder künstliche Ernährung“ mehr), verbunden mit dem Abschalten eines Geräts, zwar ‚aktives Handeln‘, deshalb aber **keine „aktive Sterbehilfe“ - wenn dies dem zweifelfrei festgestellten Willen des Patienten entspricht und ihm durch legitimierte Vertreter „Ausdruck und Geltung verschafft“ wird.** Mit Rechtsberatung hat dies übrigens nichts zu tun – ein Blick in das Gesetz genügt.

Vgl. zu all dem:

Wolfgang Putz, Beate Steldinger: Patientenrechte am Ende des Lebens. C.H.Beck Verlag (München) 2016. 6. Auflage. Rezension bei socialnet: www.socialnet.de/rezensionen/20959.php,

Elke Gloor, Wolfgang Putz: Sterben dürfen. Hoffmann und Campe (Hamburg) 2011. Rezension bei socialnet: www.socialnet.de/rezensionen/20960.php[Dokument1_](#)

Gian Domenico Borasio: Über das Sterben. _ Was wir wissen, was wir tun können, wie wir uns darauf einstellen. C.H.Beck Verlag (München) 2012. 10., aktualisierte und ergänzte Auflage. . 2 Rezensionen bei socialnet:

<https://www.socialnet.de/rezensionen/15395.php>, und

<https://www.socialnet.de/rezensionen/12993.php>[Dokument1](#)

Gian Domenico Borasio: Selbstbestimmt sterben. Was es bedeutet. Was uns daran hindert. Wie wir es erreichen können. dtv, München) 2016. Rezension bei socialnet:

<https://www.socialnet.de/rezensionen/21049.php>

www.socialnet.de/rezensionen/21049.php

<https://www.socialnet.de/rezensionen/21049.php>[Dokument1](#).

Vorstand Landesverband Baden-Württemberg am 4.6.2017

Wir teilen deshalb die Position von Barbara, dass dieses Papier so nicht - weiter - veröffentlicht werden kann / darf! Wir haben bei unserer Vorstandssitzung am 19. Mai hierzu einen einstimmigen Beschluss herbeigeführt, Barbara hatte sich enthalten, sie schickt Text und Korrektur noch mal gesondert.

Es ist eine Sache, "Meinungen" zu dem Thema zu haben, besonders auch, wenn Angehörige gefragt sind, nämlich ob sie einer "Therapiezieländerung" / einem "Behandlungsabbruch" zustimmen wollen / sollen / müssen / können. Anders formuliert: ob sie glauben / überzeugt sind, dass ihr Angehöriger 'das' jetzt wollen würde / dass er eine - weitere - Behandlung ablehnen würde. Meistens wird es darum gehen, ein Beatmungsgerät abzustellen oder künstliche Ernährung einzustellen.

In dieser Situation ist es von großer Bedeutung, dass die Angehörigen / Bezugspersonen sich nach einer Beratung vergewissert fühlen können / wissen, dass das nichts mit "Verhungern" oder "Verdursten" oder "Ersticken" zu tun hat, sondern vielmehr das Sterben erleichtert, immer vorausgesetzt, dies geschieht unter palliativmedizinischer Behandlung / in pallitiver Begleitung im Sinne von Palliativ Care.

Eine andere Sache ist das Grundgesetz und die Rechtslage,

Da ist **an erster Stelle das Arztrecht**. Es geht nämlich nicht um "ethisches Handeln" von Ärzten, sondern um deren sorgfältige Indikation, aufgrund einer Diagnose und Prognose, nach aktuellstem (Facharzt)Standard für diesen individuellen Patienten - das ist es, was die ärztliche Standesethik von ihnen fordert, denn: **Keine Behandlung ohne Indikation! D. h.:** Gibt es für eine medizinische Maßnahme, z. B. künstliche Ernährung (oder deren Weiterführung) keine Indikation (mehr), darf so eine Maßnahme gar nicht erfolgen, der Patientenwille ist gar nicht gefragt..

Gibt es eine Indikation, wird eine medizinische Maßnahme also "angeboten" (so der BGH), muss der Patient einwilligen, denn: **Keine Behandlung ohne Einwilligung!** Das bedeutet, dass eine "Therapiezieländerung" / ein "Behandlungsabbruch" sogar geboten ist, wenn dies dem Patientenwillen entspricht, denn dann geht es um dessen **Grundrecht auf Selbstbestimmung**. Es gibt keine Zwangsbehandlung, nicht mal Blutdruckmessen ist möglich, wenn der Patient nicht den Ärmel hochkrepelt und damit stillschweigend einwilligt.

Und **dieses Grundrecht** nach Artikel 2 in Verbindung mit Artikel 1 GG **geht eben nicht verloren**, sondern wird in Bewusstlosigkeit u. ä. Zuständen mit Hilfe eines - durch Bevollmächtigung oder Betreuerbestellung - legitimierten Vertreters weiter ausgeübt. Dieser ist dann quasi der 'Überbringer' / der 'Bote' des "Patientenwillens" oder seiner "Behandlungswünsche" oder seines "mutmaßlichen Willens". Wir finden deshalb, wie Barbara, dass die Rede vom "Verlust der Selbstbestimmung" irreführend ist.

Beide Grundsätze, keine Behandlung ohne Indikation und keine Behandlung ohne Einwilligung des Patienten sind nicht umsonst strafbewehrt, **ein Verstoß gegen einen dieser Grundsätze ist als Körperverletzung strafbar** - ein Offizialdelikt (leider gilt aber auch: wo kein Kläger da kein Richter).

Zu beiden Themen können Sozialarbeiter*innen gefragt sein, z. B. in Pflegestützpunkten, Seniorenbüros, Krankenhaussozialdienst, Sozialdienst in stationären Einrichtungen, Betreuungsvereinen oder -behörden usw.

Wir plädieren deshalb dafür, bzw. stellen den Antrag, dass dieses Papier, obwohl abgestimmt, so nicht veröffentlicht wird, sondern dass die Korrektur von Barbara eingearbeitet wird:

1. weil wir in der Beratung von den gesetzlichen Grundlagen und der höchstrichterlichen Rechtsprechung ausgehen müssen und nicht von Meinungen - so wie sonst auch.

2. weil wir dabei die Reihenfolge hervorheben müssen: zuerst die Frage nach einer Indikation und dann erst, falls es eine gibt, die Frage nach der Einwilligung oder Nicht-Einwilligung des Patienten und damit die Betonung des Grundrechts auf Selbstbestimmung. So machen wir es sonst auch bei Themen, in denen es auch eine Gesetzeslage oder Rechtsprechung gibt.

Damit in eins rückt auch die entscheidende **Rolle der An- und Zugehörigen** in den Blick, besonders wenn sie zu legitimierten Vertretern gemacht wurden, aber auch sonst. Denn **gerade diese müssen über ihre Rechte und Pflichten informiert sein: EINFORDERUNG einer medizinischen Indikation für Beginn und Weiterführung einer medizinischen Maßnahme und dann eventuell die Ermittlung des Patientenwillen, dem "Ausdruck und Geltung zu verschaffen ist". Und dies unabhängig vom Stadium der Krankheit.**
