

Luzern, Dezember 2024

Rechtsfragen der Ärztlichen Notfallanordnung (ÄNO)

Zusammenfassung

Die Ärztliche Notfallanordnung (ÄNO) klärt formularmässig diejenigen medizinischen Fragen, die bei einer bestimmten Person womöglich dereinst notfallmässig entschieden werden müssen. Oftmals – aber nicht zwingend – erfolgt die Erstellung einer ÄNO im Rahmen einer Gesundheitlichen Vorausplanung (GVP). Es handelt sich um ein in der Praxis bewährtes und oft verwendetes Dokument, das jedoch im geltenden Medizinrecht vom Gesetzgeber bislang nicht ausdrücklich erwähnt und gewürdigt wird. Die ÄNO kann je nach den konkreten Umständen unterschiedlich in das gesetzliche System eingeordnet werden:

- Sofern die gesetzlichen Gültigkeitsanforderungen erfüllt sind – das Dokument ist datiert und durch die zu diesem Zeitpunkt urteilsfähige Person (mit)unterzeichnet worden – handelt es sich bei der ÄNO um eine **verbindliche Patientenverfügung (PV)**.
- Ist die ÄNO zu einem Zeitpunkt erstellt worden, in dem der Patient diesbezüglich urteilsunfähig war, kann die ÄNO **Ausdruck des mutmasslichen Patientenwillens** sein, wie er vom gesetzlichen Vertreter des Urteilsunfähigen oder vom behandelnden Arzt verstanden wurde. Die ÄNO ist in dieser Sachlage **Teil des Behandlungsplans**, der nicht nur die aktuelle medizinische Situation, sondern auch zu erwartende Notfallsituationen abdeckt.

Das Erstellen einer ÄNO sollte idealerweise im Rahmen einer GVP erfolgen. Das Dokument kann aber auch ausserhalb einer GVP Ausdruck der ärztlichen Sorgfalt i.S. einer vorausschauenden Behandlungsplanung sein. Sind verschiedene Dokumente vorhanden, die sich auf die gleiche Akutsituation beziehen (insbes. PV und ÄNO), können Widersprüche auftreten. Dies sollte durch ganzheitliche Planung möglichst vermieden bzw. durch Aktualisierung der Dokumente bereinigt werden.

Wurde die ÄNO ohne Beizug des urteilsfähigen Patienten oder des Vertreters des urteilsunfähigen Patienten durch den Arzt erstellt, besteht ein gewisses Risiko, dass die darin enthaltenen Anordnungen nicht durch den (mutmasslichen) Willen des Patienten gedeckt sind. Dennoch sind Sachlagen denkbar, in denen es sich rechtfertigt, dass der Arzt die ÄNO in eigener Verantwortung erstellt oder den Wünschen des Patienten bzw. von dessen Vertreter nicht Rechnung trägt, weil die geforderte Behandlung nicht indiziert ist und daher nicht angeboten werden sollte.

Eine ausdrückliche gesetzliche Verankerung der ÄNO wäre kaum geeignet, allen praxisrelevanten Fragestellungen zu begegnen, sie könnte aber der Sichtbarmachung dieses Instruments dienen. Es wäre im Übrigen wünschenswert, wenn sich ein schweizweit einheit-

liches ÄNO-Dokument durchsetzen würde, dies im Interesse einer einheitlichen Handhabung und zur Verringerung des Aufwandes mit Bezug auf Schulungen von Gesundheitsfachkräften; nicht zuletzt würde ein einheitliches Formular das Risiko verringern, dass in der Notfallsituation aufgrund von Missverständnissen oder Angst vor Haftung ein nicht intendierter oder nicht indizierter Behandlungsentscheid getroffen wird.

Inhaltsübersicht

1	Ausgangslage und Auftrag	3
2	Ziel und Grenzen der Patientenselbstbestimmung.....	4
3	Verhältnis der Ärztlichen Notfallanordnung zur Patientenverfügung	6
3.1	Verhältnis der ÄNO zur PV im Allgemeinen	6
3.2	Bedeutung der PV in der Notfallsituation	8
3.3	Zwischenergebnis	8
4	Durch den Vertreter erstellte oder konsentierete ÄNO	8
4.1	ÄNO als Teil des Behandlungsplans («ÄNO by proxy»)	8
4.2	Abgrenzung zur PV	10
4.3	Zwischenergebnis.....	10
5	Durch die Ärztin alleine erstellte ÄNO	11
5.1	Im Rahmen einer GVP erstellte ÄNO	11
5.2	Durch die Ärztin alleine verantwortete ÄNO	11
6	Behandlung in der Notfallsituation	12
6.1	Grundsatz: Verbindlichkeit und Auslegungsbedürftigkeit von PV und ÄNO..	12
6.2	Vorliegen mehrerer Dokumente; Widerspruch zwischen PV und ÄNO.....	14
6.3	Exkurs: Ergänzende Dokumentation	15
7	Sorgfaltspflichten und Verantwortlichkeit von Gesundheitsfachpersonen.....	15
7.1	Grundlagen	15
7.2	ÄNO als Ausdruck der ärztlichen Sorgfalt	16
7.3	Aktualisierung der ÄNO	17
7.4	Sorgfaltspflicht in der Notfallsituation	18
7.5	Risiko der Beeinflussung durch den Arzt.....	19
8	Rechtliche Verankerung der ÄNO <i>de lege ferenda</i>	20
9	Verwendung eines schweizweit einheitlichen Formulars	22
	Ausgewählte Materialien und Literaturhinweise.....	24

1 Ausgangslage und Auftrag

Die Vorteile der Gesundheitlichen Vorausplanung (GVP)¹ werden in der Schweiz seit einigen Jahren immer deutlicher erkannt. In diesem Zusammenhang gelangen verschiedene Dokumente zum Einsatz, darunter auch die Ärztliche Notfallanordnung (ÄNO). Die ÄNO wird u.a. in der «Roadmap für die Umsetzung der Gesundheitlichen Vorausplanung (GVP) in der Schweiz» thematisiert, die durch die Arbeitsgruppe Gesundheitliche Vorausplanung (AG GVP) unter der Leitung von BAG und SAMW im März 2023 publiziert wurde. In Empfehlung 11 der Roadmap² ist zu lesen: «Klärungen zur Ärztlichen Notfallanordnung (ÄNO): Ein Formular der ÄNO hält die Therapieziele und Behandlungswünsche für akute Notfallsituationen fest. Die Bedeutung der ÄNO-Formulare und ihr Verhältnis zu anderen Dokumenten der GVP sollen geklärt und ihre Verwendung in der gesamten Schweiz einheitlich eingeführt werden.»

Sowohl in der medizinischen Praxis wie auch in Fachgesellschaften und in der Politik besteht eine gewisse Unsicherheit darüber, welche rechtliche Rolle die ÄNO spielt. Dies zeigte sich u.a. in der öffentlichen Vernehmlassung zur Roadmap im Sommer 2022. Vor diesem Hintergrund versucht das vorliegende Kurzgutachten die im Mandatsvertrag vom 20. November 2023 umschriebenen rechtlichen Fragen zu klären. Nach ausdrücklichem Wunsch der Auftraggeber soll das Gutachten für Nicht-Juristinnen verständlich sein. Darauf wird nachfolgend Rücksicht genommen; auf einen wissenschaftlichen Stil und rechtsdogmatische Erörterungen wird daher verzichtet und Quellennachweise erfolgen primär dort, wo dies aufgrund unterschiedlicher Auffassungen erforderlich erscheint. Gesetzesbestimmungen und weiterführende Hinweise wurden aus Gründen der Leserlichkeit des Textes in die Fussnoten platziert. Gemäss Usanz der SAMW werden kapitelweise weibliche oder männliche Formulierungen verwendet, gemeint sind die Angehörigen aller Geschlechtergruppen.

Die ÄNO wird für das vorliegende Kurzgutachten verstanden als «Formular zur Festlegung des Therapieziels und entsprechender Massnahmen für akute Notfallsituationen mit plötzlicher Urteilsunfähigkeit.»³ Die darin enthaltenen Anordnungen sollen im Kontext von medi-

¹ Zum Begriff exemplarisch SAMW, Sterben und Tod, Glossar, S. 30 (wo allerdings der englische Begriff Advance Care Planning verwendet wird): «Unter Advance Care Planning (ACP) versteht man einen Prozess, in dem Patienten und gegebenenfalls ihre Angehörigen gemeinsam mit den Gesundheitsfachpersonen Strategien und Behandlungsziele diskutieren, festlegen und immer wieder dem konkreten Krankheitsverlauf anpassen. Zum ACP gehört, dass das Krankheitsverständnis, die Behandlungsziele sowie Massnahmen, die Werte, die Vorstellungen und die spirituellen Bedürfnisse geklärt werden, bevor Komplikationen oder akute Verschlechterungen des Gesundheits- und des Bewusstseinszustandes die Entscheidungsfindung zusammen mit dem Patienten verunmöglichen. Das Vorgehen in einer Notfallsituation (z. B. Auftreten einer Komplikation) soll ebenfalls besprochen werden. Die Gespräche und die sich daraus ergebenden Vereinbarungen sollen schriftlich dokumentiert und den betreuenden Fachpersonen und Angehörigen zugänglich sein.»

² Roadmap GVP, S. 7.

³ Roadmap GVP, S. 8. Eine einheitliche Definition der ÄNO gibt es nicht; nachfolgend wird auf die Definition des Bundesamtes für Gesundheit BAG/palliative.ch, S. 14, abgestellt: «In einer ärztlichen Notfallanordnung werden diejenigen Fragen vorab geklärt, die ggf. einmal notfallmässig entschieden werden müssen (Lebensverlängerung inkl. Reanimation, Verlegung auf IPS inkl./exkl. Intubation, Verlegung ins Spital, ambulante Lebensverlängerung zu Hause oder symptomatische Leidenslinderung und Behandlung zu Hause/im Spital)». Oft verwendet wird ein ABC-Schema zur Festlegung des Therapieziels. Dabei bedeutet Therapieziel A die Aufnahme einer uneingeschränkten Notfall- und Intensivtherapie einschliesslich Reanimationsmassnahmen; B0 bedeutet Lebensverlängerung mit der Einschränkung «keine Reanimation»;

zinischen Notfällen⁴ «den besonderen Anforderungen der Notfallmedizin Rechnung tragen».⁵ Da verbindliche rechtliche Bestimmungen fehlen, ist offen, ob die ÄNO durch die Patientin, deren Angehörige bzw. Vertretungspersonen und/oder durch eine Ärztin unterzeichnet wird. Entsprechend wird nachfolgend auf die verschiedenen Möglichkeiten eingegangen.

2 Ziel und Grenzen der Patientenselbstbestimmung

Das geltende Medizinrecht ist geprägt vom Grundsatz der Selbstbestimmung des Patienten, die in verschiedenen Erlassen gesetzlich konkretisiert wird.⁶ Allerdings ist der Begriff der Patientenautonomie klärungsbedürftig. Er ist nicht dahingehend zu verstehen, dass der urteilsfähige Patient (i.S. einer Kant'schen Selbstgesetzgebung) beliebige Behandlungen von einem bestimmten Arzt oder Gesundheitsdienstleistungserbringer einfordern könnte. Vielmehr ist die **Selbstbestimmung** nicht absolut, sondern in mehrfacher Hinsicht **begrenzt**. Insbesondere steckt die Indikation einer bestimmten medizinischen Massnahme «den Rahmen ab, innerhalb dessen die Patientin ihr Selbstbestimmungsrecht (...) ausüben kann.»⁷ Aus diesem Grund müssen insbesondere⁸ wirkungslose oder aussichtslose Therapien nicht angeboten und können umgekehrt nicht eingefordert werden.⁹ Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist der zentrale Pfeiler der Patientenselbstbestimmung daher nur, aber immerhin das **Abwehrrecht** des Patienten gegenüber einer durch den Arzt vorgeschlagenen Behandlung.¹⁰

B1 zusätzlich mit der Einschränkung «keine invasive Beatmung»; B2 zusätzlich mit der Einschränkung keine Behandlung auf einer Intensivstation und B3 mit dem zusätzlichen Hinweis «keine Verlegung ins Spital. Die Auswahlmöglichkeit C schliesslich steht für das Therapieziel palliative Behandlung (keine Lebensverlängerung). Für Einzelheiten und weiterführende Hinweise siehe u.a. KRONES/ LOUPATATZIS/KARZIG-RODUNER/OTTO.

⁴ Erstaunlicherweise wird in den meisten einschlägigen Publikationen, so auch in der Roadmap GVP, der Begriff des medizinischen Notfalls nicht definiert. In Anlehnung an SAMW, Patientenverfügungen, S. 10, lässt sich darunter (insbesondere) eine akut lebensbedrohliche Situation verstehen, bei der medizinische Massnahmen ohne zeitliche Verzögerung durchgeführt werden sollten. Vgl. auch IN DER SCHMITTEN/ROTHÄRMEL/RIXEN/MORTSIEFER/MARCKMANN, S. 469, die eine Notfallanordnung als Regelung für den «Fall einer lebensbedrohlichen Krise» verstehen; ferner die Hinweise bei Fn 20.

⁵ HAUSSENER, Rz. 449.

⁶ Weiterführend dazu u.a. BÜCHLER/MICHEL, S. 63 ff.; AEBI-MÜLLER, Rz. 4.

⁷ SAMW, Futility, Ziff. 5.1; ferner WETTERAUER, S. 147; vgl. für das deutsche Recht LIPP, S. 763. Nach der treffenden Formulierung von HAUSSENER, Rz. 33, «begrenzt die medizinische Indikation den ärztlichen Heilauftrag.»

⁸ Gleiches gilt selbstredend für rechts- oder sittenwidrige Eingriffe, vgl. Art. 20 OR; AEBI-MÜLLER/FELLMANN/GÄCHTER/RÜTSCHÉ/TAG, Rz. 260.

⁹ Exemplarisch: AEBI-MÜLLER/FELLMANN/GÄCHTER/RÜTSCHÉ/TAG, Rz. 260; GADMER MÄGLI, S. 119; KÖBRICH, Heilbehandlung, S. 14. Zu den Begriffen «Futility», «wirkungslos» und «aussichtslos» siehe SAMW, Futility, S. 31 f.; vgl. SAMW, Sterben und Tod, S. 21 und 33.

¹⁰ BGE 148 I 1 E. 6.2.3.: «Matériellement, le droit à l'autodétermination s'exprime ainsi très largement, dans le domaine médical, par celui de consentir ou non à un acte proposé par le médecin ou un autre soignant, respectivement de retirer un consentement préalablement donné, pour autant que ce retrait ait lieu avant la réalisation de l'acte.» Aus der Literatur u.a. AEBI-MÜLLER/FELLMANN/GÄCHTER/RÜTSCHÉ/TAG, Rz. 263; für das deutsche Recht LIPP, S. 763.

Trotz dieser Vorbehalte hinsichtlich des Autonomiebegriffs im Medizinrecht ist in aller Deutlichkeit festzuhalten: Innerhalb des aufgezeigten Rahmens kommt den Wünschen des Patienten entscheidendes Gewicht zu. In diesem Sinne ist die **Patientenselbstbestimmung** im geltenden Medizinrecht sowie in der Medizinethik **von zentraler Bedeutung**. Im geltenden Erwachsenenschutzrecht (i.K. seit 1. Januar 2013) hat sie ihren bislang deutlichsten gesetzlichen Niederschlag gefunden. Zusammengefasst lässt sich aus diesen Bestimmungen Folgendes ableiten:¹¹

- Der mit Bezug auf den Behandlungsentscheid **urteilsfähige**¹² **Patient** entscheidet nach hinreichender Aufklärung selber darüber, ob er in die ihm vorgeschlagene Behandlung einwilligt oder nicht. Eine Ablehnung ist zu akzeptieren, auch wenn der Vorschlag des Arztes den objektiven Interessen des Patienten entspricht.
- Für den **nicht urteilsfähigen, volljährigen**¹³ **Patienten** sieht das Gesetz Einwilligungssurrogate vor, die allesamt darauf abzielen, die Wünsche sowie die antizipierte oder noch teilweise vorhandene Selbstbestimmung des Patienten zu verwirklichen:
 - Die Behandlung erfolgt gemäss der (gültigen, hinreichend konkreten und somit auch grundsätzlich verbindlichen) Patientenverfügung (PV).¹⁴
 - Es ist eine stellvertretende Einwilligung durch den Vertreter¹⁵ des Patienten einzuholen; der Vertreterentscheid richtet sich primär nach dem mutmasslichen Willen¹⁶ des urteilsunfähigen Patienten und schlägt sich in einem Behandlungsplan¹⁷ nieder.
 - Im Rahmen des Vertreterentscheids besteht ein Partizipationsrecht i.S. der Pflicht zum Einbezug des urteilsunfähigen Patienten in die Erstellung des Behandlungsplans, soweit dies möglich ist.¹⁸

¹¹ Nicht abgebildet werden in dieser Übersicht Sonderfälle, insbes. die Behandlung ohne Zustimmung betreffend die psychische Erkrankung eines fürsorgerisch untergebrachten Patienten; diesbezüglich muss auf die entsprechenden Gesetzesbestimmungen (Art. 380 ZGB, Art. 433–435 ZGB) und die einschlägige Literatur verwiesen werden. Vgl. zum Ganzen auch OTTO-ACHENBACH, S. 159 ff.; FOUNTOLAKIS/KÖBRICH, S. 77 ff.

¹² Der Begriff der Urteilsfähigkeit kann im vorliegenden Gutachten nicht weiter vertieft werden; siehe dazu u.a. AEBI-MÜLLER, Rz. 23 ff., m.w.H.

¹³ Die nachfolgende Darstellung bezieht sich auf das Erwachsenenschutzrecht, das definitionsgemäss bei volljährigen Patienten zur Anwendung gelangt; die Rechtslage mit Bezug auf minderjährige Patienten wird nachfolgend ausgeklammert; exemplarisch dazu: AEBI-MÜLLER/ FELL-MANN/GÄCHTER/RÜTSCHER/TAG, Rz. 756 ff. Für den vorliegenden Zusammenhang ist insbesondere von Bedeutung, dass auch urteilsfähige Minderjährige gültig eine Patientenverfügung errichten können; a.a.O., Rz. 720; für urteilsunfähige Minderjährige entscheiden in der Regel die sorgeberechtigten Eltern.

¹⁴ Zum Begriff der Patientenverfügung siehe nachfolgend, Ziff. 3.1.

¹⁵ Dabei kann es sich um einen gewillkürten Vertreter (Patientenverfügung, Vorsorgeauftrag), um einen durch die KESB eingesetzten Vertreter (Beistand) oder um einen gesetzlichen Vertreter (Angehörigenkaskade nach Art. 378 Abs. 1 ZGB) handeln.

¹⁶ Art. 378 Abs. 3 ZGB; die Gesetzesbestimmung nennt zwar den mutmasslichen Willen und das (objektiv verstandene) Interesse des Patienten gleichrangig, in der Literatur ist der Vorrang des mutmasslichen Willens, soweit dieser ergründet werden kann, anerkannt; exemplarisch AEBI-MÜLLER, Rz. 133; JUNOD, N 42 f zu Art. 378 ZGB.

¹⁷ Art. 377 ZGB.

¹⁸ Art. 377 Abs. 3 ZGB.

- In dringlichen Fällen, d.h. wenn ein Vertreterentscheid nicht rechtzeitig eingeholt werden kann, ergreift der Arzt medizinische Massnahmen, die sich ebenfalls primär nach dem mutmasslichen Willen des urteilsunfähigen Patienten richten. Fehlen genügend konkrete Hinweise auf den mutmasslichen Willen, entscheidet der Arzt nach den objektiven Interessen des urteilsunfähigen Patienten, d.h. nach dem medizinisch Gebotenen.¹⁹

Eine ÄNO wird definitionsgemäss in Sachlagen angewandt bzw. umgesetzt, in denen eine aufgeklärte Einwilligung («informed consent») des urteilsfähigen Patienten nicht eingeholt werden kann und ein aktueller Stellvertreterentscheid aufgrund der Notfallsituation ebenfalls ausscheidet.²⁰ Oft ist in dieser Sachlage eine herkömmliche PV – falls sie überhaupt rasch genug greifbar ist – aufgrund ihres Umfangs und der Komplexität der Anordnungen nicht geeignet, sofortige Klarheit über die gewünschte Behandlung zu schaffen.²¹ **Die für solche Akutsituationen zum voraus erstellte ÄNO hat daher nach hier vertretener Auffassung den primären Zweck, der behandelnden Person (insbes. Notarzt, Rettungssanitäter, Pflegefachkräfte) eine Handlungsanleitung zu geben, die in der konkreten Notfallsituation bestmöglich die Patientenselbstbestimmung verwirklicht;**²² gleichzeitig ist die ÄNO auch Ausdruck der ärztlichen Sorgfalt (dazu Ziff. 7.2) und sie dient insofern auch dem Schutz der Gesundheitsfachpersonen, denen sie Handlungssicherheit gibt.

3 Verhältnis der Ärztlichen Notfallanordnung zur Patientenverfügung

3.1 Verhältnis der ÄNO zur PV im Allgemeinen

Die PV lässt sich definieren als Vorausverfügung für eine künftige medizinische Situation, mit der eine zum Zeitpunkt der Errichtung urteilsfähige Person festlegt, welchen Behandlungen sie nach Eintritt einer Urteilsunfähigkeit zustimmt bzw. nicht zustimmt.²³ Zu ihrer

¹⁹ Art. 379 ZGB;

²⁰ Exemplarisch <https://www.gesundheitliche-vorausplanung-bb.ch/formulare>: «Die Ärztliche Notfallanordnung beschränkt sich ausschliesslich auf Anordnungen für dringliche (Notfall-)Situationsen. Das sind Situationen, in denen medizinische Massnahmen nicht aufgeschoben werden können, bis die Einwilligung einer Vertretungsperson vorliegt.» Vgl. KARZIG-RODUNER/OTTO-ACHENBACH, S. 83.

²¹ Vgl. zum Problem u.a. HAUSSENER, Rz. 191 ff., m.w.H.; SAMW, Patientenverfügungen, S. 10 und 16; BAUMANN et al., Ziff. 4 und 5; ferner hinten, Ziff. 3.2.

²² IN DER SCHMITTEN/ROTHÄRMEL/RIXEN/MORTSIEFER/MARCKMANN, S. 466, sprechen treffend davon, dass es einer «konzeptionellen und materiellen Brücke zwischen dem Prozess einer ausführlichen individuellen Vorausplanung auf der einen und der Notwendigkeit für klare Anweisungen auf der anderen Seite» bedürfe und sehen die (haus)ärztliche Anordnung für den Notfall in dieser Brückenfunktion.

²³ Botschaft Erwachsenenschutz, S. 7030; in der PV kann anstelle oder zusätzlich zum Behandlungswunsch eine Vertretungsperson benannt werden (Art. 370 Abs. 2 ZGB); darauf ist im vorliegenden Kontext nicht weiter einzugehen.

Gültigkeit bedarf die PV der Schriftform, sie ist überdies zu datieren²⁴ und zu unterzeichnen.²⁵ Weitere Formvorschriften bestehen nicht, was insbesondere zur Folge hat, dass auch das von einer urteilsfähigen Person datierte und unterzeichnete vordruckte Formular gültig und grundsätzlich verbindlich ist.²⁶ Dass die PV von weiteren Personen, beispielsweise einer Vertreterin oder einer Gesundheitsfachperson, mitunterzeichnet wird, schadet nicht, ist indessen auch nicht erforderlich.²⁷ Ebenso wenig ist erforderlich, dass die PV explizit als solche bezeichnet wird; es genügt, dass sie als verbindliche Anordnung zur medizinischen Behandlung bei Urteilsunfähigkeit erkennbar ist. Schliesslich darf sich die PV auf spezifische Behandlungssituationen oder -entscheide beschränken, es ist keineswegs erforderlich (und auch nicht üblich), dass eine umfassende Vorausplanung erfolgt. Daraus ergibt sich, dass ein auf die Notfallsituation gerichtetes **ÄNO-Formular**, das datiert ist und die Unterschrift²⁸ der Patientin trägt, ohne weiteres **alle Merkmale der PV erfüllt** und als solche gilt.²⁹

Zu beachten ist indessen, dass eine «normale PV» mehr Möglichkeiten eröffnet als dies das ÄNO-Formular tut. Beispielsweise kann eine Vertretungsperson benannt werden (Abweichen von der gesetzlich vorgesehenen Angehörigenkaskade³⁰), es können spezifische Behandlungswünsche für andere medizinische Sachlagen als die Notfallsituation angegeben werden (z. B. bestimmte Medikamente oder Behandlungen, die präferiert oder abgelehnt werden) oder es werden generelle Behandlungsziele formuliert (z. B. Wunsch nach optimaler Schmerztherapie). Es gibt nicht nur sehr zahlreiche, längere und kürzere Vorlagen, sondern die PV kann auch vollständig individuell formuliert werden. Aus diesen Gründen spricht nichts dagegen, der Patientin das Erstellen einer die ÄNO **ergänzenden PV** zu empfehlen, und umgekehrt. Damit Missverständnisse und Widersprüche (siehe dazu Ziff. 6.2) zwischen den beiden Dokumenten vermieden werden, ist es sinnvoll (aber aus juristischer Sicht nicht zwingend), dass eine Einbettung in einen GVP-Prozess erfolgt. Im Rahmen einer GVP kann die ÄNO mit guter Beratung und Begleitung thematisiert und konsentiert werden.³¹ Entsprechend sind dann beide Dokumente besonders verlässlich, was sowohl für die Ärztin wie auch für die Patientin hilfreich ist und besonders gute Voraussetzungen dafür bietet, dass der mutmasslichen Patientenwille in der Notfallsituation verwirklicht wird.

²⁴ Damit wird die zeitliche Einordnung der PV ermöglicht, was für die Beurteilung der Urteilsfähigkeit zum Zeitpunkt der Errichtung und bei mehreren, sich widersprechenden PV von Bedeutung sein kann; AEBI-MÜLLER, Rz. 150; BOENTE, ZK, N 25 zu Art. 371 ZGB.

²⁵ Art. 371 Abs. 1 ZGB; Botschaft Erwachsenenschutz, S. 7031.

²⁶ Mit Recht wird in der Literatur ein hinreichendes Mass an Bestimmtheit gefordert (u.a. WIDMER-BLUM, S. 204 ff.; WYSS, BSK, N 16 ff. zu Art. 370 ZGB; KÖBRICH, Patientenverfügung, Rz. 5.35 f.), damit klar ist, auf welche medizinische Sachlage sich die PV bezieht und was der Patient in dieser Sachlage wünscht oder ablehnt; darauf ist im vorliegenden Kontext nicht näher einzugehen, da die ÄNO die entsprechenden Minimalanforderungen zweifellos erfüllt.

²⁷ JUNOD, N 8 zu Art. 371 ZGB.

²⁸ Kann die urteilsfähige Patientin nicht selber unterschreiben, kann die Unterschrift gemäss Art. 15 OR durch ein beglaubigtes Handzeichen (Kreuz o.ä.) ersetzt werden oder es erfolgt eine öffentliche Beurkundung.

²⁹ HAUSSENER, Rz. 450; vgl. KARZIG-RODUNER/OTTO-ACHENBACH, S. 85.

³⁰ Art. 378 Abs. 1 ZGB.

³¹ Einzelheiten dazu, wie ein entsprechender GVP-Prozess idealerweise abläuft, können im Rahmen des vorliegenden Gutachtens nicht erläutert werden, hierzu muss auf die einschlägige Literatur verwiesen werden.

3.2 Bedeutung der PV in der Notfallsituation

Ob eine PV in der Notfallsituation umgesetzt werden kann, hängt davon ab, ob sie der behandelnden Ärztin bekannt ist, ob sie direkt umsetzbare, genügend konkrete Handlungsanweisungen enthält, ob die gewünschten Massnahmen in der Akutsituation medizinisch indiziert sind³² und ob keine Gründe für ein Abweichen vorliegen. Dabei ist zu bedenken, dass bei Dringlichkeit keine Pflicht der Gesundheitsfachpersonen besteht, das Vorhandensein einer PV abzuklären. Damit impliziert bereits der Gesetzestext,³³ dass es – trotz Vorhandensein einer gültigen PV – **Notfallsituationen** geben kann, **in denen die PV aus praktischen Gründen nicht zur Anwendung gelangt**. Dies trifft u.a. dann zu, wenn die Komplexität der an sich leicht greifbaren PV dazu führt, dass sich dieser für die nun eingetretene medizinische Notfallsituation nicht unmittelbare Handlungsanweisungen entnehmen lassen, sondern vielmehr eine (aus Zeitgründen nicht mögliche) Auslegung der PV erforderlich wäre. In der medizinischen Praxis kann die PV in medizinischen Notfallsituationen oftmals nicht berücksichtigt werden.³⁴ Die durch die Patientin konsentrierte ÄNO drängt sich daher als Ergänzung zu einer herkömmlichen PV geradezu auf.³⁵

3.3 Zwischenergebnis

Als Zwischenergebnis lässt sich festhalten, dass die ÄNO bei Einhaltung der Gültigkeitsvorschriften (Datierung und Unterzeichnung durch die urteilsfähige Patientin) eine verbindliche PV darstellt, wobei daneben noch eine ergänzende, breiter gefasste PV Platz hat (siehe dazu Ziff. 6.2), die andere Sachlagen umfasst und Wünsche formuliert als durch die ÄNO abgedeckt werden können. Erfüllt die ÄNO die Formalitäten einer PV, ist sie für Gesundheitsfachpersonen auch gleichermassen verbindlich wie eine normale PV (siehe Ziff. 6.1).

4 Durch den Vertreter erstellte oder konsentrierte ÄNO

4.1 ÄNO als Teil des Behandlungsplans («ÄNO by proxy»)

Wie einleitend dargelegt (Ziff. 2), entscheidet eine Vertretungsperson an Stelle des urteilsunfähigen Patienten, der gar keine, keine gültige oder keine hinreichend konkrete Patientenverfügung mit seinen Behandlungswünschen erstellt hat. Das Gesetz schreibt diesbezüglich unter dem Titel «Behandlungsplan» vor, dass der behandelnde Arzt unter Beizug des Vertreters die erforderliche Behandlung plant.³⁶ Dabei ist der Vertreter über alle

³² Auch mit einer PV können keine nicht indizierten, unwirksamen oder aussichtslosen Behandlungen eingefordert werden; vgl. dazu bereits Ziff. 2 sowie SAMW, Futility, Ziff. 5; GUILLOD, S. 347; JUNOD, N 19 zu Art. 372 ZGB; KÖBRICH, Patientenverfügung, Rz. 5.12.

³³ Art. 372 Abs. 1 zweiter Satz ZGB.

³⁴ M.w.H. HAUSSENER, Rz. 191 ff.; JOX, S. 143 f.; IN DER SCHMITTEN/RIXEN/MARCKMANN, Notfallmedizin, S. 89.

³⁵ Vgl. HAUSSENER, Rz. 448 f.

³⁶ Die Verantwortung für die angemessene Behandlung und die Erstellung des Behandlungsplans liegt nach dem Willen des Gesetzgebers bei der Ärztin; so ausdrücklich Botschaft Erwachsenenschutz, S. 7036.

wesentlichen Umstände zu informieren³⁷ (Aufklärungspflicht) und der urteilsunfähige Patient ist, soweit möglich, in die Entscheidungsfindung einzubeziehen (sog. Partizipationsrecht).³⁸ Eine bestimmte Form ist für den **Behandlungsplan** gesetzlich nicht vorgeschrieben.³⁹ Entsprechend kann dieser **mündlich, schriftlich oder in digitaler Form** erstellt werden; eine Unterschrift des Arztes oder der vertretungsberechtigten Person ist nicht erforderlich.⁴⁰ Gestützt auf den Behandlungsplan erteilt die vertretungsberechtigte Person anstelle des urteilsunfähigen Patienten die Zustimmung zur vorgesehenen Behandlung oder verweigert diese.⁴¹

Diese knapp gehaltene gesetzliche Regelung ermöglicht es, im Kontext des Behandlungsplans eine vorausschauende Vorgehensweise zu besprechen, die sich nicht nur auf die momentane Situation des urteilsunfähigen Patienten bezieht, sondern auch das Vorgehen bei möglicherweise eintretenden medizinischen Notfällen klärt.⁴² Zwar stellt das Gesetz klar, dass der Behandlungsplan der laufenden Entwicklung anzupassen ist;⁴³ das schliesst indessen nicht aus, erwartbare Krankheitsverläufe und mögliche akute Krisen vorausschauend anzusprechen,⁴⁴ insbesondere im Rahmen einer GVP mit der vertretungsberechtigten Person. Ein solches Vorgehen ermöglicht in vielen Fällen erst die effektive Umsetzung des mutmasslichen Patientenwillens, kann doch in der Notfallsituation aufgrund der zeitlichen Dringlichkeit gerade nicht mehr eine aufgeklärte Einwilligung der vertretungsberechtigten Person eingeholt werden.⁴⁵ Die **ÄNO**, deren Inhalte nicht mit dem urteilsunfähigen Patienten, sondern mit dessen Vertreter besprochen wurde, kann aus diesen Gründen ohne Weiteres **als Teil des Behandlungsplans** betrachtet werden.⁴⁶ Eine (Mit)Unterzeichnung durch den Vertreter ist nicht erforderlich, da der Behandlungsplan als solcher, wie erwähnt,

³⁷ Die Aufklärungspflicht wird in Art. 377 Abs. 2 ZGB näher spezifiziert; vorliegend ist darauf nicht näher einzugehen.

³⁸ Art. 377 Abs. 3 ZGB; weiterführend u.a. AEBI-MÜLLER, Rz. 115 ff.

³⁹ Anders verhält es sich beim Behandlungsplan betreffend die Behandlung der psychischen Störung eines fürsorgerisch untergebrachten Patienten nach Art. 433 ZGB (Schriftform); darauf ist vorliegend nicht näher einzugehen.

⁴⁰ JUNOD, N 31 zu Art. 377 ZGB.

⁴¹ Art. 378 Abs. 1 erster Satz ZGB. Eine hier nicht weiter zu vertiefende Frage ist, ob vertretungsberechtigte Personen, insbesondere Angehörige, tatsächlich besser als Gesundheitsfachpersonen in der Lage sind, dem mutmasslichen Willen der Patientin zum Durchbruch zu verhelfen. Aufgrund der geltenden Rechtslage ist der Vertreterentscheid in der Regel verbindlich, auch wenn Erkenntnisse aus der Praxis darauf hindeuten, dass dieser von den Wünschen der Betroffenen oftmals abweicht; exemplarisch dazu BRÜGGER/KISSMANN/BESIC/ SOTTAS, S. 34.

⁴² SUTER, Rz. 21; GADMER MÄGLI, S. 112; OTTO-ACHENBACH, S. 181.

⁴³ Art. 377 Abs. 4 ZGB.

⁴⁴ Siehe dazu insbesondere JUNOD, N 9 zu Art. 377 ZGB: «Le plan de traitement peut être conçu du manière suffisamment vaste afin d'incorporer une approche générale et anticiper une suite de décisions sur un période assez longue. Il ne s'agit donc pas simplement de décider pour ou contre une intervention imminente mais plutôt de fixer une appréciation globale qui guidera ensuite l'équipe soignante.»

⁴⁵ Vgl. SUTER, Rz. 18 und 26, m.w.H.; IN DER SCHMITTEN/ROTHÄRMEL/RIXEN/MORTSIEFER/MARCKMANN, S. 467, die die durch den Vertreter erstellte ÄNO als mindestens so lange relevant betrachten, bis in der Akutsituation ein aufgeklärter Vertreterentscheid erfolgen kann.

⁴⁶ Vgl. auch JUNOD, N 14 zu Art. 377 ZGB; diese Autorin vertritt mit guten Gründen die Ansicht, es könnten auch mehrere Behandlungspläne für unterschiedliche Sachlagen nebeneinander bestehen. In dieser Konzeption wäre die ÄNO der Behandlungsplan für die darin umschriebenen akuten Notfallsituationen, während daneben beispielsweise für die Behandlung einer Grunderkrankung ein spezifischer Behandlungsplan bestehen kann.

keinem Formerfordernis und damit keiner Unterschriftspflicht unterliegt. Wird das ÄNO-Formular eigens mit der vertretungsberechtigten Person besprochen und durch diese (mit)unterzeichnet, spricht man gelegentlich von einer «**ÄNO by proxy**».⁴⁷ Ein Abweichen von einer solchen ÄNO ist zwar nicht ausgeschlossen, allerdings ist auch ein Behandlungsplan **grundsätzlich verbindlich**,⁴⁸ auch wenn dies gesetzlich nicht in gleicher Weise vorgeschrieben ist wie bei der PV (vgl. auch Ziff. 6.1).

4.2 Abgrenzung zur PV

In diesem Zusammenhang muss betont werden, dass das Erstellen einer PV ein sog. absolut höchstpersönliches und daher vertretungsfeindliches Rechtsgeschäft ist.⁴⁹ Die **PV**, wie sie im geltenden Recht vorgesehen ist, kann daher **nicht durch den Vertreter** des urteilsunfähigen Patienten gültig errichtet werden. Wenn weiter vorne (Ziff. 3.1) ausgeführt wurde, dass eine durch den Patienten (mit)unterzeichnete ÄNO eine gültige Patientenverfügung darstellen kann, dann gilt Gleiches nicht auch für die «ÄNO by proxy» (zu den Folgen mit Bezug auf die Verbindlichkeit s. Ziff. 6.1).

Ein nur durch den Vertreter ohne Mitwirkung des behandelnden Arztes erstelltes Dokument kann daher weder als PV (diese bedürfte zwar keiner ärztlichen Mitwirkung, ist aber zwingend durch den noch urteilsfähigen Patienten zu errichten) noch als Behandlungsplan (dieser geht vom Arzt aus und kann nicht ohne diesen erstellt werden) Wirkung entfalten.⁵⁰ Ein schriftliches Dokument der vertretungsberechtigten Person, das sich zum Vorgehen im Notfall äussert, kann **allenfalls Indizwirkung mit Bezug auf den mutmasslichen Willen** des Patienten haben und in diesem Rahmen – soweit indiziert – von beschränkter Bedeutung sein. Dies trifft jedenfalls dann zu, wenn der Vertreter darin auf die Wünsche und Anschauungen des Patienten Bezug nimmt, was allerdings im Rahmen eines ÄNO-Formulars kaum möglich ist. Die Integration der ÄNO in die ärztliche Behandlungsplanung für den urteilsunfähigen Patienten ist somit das entscheidende Erfordernis, damit die «ÄNO by proxy» rechtlich von Bedeutung sein kann.

4.3 Zwischenergebnis

Bespricht der Arzt die ÄNO mit dem Vertreter des urteilsunfähigen Patienten, ist die vom Vertreter und/oder dem Arzt unterzeichnete «ÄNO by proxy» Teil des Behandlungsplans und damit grundsätzlich verbindlich, wenn sich die Umstände in der Zwischenzeit nicht verändert haben.

⁴⁷ Exemplarisch: AEBI-MÜLLER/WILDI, Rz. 3, die darunter eine «durch den Vertreter [des urteilsunfähigen Patienten] konsentierete Notfallanordnung» verstehen.

⁴⁸ Würde man von Unverbindlichkeit des Behandlungsplans ausgehen, würde dies letztlich bedeuten, dass die Ärztin ohne Konsultation der vertretungsberechtigten Person und Partizipation des urteilsunfähigen Patienten eine andere als die besprochene und konsentierete Behandlung durchführen oder eine vereinbarte Behandlung unterlassen dürfte. Dies widerspricht dem Grundsatz der Patientenselbstbestimmung, die den Art. 377 ff. ZGB zugrunde liegen (vgl. Ziff. 2); zur Frage der Verbindlichkeit eines mit dem vertretungsberechtigten Angehörigen festgelegten REA-Status vgl. GADMER MÄGLI, S. 113.

⁴⁹ BOENTE, ZK, N 39 zu Art. 370 ZGB; FASSBIND, OFK, N 1 zu Art. 371 ZGB.

⁵⁰ Ähnlich SUTER, Rz. 24, die mit Recht darauf hinweist, dass nur der Patient selber (im Kontext der geltenden Regelung zur PV) ohne Aufklärung eine Vorausverfügung treffen darf.

Ein nur durch den Vertreter ausgefülltes ÄNO-Formular stellt keine PV dar, ist auch nicht Teil des Behandlungsplans und daher rechtlich an sich nicht verbindlich. Gegebenenfalls lassen sich daraus dennoch wichtige Hinweise auf den mutmasslichen Willen des urteilsunfähigen Patienten ableiten.

5 Durch die Ärztin alleine erstellte ÄNO

Denkbar ist, dass die ÄNO durch die Ärztin ohne Beizug der Patientin oder deren Vertreterin erstellt oder nur durch die Ärztin unterzeichnet wird und daher keine formelle Zustimmung vorliegt. Dabei sind im Folgenden unterschiedliche Sachlagen zu unterscheiden.

5.1 Im Rahmen einer GVP erstellte ÄNO

Wurden die Behandlungswünsche im Rahmen einer GVP mit der Patientin ausführlich besprochen, wird die ÄNO als Teil der Dokumentation idealerweise von der Patientin mitunterzeichnet. Es kann allerdings Sachlagen geben, in denen dies unterbleibt, z. B. weil die Patientin plötzlich urteilsunfähig wird oder aufgrund von motorischen Einschränkungen⁵¹ nicht in der Lage ist, das Formular zu unterzeichnen. Die ausschliesslich von der Ärztin unterzeichnete ÄNO stellt zwar keine PV dar und geniesst insofern nicht dieselbe gesetzlich vorgesehene Verbindlichkeit als Vorausplanungsinstrument. Trotzdem ist sie bei dieser Sachlage **Ausdruck des mutmasslichen Willens der Patientin**. Weil der mutmassliche Patientenwille Vorrang hat (siehe Ziff. 2), ist die ÄNO umzusetzen, wenn keine triftigen Gründe – insbesondere eine veränderte medizinische Ausgangslage – ein Abweichen gebieten.

Ähnliches gilt, wenn die Patientin infolge Urteilsunfähigkeit nicht oder nur i.S. einer Partizipation in die Behandlungsplanung einbezogen werden konnte und die Vorausplanung daher mit den vertretungsberechtigten Angehörigen erfolgt ist. Auch hier gilt, dass der mutmassliche Wille der Patientin im Rahmen der Indikation Vorrang hat und in der ÄNO dokumentiert werden kann (zur «ÄNO by proxy» siehe Ziff. 4.1).

5.2 Durch die Ärztin alleine verantwortete ÄNO

Heikler als die mit der urteilsfähigen Patientin oder der Vertreterin der urteilsunfähigen Patientin besprochene, dann aber nur durch die Ärztin unterzeichnete ÄNO ist eine Anordnung, die ohne Rücksprache mit der Patientin ausschliesslich durch die Ärztin erstellt wird. Ein solches Vorgehen **kann sich ausnahmsweise rechtfertigen**, wenn kumulativ eine ÄNO aufgrund der konkreten Sachlage dringend erstellt werden sollte,⁵² aber ein Gespräch mit der Patientin oder deren Vertreterin in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht

⁵¹ Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass an Stelle der eigenhändigen Unterzeichnung die öffentliche Beurkundung treten kann, wenn die urteilsfähige Patientin nicht selber unterschreiben kann; vgl. Art. 15 OR (i.V.m. Art. 7 ZGB).

⁵² Beispielsweise weil eine Patientin nach einer Hospitalisation in ein Pflegeheim zurückverbracht wird und eine nochmalige notfallmässige Hospitalisierung aufgrund der medizinischen Ausgangslage vermieden werden soll.

durchgeführt werden kann.⁵³ Die nur durch die Ärztin verantwortete ÄNO muss selbstständig der medizinischen Indikation entsprechen und sie muss im mutmasslichen Interesse der Patientin liegen.⁵⁴ Nachträglich muss, sobald dies möglich ist, eine Besprechung mit der Patientin oder deren Vertreterin erfolgen. Die ÄNO soll mit diesem Gespräch sozusagen validiert, idealerweise auch durch die Patientin oder die Vertreterin mitunterzeichnet werden. Vorbehalten eine ausdrückliche Ablehnung eines solchen Gesprächs durch die Patientin (dazu Ziff. 7.2).

In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, dass eine nicht indizierte Behandlung nicht angeboten werden muss (siehe Ziff. 2); entsprechend ist die Ärztin beim Erstellen der ÄNO nicht zwingend verpflichtet, den Wünschen der Patientin oder deren Vertreterin Folge zu leisten. Steht beispielsweise aus objektiven Gründen fest, dass eine Reanimation für eine konkrete Patientin eindeutig nicht indiziert ist,⁵⁵ ist das Festlegen eines «REA-Nein-Status» ohne Konsens mit der Patientin oder deren Vertreterin zulässig. Die Patientin bzw. deren Vertreterin sollte aber aufgrund der ärztlichen Treue- und Rechenschaftspflicht über die ärztliche Anordnung und über die ihr zugrunde liegenden Gründe informiert werden. Zudem sollte mindestens in einer **Begleitdokumentation** oder im Patientendossier klargestellt und begründet werden, dass der Verzicht auf bestimmte medizinische Massnahmen nicht aufgrund des Patientenwillens erfolgt, sondern wegen fehlender Indikation.⁵⁶

6 Behandlung in der Notfallsituation

6.1 Grundsatz: Verbindlichkeit und Auslegungsbedürftigkeit von PV und ÄNO

Liegt eine **gültig erstellte PV** vor, so ist diese grundsätzlich **verbindlich**. Nach verbreiteter und zutreffender Auffassung gilt dies nicht nur, wie sich aus dem Gesetzeswortlaut schliessen liesse, für den behandelnden Arzt, sondern **für alle Gesundheitsfachpersonen**, insbesondere auch für Rettungssanitäter.⁵⁷ Ein Abweichen von den Anordnungen ist ausnahmsweise zulässig, «wenn diese gegen gesetzliche Vorschriften verstösst oder wenn begründete Zweifel bestehen, dass sie auf freiem Willen beruht oder noch dem mutmasslichen Willen des Patienten entspricht.»⁵⁸ Dies **gilt auch für eine ÄNO**, sofern diese in der Form der PV erstellt wurde und damit als PV gilt (siehe Ziff. 3.1).

⁵³ Insbesondere weil der Patient urteilsunfähig und zugleich kein Vertreter bekannt bzw. ein Beistand noch nicht bestellt ist. Die lediglich durch die Ärztin unterzeichnete ÄNO hat bei dieser Sachlage die Funktion, die i.S.v. Art. 379 ZGB durch die Ärztin verantwortete Behandlungsplanung zu dokumentieren.

⁵⁴ Beispielsweise REA-Nein, wenn aufgrund der konkreten medizinischen Situation ein Reanimationsversuch eindeutig nicht indiziert ist und für den Patienten eine unnötige Belastung darstellen würde. Exemplarisch OTTO-ACHENBACH, S. 180.

⁵⁵ Vgl. dazu SAMW, Reanimation, insbes. S. 17 f.

⁵⁶ IN DER SCHMITTEN /ROTHÄRMEL/RIXEN MORTSIEFER/MARCKMANN, S. 468.

⁵⁷ Dazu m.w.H. HAUSSENER, Rz. 446.; FOUNTOLAKIS/KÖBRICH, S. 77; KÖBRICH, Patientenverfügung, Rz. 5.61 f.; zum deutschen Recht IN DER SCHMITTEN/RIXEN/MARCKMANN, Notfallmedizin, S. 90 f.

⁵⁸ Art. 372 Abs. 2 ZGB; für Einzelheiten kann auf die einschlägige Literatur verwiesen werden; vgl. dazu Fn 65.

Wurde die ÄNO nicht durch den Patienten erstellt bzw. (mit)unterzeichnet, sondern im Rahmen einer Behandlungsplanung durch dessen Vertreter («ÄNO by proxy»), handelt es sich, wie dargelegt, zwar nicht um eine PV mit gesetzlich ausdrücklich vorgesehener Verbindlichkeit. Aufgrund des Vorrangs des mutmasslichen Willens des Patienten ist ein Abweichen von der ÄNO dennoch nur zulässig, wenn der behandelnde Arzt oder der Rettungssanitäter in der Akutsituation konkrete Hinweise darauf hat, dass die ÄNO nicht (mehr) dem mutmasslichen Willen des Patienten entspricht oder wenn sich die Lebens- und Gesundheitssituation anders entwickelt haben, als dies bei der Behandlungsplanung antizipiert wurde.

Sowohl eine PV wie auch die ÄNO sind – wie alle Willenserklärungen – auslegungsbedürftig.⁵⁹ Es ist m.a.W. die Bedeutung der darin enthaltenen Anordnungen mit Bezug auf die nunmehr eingetretene medizinische Sachlage zu klären. Umstritten ist in der Literatur, ob die **Auslegung** dem Willens- oder dem Vertrauensprinzip folgen muss, d.h. ob es darum geht, was der Patient (womöglich unter Verwendung der falschen medizinischen Fachbegriffe oder missverständlich) sich vorgestellt und gewollt hat oder ob die Gesundheitsfachpersonen die Vorausverfügung in guten Treuen, basierend auf einem objektiven Verständnis der verwendeten Begrifflichkeiten, verstehen durfte.⁶⁰ In der Notfallsituation bleibt allerdings definitionsgemäss⁶¹ gerade keine Zeit, um zu ergründen, ob das persönliche Verständnis des Patienten von der formularmässigen und für medizinische Fachpersonen klaren Anordnung abweicht, er beispielsweise den Begriff «invasive Beatmung» falsch verstanden hat oder nicht weiss, welche medizinischen Massnahmen eine «intensivmedizinische Massnahme» darstellen. Für die **ÄNO** muss daher nach hier vertretener Auffassung das **Vertrauensprinzip** vorgehen. Wird die ÄNO im Rahmen einer durch eine Fachperson begleiteten GVP erstellt, sollten Missverständnisse über die im Formular verwendeten Begriffe ausgeräumt werden. Das Gesundheitsfachpersonal darf sich in der Akutsituation jedenfalls darauf verlassen, dass der Patient (bzw. der Vertreter bei einer «ÄNO by proxy») sich entsprechend informiert hat.⁶² Selbst wenn dies im Einzelfall nicht zutrifft, kann jedenfalls ein Verschulden (und damit eine Haftung/Strafbarkeit) des Rettungsarztes oder des Notfallsanitäters ausgeschlossen werden, wenn er sich in der Notfallsituation auf die Angaben im Formular verlässt. Wird die ÄNO ausschliesslich durch den Arzt erstellt (Ziff. 5), dürften sich solche Fragen ohnehin nicht stellen.

Ist aufgrund der konkreten Notfallsituation die in der ÄNO angegebene **Behandlung** klar **nicht (mehr) indiziert**, muss und soll sie nicht angeboten werden. Auch mit der ÄNO können keine nicht indizierten Behandlungen eingefordert werden.⁶³ Dies gilt allerdings nur für eindeutige Sachlagen: Als Regelfall darf der Notarzt bzw. der Rettungssanitäter davon ausgehen, dass die ÄNO das Ergebnis einer sorgfältigen GVP unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes und der Wünsche des Betroffenen darstellt und umgesetzt werden

⁵⁹ Anstatt vieler: AEBI-MÜLLER, Rz. 165 ff.

⁶⁰ Für die Auslegung nach dem Willensprinzip u.a. OTTO-ACHENBACH, S. 165, WIDMER BLUM, S. 163 ff.; für die Anwendung des Vertrauensprinzips u.a. BOENTE, ZK, N 43 ff. zu Art. 372 ZGB.

⁶¹ Dazu vorne, Fn. 4.

⁶² Vgl. BOENTE, ZK, N 55 zu Art. 372 ZGB.

⁶³ Dazu schon vorne, Ziff. 2; exemplarisch BOENTE, ZK, N 66 zu Art. 372 ZGB (mit Bezug auf die PV); ferner die in Fn 32 zitierte Literatur.

sollte, auch wenn die Indikation der darin festgelegten bzw. gewünschten Behandlung zweifelhaft erscheint.

6.2 Vorliegen mehrerer Dokumente; Widerspruch zwischen PV und ÄNO

Wie dargelegt, ist das Nebeneinander mehrerer Vorausverfügungen aus juristischer Sicht an sich möglich. Exemplarisch ist zu denken an eine im Rahmen der GVP erstellte, inhaltlich umfassende PV als Ergänzung zur formulärmässig kurzen ÄNO. Wurden allerdings mehrere Dokumente mit (bezogen auf dieselbe Akutsituation) unterschiedlichem Inhalt erstellt, fragt sich, welche Vorausverfügung Vorrang genießt. Dabei sind insbesondere die folgenden Sachlagen auseinanderzuhalten:

- Sofern sich beide Dokumente auf dieselbe medizinische Situation beziehen und die Formvorschriften der PV für beide Dokumente eingehalten sind, geht das **jüngere bzw. aktuellere Dokument** vor. Die neue Vorausverfügung tritt m.a.W. an die Stelle der früher erstellten Anordnung.⁶⁴ Der Patient, der nach Errichtung einer ÄNO eine PV errichtet, in der er beispielsweise in der ÄNO noch eingeforderte Behandlungen nunmehr ablehnt, ist allerdings selber dafür verantwortlich, dass die neue Anordnung den behandelnden Ärzten bekannt ist und die allenfalls in seinem Patientendossier hinterlegte ÄNO vernichtet oder ersetzt wird. Tut er dies nicht, kann dem Notarzt, der sich auf die ÄNO verlässt, kein Vorwurf gemacht werden (vgl. auch Ziff. 7.3).
- Stehen eine PV und eine ÄNO in Widerspruch, erfüllt aber nur die PV die **Gültigkeitsvorschriften** (beispielsweise, weil die ÄNO nicht durch den Patienten (mit)unterzeichnet wurde), geht die formgültige und damit verbindliche PV grundsätzlich vor. Gleiches gilt, wenn eine von mehreren ÄNO die Formvorschriften der PV erfüllt, die andere(n) jedoch nicht (z. B. Fehlen der Unterschrift des Patienten). Indessen ist zu beachten, dass eine PV nicht absolute Gültigkeit beansprucht. Ein Abweichen von einer PV ist insbesondere zulässig, wenn die darin eingeforderten medizinischen Massnahmen klar nicht indiziert sind (vgl. Ziff. 2), wenn feststeht, dass die PV nicht (mehr) dem mutmasslichen Willen des Patienten entspricht oder wenn davon auszugehen ist, dass Willensmängel vorliegen (z. B. Unterzeichnung der PV in einer Drucksituation oder bei offenkundigem Irrtum bezüglich der Bedeutung eines medizinischen Begriffs).⁶⁵
- Bei gutem Vorgehen, insbesondere im Rahmen einer GVP, sollte die Sachlage, dass **etwa gleich alte und formgültige, aber widersprüchliche PV und ÄNO** vorliegen, nicht eintreten. In der Notfallsituation muss, falls dies trotzdem der Fall ist, grundsätzlich⁶⁶ die ÄNO vorgehen. Denn erstens ist die ÄNO bei Eintritt des Notfalls

⁶⁴ Dies ergibt sich aus Art. 371 Abs. 3 i.V.m. Art. 362 Abs. 3 ZGB; vgl. auch WETTERAUER, S. 146, zum Vorrang zeitnäherer Willenserklärungen. Denkbar ist allerdings auch, dass die Dokumente sich bei näherem Hinsehen nicht widersprechen, sondern die ÄNO lediglich die PV für die Notfallsituation ergänzt. Die PV behält dann ihre Wirkung insofern, als sie beispielsweise eine Vertretungsperson bezeichnet oder Wünsche für eine in der ÄNO nicht enthaltene Behandlung umschreibt.

⁶⁵ Art. 372 Abs. 2 ZGB; für Einzelheiten ist auf die einschlägige Literatur zu verweisen; exemplarisch JUNOD, N 28 ff. zu Art. 372 ff.

⁶⁶ Ausnahmen sind denkbar, wenn eine Drucksituation, Irrtum o.ä. naheliegen, diesfalls gelangt Art. 372 Abs. 2 ZGB zur Anwendung, d.h. es darf aufgrund des Willensmangels vom dokumentierten Vorgehen abgewichen werden.

situationspezifischer als die allgemeine PV und zweitens hat sie, jedenfalls wenn sie durch den Arzt mitunterzeichnet und damit gewissermassen «validiert» wurde, auch inhaltlich eine höhere Glaubwürdigkeit.

- Liegen mehrere **unterschiedliche ÄNO-Formulare** für denselben Patienten vor, die dieselben Formvorschriften (als PV, Behandlungsplan oder rein ärztliche ÄNO) erfüllen, ist vom Vorrang des aktuelleren Dokuments auszugehen.

6.3 Exkurs: Ergänzende Dokumentation

Nach dem Gesagten (vorne, Ziff. 3, 4 und 5) sind die durch den Patienten unterzeichnete, die durch einen Vertreter (mit)unterzeichnete oder die nur durch den Arzt unterzeichnete ÄNO zu unterscheiden. Wie die Anordnung zustande gekommen ist und welche Überlegungen ihr zugrunde liegen, sollte in allen drei Fällen dokumentiert werden. Zwar wird in der Akutsituation keine Möglichkeit bestehen, eine solche **Dokumentation zu Auslegungszwecken** beizuziehen. Sie kann sich aber im Zusammenhang mit einer Aktualisierung der ÄNO (u.a. dann, wenn diese nicht mehr durch die unterzeichnende Person erfolgt, sondern durch den Vertreter des mittlerweile urteilsunfähigen Patienten) als wichtig erweisen. Von besonderer Bedeutung sind die Dokumentation des mutmasslichen Patientenwillens und die medizinische Indikation bzw. deren Begründung. Wurde die ÄNO im Rahmen einer GVP erstellt, kann die Dokumentation des GVP-Prozesses diesem Zweck dienen.

7 Sorgfaltspflichten und Verantwortlichkeit von Gesundheitsfachpersonen

7.1 Grundlagen

Das konkrete Rechtsverhältnis zwischen Patientin und Gesundheitsfachperson (Ärztin, Rettungsanleiterin, Pflegefachperson) bzw. Institution (Spital, Pflegeheim) muss im Einzelfall geklärt werden und hängt einerseits davon ab, ob öffentliches Recht oder Privatrecht anwendbar ist⁶⁷ und andererseits davon, ob ein expliziter Vertragsschluss erfolgte (ggf. mittels einer Vertreterin der betroffenen Person) oder ob die medizinische Intervention ohne vorgängigen Vertragsschluss (notfallmässig) als «Geschäftsführung ohne Auftrag»⁶⁸ erfolgte; Letzteres trifft meist bei der Alarmierung der Rettungsdienste zu. Im vorliegenden Kontext muss der vereinfachende Hinweis genügen, dass sich so oder anders, d.h. unabhängig von der spezifischen rechtlichen Qualifikation des Behandlungsverhältnisses, die Pflichten der Gesundheitsfachpersonen direkt oder sinngemäss aus den Regeln des Auftragsrechts ergeben.⁶⁹ Die Gesundheitsfachpersonen und in die Behandlung involvierten

⁶⁷ Zur Kontroverse, insbes. im Kontext von sog. «Privatspitälern» s. ausführlich AEBI-MÜLLER/FELLMANN/GÄCHTER/RÜTSCHÉ/TAG, 1. Aufl. 2016, § 2, Rz. 8 ff., m.w.H.

⁶⁸ AEBI-MÜLLER/FELLMANN/GÄCHTER/RÜTSCHÉ/TAG, Rz. 186 ff., m.w.H.

⁶⁹ In der Literatur ist anerkannt, dass die Zweiteilung der Rechtsordnung in öffentliches und Privatrecht im Arztrecht weitgehend bedeutungslos geworden ist und die aus dem Auftragsrecht fließenden Pflichten «in generell-abstrakter Weise die Pflichten des Arztes umschreiben» (VOKINGER, Rz. 10). Siehe zum Ganzen auch FELLMANN, Rechtsverhältnis, S. 105; GÄCHTER/RÜTSCHÉ, Rz. 298 ff.; HAUSSENER, Rz. 29 ff.

Institutionen sind daher dem Selbstbestimmungsrecht und damit den Wünschen und Interessen der Patientin verpflichtet.⁷⁰ Insbesondere ist eine **sorgfältige Behandlung** geschuldet; daneben bestehen aber auch Nebenpflichten, dazu gehören «umfassende **Obhuts- und Schutzpflichten**»⁷¹ sowie eine **Treuepflicht** der Gesundheitsfachperson.⁷² Der Inhalt dieser Pflichten lässt sich dem Gesetz nicht direkt entnehmen, sondern ergibt sich aus dem konkreten Behandlungsvertrag bzw. dem Auftragsziel.⁷³ Welche Pflichten der Ärztin im Einzelnen obliegen, kann daher nicht generell-abstrakt, sondern nur bezogen auf die konkrete Sachlage – u.a. die gesundheitliche Situation der Patientin und deren Wünsche – umschrieben werden.⁷⁴ Anerkannt ist zudem, dass die Sorgfalts- und Verhaltenspflichten der Ärztin durch das **ärztliche Standesrecht** sowie, soweit vorhanden, **Richtlinien und Guidelines der ärztlichen Fachgesellschaften** konkretisiert werden.⁷⁵

Sozusagen zum Kernbereich der ärztlichen Pflichten gehört die umfassende und vorgängige **Aufklärung** der Patientin. Diese ist über ihren Gesundheitszustand, die gestellte Diagnose und den erwarteten Krankheitsverlauf bzw. ggf. noch klärungsbedürftige Verdachtsmomente zu informieren, es müssen ihr sodann Behandlungsalternativen dargelegt werden, verbunden mit den damit zusammenhängenden Risiken und Heilungschancen.⁷⁶ Die entsprechende Aufklärung erfolgt auf Initiative der Ärztin und setzt keine entsprechende Aufforderung durch die Patientin voraus;⁷⁷ zulässig ist indessen in gewissem Rahmen ein Aufklärungsverzicht durch die Patientin.⁷⁸ Äussert die Patientin Behandlungswünsche, die aus ärztlicher Sicht unzweckmässig bzw. nicht indiziert sind, muss die Ärztin dies thematisieren und gegebenenfalls trifft sie eine eigentliche «Abmahnungspflicht».⁷⁹

Im vorliegenden Kontext des Erstellens einer ÄNO lassen sich daraus konkretisierend die folgenden Schlüsse ziehen.

7.2 ÄNO als Ausdruck der ärztlichen Sorgfalt

Mit Bezug auf Patientinnen, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Konstitution ein erhebliches Risiko haben, in eine medizinischen Notfallsituation zu geraten, kann nach hier vertretener Auffassung das **Erstellen einer ÄNO** (nach entsprechender Aufklärung und Beratung) **geboten** sein. Denn einerseits ist die Information über bestehende gesundheitliche

⁷⁰ Exemplarisch: GÄCHTER/RÜTSCHÉ, Rz. 326 ff. Einmal mehr ist einschränkend darauf hinzuweisen, dass spezifische Patientenwünsche für die Ärztin nur im Rahmen des medizinisch Indizierten verbindlich sind; dazu vorne, Ziff. 2.

⁷¹ FELLMANN, Rechtsverhältnis, S. 117 (Hervorhebung hinzugefügt) und ausführlich S. 131 f. m.w.H.; vgl. OSER/WEBER, N 9 zu Art. 398 OR.

⁷² Eingehend und m.w.H. zur Treuepflicht u.a. FELLMANN, BK, N 23 ff. und spezifisch zu den Treuepflichten des Berufs- und Standesrechts N 177 ff. zu Art. 398 OR.

⁷³ VOKINGER, Rz. 30, m.w.H.

⁷⁴ OSER/WEBER, N 24 zu Art. 398 OR, m.w.H.

⁷⁵ VOKINGER, Rz. 31, m.w.H.; OSER/WEBER, Rz. 10 zu Art. 398 OR; FELLMANN, BK, N 177 ff. zu Art. 398 OR; vgl. aus der Rechtsprechung u.a. BGE 148 IV 39 E. 2.3.4.

⁷⁶ Exemplarisch und m.w.H. AEBI-MÜLLER/FELLMANN/GÄCHTER/RÜTSCHÉ/TAG, Rz. 375 ff.; aus der Rechtsprechung exemplarisch BGE 133 III 121 E. 4.1.2.

⁷⁷ VOKINGER, Rz. 43, m.w.H.

⁷⁸ GÄCHTER/RÜTSCHÉ, Rz. 343; AEBI-MÜLLER/FELLMANN/GÄCHTER/RÜTSCHÉ/TAG, Rz. 545 ff.

⁷⁹ FELLMANN, Rechtsverhältnis, S. 133; WERRO, N 17 zu Art. 398 OR, je m.w.H.

Beeinträchtigungen und erwartbare Krankheitsverläufe aufgrund der erwähnten Aufklärungspflicht geschuldet, andererseits kann der Verzicht auf eine vorausschauende Behandlungsplanung Fehlentscheidungen in der Akutsituation begünstigen, sodass die Bereitstellung einer ÄNO durchaus verglichen werden kann mit anderen (medizinischen und organisatorischen) Vorkehren, die der Patientensicherheit dienen. Insbesondere mit Bezug auf die letzte Lebensphase ist darauf hinzuweisen, dass «Lebensentscheidungen durch den Arzt fürsorglich begleitet werden» sollten.⁸⁰

In welchen konkreten Sachlagen eine ÄNO angeregt oder erstellt werden sollte und wer für das Initiieren dieses Prozesses die Verantwortung trägt, bedarf der **Klärung im Einzelfall**. Das Gesetz macht dazu keine konkretisierenden Vorgaben, weshalb es – wie in anderen Kontexten, etwa für konkrete Behandlungsmethoden – zu den Aufgaben der **ärztlichen Fachverbände** gehört, entsprechende Empfehlungen an die Adresse der Ärztinnen zu erarbeiten.⁸¹ In entsprechenden Empfehlungen wird nach hier vertretener Auffassung danach unterschieden werden müssen, welche konkrete Rolle eine Ärztin gegenüber der Patientin hat, ob sie beispielsweise nur punktuell für ein spezifisches Leiden beigezogen wird oder die Patientin als Heim- oder Hausarzt längerfristig und regelmässig begleitet. Aufgrund des Selbstbestimmungsrechts der Patientin darf diese allerdings, wenn sie das Erstellen einer ÄNO bzw. einer PV ausdrücklich ablehnt, dazu nicht gedrängt oder gar verpflichtet werden.⁸² Bei einer solchen Ablehnung kann allerdings ausnahmsweise immer noch eine nur durch die Ärztin unterzeichnete ÄNO geboten sein, um nicht indizierte Massnahmen in der akuten Notfallsituation auszuschliessen (vgl. vorne, Ziff. 5.2).

7.3 Aktualisierung der ÄNO

Sieht man die ÄNO primär als Instrument der GVP und Teil der Patientenselbstbestimmung, liegt es auf den ersten Blick nahe, der Patientin oder der vertretungsberechtigten Person der urteilsunfähigen Patientin die Verantwortung für die regelmässige Aktualisierung zu überbürden. Diese Auffassung würde indessen aus mehreren Gründen zu kurz greifen:

- Das Verfassen einer ÄNO ist nicht nur Ausdruck der Patientenselbstbestimmung, sondern diese ist auch ein Arbeitsinstrument für die im Notfall behandelnde Ärztin und deren Erstellen kann, wie dargelegt, je nach den konkreten Umständen auch Bestandteil der ärztlichen Pflichten sein.
- Die ÄNO sollte in aller Regel durch eine Ärztin (mit)unterzeichnet werden und wird daher durch sie auch mitverantwortet.
- Die ÄNO wird regelmässig in die Patientendokumentation integriert, damit sie im Notfall gut auffindbar ist – dort ist sie indessen (anders als typischerweise die PV) dem Zugriff der Patientin oftmals entzogen.

⁸⁰ HAUSSENER, Rz. 286, m.w.H.

⁸¹ Zur Dokumentation von REA-Entscheiden exemplarisch SAMW, Reanimation, S. 19 ff.

⁸² JUNOD, N 56 f. zu Art. 370 ZGB.

- Die GVP, der die ÄNO idealerweise zugrunde liegt, impliziert einen kontinuierlichen Prozess, in dem eine regelmässige Validierung der Voraussetzungen stattfinden sollte.⁸³

Der behandelnden (Haus)Ärztin⁸⁴ ist es daher in gewissen Sachlagen⁸⁵ zumutbar, in angemessenen Abständen oder aus konkretem Anlass, etwa bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder einer Veränderung der Lebenssituation, die Aktualität der ÄNO zu überprüfen und diese gegebenenfalls zusammen mit der Patientin oder (im Falle der «ÄNO by proxy») mit der vertretungsberechtigten Person anzupassen.⁸⁶ Im Spital, Pflegeheim oder in anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens ist durch geeignete organisatorische Vorkehrungen sicherzustellen, dass die hinterlegten ÄNO der stationär aufgenommenen Patientinnen oder Bewohnerinnen regelmässig (z. B. jeweils beim Eintritt in die Einrichtung und bei längerem Aufenthalt in sinnvollen Abständen) aktualisiert werden oder dass die Bewohnenden mindestens von Zeit zu Zeit darauf hingewiesen werden, dass PV und ÄNO überdacht werden sollten.⁸⁷ Es handelt sich dabei um einen Teil der auftragsrechtlichen Sorgfalts-, Schutz- und Treuepflichten (dazu Ziff. 7.1), die sowohl Gesundheitsfachpersonen wie auch Heime und Spitäler treffen.

Abgesehen von diesen Sachlagen und Berufspflichten, bleibt es grundsätzlich in der Verantwortung der Patientin bzw. deren Vertreterin, bei einer Änderung des Therapieziels (beispielsweise aus persönlichen Motiven) die Aktualisierung der PV und der ÄNO zu initiieren.

7.4 Sorgfaltspflicht in der Notfallsituation

Ärztinnen sind gegenüber der Patientin verpflichtet, diese nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu behandeln. Dazu gehört, einerseits alles Nötige vorzukehren, um die Patientin zu heilen bzw. deren Leiden zu mindern, und andererseits alles zu vermeiden, was ihr schaden könnte.⁸⁸ Die Ärztin oder Rettungssanitäterin schuldet keinen bestimmten Behandlungs-

⁸³ Exemplarisch: IN DER SCHMITTEN/MARCKMANN, S. 252.

⁸⁴ Mit der Beendigung des Behandlungsverhältnisses, etwa bei einem Arztwechsel, enden auch die damit zusammenhängenden Pflichten des Arztes.

⁸⁵ Auch hier muss für die Konkretisierung auf die Bedeutung von Richtlinien und Empfehlungen von ärztlichen Fachgesellschaften verwiesen werden.

⁸⁶ Vgl. zur Aktualisierung der Behandlungsplanung am Lebensende für das deutsche Recht LIPP, S. 765.

⁸⁷ Exemplarisch GSCHWINDNER, S. 234 ff.; vgl. SAMW, Sterben und Tod, S. 18; SAMW, Reanimation, S. 17.; WEBER, S. 154 f.

⁸⁸ SAMW, Reanimation, S. 9; AEBI-MÜLLER/FELLMANN/GÄCHTER/RÜTSCHKE/TAG, Rz. 287, m.w.H.; vgl. auch GSCHWINDNER, S. 235; zum Begriff der ärztlichen Pflichtverletzung verwendet das Bundesgericht folgenden Textbaustein (u.a. BGE 148 IV 39 E. 2.3.4): «Der Begriff der Pflichtverletzung darf jedoch nicht so verstanden werden, dass darunter jede Massnahme oder Unterlassung fällt, welche aus nachträglicher Betrachtungsweise den Schaden bewirkt oder vermieden hätte [...]. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts richten sich die Sorgfaltspflichten des Arztes im Allgemeinen nach den Umständen des Einzelfalles, namentlich nach der Art des Eingriffs oder der Behandlung, den damit verbundenen Risiken, dem Beurteilungs- und Bewertungsspielraum, der dem Arzt zusteht, sowie den Mitteln und der Dringlichkeit der medizinischen Massnahme. Der Arzt hat die nach den Umständen gebotene und zumutbare Sorgfalt zu beachten. Er hat indes nicht für jene Gefahren und Risiken einzustehen, die immanent mit jeder ärztlichen Handlung und auch mit der Krankheit an sich verbunden sind. Zudem steht dem Arzt sowohl in der Diagnose als auch in der Bestimmung therapeutischer oder anderer Massnahmen oftmals ein gewisser Entscheidungsspielraum zu. Der Arzt verletzt seine Sorgfaltspflichten nur dort, wo er eine Diagnose stellt bzw. eine Therapie oder ein sonstiges Vorgehen wählt, das

erfolg, sondern nur (aber immerhin) **sorgfältiges Verhalten**.⁸⁹ Die der Patientin geschuldete Sorgfalt ergibt sich im Einzelfall aufgrund der Grundsätze der medizinischen Wissenschaft und unter Berücksichtigung der konkreten Umstände. Im vorliegenden Kontext ist von Bedeutung, dass in einer Notfallsituation sehr rasch über das Vorgehen entschieden werden muss. Das bedeutet indessen nicht, dass stets alles Mögliche zur Lebensrettung vorgekehrt werden sollte. Auch im Notfall, beispielsweise bei akutem Herz-Kreislauf-Stillstand, entspricht die (versuchte) Lebensrettung nicht unbedingt der gebotenen Sorgfalt, vielmehr ist ein Reanimationsversuch zu unterlassen, wenn er entweder offenkundig nicht indiziert (wirkungslos, aussichtslos) ist (dazu schon vorne, Ziff. 2) oder wenn er von der Patientin abgelehnt wird bzw. wurde.⁹⁰ Würde man nämlich von der Gesundheitsfachperson in der dringlichen Situation unter Verweis auf objektive Sorgfaltspflichten verlangen, stets ein Maximum an Massnahmen zu ergreifen, würde der (insbesondere bei hochbetagten und schwerkranken Patientinnen weitverbreitete) Wunsch nach einer bloss eingeschränkten Behandlung bzw. Betreuung systematisch übergangen.⁹¹

Das Erstellen einer ÄNO bezweckt, den Gesundheitsfachpersonen im Notfall die Entscheidung über die zu treffenden Massnahmen abzunehmen bzw. zu erleichtern. Sie würde ihres Sinnes entleert, wenn sich die Betroffenen nicht darauf abstützen könnten bzw. müssten. Grundsätzlich dürfen sich Gesundheitsfachpersonen (Notfallmedizinerinnen, Rettungsfachkräfte, Pflegepersonal usw.) darauf verlassen, dass die in einem aktuellen⁹² ÄNO-Formular **dokumentierten Handlungsanweisungen umgesetzt** werden sollen.⁹³ Ein Zuwiderhandeln, insbesondere eine Reanimation oder eine Spitalverlegung entgegen der Dokumentation, stellt eine widerrechtliche sog. «Einmischung» dar, löst womöglich Haftungsfolgen aus⁹⁴ und kann sogar strafrechtlich relevant sein.⁹⁵ Die Dringlichkeit der medizinischen Situation ist m.a.W. kein Grund, Massnahmen zu ergreifen, die dem dokumentierten oder mutmasslichen Willen der Patientin zuwiderlaufen oder die nicht indiziert sind.⁹⁶

7.5 Risiko der Beeinflussung durch den Arzt

Der Auftrag, dem das vorliegende Gutachten zugrunde liegt, fragt explizit auch nach der mit der ÄNO womöglich verbundenen «Missbrauchsgefahr». Der ÄNO könnte entgegengehalten werden, dass sie stärker durch die Einschätzung der unterzeichnenden Ärztin beeinflusst ist, als dass sie den Willen der Patientin wiedergibt. Zudem wird die gleiche

nach dem allgemeinen fachlichen Wissensstand nicht mehr als vertretbar erscheint und daher den objektivierten Anforderungen der ärztlichen Kunst nicht genügt [...].»

⁸⁹ AEBI-MÜLLER/FELLMANN/GÄCHTER/RÜTSCHÉ/TAG, Rz. 265, m.w.H.; STRUSS, Rz. 59, je m.w.H.

⁹⁰ STRUSS, Rz. 54 f.; SAMW, Reanimation, S. 7 f.; FOUNTOULAKIS/KÖBRICH, S. 79 ff.

⁹¹ Vgl. AEBI-MÜLLER/WILDI, Rz. 1 ff.

⁹² Aktuell ist die ÄNO dann, wenn seit der Abfassung bzw. Aktualisierung keine wesentlichen Änderungen der relevanten Umstände eingetreten sind, wenn m.a.W. keine konkreten Hinweise darauf vorliegen, dass die ÄNO entweder nicht mehr medizinisch indiziert ist.

⁹³ Vgl. LANDOLT, S. 341.

⁹⁴ FOUNTOULAKIS/KÖBRICH, S. 91; vgl. AEBI-MÜLLER/FELLMANN/GÄCHTER/RÜTSCHÉ/TAG, Rz. 203 ff. und 313, m.w.H.; zum deutschen Recht IN DER SCHMITTEN/RIXEN/MARCKMANN, Notfallmedizin, S. 90.

⁹⁵ AEBI-MÜLLER/WILDI, Rz. 14 ff.

⁹⁶ GUILLOD, S. 313; HAUSSENER, Rz. 519; EICHENBERGER, BSK, N 3 zu Art. 380 ZGB; AEBI-MÜLLER, Rz. 138; für das deutsche Recht LIPP, S. 76.

medizinische Ausgangslage, abhängig von der **persönlichen Haltung der Ärztin** und deren Fachrichtung und Tätigkeitsgebiet, womöglich unterschiedlich beurteilt. Dadurch können sich Zufälligkeiten beim Ausfüllen des Formulars und beim Behandlungsentscheid ergeben und es besteht das Risiko, dass die Patientenselbstbestimmung missachtet wird.

Diese Bedenken sind zwar ernst zu nehmen; ihnen ist aber entgegenzuhalten, dass die Alternative zur Besprechung des Formulars mit der Patientin bzw. deren Vertreterin darin bestünde, die Betroffenen mit ihrer Entscheidung alleine zu lassen.⁹⁷ Gerade im Bereich von Reanimationsentscheidungen ist nachgewiesen, dass eine **sorgfältige Information** über die Erfolgsaussichten und Folgen einer Reanimation **von entscheidender Bedeutung** dafür sind, welche Behandlung gewünscht bzw. abgelehnt wird. Die ärztliche Begleitung des Vorausplanungsprozesses hat gerade das Ziel, «dass der Patient sein Selbstbestimmungsrecht sinnvoll wahrnehmen kann».⁹⁸ Auch wenn eine Beeinflussung durch die Gesundheitsfachperson nicht völlig von der Hand zu weisen ist, scheint dies doch vergleichsweise das «kleinere Übel» als ein ÄNO-Formular bzw. eine PV mit unklarem, missverständlichem oder kontraindiziertem Inhalt, mit der Folge, dass der Wunsch der Patientin letztlich vollständig unberücksichtigt bleibt. Im Rahmen einer sorgfältigen GVP durch geschultes Personal, das die persönlichen Wertvorstellungen und Präferenzen der Betroffenen ernst nimmt, sollte das Risiko einer Beeinflussung überdies vernachlässigbar sein. Schliesslich darf aufgrund aktueller Erhebungen davon ausgegangen werden, dass das Vertrauen in die Gesundheitsfachpersonen für viele Patientinnen wichtiger ist als eine «unbeeinflusste» Vorausplanung.⁹⁹

8 Rechtliche Verankerung der ÄNO *de lege ferenda*

Wie eingangs dargelegt, besteht aktuell in der medizinischen Praxis eine gewisse Unsicherheit darüber, wie die ÄNO rechtlich einzuordnen ist. Daher scheint ein naheliegender Ausweg darin zu bestehen, im Rahmen einer Gesetzesrevision (*de lege ferenda*) die ÄNO und deren Bedeutung explizit zu verankern. Nach hier vertretener Auffassung könnte eine gesetzliche Regelung den Schwierigkeiten, die sich im Zusammenhang mit der ÄNO ergeben, nur teilweise Rechnung tragen. Beispielsweise wäre auch bei Vorliegen einer gesetzlichen Regelung davon auszugehen, dass in der Praxis Dokumente auftauchen, die zwar den Formvorschriften der Neuregelung nicht genügen, die aber womöglich dem mutmasslichen Willen des Patienten entsprechen und daher berücksichtigt werden sollten. Ebenso ist denkbar, dass eine formgültige Vorausverfügung medizinische Massnahmen verlangt, die in der Akutsituation nicht (mehr) indiziert sind, sodass ein Abweichen von der Verfügung geboten ist. Auch widersprüchliche Dokumente lassen sich durch eine gesetzliche Normierung nicht vermeiden. Der **praktische Nutzen** einer entsprechenden Regelung wäre daher wohl **gering**.

⁹⁷ Ausführlich zu den Vorteilen einer Aufklärungspflicht im Zusammenhang mit Vorausverfügungen HAUSSENER, Rz. 426 ff.; vgl. auch SUTER, Rz. 2, m.w.H.

⁹⁸ SUTER, Rz. 5, m.w.H.; vgl. SAMW, Reanimation, S. 18 f.; SAMW, Patientenverfügungen, S. 12 f.

⁹⁹ Dazu die Hinweise bei AEBI-MÜLLER, Rz. 106 mit Fn. 158; vgl. BRÜGGER/KISSMANN/BESIC/SOTTAS, S. 6 und 8.

Fasst man das Ziel etwas weiter und nimmt nicht nur die ÄNO in den Blick, sondern die GVP als solche, lässt sich hingegen durchaus gesetzgeberischer Handlungsbedarf erkennen. Ein erhebliches Defizit der aktuellen Regelung liegt darin, dass die PV, wie sie im geltenden Recht niedergelegt ist, aus verschiedenen Gründen oftmals nicht eine eigentliche Patientenselbstbestimmung ermöglicht, sondern lediglich eine Scheinautonomie vor-täuscht.¹⁰⁰ Dies hängt nicht nur, aber wesentlich damit zusammen, dass die PV meist ohne Beratung oder Begleitung durch Gesundheitsfachpersonen erstellt wird. Nicht selten wird es vom Zufall abhängen, ob der Patient sich für das eine oder andere Formular entscheidet.¹⁰¹ Viele PV sind in sich widersprüchlich¹⁰² und schon deshalb nicht umsetzbar. Selbst bei medizinisch akkuraten PV bleibt nicht selten im Dunkeln, ob der Patient verstanden hat, was er angekreuzt bzw. unterzeichnet hat und welche medizinischen Konsequenzen sich daraus in seiner persönlichen Situation ergeben.¹⁰³ Die Förderung und insbesondere hinreichende Finanzierung der GVP ist daher, wenn man es mit der Patientenselbstbestimmung ernst meint, ein hoch relevantes Postulat. Dass daraus dann auch eine geordnete, widerspruchsfreie, für Gesundheitsfachpersonen leicht greifbare und verständliche sowie mit dem Patientenwillen in Einklang stehende Dokumentation entsteht, darf weitaus häufiger erwartet werden, als dies aktuell bei der PV oder einer unter unklaren Umständen erstellten ÄNO zutrifft. Dazu braucht es indessen nicht primär ergänzende Regeln im Erwachsenenschutzrecht, sondern vor allem eine **Abgeltung der Beratungsleistungen** über das Krankenversicherungsrecht¹⁰⁴ und ein hinreichend breites Angebot an Ausbildungen für Fachpersonen, die die Beratung und Begleitung auf hohem Qualitätsniveau gewährleisten können. Denkbar ist dennoch, die **GVP** im Kontext des Erwachsenenschutzrechts **explizit zu erwähnen**, um ihr dadurch zu Sichtbarkeit zu verhelfen.¹⁰⁵

Möchte man weitergehen, wäre denkbar und wünschenswert, die PV mit einer differenzier-ten Verbindlichkeit auszugestalten, je nachdem, ob sie das Ergebnis einer spezifischen Be-ratung durch Gesundheitsfachpersonen und aktuell ist (dann hohe Verbindlichkeit) oder ob diese Voraussetzungen nicht zutreffen (dann nur, aber immerhin, Indizwirkung im Hinblick auf den mutmasslichen Willen, der zusammen mit der Vertretungsperson geklärt werden muss).¹⁰⁶ Ebenfalls hilfreich könnte es sein, im Gesetz die Möglichkeit einer

¹⁰⁰ Vgl. HÄFELI, S. 104.

¹⁰¹ BRÜGGER/KISSMANN/BESIC/SOTTAS, S. 7 und 37.

¹⁰² Ein in der Praxis typisches Beispiel ist der Wunsch nach einer Reanimation bei gleichzeitiger Ablehnung jeglicher intensivmedizinischer Behandlung.

¹⁰³ Exemplarisch zur Problematik AEBI-MÜLLER, Rz. 151; SUTER, Rz. 2; HAUSSENER, Rz. 171 ff. und 181 ff., je m.w.H.; vgl. zur kritischen Einschätzung betreffend Inhalte von Patientenverfügungen durch Fachpersonen auch BRÜGGER/KISSMANN/BESIC/SOTTAS, S. 23 f. und (aus Sicht der Betroffenen) S. 29 f.; ferner SCHERR/BUEHLER, S. 968; BAUMANN et al., Ziff. 4 und 5.

¹⁰⁴ Siehe dazu die Parlamentarische Initiative 22.420.

¹⁰⁵ Dies könnte exemplarisch dadurch geschehen, dass in Art. 377 ZGB, der die Erstellung des Behandlungsplans regelt, ein entsprechender Hinweis erfolgt, dessen Platzierung und Wortlaut allerdings sorgfältig bedacht werden müsste. Möglich wäre etwa, Abs. 3, der das Partizipationsrecht des urteilsunfähigen Patienten verankert, zu ergänzen um einen Hinweis darauf, dass die Erkenntnisse aus einer gesundheitlichen Vorausplanung bei der Erstellung des Behandlungsplans auch dann zu berücksichtigen sind, wenn keine Patientenverfügung i.S.v. Art. 370 ZGB errichtet wurde. Alternativ liesse sich Art. 378 Abs. 3 ZGB, der den Vertreter anweist, nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person zu entscheiden, entsprechen ergänzen.

¹⁰⁶ Eine solche Regelung kennt beispielsweise das Österreichische Patientenverfügungs-Gesetz, § 5, § 8 und § 9.

Vorausverfügung des Vertreters für den Notfall, d.h. die «**ÄNO by proxy**» und deren Voraussetzungen und Rechtswirkungen zu verankern, beispielsweise im sachlichen Kontext des ärztlichen Notfallentscheids.¹⁰⁷

Regelungs- sowie Umsetzungsbedarf besteht überdies mit Bezug auf die **Hinterlegung der PV und ÄNO**. Die Dokumente sind nur von Nutzen, wenn im Notfall jede involvierte Gesundheitsfachperson ohne Zeitverlust darauf zugreifen kann. Die Verfügbarkeit muss insbesondere auch der besonderen Situation des präklinischen Notfalls gerecht werden, wenn beispielsweise ein Patient ausserhalb einer Institution zusammenbricht und sich die Frage einer Reanimation stellt. Dass der aktuelle Stand der Digitalisierung im Gesundheitswesen zu wünschen übrig lässt, insbesondere mit Blick auf die massiv verzögerte Einführung eines professionell aufgebauten elektronischen Patientendossiers, ist hinlänglich bekannt und muss vorliegend nicht weiter ausgeführt werden.

Schliesslich wäre es wünschenswert, wenn der Gesetzgeber punktuell die **Terminologie** mit Bezug auf die zuständige Gesundheitsfachperson anpassen würde. Im Zusammenhang mit dem urteilsunfähigen Patienten ist durchgehend von «die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt» die Rede.¹⁰⁸ Dies trägt dem Umstand zu wenig Rechnung, dass in der heutigen medizinischen Realität in aller Regel nicht ein einziger Arzt für die Behandlung verantwortlich ist, sondern ein Behandlungsteam, das aus mehreren Ärzten und weiteren **Gesundheitsfachpersonen** besteht. Eine gültige PV (und insbesondere auch die in der Form der PV erstellte ÄNO) ist aufgrund des Vorrangs der Patientenselbstbestimmung grundsätzlich auch für Notfallsanitäter verbindlich sowie für Begleitpersonal bei Verlegungsfahrten.¹⁰⁹ Es wäre zu begrüssen, wenn dies im Gesetzestext klargestellt würde. Ebenso könnte in einem revidierten Artikel zur Behandlungsplanung ergänzt werden, dass diese – jedenfalls soweit es nicht um eine eigentliche Eingriffsaufklärung geht – nicht nur durch Ärzte erfolgen kann, sondern auch durch gut geschultes Fachpersonal anderer medizinischer Berufsrichtungen.

9 Verwendung eines schweizweit einheitlichen Formulars

Der entscheidende Mehrwert der ÄNO, verglichen mit anderen Vorausplanungsdokumenten, besteht darin, dass eine Gesundheitsfachperson in einer Notfallsituation sehr rasch, anhand eines einzigen und kurz gehaltenen Dokuments über die Behandlung oder den Verzicht auf eine bestimmte Behandlung entscheiden kann. Dieses Ziel wird dann am besten erreicht,

¹⁰⁷ Exemplarisch könnte Art. 379 ZGB, der den Arzt anweist, in dringlichen Fällen (wenn ein rechtzeitiger Vertreterentscheid nicht eingeholt werden kann) medizinische Massnahmen «nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person» zu ergreifen, ergänzt werden um einen zweiten Absatz, wonach die Ärztin eine im Kontext eines Behandlungsplans (d.h. nach entsprechender Beratung und wenn möglich mit Partizipation der urteilsunfähigen Patientin) für Notfallsituationen erstellte Anordnung der vertretungsberechtigten Person zu berücksichtigen hat, soweit keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass diese nicht dem aktuellen mutmasslichen Willen der urteilsunfähigen Patientin widerspricht.

¹⁰⁸ Insbesondere in Art. 372 ZGB zum Vorgehen bei Vorliegen einer PV, in Art. 377 zur Behandlungsplanung, in Art. 379 zum Vorgehen in dringlichen Fällen.

¹⁰⁹ Vgl. KÖBRICH, Heilbehandlung, S. 67 und 186 ff.

wenn das Formular¹¹⁰ bereits bekannt ist, sodass die gesuchte Information (z. B. REA-Nein) «auf einen Blick» gefunden wird und die verschiedenen Optionen immer in der gleichen Reihenfolge abgebildet werden.¹¹¹ Erstellen verschiedene Fachgesellschaften oder Institutionen je eigene ÄNO-Formulare, die womöglich in der gleichen Notfallregion nebeneinander verwendet werden, ist das hingegen der **Effizienz** des Instruments abträglich. Im schlimmsten Fall ergeben sich daraus in der Hektik der Notfallsituation sogar Missverständnisse oder Fehlinterpretationen.¹¹² Auch für die Arbeit von Gesundheitsfachpersonen, die Betroffene und deren Angehörige bei der GVP unterstützen, sind einheitliche Formulare eine erhebliche Erleichterung. Idealerweise enthalten solche Formulare nicht blosse Anweisungen dazu, was in der konkreten Notfallsituation zu tun ist, sondern orientieren sich an einem Therapieziel.¹¹³

Aus rechtlicher Sicht gibt es derzeit keine Vorgaben mit Bezug auf die Verwendung von unterschiedlichen Formularen. Insofern dürfen verschiedene Akteure eigene Formulare entwerfen, verwenden und propagieren. Umgekehrt gibt es aus rechtlicher Sicht auch keine Gründe, die gegen die Verwendung eines einheitlichen Formulars sprechen. Da für die einzelne Patientin keine Pflicht besteht, überhaupt Vorsorge zu treffen und eine PV oder andere Dokumente zu erstellen, stellt ein beschränktes Angebot an Formularen jedenfalls keine Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts dar – dies umso mehr, als alle derzeit gebräuchlichen ÄNO-Dokumente sich definitionsgemäss auf dieselben oder ähnliche, wenige Fragestellungen für Notfallentscheide beschränken.

Aufgrund der verfassungsrechtlichen Kompetenzausscheidung gibt es allerdings derzeit **keine** genügende Grundlage für eine verbindliche **bundesrechtliche Vorgabe** eines bestimmten Formulars. Im Rahmen ihrer Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsversorgung steht es hingegen den Kantonen frei, entsprechend zu legiferieren, dies allenfalls auch im Rahmen eines Konkordats. Entsprechende (rechtlich nicht verbindliche) Empfehlungen dürften auch vom BAG, von Ärztesellschaften, Standesorganisationen oder ähnlichen Akteuren ausgehen.

Nicht als formalgesetzliche Regelung, aber **im Rahmen von Qualitätsindikatoren** für Pflegeeinrichtungen und andere Institutionen und Gesundheitsdienstleistungserbringer (z. B. Spitex), ist die Etablierung von Vorgaben betreffend den Umgang mit Vorausverfügungen zu begrüssen. Ob damit die Durchsetzung eines schweizweiten und vollständig vereinheitlichten ÄNO-Formulars erreicht werden kann, kann im Rahmen des vorliegenden Gutachtens nicht beurteilt werden.

¹¹⁰ Wie erwähnt (bei Fn. 3), geht die Roadmap GVP, die Anlass für das vorliegende Gutachten gegeben hat, von einem *Formular* aus. Man könnte sich die Festlegung des Therapieziels für die akute Notfallsituation allerdings auch anders als formularmässig vorstellen, insbesondere dann, wenn diese in eine elektronische Behandlungsdokumentation integriert wird.

¹¹¹ IN DER SCHMITTEN/RIXEN/MARCKMANN, Vorausplanung, S. 294 ff.

¹¹² Vgl. IN DER SCHMITTEN /ROTHÄRMEL /RIXEN/MORTSIEFER /MARCKMANN, S. 468.

¹¹³ Dazu schon vorne, Fn 3; exemplarisch die Abbildung eines entsprechenden Formulars in: Bundesamt für Gesundheit BAG/palliative ch, S. 29.

Ausgewählte Materialien und Literaturhinweise

- AEBI-MÜLLER REGINA E., Der urteilsunfähige Patient – eine zivilrechtliche Auslegeordnung, in: Jusletter 22. September 2014
- AEBI-MÜLLER REGINA E./FELLMANN WALTER/GÄCHTER THOMAS/RÜTSCHKE BERNHARD/TAG BRIGITTE, *Arztrecht, Stämpflis juristische Lehrbücher*, 2. Aufl., Bern 2024
- AEBI-MÜLLER REGINA E./WILDI SARAH, Reanimation auf Verlegungsfahrten. Eine rechtliche Einordnung unter Berücksichtigung von Patientenverfügungen und REA-Anordnungen, in: Jusletter 10. Juni 2024
- BAUMANN SIRA M. et al., Advance directives in the intensive care unit: An eight-year vanguard cohort study, in: *Journal of Critical Care* 85 (2025) 154918
- BOENTE WALTER, *Zürcher Kommentar zum Schweizerischen Zivilgesetzbuch, Der Erwachsenenschutz, Die eigene Vorsorge und Massnahmen von Gesetzes wegen*, Art. 360–387 ZGB, Zürich 2015
- Botschaft vom 28. Juni 2006 zur Änderung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht), BBI 2006 S. 7001 ff. (zit. Botschaft Erwachsenenschutz)
- BRÜGGER SARAH/KISSMANN STEFAN/BESIC SEJLA/SOTTAS BEAT, *Gesundheitliche Vorausplanung: Bedürfnisse der Bevölkerung und von Fachpersonen, Schlussbericht*, Bern 2021, abrufbar unter https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-vorausplanung/beduerfnisse-gvp.pdf.download.pdf/Schlussbericht_Beduerfnisse_GVP.pdf (besucht am 3. Dezember 2024)
- BÜCHLER ANDREA/MICHEL MARGOT, *Medizin – Mensch – Recht, Eine Einführung in das Medizinrecht der Schweiz*, 2. Aufl., Zürich 2020
- Bundesamt für Gesundheit BAG/palliative ch, *Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt «Advance Care Planning»*, Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz, Bern 2018, abrufbar unter: https://www.plattform-palliativecare.ch/sites/default/files/work/files/Rahmenkonzept_Gesundheitl_Vorausplanung_DE_1_0.pdf (besucht am 3. Dezember 2024)
- EICHENBERGER THOMAS, Kommentierung der Art. 377–381 ZGB, in: Geiser Thomas/Fountoulakis Christiana (Hrsg.), *Basler Kommentar, Zivilgesetzbuch I*, 7. Aufl., Basel 2022
- FASSBIND PATRICK, in: Kren Kostkiewicz Jolanta /Wolf Stephan/Amstutz Marc/Fankhauser Roland (Hrsg.), *Orell Füssli Kommentar, ZGB Kommentar, Schweizerisches Zivilgesetzbuch*, 4. Aufl., Zürich 2021
- FELLMANN WALTER, *Arzt und das Rechtsverhältnis zum Patienten*, in: Kuhn Moritz W./Poledna Tomas (Hrsg.), *Arztrecht in der Praxis*, Zürich 2007, S. 103 ff. (zit. FELLMANN, Rechtsverhältnis)
- FELLMANN WALTER, *Berner Kommentar, Der Auftrag: Der einfache Auftrag*, Art. 394–406 OR, Bern 1992 (zit. FELLMANN, BK)
- FOUNTOULAKIS CHRISTIANA/KÖBRICH TIM, *Patientenwille, Rettungsdienst, Notfallarzt: Zur Vertretungsbefugnis der Angehörigen und der Verbindlichkeit ärztlicher Weisungen*, in: *Universitäre Fernstudien Schweiz* (Hrsg.), *Quid iuris? Festschrift Universitäre Fernstudien Schweiz, 10 Jahre Bachelor of Law*, Bern 2015, S. 75 ff.
- GÄCHTER THOMAS/RÜTSCHKE BERNHARD, *Gesundheitsrecht. Ein Grundriss für Studium und Praxis*, 5. Aufl., Basel 2023
- GADMER MÄGLI URSULA, *Entscheidungen über den Reanimationsstatus im Kindes- und Erwachsenenschutz*, in: *ZKE* 2017, S. 104 ff.
- GSCHWINDNER HEIKE, *Im Pflegezentrum so leben und sterben, wie ich es will*, in: *Pflegerecht* 2015, S. 234 ff.

Rechtsfragen der Ärztlichen Notfallanordnung (ÄNO)

- GUILLOD OLIVIER, Droit médical, Basel 2020
- HÄFELI CHRISTOPH, Zum Verhältnis der Patientenverfügung (PV) im neuen Erwachsenenschutzrecht und Advance Care Planning (ACP), in: Bioethica Forum 9/2016, S. 104 f.
- HAUSSENER STEFANIE, Selbstbestimmung am Lebensende: Realität oder Illusion?, Eine kritische Analyse von Rechtslage und medizinischer Praxis, Diss. Luzern 2016, Zürich/Basel/Genf 2017
- IN DER SCHMITTEN JÜRGEN/MARCKMANN GEORG, Das Pilotmodell beizeiten begleiten, in: Coors Michael/Jox Ralf J./in der Schmitten Jürgen (Hrsg.), Advance Care Planning, Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung, Stuttgart 2015, S. 234 ff.
- IN DER SCHMITTEN JÜRGEN/RIXEN STEPHAN/MARCKMANN GEORG, Vorausplanung in der Notfall- und Intensivmedizin, in: Coors Michael/Jox Ralf J./in der Schmitten Jürgen (Hrsg.), Advance Care Planning, Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung, Stuttgart 2015, S. 288 ff. (zit. IN DER SCHMITTEN/RIXEN/MARCKMANN, Vorausplanung)
- IN DER SCHMITTEN JÜRGEN/RIXEN STEPHAN/MARCKMANN GEORG, Wahrung der Patienten-Selbstbestimmung in der Notfallmedizin durch vorausschauende Behandlungsplanung (Advance Care Planning), in: Salomon Fred (Hrsg.), Praxishandbuch Ethik in der Notfallmedizin, Orientierungshilfen für kritische Entscheidungen, Berlin 2016, S. 85 ff. (zit. IN DER SCHMITTEN/RIXEN/MARCKMANN, Notfallmedizin)
- IN DER SCHMITTEN JÜRGEN/ROTHÄRMEL SONJA/RIXEN STEPHAN/MORTSIEFER ACHIM/MARCKMANN GEORG, Patientenverfügungen im Rettungsdienst (Teil 2), Neue Perspektiven durch Advance Care Planning und die «Hausärztliche Anordnung für den Notfall», in: Notfall Rettungsmedizin 2011, S. 465 ff.
- JOX RALF J., Sterben lassen, Über Entscheidungen am Ende des Lebens, Hamburg 2013
- JUNOD VALÉRIE, Kommentierung von Art. 370 ff. ZGB, in: Pascal Pichonnaz/Bénédict Foëx/Fountoulakis Christiana (Hrsg.), Commentaire Romand, Code civil I, 2. Aufl., Basel 2024
- KARZIG-RODUNER ISABELLE/OTTO-ACHENBACH THEODORE, Die Patientenverfügung «plus», in: Krones Tanja/Obrist Monika (Hrsg.), Wie ich behandelt werden will, Advance Care Planning, Zürich 2020, S. 72 ff.
- KÖBRICH TIM OLIVER, Patientenverfügung, in: Fountoulakis Christiana/Affolter-Fringeli Kurt/Biderbost Yvo/Steck Daniel (Hrsg.), Fachhandbuch Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Zürich 2016, S. 81 ff. (zit. KÖBRICH, Patientenverfügung)
- KÖBRICH TIM OLIVER, Heilbehandlung durch Vertreter nichtärztlicher Gesundheitsberufen, Kompetenzen, Aufklärungspflicht, Einwilligung, Diss. Freiburg, Bern 2017 (zit. KÖBRICH, Heilbehandlung)
- KRONES TANJA/LOUPATATZIS BARBARA/KARZIG-RODUNER ISABELLE/OTTO THEODORE, Gesundheitliche Vorausplanung, Advance Care Planning, Fachinformationen zur Patientenverfügung «plus», Version 2, 21. Oktober 2018, abrufbar unter: www.acp-swiss.ch/system/files/pg/textmitbild/dokument/fachinformationen_acp_schweiz_2018.pdf (besucht am 3. Dezember 2024)
- LANDOLT HARDY, Medizinalhaftung – Aktuelle Rechtsprechung zu ausgewählten Problembereichen der Arzthaftung, in: HAVE 2009, S. 329 ff.
- LIPP VOLKER, Die medizinische Indikation – ein «Kernstück ärztlicher Legitimation»? , in: Medizinrecht 2015, S. 762 ff.
- Nationale Arbeitsgruppe Gesundheitliche Vorausplanung (2023), Roadmap für die Umsetzung der Gesundheitlichen Vorausplanung (GVP) in der Schweiz., Hrsg.

- Bundesamt für Gesundheit BAG und Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW, Bern (zit. Roadmap GVP), abrufbar unter: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/publikationen/roadmap-gesundheitliche-vorausplanung.pdf.download.pdf/Roadmap_BAG_SAMW_GVP_2023.pdf (besucht am 3. Dezember 2024)
- OSER DAVID/WEBER ROLF H., Kommentierung von Art. 398 OR, in: Widmer Lüchinger Corinne/Oser David (Hrsg.), Basler Kommentar, Obligationenrecht I, 7. Aufl., Basel 2020
 - OTTO-ACHENBACH THEODORE, Vertreterentscheidungen – Advance Care Planning für urteilsunfähige Menschen, in: Krones Tanja/Obrist Monika (Hrsg.), Wie ich behandelt werden will, Advance Care Planning, Zürich 2020, S. 156 ff.
 - SCHERR BENEDIKT FLORIAN/BUEHLER PHILIPP KARL, Ethische Grenzzentscheidungen in der Intensivmedizin, in: Innere Medizin 2024, S. 967 ff.
 - Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Wirkungslosigkeit und Aussichtslosigkeit – zum Umgang mit dem Konzept der Futility in der Medizin, 2021 (zit. SAMW, Futility)
 - Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften, Reanimationsentscheidungen, Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften vom 11. Juni 2021 (zit. SAMW, Reanimation)
 - Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften, Umgang mit Sterben und Tod, Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften vom 17. Mai 2018, Anpassungen 2021 (zit. SAMW, Sterben und Tod)
 - Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften, Intensivmedizinische Massnahmen, Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften vom 28. Mai 2013, ergänzt 2020 und 2021 (zit. SAMW, Intensivmedizin)
 - Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften, Patientenverfügungen, Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften vom 19. Mai 2009, aktualisiert 2013 (zit. SAMW, Patientenverfügungen)
 - STRUSS FABIA, Haftung im Rettungsdienst, in: Jusletter 31. August 2020
 - SUTER CÉLINE, Advance Care Planning und Vertreterverfügungen, in: Jusletter 28. Januar 2019
 - VOKINGER KERSTIN, Das Berufsrecht in der Arzt-Patienten-Beziehung – veranschaulicht an einem Fallbeispiel, in: hill. Zeitschrift für Recht und Gesundheit 2012, Nr. 28
 - WEBER ANDREAS, Notfallplanung in der Palliative Care, in: Krones Tanja/Obrist Monika (Hrsg.), Wie ich behandelt werden will, Advance Care Planning, Zürich 2020, S. 144 ff.
 - WERRO FRANZ, Kommentierung von Art. 398 OR in: Thévenoz Luc/Werro Franz (Hrsg.), Commentaire romand, Code des obligations I, 3. Aufl., Basel 2021
 - WETTERAUER CHARLOTTE, Urteils(un)fähigkeit in der Patientenversorgung aus der Perspektive der Klinischen Ethikkonsultation, Erwachsenenschutzrechtliche Regelungen im Spannungsfeld von Autonomie und Fürsorge, Bern 2024
 - WIDMER BLUM CARMEN LADINA, Urteilsunfähigkeit, Vertretung und Selbstbestimmung – insbesondere: Patientenverfügung und Vorsorgeauftrag, Diss. Luzern, Zürich/Basel/Genf 2010
 - WYSS SABINE, Kommentierung der Art. 370 ff. ZGB, in: Geiser Thomas/Fountoulakis Christiana (Hrsg.), Basler Kommentar, Zivilgesetzbuch I, Art. 1–456 ZGB, 7. Aufl., Basel 2022