

Patientenverfügung und **Vorsorgevollmacht**

Anmerkungen zur aktuellen Debatte bezüglich der gesetzlichen Regelung von Patientenverfügungen

Dr. Jürgen Bickhardt, Schney, 8.11.05

Einleitung:

Die moderne Medizin hat viel dazu beigetragen, dass die Lebenserwartung der Menschen in den westlichen Ländern angestiegen ist und dass die Lebensqualität vieler – gerade auch alter Menschen besser geworden ist. Denken Sie nur an so segensreiche Entwicklungen wie das künstliche Hüftgelenk, dass vielen alten Menschen schmerzfreies Gehen ermöglicht. Die Kehrseite dieses Segens darf dabei aber nicht übersehen werden: Es gibt immer mehr chronisch Kranke, langwierig chronisch Kranke und immer mehr leidvolle chronische Erkrankungen. Und die Medizin ist schon lange an einem Punkt angelangt, an dem nicht nur Leben verlängert, sondern auch Sterben mittels medizinischer Maßnahmen in die Länge gezogen werden kann. Hochleistungsmedizin bis zum bitteren Ende gibt es noch immer. Das macht den meisten Menschen Angst. Als Reaktion auf diese von vielen als bitter empfundene Realität wird der Ruf nach „Erlösung“ durch Tötung auf Verlangen auch hierzulande immer lauter. Den dazu veröffentlichten Umfrageergebnissen sollte man aber misstrauen:

Folie: Forsa und Emnid 2005

Besonders groß ist die Angst vor Situationen, in denen eigene Entscheidungen nicht mehr getroffen werden können und in denen die Gefahr von Entmündigung und Fremdbestimmung groß ist.

Die Menschen möchten mitentscheiden dürfen über Beginn oder Nichtbeginn, über Fortsetzung oder Beendigung medizinischer Maßnahmen. Und die meisten von ihnen möchten auch Vorsorge für den Fall treffen, dass sie selbst nicht mehr entscheidungsfähig sind. Eine solche Vorsorge ist möglich. Die Instrumente dafür sind Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht.

Folie: Gliederung

Gliederung:

- 1. Die Würde des Menschen und sein Recht auf Selbstbestimmung**
- 2. Anmerkungen zur gültigen Rechtslage und den Möglichkeiten der Vorsorge**
- 3. Zum Begriff „Sterbehilfe“**
- 4. Der aktuelle Streit im Hinblick auf eine wünschenswerte zukünftige Gesetzgebung**
- 5. Empfehlungen**

Folie: 1. Die Würde des Menschen und sein Recht auf Selbstbestimmung:

Vorrangiges Ziel medizinischen Handelns bei tödlich Erkrankten und Sterbenden ist die Wahrung ihrer Menschenwürde. Wäre würdevolles Leben bis zuletzt die Regel und würdeloses Sterben die Ausnahme, dann wären Hospizbewegung und Palliativmedizin überflüssig. Leider ist das Gegenteil der Fall: Die Umstände des Sterbens sind so, dass sie weithin als würdelos empfunden werden.

Was wird häufig unter würdelosem Leben und Sterben verstanden?

- Die entwürdigenden Umstände, unter denen Pflegebedürftige, Sterbende, Demente oder Hochbetagte häufig leben müssen;
- die Leidens- und Sterbensverlängerung durch Einsatz der Maximalmedizin auch in aussichtsloser Situation;
- die Entmündigung und Fremdbestimmung gebrechlicher alter oder kranker Menschen;
- die Nichtbeachtung des erklärten, vorausverfügten oder mutmaßlichen Patientenwillens;
- das Vorenthalten angemessener lindernder, insbesondere schmerzlindernder Maßnahmen.

Die Liste ließe sich fortsetzen.

Diese Umstände werden nicht nur als unwürdig empfunden, sondern sie erzeugen große Unsicherheit und Angst, die nicht selten in den Ruf nach Euthanasie mündet. In diesem Zusammenhang fallen dann Begriffe wie „Unwertes Leben“ oder „Unwürdiges Dahinvegetieren“.

Folie: Die Würde des Menschen

Doch ich meine: Es gibt kein menschliches Leben ohne Würde. Jedem menschlichen Leben ist Würde zuzusprechen – und sei es noch so kläglich und geschunden. Aber: Unser Umgang mit Menschen ist oft unwürdig, insbesondere dann, wenn sie nicht in das Klischee von jung, gesund, dynamisch und erfolgreich passen.

Alle sind sich darüber einig, dass die Würde das höchste von der Verfassung geschützte Gut ist. Doch die Meinungen über das, was diese Würde ausmacht, gehen weit auseinander. Was also ist Menschenwürde?

Dazu eine kleine Auswahl von Zitaten:

„Selbstbestimmung ist der Kern der Menschenwürde“ (2001), sagt der Verfassungsrechtler Hufen. Aus juristischer Sicht mag diese Aussage stimmen. Trotzdem ist zu fragen, ob denjenigen, die nicht zur Selbstbestimmung fähig sind, ein solcher Kern der Menschenwürde abzusprechen ist.

Deshalb gefällt mir die Formulierung im Bericht der Arbeitsgruppe beim Bundesjustizministeriums besser: *“Das Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper gehört zum Kernbereich der durch das Grundgesetz geschützten Würde und Freiheit des Menschen“*(2004).

Ganz anders der Arzt und erklärte Gegner von Patientenverfügungen A. Zieger im Deutschen Ärzteblatt: *„Autonomie und Würde des Menschen werden erst durch die Fürsorge für den anderen konstituiert“* und *„Patientenverfügungen stellen einen schweren Verstoß gegen das...Fürsorgegebot dar und verletzen damit Autonomie und Würde des Menschen“*(2002).

Und der evangelische Theologe Eibach hat geschrieben: *„Die Achtung der Würde des Menschen beginnt und endet nicht mit der Achtung der Autonomie, sondern mit dem Leben und seinem Wohlergehen“*(2004).

Schon diese 4 keineswegs extremen Beispiele zeigen, wie weit die Meinungen über das, was unsere Menschenwürde ausmacht, auseinander gehen.

Respekt vor der Autonomie und Fürsorgegebot gehören zu den wichtigsten medizinethischen Leitwerten. Zu Unrecht werden im Streit um den Wert von Patientenverfügungen diese beiden Werte gegeneinander ausgespielt.

Folie: Die Würde des Menschen (2)

Ich meine: Zum Kern der Menschenwürde gehören sowohl seine Freiheit, Entscheidungen für und über sich zu treffen, als auch seine Bedürftigkeit, sein Angewiesensein auf die Fürsorge anderer, was zu Beginn des Lebens immer, am Ende des Lebens häufig der Fall ist. Die Evangelische Kirche in Deutschland hat es in ihren „Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen“ (2005) so formuliert:

Folie: Selbstbestimmung und Fürsorge (1)

„Der Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten ist eine Implikation der Fürsorge.“

In letzter Zeit werden die Stimmen gegen eine Überbewertung des Selbstbestimmungsrechts lauter. Möglicherweise liegt das daran, dass sich die Verfechter der Euthanasie in erster Linie auf dieses Recht berufen. Antje Vollmer hat im Zusammenhang mit dem Begriff der Selbstbestimmung von einer „Zeitgeisterscheinung“ gesprochen. Das aber ist sicherlich ein Irrtum: Die Väter des Grundgesetzes haben bei der Formulierung der ersten beiden Artikel, auf die das verfassungsrechtlich geschützte Selbstbestimmungsrecht zurückgeführt wird, auf eine Tradition zurückgegriffen, die seit der Aufklärung und seit Kant in Europa lebendig ist.

Ich meine: Fürsorge, die sich nicht vorrangig am Willen und subjektiven Wohl des Patienten orientiert, verfehlt ihren Auftrag.

Folie: Selbstbestimmung und Fürsorge

Umgekehrt wird Selbstbestimmung häufig erst durch Fürsorge möglich. Eine qualifizierte Palliativbetreuung ist häufig Voraussetzung für das Wirksamwerden der Selbstbestimmung. Dabei geht es nicht nur um den fürsorglichen Umgang mit Angst, Panik oder Verzweiflung, sondern auch um die qualifizierte Behandlung von Schmerz, Luftnot oder unstillbarem Erbrechen.

Der Selbstbestimmung sind aber auch Grenzen gesetzt. Die wichtigsten davon sind in medizinischen Entscheidungssituationen:

- Die Gesetzeslage. (Beispiel: Tötung auf Verlangen ist verboten)
- Das ärztliche Standesrecht. (Beispiel: Es untersagt die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung)
- Eine fehlende medizinische Indikation.
- Das persönliche ärztliche Gewissen. Kein Arzt kann zu etwas gezwungen werden, was zwar rechtens und medizinisch indiziert sein mag, was aber der Arzt vor seinem Gewissen nicht verantworten kann. Er hat dann aber die Pflicht, dafür zu sorgen, dass der Patient anderweitig seinem Willen gemäß behandelt wird.

Folie 2. Anmerkungen zur gültigen Rechtslage und den Möglichkeiten der Vorsorge:

Folie: Zur Rechtslage

Folie : Grundgesetz Art.2

Das bedeutet: Jeder Eingriff in die körperliche Integrität bedarf der Einwilligung durch den Betroffenen. Fehlt eine solche, dann ist der Tatbestand der vorsätzlichen Körperverletzung erfüllt, der strafrechtlich verfolgt werden kann. Voraussetzung für derartige „autonome“ Entscheidungen sind Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit des Betroffenen sowie eine angemessene Aufklärung. Aufklärung über Nutzen und möglichen Schaden, Aufklärung über alternative Handlungsmöglichkeiten. Dieser Grundsatz gilt auch für pflegerische und krankengymnastische Eingriffe, ja selbst für das Handeln des Friseurs. Und es gilt für den Beginn und die Fortsetzung derartiger Maßnahmen in gleicher Weise.

Der Patient hat auch das Recht, solchen Maßnahmen seine Einwilligung zu versagen, deren Unterlassung den Tod oder schwere Gesundheitsschäden zur Folge haben könnten. Salopp ausgedrückt: Der Patient hat das Recht zu Entscheidungen, die anderen als unsinnig erscheinen. Sofern die Fähigkeit zur Selbstbestimmung gegeben ist, hat also das Selbstbestimmungsrecht Vorrang vor dem Lebenserhalt!

Schwierig wird es erst, wenn der Betroffene keine Entscheidungen mehr treffen kann. Und hier beginnt der aktuelle Streit.

Folie : BGH-Urteil 1994

Folie : BGH-Beschluss 2003

Folie : BGH-Beschluss 2005

Folien : Grundsätze der Bundesärztekammer (1)/(2)

Die Rechtslage ist also gar nicht so unklar, wie oft gesagt wird. Und man kann wirksam von ihr Gebrauch machen:

Folie : Flussdiagramm zur Bestimmung des Patientenwillens

Folie: Das objektive Patientenwohl

Folie: Vorsorge

Möglichkeiten der Vorsorge für den Fall der eigenen Nichtentscheidungsfähigkeit sind in erster Linie die Bevollmächtigung einer Vertrauensperson in einer Vorsorgevollmacht (ersatzweise in einer Betreuungsverfügung) und die schriftliche Fixierung der eigenen Wünsche in bestimmten Krankheitssituationen in Form einer Patientenverfügung.

Vollmacht:

Folie : Vollmachten

Folien : Vollmachten zur Gesundheitsvorsorge (1)/(2)

Patientenverfügung:

Folie : Die ideale PV

Folie : Warum Scheu?

Folie : Was ist unverzichtbar?

Folie : Was wird empfohlen?

Die Verwendung der Vorsorgebroschüre des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz erfüllt diese Bedingungen. Wer sich darauf einlässt, liegt sicherlich richtig. Schon deshalb, weil ein Redaktionsteam sie immer wieder auf den neuesten Stand bringt (immer neueste Auflage kaufen!). Die Evang.-luth. Kirche in Bayern empfiehlt die Verwendung dieser Broschüre und hat dazu eine eigene Handreichung („Meine Zeit steht in Gottes Händen“) herausgegeben, deren Lektüre ich ebenfalls wärmstens empfehle.

Folien : Vorsorge in gesunden Tagen (1)/(2)/(3)

Folie: 3. Zum Begriff „Sterbehilfe“:

Dieser Begriff hat sich in Deutschland aus historischen Gründen eingebürgert. Leider werden mit ihm so unterschiedliche Tatbestände wie „Tötung auf Verlangen“ (sog. aktive Sterbehilfe) und „Sterben geschehen lassen gemäß Patientenwunsch“ (sog. passive Sterbehilfe) bezeichnet. In letzter Zeit wurden zahlreiche Stellungnahmen gegen Sterbehilfe oder Sterbehilfegesetz abgegeben. Selten wurde dazu gesagt, welche Form der Sterbehilfe gemeint ist.

Was meint Sterbehilfe ?

Folie : Sterbehilfe

Folie : Statt Sterbehilfe - Alternative Bezeichnungen

Die Bundesärztekammer spricht von Therapiezieländerung. Was ist darunter zu verstehen?

Folie : Therapiezieländerung - Schema

Folie : Problemsituation

Folie: 4. Der Streit im Hinblick auf eine wünschenswerte zukünftige Gesetzgebung:

Umfragen in den vergangenen Jahren haben ergeben, dass rund 60 % der Ärzte die eingangs geschilderte Rechtslage einschließlich der eigenen ärztlichen Richtlinien nicht kennen oder kennen wollen. Bei den Vormundschaftsrichtern liegt der Anteil zwischen 30 und 50%. Das zeigt die große Verunsicherung in unserer Gesellschaft, die durch sehr widersprüchliche Darstellungen in den Medien, aber auch durch missverständliche Gerichtsurteile entstanden ist.

Folie: Äußerungen zur gesetzlichen Regelung 2004/2005

Das hat die Bundesjustizministerin veranlasst, die Arbeitsgruppe „Autonomie am Lebensende“ einzuberufen, die ihren Bericht im Sommer letzten Jahres vorgelegt hat. Dieser Bericht sowie der inzwischen zurückgezogene Referentenentwurf des Justizministeriums hat heftige Diskussionen ausgelöst. Ebenfalls im vergangenen Jahr hat die Enquete-Kommission des Bundestages „Recht und Ethik der modernen Medizin“ ihren Zwischenbericht zum gleichen Thema vorgelegt.

Die öffentliche Debatte wurde seitdem – insbesondere nach dem Tod von Terri Schiavo – zunehmend unsachlich und emotional geführt. Rühmliche Ausnahmen sind Stellungnahmen der Evangelischen Kirche in Deutschland und des Nationalen Ethikrates aus diesem Jahr. Denn beide räumen ein, dass es bezüglich eines der umstrittensten Punkte, der sogenannten „Reichweite“ von Patientenverfügungen, ethisch gut begründbare unterschiedliche Meinungen innerhalb des eigenen Gremiums gibt.

Folie 23: Worum geht der Streit ?

Beratungspflicht:

Beratung ist wünschenswert und dringlich anzuraten. Hierin sind sich inzwischen alle einig. Pflichtberatung als Voraussetzung für die Wirksamkeit von Patientenverfügungen ist jedoch problematisch. Denn vieles, zu vieles müsste dann geregelt werden: Wer soll beraten, welche Qualifikationen muss er vorweisen, soll bei jeder Erneuerung der Unterschrift unter eine Patientenverfügung neu beraten werden, weil sich neue medizinische Möglichkeiten eröffnet haben usw.?

Verpflichtende Schriftform:

Zur Schriftform wird von allen dringlich geraten, aber Pflicht? Sollen gut dokumentierte Äußerungen Schwerstkranker vor Eintritt ihrer Nichtentscheidungsfähigkeit gegenüber ihrem behandelnden Arzt kein entsprechendes Gewicht haben?

Einschaltung des Vormundschaftsgerichts:

Dies war bislang umstritten. Aber der 12. Zivilsenat des BGH hat hier im Juni diesen Jahres Klarheit geschaffen und damit sein interpretationswürdiges Urteil von 2003 eindeutig ausgelegt.

Einschaltung eines Ethikkomitees:

Es gibt sicher schwierige Situationen, in denen ein solches Komitee unumgänglich ist. Aber es gibt auch viele eindeutige Situationen, in denen Bevollmächtigter/Betreuer und Arzt gemeinsam zu Entscheidungen kommen können. In einer verpflichtenden gesetzlichen Regelung müssten - ähnlich wie bei einer gesetzlichen Beratungspflicht - unendlich viele Probleme gelöst werden: Wer gehört dazu, wie muss er qualifiziert sein, wie soll so etwas flächendeckend organisiert werden usw.?

Ermittlung des mutmaßlichen Willens:

Hier gehen die Meinungen weit auseinander: Die „Kutner-Kommission“ hat in ihrem Gesetzentwurf darauf Bezug genommen, der zurückgezogene Referentenentwurf der Justizministerin nicht. Der neue Gesetzentwurf der Deutschen Hospizstiftung reduziert die Ermittlung des mutmaßlichen Willens auf mündliche Äußerungen, die nicht älter als 2 Jahre sein dürfen. Ich meine: Die gegenwärtig gültige Rechtslage ist diesbezüglich gar nicht so schlecht:

Folie : Ermittlung des mutmaßlichen Willens

Weitere Einzelheiten siehe Anlage „Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen (Hinweise für Bevollmächtigte)“

Reichweitenbegrenzung:

Folien : Reichweitenbegrenzung (1)/(2)/(3)

Wie die praktische Umsetzung der Ermittlung des Patientenwillens an einer Klinik aussehen kann, soll folgendes Schema verdeutlichen:

Folien: Entscheidungsdiagramm nach Borasio (1)/(2)

Folien 4. Empfehlungen (1-7)

- Die Wahrnehmung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende sollte eingebettet sein in fürsorgliche palliative und hospizliche Begleitung
- Patientenverfügungen sollen bei der Abfassung in Gespräche mit vertrauten Personen eingebettet sein.
- Auch die Umsetzung von Patientenverfügungen sollte im Rahmen einer „Ethik des Dialogs“ erfolgen. Außer Bevollmächtigtem/Betreuer und Arzt sind gegebenenfalls andere wichtige Personen mit einzubeziehen („Ethikkonsil“)
- Die Krankheitssituationen, auf die sich die Wünsche bezüglich medizinischer Maßnahmen beziehen, sollen sehr präzis beschrieben sein. Dabei können auch Situationen vor Einsetzen des eigentlichen Sterbeprozesses genannt werden.
- Schriftform und Beratung werden dringlich empfohlen
- Eine Patientenverfügung sollte mit einer Vollmacht oder ersatzweise mit einer Betreuungsverfügung verbunden werden.
- Wenn die Patientenverfügung im Ernstfall nicht „trifft“, wenn Meinungsverschiedenheiten bezüglich der Auslegung bestehen oder wenn gar keine Patientenverfügung vorliegt, soll der mutmaßliche Patientenwille bzw. das subjektive Wohl des Patienten ermittelt werden. Dabei sollte man sich an die Vorgaben des BGH-Urteils von 1994 und die Grundsätze der Bundesärztekammer halten.

Weitere Einzelheiten siehe Anlage „Überlegungen zur aktuellen Debatte...“

Schluss:

Adressat von Verfügungen für den Fall der eigenen Nichtentscheidungsfähigkeit kann nie das Schicksal oder Gott, sondern nur der Mitmensch sein. Adressat meiner Patientenverfügung sind also Menschen, die vielleicht einst statt meiner Entscheidungen zu treffen haben. Das ist in der Regel der dann behandelnde Arzt und mein Bevollmächtigter oder Betreuer.

Dabei müssen wir uns dessen bewusst sein, dass unser Schicksal, insbesondere Anfang und Ende unseres Lebens letztlich nicht verfügbar sind. Wir können nicht alles regeln und der Tod wird immer ein Ärgernis bleiben. Aber wir können Einfluss darauf nehmen, ob ausschließlich andere über uns als dereinst Sterbende verfügen oder nicht, wenn wir selber nicht mehr zu solchen Entscheidungen in der Lage sind.

Für uns Ärzte ist es wichtig, das Lassen zu lernen. Wir haben das nicht gelernt. Und wir haben aufmerksam und einfühlsam darauf zu achten, wann Lebensverlängerung in Sterbensverlängerung umschlägt.

Statt in aufwendigen Aktionismus zu verfallen mit dem Ziel, dem zu Ende gehenden Leben noch Stunden, Tage oder auch Wochen hinzuzufügen, sollten wir alles daran setzen, den verbleibenden Tagen Leben zu geben.

Anlagen:

- Folien (51), Folienanhang für Diskussionspunkte (14)
- „Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen“
- Hinweise für Bevollmächtigte –
- „Überlegungen zur aktuellen Debatte über eine gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen“