

Persönliche PDF-Datei für
A. May

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Patientenvorsorge – Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht in Behandlungsentscheidungen

DOI 10.1055/s-0033-1345154

Sprache · Stimme · Gehör 2013; 37: 131–135

Nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt.
Keine kommerzielle Nutzung, keine Einstellung
in Repositorien.

Verlag und Copyright:

© 2013 by
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN 0342-0477

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags

 **Thieme**

Patientenvorsorge – Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht in Behandlungsentscheidungen

Patient Care – Patient's Advance Directives and Health-Care Proxy in Treatment Decisions

Autor

A. May

Institut

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Direktor: Prof. Dr. Florian Steger)

Schlüsselwörter

- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht
- Betreuer
- Bevollmächtigter
- Ermittlung des Patientenwillens

Key words

- advance directive
- advance care planning
- care-giver
- legal advocate
- patient preferences

Zusammenfassung

Patientenverfügungen sind in Deutschland seit dem 1.9.2009 gesetzlich geregelt. Die Regelungsvorschläge bezogen sich sowohl auf Wirksamkeitsvoraussetzungen und Fragen bei der Erstellung einer Patientenverfügung als auch auf deren Anwendung. Insbesondere Fragen der Reichweite und der Auslegung wurden in der rechtspolitischen Diskussion erörtert. Die jetzige Regelung gibt einen Rahmen vor, den Entscheidungssuchende ausfüllen müssen. Bei der Erstellung einer Patientenverfügung sollte eine Aussage zur Verbindlichkeit gemacht werden, damit das Risiko einer Fehleinschätzung minimiert wird. Der gesetzlich normierte Prozess des Dialogs zwischen juristischem Stellvertreter und behandelndem Arzt stellt jenen Kompromiss dar, um den wegen der ethischen Bedeutung der Verbindlichkeit lange gerungen wurde, damit eine Patientenverfügung nicht einer Selbstversklavung des Verfügenden gleichkommt.

Abstract

Legal regulations concerning advance directives were first established in Germany in 2009. Civil law determines the binding nature of advance directives in connection with a process of consideration, application and interpretation of the patient's present conditions and treatment. The law provides a framework for the discussion among patients' authorised surrogates (legal advocates) and the physicians and care-givers, always aware of the risks and limitations of advance directives. The legal provision of a dialogue between proxies and the team of care-givers represents the long aspired compromise of the ethical aspects of a defining, yet not enslaving self-determination, as expressed in the advance directive.

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1345154>
 Online-Publikation: 2.7.2013
 Sprache · Stimme · Gehör
 2013; 37: 131–135
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0342-0477

Korrespondenzadresse

Dr. Arnd T. May
 Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
 Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
 Magdeburger Straße 8
 06112 Halle (Saale)
arnd.may@medizin.uni-halle.de

Lernziel

Wünsche zur medizinischen Behandlung und pflegerischen Versorgung können in einer Patientenverfügung detailliert festgelegt werden. In der Anwendungssituation muss der Stellvertreter die Patientenverfügung prüfen und den aktuellen Willen ermitteln. Der Stellvertreter des einwilligungsunfähigen Patienten, das ist sein rechtlicher Betreuer oder Bevollmächtigter, setzt den Willen des Patienten durch. Dazu müssen die Befugnisse der Stellvertreter geklärt sein, bevor ein Dialog zum Patientenwillen und der sich daraus ergebenden Behandlung bzw. Versorgung stattfinden kann.

Einleitung

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ist ein zentrales Grundrecht. Das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland erklärt zu Beginn in Artikel 1 die Würde des Menschen für unantastbar und erweitert dies in Artikel 2, welcher die freie Entfaltung der Persönlichkeit schützt. Ein einwilligungsfähiger Patient entscheidet selbst über seine Behandlung, und in die körperliche Unversehrtheit des Patienten darf nur mit seiner Zustimmung eingegriffen werden. Nach dem Prinzip der Einwilligung nach Aufklärung („informed consent“) sind dazu dem Patienten alle entscheidungsrelevanten Informationen zur Verfügung zu stellen. Als Adressat medizinischer Aufklärung steht es dem Patienten dabei zu, dem Therapieversuch zuzustimmen oder die Einwil-

ligung in die Therapie zu versagen. Die ärztliche Fürsorge findet insofern ihre Grenze in der Ablehnung einer Behandlung, selbst wenn diese aufgrund unkonventioneller Wertentscheidungen erfolgt. Dies gilt gleichermaßen für die Behandlung durch andere therapeutische Berufe, also etwa durch Logopäden.

Sobald ein Patient nicht mehr einwilligungsfähig ist, stellt sich die Frage nach dem legitimierten Dialogpartner für die Entscheidungsfindung in Stellvertretung des Patienten. Im Idealfall hat der Patient eine Vorsorgevollmacht erstellt. Diese Vertreterregelung durch den Patienten macht ein gerichtliches Betreuungsverfahren überflüssig. Ein automatisches Vertretungsrecht durch Ehepartner oder Kinder existiert hingegen nicht. Wenn es keinen Bevollmächtigten gibt, muss das Gericht also einen rechtlichen Betreuer beauftragen, damit der Patient einen entscheidungsbefugten Vertreter erhält (◉ Abb. 1).

Vertretung durch einen Bevollmächtigten

Eine Vorsorgevollmacht kann jeder geschäftsfähige volljährige Mensch vorausschauend an eine Vertrauensperson erteilen. Diese Vollmacht kann erst für die Phase der Entscheidungsunfähigkeit gelten oder als Generalvollmacht unmittelbar Geltung entfalten. Ebenso kann der Umfang einer Vollmacht individuell gestaltet werden. Ein Bevollmächtigter kann, wenn es die Vollmacht vorsieht, ohne Einschränkungen handeln. Im Bereich der Gesundheitsversorgung muss eine Vollmacht zur Vermeidung der Notwendigkeit einer Betreuerbestellung detailliert die Befugnisse (§§ 1904 Abs. 5, 1906 Abs. 5 BGB) darstellen. Dazu eignet sich beispielsweise folgender Text:

Die bevollmächtigte Person darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, nicht einwilligen oder die Einwilligung widerrufen, auch wenn dies mit Lebensgefahr verbunden sein könnte oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1, 2 BGB).

Die Vorsorgevollmacht muss für den Aufgabenbereich der Gesundheitsangelegenheiten nicht notariell oder anderweitig beurkundet sein. Auch ist die regelmäßige Aktualisierung nicht zwingend vorgegeben, gleichwohl empfehlenswert.

Die Prüfung der Vollmacht ist Aufgabe des behandelnden Arztes, der sich versichern muss, ob der Gesprächspartner als legitimierter Entscheidungsträger zu Behandlungsentscheidungen autorisiert ist.

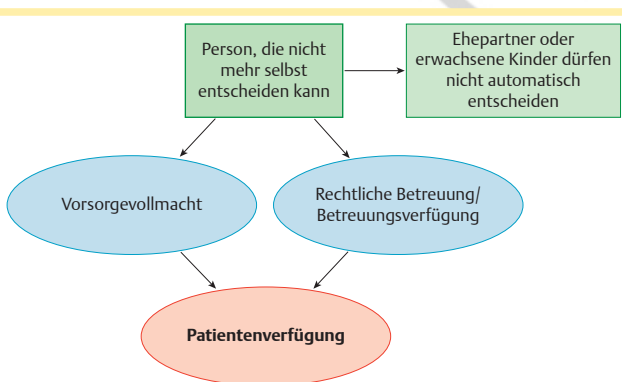


Abb. 1 Vorsorgedokumente.

Vertretung durch einen rechtlichen Betreuer

Nach dem Subsidiaritätsprinzip haben Regelungen des betroffenen Patienten Vorrang gegenüber staatlichen Maßnahmen, und ein rechtlicher Betreuer darf nicht bestellt werden, wenn durch die Vorsorgevollmacht eine ausreichende Vertretung besteht. Erst wenn z. B. der Aufgabenkreis der Gesundheitsversorgung fehlt oder nicht ausreichend beauftragt ist, darf eine rechtliche Betreuung eingerichtet werden. Im Zweifel prüft dies das Betreuungsgericht.

Als Betreuer kann ein geeignetes Familienmitglied, eine andere Bezugsperson, aber auch eine fremde Person (Ehrenamtliche, Betreuungsverein, Berufsbetreuer) bestellt werden. In einer Betreuungsverfügung kann jeder Volljährige eine Person benennen, die im Bedarfsfall zum Betreuer bestellt werden soll. Die Zeitspanne zwischen der Anregung einer rechtlichen Betreuung bei Gericht und der Bestellung durch den Richter fällt unterschiedlich aus. Im „betreuerfreien Intervall“, bis zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers, entscheidet der behandelnde Arzt stellvertretend für den Patienten und muss den Willen des Patienten ermitteln, beachten und umsetzen. Dies gilt auch für Situationen ohne Mitwirkung eines Bevollmächtigten, in welchen der behandelnde Arzt im Rahmen der patientenorientierten Behandlung zur Umsetzung des Patientenwillens berufen ist [1]. Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer sieht als Adressaten einer Patientenverfügung nicht nur die behandelnden Ärzte, sondern jeden (z. B. Pflegepersonal, Therapeuten), der an der Behandlung teilnimmt [2].

Selbst wenn eine rechtliche Betreuung besteht, bleibt der Patient selbst Entscheidungsträger, solange er einwilligungsfähig für die anstehende Behandlungsentscheidung ist. Der Betreuer sollte zusätzlich informiert werden.

Ein rechtlicher Betreuer ist nach § 1901 BGB auf die Wünsche des Patienten verpflichtet: „Der Betreuer hat die Angelegenheiten des Betreuten so zu besorgen, wie es dessen Wohl entspricht. Zum Wohl des Betreuten gehört auch die Möglichkeit, im Rahmen seiner Fähigkeiten sein Leben nach seinen eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten“ (§ 1901 Abs. 2 BGB). Wünsche für den Bereich der Gesundheitsangelegenheiten kann der Betreute dem Betreuer durch eine Patientenverfügung mitteilen.

Besonderheiten der Vorsorgedokumente

In der Praxis können die unterschiedlichen Vorsorgedokumente kombiniert sein. Dann müssen die unterschiedlichen Elemente identifiziert und überprüft werden. Mitunter sind gewählte Bezeichnungen der Dokumente nicht eindeutig.

- ▶ Ein Stellvertreter kann durch eine Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung bestimmt werden.
- ▶ Eine Vollmacht muss schriftlich erteilt sein und die Befugnisse im Bereich der Gesundheitsversorgung detailliert umfassen.
- ▶ Eine Vorsorgevollmacht gilt im gewünschten Umfang ab dem festgelegten Zeitpunkt. Somit kann der Bevollmächtigte ggf. bereits Entscheidungen treffen, wenn der Vollmachtgeber noch entscheidungsfähig ist.
- ▶ Die Betreuungsverfügung richtet sich an das Betreuungsgericht und begründet kein unmittelbares Vertretungsrecht, da der ausgewählte Betreuer erst gerichtlich eingesetzt werden muss.
- ▶ Eine Patientenverfügung beinhaltet Wünsche zur medizinischen und pflegerischen Versorgung.

Patientenverfügung

Für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit kann eine Patientenverfügung den Willen des Patienten zum Ausdruck bringen. Als Patientenverfügung gilt seit dem 1.9.2009 ein Schriftstück, in dem ein einwilligungsfähiger Volljähriger festgelegt hat, „ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung)“ (§ 1901 a Absatz 1 Satz 1 BGB).

Die Patientenverfügung gilt unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Patienten für alle Situationen der Einwilligungsunfähigkeit.

Behandlungsabbruch und Sterbebegleitung

Eine Patientenverfügung richtet sich auf die Phase der Einwilligungsunfähigkeit und bringt neben Wünschen auch Ablehnungen von Behandlungsoptionen zum Ausdruck. Als *Sterbebegleitung* werden alle Tätigkeiten und Maßnahmen bezeichnet, die einem Menschen in seiner letzten Lebensphase Unterstützung und Beistand leisten. Hierbei orientieren sich Maßnahmen der Sterbebegleitung am ganzen Menschen in seiner körperlichen, seelischen und sozialen Dimension. Palliative und hospizliche Sterbebegleitung rückt den Patienten mit seinen Ängsten und Nöten in den Mittelpunkt und betont die Notwendigkeit einer palliativen Versorgung alternativ zu einem kurativen Behandlungsziel [3, 4].

Zulässig und ethisch geboten ist ein Behandlungsabbruch auf Basis des tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillens durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung, wenn dies dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.

Höchstrichterlich hat der Bundesgerichtshof die Zulässigkeit des Behandlungsabbruchs bestätigt [5]. Ein kompletter Abbruch jeglicher Behandlung und Versorgung ist realitätsfern, denn selbst wenn die kurative Behandlung abgebrochen wird, beginnt stets die Symptomkontrolle und palliativmedizinische Behandlung. Eine medizinische Behandlung wird bis zum Tode des Patienten stattfinden, möglicherweise mit geändertem Therapieziel. Ursächlich für den Tod ist das Grundleiden des Patienten, dessentwegen er in Behandlung ist. Der so beschriebene Behandlungsabbruch darf sowohl durch Unterlassen als auch durch aktives Tun („technischer Behandlungsabbruch“) vorgenommen werden, was durch den Bundesgerichtshof am Beispiel des Durchscheidens eines Ernährungsschlauchs entschieden wurde [6]. Als Patientenwille werden somit in Patientenverfügungen sowohl Wünsche als auch Verbote („Erlaubnisverweigerung“) formuliert. Der Nationale Ethikrat (seit 2007: Deutscher Ethikrat) schlug 2006 zur Beschreibung der Entscheidungen und Handlungen am Lebensende u. a. die Begriffe *Sterbebegleitung* (Maßnahmen der Pflege und Betreuung von Menschen, bei denen der Sterbeprozess bereits begonnen hat), *Therapien am Lebensende* (das sind vor allem palliativmedizinische Maßnahmen in der letzten Lebensphase), *Sterbenlassen* (lebenserhaltende Maßnahmen werden unterlassen oder begrenzt) vor, um die emotionale

Komponente der Unterteilung in aktive, passive und indirekte Sterbehilfe zu vermeiden [7]. Allein die Tötung auf Verlangen ist in Deutschland strafrechtlich verboten.

Wirksamkeitskriterien einer Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung muss in zeitlicher Distanz zur Anwendungssituation stehen, da Patientenverfügungen nach § 1901a BGB Entscheidungen zu „noch nicht unmittelbar bevorstehenden“ Situationen beinhalten. Die Absprache des Umgangs mit Komplikationen im Vorfeld eines geplanten Eingriffs fällt somit bei enger Auslegung dieser Distanzregel unter das Instrument der Komplikationsabsprache zwischen Arzt und Patient, die auch mündlich erfolgen kann. Zur besseren Beweissicherung und Nachvollziehbarkeit der Patientenwünsche empfiehlt sich die für Patientenverfügungen erforderliche Schriftform. Weitere Wirksamkeitskriterien außer der Schriftform sieht das Gesetz nicht vor. Empfehlenswert, aber nicht vorgeschrieben, sind sicher eine umfassende Beratung durch sachkundige Personen und die Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Unterschrift.

Anwendungssituationen einer Patientenverfügung

Patientenverfügungen sind nach § 1901 a Abs. 3 BGB „unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung“ für alle Situationen möglich, in denen sich der Patient selbst nicht mehr zu seiner Versorgung äußern kann. Weder muss ein irreversibles Krankheitsgeschehen noch eine Dauerbewusstlosigkeit vorliegen. In einer Vielzahl von Patientenverfügungsmustern werden als Anwendungssituationen angegeben: 1) unmittelbarer Sterbeprozess, 2) Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, 3) schwere, dauerhafte Gehirnschädigung, 4) Unfähigkeit zur effektiven, natürlichen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, 5) andere, individuelle Beschreibung der Einwilligungsunfähigkeit.

In der Patientenverfügung bewertete Maßnahmen

Eine Patientenverfügung kann individuelle Regelungen enthalten, die sich auf das spezifische Krankheitsbild des Patienten beziehen. Bei Krebserkrankungen kann eine differenzierte Position zur Intensität und Länge einer Behandlung formuliert sein. Typischerweise finden sich in Patientenverfügungen allgemein gehaltene Aussagen zu lebenserhaltenden Maßnahmen, wobei diese unbestimmten Formulierungen eher als Richtungsangabe zu verstehen und kaum als konkrete Handlungsanweisungen verwertbar sind. Oft geäußerte Wünsche einer Patientenverfügung sind im Bereich der Schmerz- und Symptombehandlung zu finden. Dazu können persönliche Wünsche zwischen Wachheit, mit einem wohl reduzierten aber dennoch weiter vorhandenen Schmerzempfinden, und Schmerzfremdheit, bis hin zur Bewusstseinsausschaltung durch eine palliative Sedierung bestimmt werden [8].

Patientenverfügungen enthalten meist keine absoluten Aussagen, sondern eine Mischung von Wünschen und Ablehnungen und mitunter auch an Bedingungen gekoppelte spezifische Regelungen: „Wenn bei mir dieser konkrete Gesundheitszustand eintritt, lehne ich folgende Maßnahmen ab...“.

Typischerweise finden sich in Patientenverfügungen Aussagen zu künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, Wiederbelebung, künstlicher Beatmung und Antibiotikagabe. Seltener finden sich spezifische Hinweise zur Organspende.

Patientenverfügung und weitere Formen des Patientenwillens

In der Anwendungssituation einer Patientenverfügung überprüft der Stellvertreter (Bevollmächtigter oder Betreuer), ob die Festlegungen weiterhin den Patientenwillen beschreiben und auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Damit wird die Patientenverfügung nicht ungeprüft umgesetzt, sondern nach dem Prinzip der Fürsorge und des Lebensschutzes kritisch auf die aktuelle Situation bezogen.

Bei der Feststellung des Patientenwillens soll in Anerkennung der Relationalität des Seins in der Welt, also der Einbindung des Patienten in ein Beziehungsgefüge, „nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist“ (§ 1901b Absatz 2 BGB). Insbesondere Ehegatten, Lebenspartner, Eltern, Geschwister und Kinder sind neben engen Freunden zu nennen. Durch intensive Kontakte zählen sicher auch Pflegende aus Einrichtungen der stationären Altenhilfe zu jenen Vertrauenspersonen, welche über die Wünsche und Einstellungen von Patienten berichten können. Neben den Dokumenten des Patienten selbst werden somit Zeugenaussagen in die Prüfung der Passgenauigkeit und Anwendbarkeit der Patientenverfügung einbezogen.

Wenn nach entsprechender Prüfung die vorliegende Patientenverfügung den Patientenwillen hinsichtlich der vorliegenden Situation beschreibt, hat der Stellvertreter diesem Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Falls die jetzt anstehende Behandlungsentscheidung in der Patientenverfügung nicht geregelt ist, sind die Positionen der Patientenverfügung zu interpretieren und analog zu übertragen. Das Ergebnis sind dann *Behandlungswünsche* (§ 1901a Absatz 2 Satz 1 Alternative 1 BGB). Gleiches gilt für die Situation, wenn eine Patientenverfügung nicht vorliegt, und dann der Patientenwille durch Befragung der Familienangehörigen und/oder Vertrauenspersonen zu Behandlungswünschen ermittelt wird. Diese Ermittlung des Patientenwillens hat Überschneidungen zur Feststellung des mutmaßlichen Willens. Wenn keine Patientenverfügung vorliegt, oder diese nicht passgenau für die eingetretene Situation ist *und* keine Behandlungswünsche bekannt sind, muss der *mutmaßliche Wille* (§ 1901a Absatz 2 Satz 1 Alternative 2 BGB) ermittelt werden. Konkretisiert wird dies durch einen jedoch nicht abschließend angeführten Katalog der zu berücksichtigenden Äußerungen oder Wertvorstellungen: „insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen“. Somit ist der mutmaßliche Wille anhand von individuellen, personenbezogenen Informationen zu ermitteln und es sind dazu alle geeigneten Gesprächspartner und Informationsquellen wie der Hausarzt, Klinikärzte oder Pflegende einzubeziehen.

Dialog mit dem Stellvertreter zur Umsetzung des Patientenwillens

Für die Situation der Umsetzung des Patientenwillens sieht die gesetzliche Regelung einen „dialogischen Prozess“ vor. Konkret bedeutet dies ein Gespräch des behandelnden Arztes oder Therapeuten mit dem Betreuer oder Bevollmächtigten, bei dem der Patientenwille berücksichtigt werden soll. Die Formulierung des Therapieziels und die Prognosestellung gemäß § 1901b BGB stehen im Verantwortungsbereich des behandelnden Arztes. Statt des technisch Möglichen ist in diesem Zusammenhang die individuelle Situation des Patienten zu berücksichtigen. Dabei betont etwa die „Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Inten-

siv- und Notfallmedizin“ (DIVI) in einer Empfehlung zur Therapiebegrenzung die Notwendigkeit der regelmäßigen Überprüfung der Therapieziele [9].

Nicht erforderlich ist gemäß § 1904 Abs. 4 BGB die Einschaltung des Betreuungsgerichts, wenn „zwischen Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem nach § 1901a BGB festgestellten Willen des Betreuten entspricht“. Wenn die Beurteilung des Patientenwillens nicht einvernehmlich erfolgt, so überprüft das Betreuungsgericht die Ermittlung des Patientenwillens durch den rechtlichen Betreuer bzw. den Bevollmächtigten.

Im Dialog zwischen Arzt und Stellvertreter sollte die Thematisierung des Patientenwillens möglich sein. In Konfliktsituationen kann eine Ethik-Fallberatung zur Klärung hilfreich sein [9]. Diese klinische Ethikberatung kann für die Ansichten und Beobachtungen der Beteiligten ein Forum bereitstellen und der Konflikt löst sich im Laufe der Beratung idealerweise auf.

Der Stellvertreter sollte vom behandelnden Arzt nicht nur als Informationsquelle, sondern als Entscheidungspartner akzeptiert werden. Mit einem solchen Dialogpartner kann eine Regelkommunikation ebenso vereinbart werden wie auch die Erstellung eines Krisen- oder Notfallplans erreicht werden kann. Mit diesem vereinbarten Vorgehen in einer Gesundheitskrise wird für alle Beteiligten Handlungssicherheit geschaffen und die Entscheidungen unter dem Zeitdruck der Notfallsituation können nicht mehr nur gefühlsmäßig intuitiv, sondern auf Basis valider und konsentierter Absprachen getroffen werden. Diese Vorgehensweise ist geeignet, emotionalen Stress abzubauen oder gar nicht erst entstehen zu lassen.

Der Verzicht auf eine Maßnahme wird emotional oft als weniger belastend erlebt als die Beendigung einer bereits begonnenen Maßnahme (z.B. das Beenden einer maschinellen Beatmung). Die Umsetzung des Patientenwillens ist im Zeitalter der technisierten Medizin oft eine Melange aus Unterlassungen und aktivem Tun. Somit ist ein Behandlungsabbruch als Umsetzung des Patientenwillens eine Vielzahl von aktiven und passiven Handlungen und wird sich im „natürlichen und sozialen Sinngehalt“ nicht in bloßer Untätigkeit erschöpfen [4]. Umso entscheidender ist die Bestimmung des Therapieziels vor Beginn einer Maßnahme.

Fallbeispiel

Ein 67-jähriger Patient hat vor 3 Jahren eine Vorsorgevollmacht für seinen Sohn ausgestellt und eine Patientenverfügung verfasst. In dieser Patientenverfügung legt er fest, dass er für den Fall der nicht ausreichenden Nahrungsaufnahme nicht künstlich und speziell nicht durch eine PEG-Sonde ernährt werden möchte. Nun, in der Situation der vorangeschrittenen Demenz, ist der Patient nicht mehr einwilligungsfähig und kann selbst nicht mehr reflektiert über seine medizinische Behandlung und pflegerische Versorgung entscheiden. Diese Aufgabe fällt dem bevollmächtigten Sohn zu. Der behandelnde Arzt kontaktiert den Bevollmächtigten mit der Frage, wie nun in der aktuellen Situation mit den aufgetretenen Schluckstörungen umgegangen werden soll. Der behandelnde Arzt empfiehlt die Anlage einer PEG-Sonde. Der Bevollmächtigte muss nun den Patientenwillen feststellen

und dazu die Patientenverfügung bezüglich der Ablehnung einer PEG-Sonde überprüfen. Dazu befragt der Sohn die übrigen Familienangehörigen und Freunde, ob sein Vater nach Abfassen der Patientenverfügung gegenteilige Wünsche geäußert habe (Widerruf). Auch spricht der Sohn mit den Pflegenden des Pflegedienstes und dem Hausarzt. Die befragten Personen bestätigen die Ablehnung der PEG-Sonde durch den Patienten. Bei in der Vergangenheit empfohlenen Infusionen wurde der Patient nicht nur unruhig, sondern versuchte sich die Infusionen zu entfernen. Diese Verhaltensweisen oder leiblichen Ausdrucksformen wurden als Abwehr gewertet und die Durchführung der Infusionen hätten Fixierungsmaßnahmen erforderlich gemacht. Nach der Ermittlung und Dokumentation des Patientenwillens sucht der Bevollmächtigte das Gespräch mit dem behandelnden Arzt und beide tauschen sich über ihre Eindrücke zum Patientenwillen aus. Dazu erneuert der behandelnde Arzt seine Empfehlung zur PEG-Sonde und stellt die Prognose einer längeren Überlebenszeit mit künstlicher Ernährung. Beide besprechen den Patientenwillen und der behandelnde Arzt kann keine gegenteiligen Eindrücke zum Verhalten und Willen des Patienten beitragen. Beide kommen zum Ergebnis, dass unter Berücksichtigung der Patientenverfügung eine PEG-Sonde vom Patienten nicht gewünscht ist. Dies Ergebnis wird entsprechend dokumentiert und das Betreuungsgericht wird nicht angerufen, da kein Dissens oder Konflikt über den Patientenwillen besteht. Die Entscheidung wird im multiprofessionellen Team kommuniziert. Da es keine gegenteiligen Einschätzungen von Pflegenden, Logopäden oder Physiotherapeuten gibt, ist eine Ethik-Fallberatung nicht erforderlich.

Chancen und Risiken von Patientenverfügungen

Patientenverfügungen sind Ausdruck der Selbstbestimmung des Patienten. Diese Schriftstücke dürfen nicht unreflektiert und unkritisch akzeptiert werden, sondern erfordern eine strukturierte Auseinandersetzung. Verfügungswillige Patienten sollten auf eine fachkundige Beratung zurückgreifen, um sich sachkundig zu machen und die Patientenverfügung zum Ausdruck ihrer bewussten Entscheidungen werden zu lassen. Gesundheitsmündigkeit setzt qualifizierte Entscheidungsgrundlagen voraus.

Patientenverfügungen sollten nicht allein als Defensivinstrument, sondern als Gestaltungsmöglichkeit genutzt werden, um moralisch „Fremden“ die eigenen Wertvorstellungen und Beweggründe mitzuteilen.

Den Gefahren durch übereilt und zu ungenau abgefasste Patientenverfügungen kann durch ein strukturiertes Verfahren im Umgang mit den Meinungsäußerungen begegnet werden. Prozedurale Regelungen können Fehleinschätzungen durch den Patienten erkennen helfen und sind geeignet, den „wahren Willen“ des Patienten anhand von konkreten Anhaltspunkten beweissicher zu ermitteln. Dabei geht es nicht um gesellschaftliche Wertungen, sondern um individuelle Einstellungen.

Ärzte sind auf die Selbstbestimmung des Patienten verpflichtet und sorgen sich um ihre Patienten. Bevormundende Eingriffe in die Patientenselbstbestimmung haben keine Berechtigung, so fürsorgend sie motiviert sein mögen. In der konkreten Entscheidungssituation wird es wie bisher eine Gemengelage der beiden

Prinzipien geben, da sich Selbstbestimmung und Fürsorge wechselseitig „durchdringen und bedingen“ [10].

Fazit

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten kommt im Prinzip der Einwilligung nach Aufklärung (informed consent) zum Ausdruck. Als Adressat medizinischer Aufklärung steht es dem Patienten dabei zu, dem Therapieversuch zuzustimmen oder die Einwilligung in die Therapie zu versagen. Die ärztliche Fürsorge wird insofern begrenzt durch die Ablehnung der Behandlung durch den Patienten, selbst aufgrund möglicherweise unkonventioneller Wertentscheidungen. Dabei sollten Entscheidungen des Patienten auf validen Informationen beruhen. Ärzte sollten Mythen ausräumen und Patienten bei der Erstellung einer Patientenverfügung unterstützen. In der Situation der Anwendung einer Patientenverfügung ist eine kritische Auseinandersetzung mit dem Patientenwillen Ausdruck der ärztlichen Fürsorge, die dann zum Gespräch mit dem Stellvertreter führt.

Zur Person



Dr. phil. **Arnd T. May** ist seit 2011 Mitarbeiter am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und Geschäftsführer des Klinischen Ethikkomitees des Universitätsklinikums Halle (Saale). Als Ethikberater beschäftigt er sich seit Mitte der 1990er Jahre mit Vorsorgedokumenten nicht nur im Krankenhaus, sondern auch in der präklinischen Notfallmedizin und der Altenhilfe. Im Gesetzgebungsprozess zu Patientenverfügungen war er politikberatend tätig.

Interessenkonflikt: Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- 1 Verrel T, Simon A. Patientenverfügungen. Rechtliche Aspekte. Freiburg: Alber; 2010; 13–57
- 2 *Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer*. Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. Deutsches Ärzteblatt 2007; 104: 891–896
- 3 *Bundesärztekammer*. Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 2011; 108: A: 346–348
- 4 *Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)*. Deutscher Hospiz- und Palliativverband (DHPV), Bundesärztekammer. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland; Berlin: 2011
- 5 Bundesgerichtshof, 2. Strafsenat. Urteil vom 25.6.2010, Az. 2 StR 454/09. BGHSt. 55, 191, 205 f.
- 6 Putz W, Gloor E. Sterben dürfen. Hamburg: Hoffmann und Campe; 2011
- 7 *Nationaler Ethikrat*. Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, Stellungnahme. Berlin: 2006
- 8 Neitzke G, Oehmichen F, Schliep H-J et al. Sedierung am Lebensende. Empfehlungen der AG Ethik am Lebensende in der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM). Ethik Med 2010; 22: 139–147
- 9 Janssens U, Burchardi H, Duttge G et al. Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. MedR 2012; 30: 647–650
- 10 *Kammer für öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland*. Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht; Hannover: 2005