



Schwerpunkt

Erstellung und Realisierung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

Ulrich Rendenbach*

Medizinische Fakultät, Abteilung Allgemeinmedizin, Universität Leipzig

Zusammenfassung

Will ein Mensch verhindern, dass andere über ihn bestimmen, muss er dies juristisch relevant durch eine Willenserklärung festlegen. Das kann z. B. ein Vertrag sein (Heimvertrag) oder eine Patientenverfügung. Die Umstände, ab wann diese Verfügung Gültigkeit bekommt, müssen möglichst genau und sicher formuliert werden. Es ist ebenso genau zu bestimmen, wer unter welchen Bedingungen die Willenserklärung gegen Widerstand durchzusetzen hat. Ärzte, Pflegepersonal, Juristen, Politiker, Mitglieder von Ethikkommissionen, Kostenträger, Angehörige – jeder kann eine an-

dere Meinung vertreten, das Wohl des Patienten wird dabei leicht übergangen. Eine gesetzliche Regelung kann nur wenig zur Sicherheit am Lebensende beitragen. Die Verantwortung bleibt beim Arzt. Der Gesetzgeber kann ihm nicht helfen, eine therapeutische Entscheidung zu treffen, wohl aber ein Kranker, der verfügt hat, dass er zu sterben wünsche und dem Arzt unmissverständlich mitgeteilt hat, wann dieser welche Maßnahmen unterlassen muss.

Schlüsselwörter: Lebensende, Ethik, Patientenverfügung, Selbstbestimmung, Fremdbestimmung, Patientenautonomie, Kommunikation

Preparation and Execution of Advance Directives and Enduring Powers of Attorney

Summary

If a person wants to preclude other people making decisions on his/her behalf, this needs to be recorded in a legally relevant form by means of a declaration of intent. For example, the latter could be a contract (nursing home contract) or an advance directive. The circumstances under which a declaration becomes effective have to be exactly and carefully worded. Also, it has to be accurately defined who is to enforce the declaration of intent against defiance and in which situation. Physicians, lawyers, nursing

staff, politicians, members of ethics committees, sponsors, relatives – everyone may have a different opinion, and the patient's well-being might easily be ignored. A legal regulation will contribute little to safety at the end of life. The responsibility lies with the physician. The legislator cannot guide the physician's therapeutic decisions, but an invalid patient can that has expressed his desire to die and unmistakably advised his physician on when to refrain from which procedures.

Key words: end of life, ethics, advance directive (living will), autonomy, heteronomy, patient autonomy, communication

1. Einführung

Früher – 1840 – konnte Friedrich Carl von Savigny noch formulieren:

„Der Tod als die Grenze der natürlichen Rechtsfähigkeit ist ein so einfaches Naturereignis, dass derselbe nicht so wie die Geburt eine genauere Feststellung seiner Elemente nötig macht“ [1].

Der Fortschritt hat diese einfachen Grenzpunkte verwischt. Die Medizin wird zunehmend zu einer industrialisierten Dienstleistung, und die naturwissenschaftlichen Erfolge haben die

*Korrespondenzadresse: Ulrich Rendenbach, Barckefeldstr. 17, 37115 Duderstadt.
E-Mail: barckefeld@aol.com



Frage aufgeworfen, ob eine Maximalmedizin am Ende des Lebens gewollt ist. Bei einer schwersten Krankheit muss entschieden werden, ob der natürliche Verlauf beeinflusst werden soll (muss) oder nicht. Die Entscheidung des Arztes ist oft genug wie ein Urteil über das Schicksal eines Menschen, das in der Relation zur menschlichen Persönlichkeit, zur Ethik, zur Wissenschaft und zur Wirtschaftlichkeit begründet werden muss.

Seit etwa 1970 werden Willenserklärungen (living will) als „Patientenverfügungen“ häufiger, wohl als Gegenbewegung zu der Intensiv- und Apparatemedizin. In Gesprächen mit Ärzten kann man den Eindruck gewinnen, dass Unsicherheit vorherrscht, was zu tun (oder zu lassen) ist, vor allem bei sehr alten Patienten und infauster Prognose [4], denn die Medizin kennt Therapien und Möglichkeiten, den Sterbeprozess mindestens zu verzögern [9]. Und für diese von der wissenschaftlichen Medizin neu geschaffenen Probleme hat der Arzt keine Lösungen, allgemein anerkannte Leitlinien gibt es (noch) nicht. Im Angesicht des drohenden Todes und der Hilflosigkeit eines Menschen sind dritte Personen – Ärzte, Pfleger, Angehörige und sogar Fremde „ethisch aufgeladen“. Sie wollen bestimmen, wo sie nichts zu bestimmen haben. Die Heil-Aufgabe des Arztes relativiert sich – er hat kein Behandlungsrecht. Die Grenze ist die Patientenautonomie, und diese Grenze gilt es, möglichst scharf zu ziehen.

2. Was ist eine Patientenverfügung?

Eine Patientenverfügung (schlechter auch „Patiententestament“) ist eine schriftliche Willenserklärung eines urteilsfähigen Menschen, was mit ihm geschehen oder nicht geschehen soll, wenn er nicht mehr selbst entscheiden kann. Wird der Verfügungsgeber zum Patienten, verweigert er somit ex ante die Einwilligung zu diagnostischen Maßnahmen und ärztlichen Eingriffen auch für den Fall, dass die Unterlassung den Tod zur Folge haben wird [18]. Oder positiv ausgedrückt: Der zum Patienten gewordene Mensch möchte

zwar Hilfe (z. B. Schmerzmittel), jedoch sollen die Ärzte dem Krankheitsprozess seinen natürlichen Verlauf lassen. Eine aktive Sterbehilfe wird nicht verlangt.

Es empfiehlt sich, die Patientenverfügung zu ergänzen:

- durch eine Betreuungsverfügung, in der im Fall der Notwendigkeit eine Person als Betreuer vorgeschlagen wird (§ 1897 Abs 4 S 1 BGB) [5].
- durch eine Vorsorgevollmacht, in dem eine Person genannt wird, die im Falle der eigenen Entscheidungsunfähigkeit das Selbstbestimmungsrecht übernehmen soll. Dies kann nach § 166 BGB als „Generalvollmacht“ geschehen. Es kann auch ein „Auftrag in bestimmten Angelegenheiten“ nach § 662 BGB erteilt werden.

Aus den unterschiedlichsten Motiven heraus wurden hunderte von Verfügungen entwickelt, die jedoch fast immer zu allgemein gehalten sind, um im konkreten Fall wirklich eine Entscheidungshilfe sein zu können. Konkrete Einschnitte in die „ärztliche Therapiefreiheit“ enthalten sie fast nie. Das kann dann zur Missachtung einer Willenserklärung führen [4].

3. Warum eine Patientenverfügung?

Es gibt (noch) keine medizinischen Leitlinien, welche ärztliches Handeln bei aussichtslosen, tödlichen Krankheiten definieren. Ärzte, Pflegedienste und Altenheimträger weigern sich immer wieder, „die Verantwortung zu übernehmen“. Gerichte warten ab, ob – ex post – Entscheidungen im Sinne der unterlassenen Hilfeleistung justitiabel sind [7]. Potentielle Patienten wissen häufig darum und möchten aus oft sehr persönlichen Gründen Vorsorge treffen. 2005 befragte die Deutsche Hospiz Stiftung 1.000 Menschen danach [17], sie antworteten:

- Wunsch nach Selbstbestimmung bis zum Schluss (57%)
- Angst vor Leiden (52%)
- Niemandem zur Last fallen zu wollen (45%)

- Anderen keine Kosten verursachen zu wollen (26%)
- Angst, dass die Ärzte zu viel tun (26%)
- Angst, dass die Ärzte zu wenig tun (17%)
- Fehlende Angehörige (15%)

4. Kommunikation und Zeit

Die zwingend notwendige, kompetente und vorbereitende Kommunikation mit allen Beteiligten [8] benötigt Zeit, die schon bei der Erstellung einer Patientenverfügung so früh wie möglich investiert werden muss. Auch soll sich aus der Willenserklärung ein Zeitfenster ergeben, indem eine Frist vorgegeben wird, in der eine Besserung, z. B. der Bewusstseinslage, eingetreten sein muss: *Wenn ich nach vier Wochen Therapie auf einer Intensivstation nicht bei Bewusstsein bin, ist die Intensiv-Therapie zu beenden. Wenn nach drei Monaten von mir immer noch keine Entscheidungen getroffen werden können, ist jegliche kurative (heilende) Therapie einzustellen. Dazu gehören auch und besonders Beatmung, Sauerstoffgabe, Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr über Sonden oder Infusionen.*

Mit dieser Formulierung kann in den Schwebestadium zwischen Leben und Tod (z. B. Wachkoma) regulierend eingegriffen werden. Juristisch bedeutet dies, dass der Arztvertrag gekündigt wird [1, S. 394] oder – z. B. für die palliative Therapie – erneuert werden muss. Allerdings ist Notfallmedizin zeitkritisch, und ein Notarzt, der zu einem Bewusstlosen gerufen wird, muss erst die Vitalfunktionen stabilisieren, bevor er die Patientenverfügung lesen kann. Kommunikation soll hier erreichen, dass der Notarzt erst gar nicht gerufen wird. Das ist außerdem auch im Heimvertrag zu regeln.

5. Was soll mit einer Patientenverfügung erreicht werden?

Sie soll eine möglichst große Sicherheit vermitteln bei offenen Fragen zu me-

dizinischen Maßnahmen, wenn der Kranke sich selbst nicht mehr äußern kann. Solche „Vorausverfügungen“ sind in der Medizin üblich, z. B. vor einer Narkose. Kann der Kranke nicht mehr selbst entscheiden, welche medizinischen Maßnahmen (noch) an ihm durchzuführen sind, muss er die Entscheidung delegieren, oder besser: delegiert haben. Andere Menschen bestimmen jetzt über ihn – dabei soll (muss?) eine Patientenverfügung helfen. Viele Ärzte entscheiden in dubio pro vita [4,12]. Das mag zwar unterschiedliche und sicher auch ethische Gründe haben, bleibt aber eine Fremdbestimmung. Immer wieder wird gefürchtet, eine Verfügung könnte am Lebensende vielleicht widerrufen werden. Dies sollte aber ausschließlich dem Patienten vorbehalten bleiben [16].

6. Aufgabe des Hausarztes

Weil aber die Anweisungen in der Patientenverfügung einerseits möglichst genau sein müssen, andererseits aber die individuelle Persönlichkeit des Einzelnen zu berücksichtigen ist, kommt dem **Hausarzt** eine zentrale Rolle bei der Abfassung, Interpretation und Erklärung einer Patientenverfügung zu [9,10]. Er ist derjenige, der den Bildungsgrad und die persönliche Lebensphilosophie seines Patienten kennt. Er muss diese in einem ausführlichen Gespräch erörtern und schriftlich festlegen. Daher kann ein Vordruck stets nur eine Hilfestellung sein. Gegebenfalls muss der Hausarzt den Willen seines Patienten gegenüber anderen Ärzten dann auch durchzusetzen, z. B. kann er den Angehörigen helfen, die Behandlungserlaubnis zu entziehen.

7. Welche Problemfelder sind – möglichst genau – festzulegen?

a. Wann soll die Verfügung gelten? (Reichweite)

Wer legt wie fest, zu welchem Zeitpunkt eines Krankheitsverlaufes die Regelungen anzuwenden sind? Greift die Patientenverfügung automatisch bei je-

der Bewusstlosigkeit? Sicher nicht, daher muss zunächst **ärztlich** über die Prognose entschieden werden. Zur Meinungsfindung ist Zeit und eine diagnostische Entscheidungsfreiheit vonnöten. Die Grenze dieser ärztlichen Handlungsfreiheit kann jedoch in der Verfügung gezogen werden. Da Krankheiten stets dynamisch verlaufen, nie statisch sind, kann eine Zeit bestimmt werden, in der der Arztvertrag unverändert gültig ist.

Der dynamisch verlaufende Krankheitsprozess und die Ergebnisse der Diagnostik verlangen in der Regel ärztliches Handeln, z. B. eine Therapie. Jetzt ist zunächst der Arzt gefordert, ob und welche Behandlungen er für notwendig hält. Jeder Arzt muss ständig entscheiden, welche Maßnahmen bei welchem Patienten (noch) sinnvoll sind. Kann er dies nicht mit dem Kranken besprechen („shared decision making“), hat er den mutmaßlichen Willen des Patienten zu berücksichtigen [15]. Dies sei an einem Beispiel erläutert: Ein Patient mit fortgeschrittener Alzheimer-Demenz entwickelt Fieber. Die Diagnostik weist einen eitrigen Harnwegsinfekt nach. Das Verbot „keine lebenserhaltenden Maßnahmen“ findet hier nur nach der persönlichen Einstellung des Arztes und seiner Interpretation Anwendung. Art und Vielzahl der Faktoren, die die Entscheidung des behandelnden Arztes beeinflussen, sind kaum vorstellbar groß und unterschiedlich. Sie reichen von der eigenen Verleumdung des Sterbens über religiöse Bindungen [11] bis hin zur Angst vor „forensischen Konsequenzen“*. Enthält die Patientenverfügung eindeutige Vorgaben (*keine Antibiotika*), ist die Entscheidung leichter.

Richterin Angela Salvio fasste 2006 über den todkranken **Piorgio Welby** im Urteil zusammen: Welby habe möglicherweise ein Recht auf die Aussetzung lebenserhaltender Maß-

*„forensische Konsequenzen“ ist eine beliebte Formulierung, die Ärzte benutzen, wenn sie eine an sich sinnlose Übertherapie durchführen. Manchmal auch zu Recht: Einem Arzt wurde wegen der fahrlässigen Tötung durch Unterlassen bei einer sterbenden Frau ein Strafbefehl zugestellt (Az.: Cs 301 Js 42965/05, Amtsgericht Leipzig, s. auch [7]).

nahmen, aber ohne ein Gesetz zur Übertherapie liege diese Entscheidung alleine beim Arzt. Salvio kritisiert, gegenwärtig sei die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch von den persönlichen ethischen, religiösen und beruflichen Überzeugungen des jeweiligen Arztes abhängig [2].

In der Patientenverfügung kann vorgeschrieben werden, dass die Meinung (!) oder besser das Gutachten eines weiteren Arztes einzuholen ist. Dabei kann eine Vertrauensperson oder ein Bevollmächtigter wertvolle Hilfe leisten. Wollen die verantwortlichen Ärzte dem Patientenwillen nicht folgen [4], hilft der Zusatz „halten sich die behandelnden Ärzte nicht an diese Verfügung, muss mein Bevollmächtigter Anzeige wegen Körperverletzung (nach §§ 223 ff StGB) stellen“, dem dargelegten Willen, die notwendige Schärfe zu geben. Rechtsklarheit, wie sie Prof. Karl Eichhäupl, Charité, fordert** [4], ist nicht möglich. Bei jedem schwer Kranken oder Sterbenden ist als Einzelfall individuell zu entscheiden. Und diese Entscheidung teilen sich zwei Parteien, der Kranke selbst und **sein** Arzt. Die Menschen haben meist recht genaue Vorstellungen, welche medizinischen Maßnahmen am Ende des Lebens sinnvoll sind [6], oft genug im Gegensatz zu den Ärzten, die sich zu häufig hinter das *in dubio pro vita* zurückziehen (müssen), ohne dass sie ethisch-philosophisch festlegen, was denn *vita* im individuellen Fall bedeutet. Im Gegensatz dazu kann der Jurist nur bei (vermutetem) Missbrauch eingreifen, eine Entscheidung was medizinisch sinnvoll ist, kann er nicht treffen. Er wäre auf ein ärztliches Gutachten angewiesen. Gibt es keine Anweisung, wie am Ende des Lebens zu handeln ist, muss der mutmaßliche Willen eruiert werden, und dabei verbleibt eine wesentlich größere Unsicherheit. Letztlich wird bei dieser Konstellation der behandelnde Arzt nach seinen eigenen

**„Rechtsklarheit muss geschaffen werden, auf welche Weise ist uns Ärzten letztendlich egal. Es gibt in einem großen Klinikum wie etwa der Charité nahezu täglich eine solche Entscheidung zu treffen und in dieser unsicheren Situation werden Entscheidungen eben nicht sachgerecht und patientengerecht getroffen.“ Wörtlich nach [4].

Überzeugungen handeln, weil er diese für die „ethische Norm“ hält. Das gilt sogar für das im Betreuungsrecht verankerte Wohl des Patienten (§ 1901 BGB), das aber vom Gesetz nicht genau festgelegt wird (werden kann).

b. Generelle Formulierungen („keine Intensivtherapie“)

Allgemeinplätze wie „Apparatemedizin“, „unwürdiges Dahinvegetieren“, „qualvolles Leiden“ oder Wünsche wie „keine lebenserhaltenden Maßnahmen“ oder „in Würde sterben“ sind wenig hilfreich. Ärzte fürchten bei guter Prognose einer behandelbaren, akuten Krankheit, die sie nicht therapieren, strafrechtliche Konsequenzen wie den Vorwurf der fahrlässigen Tötung durch Unterlassen*. Entscheidend ist daher, dass nach ärztlicher Einschätzung die Prognose als Gesamtbild infaust sein muss. Besser wäre:

„Ist nach der Einschätzung des Arztes meines Vertrauens (Hausarzt) eine Rückkehr in ein selbstbestimmtes Leben unwahrscheinlich, sind alle lebenserhaltenden Maßnahmen zu beenden“.

Diese Maßnahmen sind genau festzulegen, z. B.:

- Ich will auch dann nicht künstlich ernährt werden (z. B. über eine PEG-Sonde), wenn dies ärztlich geboten erscheint.
- Alle Medikamente, die nicht einer Erleichterung meines Leidens dienen, sind sofort abzusetzen, auch dann, wenn dies der ärztlichen Auffassung widerspricht (fachlich: Wechsel von der kurativen zur palliativen Behandlung).

c. Wer soll den Willen durchsetzen?

Dazu wird entweder eine Vertrauensperson beauftragt, oder ein Bevollmächtigter bestimmt. Die Person ist namentlich zu nennen und der Auftrag oder die Vollmacht muss exakt formuliert sein [3], damit möglichst keine Interpretationen im Sinne der ethischen Vorstellungen Dritter in Entscheidungen einfließen können. Sonst sind leicht Schuldzuweisungen möglich.

Häufig wird die scharfe Suggestivfrage gestellt, wenn das Legen einer PEG-Sonde verweigert wird: „*Sie möchten also, dass ich den Patienten verhungern lasse?*“ [13]. Ehrlicher wäre es zu sagen: „Wir wollen, dass die Menschen so sterben, dass wir es ertragen können“ [13]. Eine sorgfältig formulierte Patientenverfügung ist eine (die einzige?) Möglichkeit, z. B. auch eine zwangsweise Umsiedlung ins Altenheim zu verhindern [5,14].

d. Behandlung bei nicht heilbaren Krankheiten und am Lebensende

Da Therapien Ärzten, Pflegekräften und oft auch Angehörigen das Gefühl und die Zufriedenheit vermitteln, *alles getan zu haben*, ist auch hier bei Ablehnung mit Widerstand zu rechnen. Umso genauer müssen die Anweisungen sein. Dies kann sogar in Form einer Tabelle festgelegt werden:

Notfallplan

Komplikation	gewünschte Behandlung
Nahrungsverweigerung	keine Sonde (z. B. PEG)
Lungenentzündung	keine Antibiotika
Schmerzen	Morphium
Schlafstörungen	Benzodiazepin

8. Vorschlag – was kann verbessert werden?

- Rechtssicherheit von Vorausverfügungen:
Einfügen neu ins BGB: § 1901(3) „Patientenverfügungen sind rechtsverbindliche Willenserklärungen. Eine Beratung durch einen Arzt muss nachgewiesen werden. Die Beratung fällt nicht unter das RBERG“).
- Aufklärung der Bevölkerung
- Fortbildung für Ärzte
- Gebührenordnungsziffer bei der GOÄ und dem EBM für die Beratung durch Ärzte

„Dulden muss der Mensch sein Scheiden aus der Welt wie seine Ankunft: Reif sein ist alles.“ (Shakespeare W (1605) King Lear).

Literatur

- [1] Laufs/Uhlenbruck (1999) Handbuch des Arztrechts. 2. Auflage. C.H. Beck, München.
- [2] Richterin Angela Salvio über P. Welby: <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=26816> (Zugriff am 23.1.2007).
- [3] <http://dejure.org/gesetze/BGB/662.html> und <http://dejure.org/gesetze/StGB/223.html>
- [4] Rundfunk Berlin Brandenburg, Kontraste. Beitrag vom 2.11.2006.
- [5] Report ARD am 22.1.2007 unter <http://www.br-online.de/daserste/report/> (Zugriff am 23.1.2007).
- [6] zahlreiche Veröffentlichungen, z. B. In Würde sterben im stern Nr. 48 vom 23.11.2006. Google zum Begriff „In Würde sterben“ ungefähr 39.700 Seiten.
- [7] Staatsanwaltschaft Dresden AZ 411 Js 61730/01. Verweigerte Hilfeleistung bei einem 99jährigen sterbenden Patienten.
- [8] Husebø S (2005) Ethische Fragen am Lebensende. Journal für Anästhesie und Intensivbehandlung Nr. 3 – 2005 – S. 9.
- [9] Große et al. : Sterbebegleitung aus der Sicht des Hausarztes. Vorbereitung auf den Abschied. MMW- Fortschr. Med. Nr. 20 vom 18.5.2006, S. 32ff.
- [10] Sturm E et al. (2006) Hausärztliche Patientenversorgung, Konzepte – Methoden – Fertigkeiten. Thieme Verlag, Stuttgart, S. 400 ff.
- [11] Leuenberger in „Handbuch der christlichen Ethik“ (1993, Band 2), S. 103.
- [12] Student C (2006) Leserbrief zum Juristentag „Im Zweifel für das Leben“. Deutsches Ärzteblatt Jg. 103, Heft 48 vom 1.12.2006 S. 2825.
- [13] Sterbehilfe. Alexanders Abschied. Der Spiegel 46/2006 S. 170 ff.
- [14] Eichsfelder Tageblatt „Warum darf meine Mutter nicht zu mir?“ vom 12.9.2006.
- [15] XII. Senat des BGH vom 17. März 2003-Az: XII ZB 2/03.
- [16] Wertanamnese der Autoren Sass und Kielstein. Z. B. in „Die medizinische Betreuungsverfügung in der Praxis“, Medizinethische Materialien, Heft 111, 4. Aufl., 1998 und „Die Wertanamnese“, Medizinethische Materialien, Heft 76, 1992.
- [17] Deutsche Hospizstiftung: Wie denken die Deutschen über Patientenverfügungen? November 2005 Zugriff am 12.1.2007 unter http://www.hospize.de/ftp/tns_studie_05.pdf
- [18] Rieger H-J. Lexikon des Arztrechts. Berlin: De Gruyter; 2007.