

Aus: Meier C, Borasio GD, Kutzer K (Hrsg.)

**Patientenverfügung: Ausdruck der Selbstbestimmung – Auftrag zur Fürsorge**

Münchener Reihe Palliativmedizin, Band 1 - Kohlhammer Verlag, im Druck

## **Selbstbestimmung im Dialog**

### **Die Beratung über Patientenverfügungen als Ausdruck ärztlicher Fürsorge**

*Prof. Dr. med. Gian Domenico Borasio*

Geschäftsführender Vorstand

Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin der Universität München ([www.izp-muenchen.de](http://www.izp-muenchen.de))

[Borasio@med.uni-muenchen.de](mailto:Borasio@med.uni-muenchen.de)

*Es kam so, wie der alte Mann befürchtet hatte: er wurde durch einen Schlaganfall vollständig gelähmt und war nicht mehr ansprechbar. Eine Aussicht auf Rückkehr in ein selbstbestimmtes Leben bestand nicht. Für diesen Fall hatte er eine Patientenverfügung verfasst und festgelegt, dass er in einer solchen Situation keine lebensverlängernden Maßnahmen, insbesondere auch keine künstliche Ernährung wollte. Die vom Gericht zur Betreuerin bestellte Tochter versuchte vergebens, den Willen des Vaters bei den Ärzten durchzusetzen – man wolle den Patienten nicht „verhungern“ lassen. Sie könne aber ihren Vater natürlich jederzeit mit nach Hause nehmen. Dies tat die Tochter dann auch, nicht ohne vorher den Arzt wegen Körperverletzung angezeigt zu haben. Der Vater verstarb nach wenigen Tagen, der Arzt revanchierte sich mit einer Anzeige wegen Totschlag. Tochter und Arzt sind bis heute durch die Ereignisse gezeichnet.*

Dieser Fall verdeutlicht, worum es in der gegenwärtigen Diskussion über die Reichweite von Patientenverfügungen geht. Menschen möchten verhindern, dass sie in bestimmten Situationen künstlich am Leben erhalten werden, und zwar auch dann, wenn der Tod – wie in diesem Fall – aufgrund medizinischer Eingriffe nicht unmittelbar bevorsteht, ja sogar Jahre entfernt sein kann wie etwa bei Wachkoma-Patienten. Es geht also letztlich um das Sterben-Dürfen im Zeitalter der High-Tech Medizin.

Was steht der Beachtung der Patientenwünsche entgegen? Die Rechtsprechung hat mehrfach auf die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen hingewiesen, sowie auf das Recht von Patienten, lebenserhaltende Maßnahmen abzulehnen. Die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen wird von der Bundesärztekammer in der Neufassung der „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“ (1, im Anhang abgedruckt) ebenso betont wie vom Bundesjustizministerium (2), vom Bayerischen Justizministerium (3), vom Deutschen Juristentag (4), von der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht (5) und von der Palliativ- und Hospizbewegung (6). Weshalb wird dann heftig über eine Änderung des Betreuungsrechts diskutiert? Gibt es tatsächlich einen Regelungsbedarf?

#### **Argumente für eine gesetzliche Regelung aus ärztlicher Sicht**

Die Unsicherheit der Ärzteschaft in Bezug auf die Rechtslage am Lebensende ist groß. In einer Umfrage bei neurologischen Chefärzten bezeichneten 32% die sog. „indirekte Sterbehilfe“ (die Gabe hochdosierter Medikamente, z.B. zur Schmerzlinderung, die als unbeabsichtigte Nebenwirkung die Sterbephase verkürzen könnten) fälschlicherweise als strafbar. Fast die Hälfte (45%) setzten die Behandlung der terminalen Atemnot mit Morphin (eine effiziente und sichere, nach dem Stand der Wissenschaft in dieser Situation gebotene Therapie) einer Euthanasie gleich. 60% gaben Angst vor Rechtsfolgen beim Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen an, selbst wenn diese Bitte von einem wachen, einwilligungsfähigen Patienten geäußert würde. Schließlich gaben 47% zu, dass ihre eigene Ausbildung für die Begleitung in der Terminalphase „mäßig bis schlecht“ sei (7).

Ähnliche Zahlen sind bei Umfragen mit Hausärzten und Onkologen ermittelt worden. Leider zeigte auch eine Untersuchung bei Vormundschaftsrichtern an, dass über 30% die Rechtslage falsch einschätzen (siehe auch den Beitrag von Alfred Simon in diesem Band). In der Praxis ist immer wieder zu hören, dass das Fehlen einer gesetzlichen Regelung ein wesentlicher Grund für die bestehende Rechtsunsicherheit ist: kein Arzt sei in der Lage, sich in die komplizierte Rechtsprechung einzulesen. Richtig ist, dass bisher weder die Palliativmedizin noch die Rechtslage am Lebensende zum Aus- oder Weiterbildungsprogramm für Ärzte zählen. Außerdem tragen z.T. schwer verständliche und in sich widersprüchliche Entscheidungen wie der BGH-Beschluss vom 17.3.2003 (8) nicht unbedingt zur Erhellung der Lage für juristische Laien bei. Deshalb wurde eine Interpretation des BGH-Beschlusses für die Praxis erstellt (9), die sich im Wesentlichen in dem Flussdiagramm niederschlägt, das im Beitrag von J. Bickhardt in diesem Band als Abb. 1 abgedruckt ist, und auch die Grundlage für

die Leitlinie zum Umgang mit Patientenverfügungen des Klinikums der Universität München darstellt (s. Beitrag von R. Jox in diesem Band).

### **Voraussetzungen für einen guten Entscheidungsprozess**

Nach den Erfahrungen in der palliativmedizinischen Beratungspraxis gibt es drei Voraussetzungen für einen guten Entscheidungsprozess am Lebensende: Dialogbereitschaft, Rechtssicherheit und medizinisches Wissen.

#### *Dialogbereitschaft*

Der erste und wichtigste Punkt ist die *Bereitschaft zum Dialog*. Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung sollen nicht die fürsorgliche Arzt-Patienten-Beziehung ersetzen, sondern Ausdruck derselben sein. Sie sollen nicht das Gespräch zwischen den Beteiligten bei Therapieentscheidungen am Lebensende überflüssig machen, sondern es fördern und ihm als Grundlage dienen. Deshalb ist eine ärztliche Beratung vor Abfassung einer Patientenverfügung unbedingt zu empfehlen. Auch die Evangelische Kirche in Bayern hat ausdrücklich die gesprächsfördernde Wirkung von Patientenverfügungen betont (19). Wie weiter unten ausgeführt, sollte man darüber nachdenken, ob nicht eine gesetzliche Neuregelung einen rechtlichen Anreiz für die ärztliche Beratung enthalten könnte.

Ein weiterer Schritt zur Förderung des Dialogs könnte in einer größeren begrifflichen Klarheit liegen. Umfragen zeigen, dass etwa die Hälfte aller Ärzte und aller Vormundschaftsrichter die Unterschiede zwischen der sog. „aktiven“, „passiven“ und „indirekten“ Sterbehilfe nicht kennen. Der Begriff „Sterbehilfe“, der in dieser Form nur im deutschen Sprachraum verwendet wird, ist mehrdeutig, hochemotional und verwirrend – keine guten Voraussetzungen, um darüber eine Debatte zu führen. Besser wäre es, sachliche und klar definierte Formulierungen zu verwenden, wie „Tötung auf Verlangen“, „Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen“ sowie den zentralen Begriff der „Therapieziel-Änderung“. Dieser verdeutlicht, worum es bei den Entscheidungsgesprächen am häufigsten geht, nämlich gemeinsam herauszufinden, welches Behandlungsziel der Patient für sich in dieser Situation als vorrangig betrachtet (z.B. Lebensverlängerung oder ausschließliche Beschwerdelinderung). Erst aus dieser Entscheidung folgen dann die *Mittel*, die zum Erreichen des Behandlungszieles im Sinne des Patienten angewandt oder unterlassen werden sollen.

#### *Rechtssicherheit*

Der Wunsch nach *Rechtssicherheit* besteht gleichermaßen bei Patienten, Betreuern, Bevollmächtigten und Ärzten. Unsicherheiten verursachen Angst, und Angst ist keine gute Basis für Gespräche. Der Arzt im Anfangsbeispiel wusste nicht, dass die künstliche Ernährung auch nach den standesrechtlich bindenden Grundsätzen der Bundesärztekammer (1) eine medizinische Behandlung ist, die einer Einwilligung bedarf. Diese hatte der Patient aber wirksam im Voraus verweigert.

Der ursprüngliche, im Verlauf der Diskussion zurückgezogene Gesetzesvorschlag des Bundesjustizministeriums zur Änderung des Betreuungsrechts wollte die Dialogbereitschaft bei Entscheidungen am Lebensende durch die Klärung von Rechtsunsicherheiten und die Förderung von Konsenslösungen erhöhen. Die Patientenverfügung sollte zum ersten Mal gesetzlich geregelt und ihre Verbindlichkeit festgeschrieben werden. Die Rolle eines Bevollmächtigten, der für den Fall der Entscheidungsunfähigkeit vom Patienten eingesetzt wird, sollte bewusst gestärkt werden, da davon auszugehen ist, dass der Betroffene mit diesem über seine Einstellungen und Wünsche für das Lebensende gesprochen hat. Die Einschaltung der Vormundschaftsgerichte sollte auf diejenigen Fälle beschränkt werden, in denen ein Konflikt zwischen Betreuer/Bevollmächtigtem und Arzt über die Auslegung des Patientenwillens besteht. Einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen wurde eine unmissverständliche Absage erteilt.

Die Enquete-Kommission des Bundestags „Ethik und Recht der modernen Medizin“ schlägt in ihrem auch intern umstrittenen Bericht (10) vor, die Reichweite von Patientenverfügungen auf den „unumkehrbar tödlichen Verlauf“ einer Krankheit zu beschränken, und daher bei Krankheiten wie Demenz und Wachkoma die Wirksamkeit einer Patientenverfügung grundsätzlich abzulehnen. **Dieser Vorschlag ist mit den Grundsätzen der Selbstbestimmung nicht vereinbar, medizinisch unsinnig und realitätsfern.**

- Der Vorschlag ist mit den Grundsätzen der Selbstbestimmung nicht vereinbar, weil Patienten, die bei Bewusstsein sind, selbstverständlich das Recht haben, jede ärztliche Behandlung zu jedem Zeitpunkt abzulehnen. Eine Ungleichbehandlung von Menschen, die dieses wirksam im Voraus verfügen, wäre verfassungsrechtlich unhaltbar (20).

- Der Vorschlag ist medizinisch unsinnig, weil der Begriff des „unumkehrbar tödlichen Verlaufs“ in der Praxis nicht anwendbar ist – unumkehrbar tödlich verläuft das Leben an sich. Interessanterweise hat der in diesem Zusammenhang zitierte BGH-Beschluss vom 17.3.2003 zwar ebenfalls vom „unumkehrbar tödlichen Verlauf“ gesprochen, aber – im Gegensatz zur Enquete-Kommission – diesen Begriff auf einen Wachkoma-Patienten angewandt. Dies ist medizinisch korrekt, denn Wachkoma oder eine Demenz sind wie Krebs Erkrankungen mit einem tödlichen Verlauf, und haben selbst bei maximaler lebenserhaltender Therapie eine deutliche Reduzierung der Lebenserwartung zur Folge. Die Unsinnigkeit einer solchen Reichweitenbegrenzung zeigt sich auch an folgendem Beispiel:

*Ein 95jähriger, rüstiger Altenheimbewohner, der schon zwei Herzinfarkte hinter sich hat, aber ansonsten gesund ist, wird von seinem Hausarzt darüber aufgeklärt, dass die Wahrscheinlichkeit, in seinem Alter eine Wiederbelebung im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes ohne schwere neurologische Schäden zu überleben, gering ist. Er fasst daraufhin eine Patientenverfügung, in der er für sich eine Reanimation ausschließt und den Wunsch äußert, nach einem langen und erfüllten Leben eines natürlichen Todes in Würde sterben zu dürfen.*

Nach den Vorstellungen der Enquete-Kommission wäre diese Patientenverfügung nicht zulässig, denn ein Herzinfarkt ist *per se* keine „unumkehrbar tödliche“ Erkrankung. Der Patient müsste also in jedem Fall reanimiert werden. Falls er danach zum Wachkoma-Patienten wird, müsste er entgegen seinem Willen so lange weiter künstlich ernährt und ggf. antibiotisch behandelt, dialysiert oder transfundiert werden, bis der Tod trotz dieser Maßnahmen eintritt. Damit werden Menschen, die den Wunsch nach einem natürlichen Tod äußern, von der Enquete-Kommission wie psychisch kranke Suizidenten behandelt.

Die Reichweitenbeschränkung erweist sich somit als Ersatz des alten medizinischen Paternalismus durch einen neuen, und schlimmeren, **ethischen Paternalismus**: das wichtige Prinzip des Lebensschutzes wird durch deontologische Fixierung zum **Dogma des Lebenszwangs** umgedeutet und damit entwertet.

- Der Vorschlag ist realitätsfern, weil Demenz und Wachkoma genau diejenigen Zustände sind, für welche die meisten an einer Patientenverfügung interessierten Menschen Vorsorge treffen wollen. Auf eine Missachtung ihres Grundrechts auf Selbstbestimmung reagieren Menschen sehr häufig mit der Forderung nach der ultimativen Kontrolle über ihr Schicksal, nämlich der Legalisierung der Tötung auf Verlangen. Einige Patienten haben mir gegenüber geäußert, dass sie ernsthaft einen Suizid erwägen, wenn die Einhaltung ihrer Patientenverfügung nicht gesichert werden kann. Damit erreicht die Enquete-Kommission genau das Gegenteil dessen, was sie sich selbst als Ziel gesteckt hat.

Die ebenfalls von der Enquete-Kommission aufgestellte Forderung nach grundsätzlicher Einschaltung des Vormundschaftsgerichts, wenn lebenserhaltende Maßnahmen unterbleiben sollen, und zwar auch dann, wenn alle Beteiligten (Ärzte, Pflegende, Angehörige) sich darüber einig sind, dass dies dem Willen des Patienten entspricht, hätte in der Praxis groteske Konsequenzen. Über zwei Drittel aller Todesfälle (d.h. pro Jahr über 500.000) ereignen sich in Krankenhäusern oder Alten- und Pflegeheimen. Bei der überwiegenden Mehrzahl dieser Fälle stellt sich am Lebensende die Frage nach Einstellung oder Nicht-Einleitung lebenserhaltender Maßnahmen, die fast immer im Konsens der Beteiligten gelöst wird. Bei einer Umsetzung des Vorschlags der Enquete-Kommission müssten hingegen alle Betroffenen bis zum Abschluss der regelhaft einzuleitenden Gerichtsverfahren gegen ihren Willen künstlich am Leben erhalten werden. Der Vorschlag suggeriert zudem eine Scheinsicherheit, weil den Gerichten letztlich keine zusätzlichen und besseren Erkenntnisquellen zur Verfügung stehen. Eine solche Verrechtlichung des Arzt-Patienten-Verhältnisses würde Missbrauchsängste statt Vertrauen und Konfrontation statt Gespräch fördern.

Äußerungen einzelner Parlamentarier, die bei einer gesetzlichen Verankerung der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen die Gefahr „holländischer Verhältnisse“ heraufbeschwören, sind abwegig. Hier wird der elementare Unterschied zwischen der Erlaubnis zum Sterben und der Erlaubnis zum Töten verwechselt. Bei Missbrauchsverdacht hat jeder die Möglichkeit, das Vormundschaftsgericht anzurufen. Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass die Schaffung von Rechtssicherheit, die Beachtung der Selbstbestimmung und die Förderung des Dialogs einen wesentlich besseren Schutz gegen Euthanasieforderungen bieten als ideologische Extrempositionen.

#### *Medizinisches Fachwissen*

Was das medizinische Fachwissen angeht, so hat die Kommission des Bundesjustizministeriums „Patientenautonomie am Lebensende“ aus gutem Grund eine flächendeckende Bereitstellung von palliativmedizinischer und hospizlicher Versorgung gefordert. Solange elementare Grundsätze der Palliativmedizin den meisten Ärz-

ten unbekannt bleiben, erschwert dies die Entscheidungsprozesse am Lebensende erheblich. Beispielsweise wird nicht gewusst:

- dass Menschen in der Sterbephase in der Regel keinen Hunger verspüren,
- dass Flüssigkeitszufuhr am Lebensende eine große Belastung für die Sterbenden darstellen kann (1), weil bei einem Ausfall der Nierenfunktion sich die Flüssigkeit in der Lunge ansammelt, was zu qualvoller Atemnot führen kann,
- dass Morphin die wirksamste und sicherste Therapie für starke Schmerzen und Atemnot ist, und dass es bei korrekter Anwendung nur in weniger als 1% der Fälle im Sinne einer sog. „indirekten Sterbehilfe“ (die nach der Rechtsprechung zulässig ist) wirkt, weil die Medikation in der Regel eher zu einer Verlängerung als zu einer Verkürzung des Lebens führt (11,12),
- dass nach allen vorhandenen Daten das Legen einer Ernährungssonde (PEG) bei Patienten mit weit fortgeschrittener Demenz medizinisch nicht indiziert ist, weil sie weder zu einer Lebensverlängerung noch zu einer Verbesserung der Lebensqualität führt (13).

Diese Liste ließe sich beliebig fortsetzen. Die Universität München hat deshalb als erste in Deutschland die Palliativmedizin als Pflichtfach für alle Medizinstudenten eingeführt. Es wäre wünschenswert, dass sie als Pflichtfach auch Eingang in die ärztliche Approbationsordnung findet, was bislang nicht der Fall ist.

### **Fürsorge durch Aufklärung**

Die Debatte über Patientenverfügungen wurde vielfach unter der Überschrift „Patientenautonomie am Lebensende“ geführt. Dies ist insofern verständlich, als in der Vergangenheit und noch heute die Patientenautonomie im Gesundheitswesen oft ungenügend respektiert wird. Es mehren sich aber die Stimmen, die vor einem „Umschwingen“ des Pendels in die Gegenrichtung warnen und der Gefahr einer einseitigen Betonung der Patientenautonomie durch die Einbeziehung des Fürsorgeprinzips in eine gesetzliche Regelung begegnen möchten.

Dies ist aus ärztlicher Sicht grundsätzlich zu begrüßen. Das Prinzip der Fürsorge (*beneficence*) gehört nach Beauchamp und Childress zu den vier grundlegenden Prinzipien der Medizinethik (14). Es steht allerdings in einem Spannungsverhältnis zu den anderen drei Prinzipien: Autonomie, Schadensvermeidung und Gerechtigkeit (letztere auch im Sinne von gerechter Verteilung knapper Ressourcen). Dieses Spannungsfeld ist nicht durch die einseitige Betonung eines der vier Prinzipien lösbar, sondern dem ärztlichen Wirken immanent und bei jeder Entscheidung von neuem zu beachten.

Ärztliche Fürsorge geschieht allerdings weder dadurch, dass man den Patienten die Entscheidungen grundsätzlich abnimmt (einseitiger Paternalismus) oder von jedem Patienten erwartet, dass er selbständig entscheidet (einseitiges Autonomieverständnis). Vielmehr haben unterschiedliche Patienten unterschiedliche Erwartungen an ihren Arzt, was das „Mischungsverhältnis“ zwischen Autonomie und Fürsorge angeht. Aufgabe des Arztes ist es, dies zu erkennen und zu beachten. S. Kierkegaard sagte dazu „Wenn wir jemandem helfen wollen, müssen wir zunächst herausfinden, wo er steht“. Dies ist die Basis der Aufklärung.

#### *Einfluss von Informationen*

Die Bedeutung der ärztlichen Aufklärung für die (autonome) Entscheidung der Patienten soll an zwei Beispielen verdeutlicht werden:

*Im Dokumentarfilm: „Tod auf Verlangen“ (Holland, 1994) wird die letzte Lebensphase eines Patienten mit amyotropher Lateralsklerose (ALS) gezeigt. Die ALS führt zu fortschreitenden Lähmungen und einer Vielzahl von belastenden, aber gut behandelbaren Symptomen (15). Der Patient im Film litt eindeutig unter einer völlig unzureichenden Symptomkontrolle. Sein Hausarzt und zwei weitere Ärzte bestätigten ihm, dass er an seiner Krankheit „qualvoll ersticken“ würde. Der Patient entschied sich daraufhin zur Euthanasie, die vor laufender Kamera durchgeführt wurde. Das Tragische an diesem Fall ist, dass die Information falsch war: Patienten mit ALS sterben in aller Regel friedlich im Schlaf. Bei einer von uns durchgeführten Untersuchung an 171 ALS-Patienten ist kein einziger „erstickt“ (d.h. qualvoll im Zustand der Atemnot verstorben).*

*In einer weit beachteten Studie fragten Murphy und Mitarbeiter 287 Patienten über 60 Jahre, ob sie im Falle eines Herzstillstandes eine Wiederbelebung wünschen. Nach Aufklärung über die Überlebenschancen bei dieser Maßnahme fiel der Anteil positiver Antworten von 41% auf 22% (16).*

Diese Beispiele zeigen, wie sehr die Entscheidungen von Patienten für Situationen am Lebensende von ihrem Informationsstand abhängen. Ein wesentlicher Ausdruck ärztlicher Fürsorge besteht darin, Patienten über die Tragweite und Folgen ihrer Entscheidungen aufzuklären.

### *Autonomie und Fürsorge: der dritte Weg*

In Anlehnung an die Aufklärungs-Definition von Kant kann man die ärztliche Aufklärung als „Ausgang des Patienten aus unverschuldeter Unmündigkeit“ betrachten. Wenn man das Prinzip der Fürsorge richtige versteht und ernst nimmt, sollte in einer gesetzlichen Regelung für Patientenverfügungen dieser Aspekt mit einfließen – allerdings nicht als Zwang, der sich in der Regel kontraproduktiv auswirkt, sondern als Anreiz zur Beratung. Deshalb sei hier folgender Regelungsvorschlag, der in ähnlicher Form auch von der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz geäußert wurde (17) stichpunktartig vorgestellt.

1. Eine Patientenverfügung ist unabhängig von der Form *wirksam* und von Arzt und Betreuer / Bevollmächtigtem zu beachten, wenn

- a) sie sich auf die aktuelle Situation bezieht
- b) keine konkreten Anhaltspunkte für eine Willensänderung erkennbar sind

2. Bei der Umsetzung der Patientenverfügungen in der Entscheidungssituation soll es aber Unterschiede in der *Verbindlichkeit* geben:

- a) Die Patientenverfügung ist uneingeschränkt verbindlich wenn sie
  - schriftlich verfasst wurde
  - hinreichend präzisiert ist
  - nach einer dokumentierten qualifizierten ärztlichen Beratung erstellt wurde
- b) Wenn die Voraussetzungen unter a) nicht erfüllt sind, soll die Patientenverfügung als wichtiges Indiz für den mutmaßlichen Willen des Patienten angesehen werden.

### Begründung:

ad 1.: Aus ärztlicher Sicht ist jede Willensäußerung eines Patienten zu beachten, unabhängig von ihrer Form. Wenn ein gelähmter Patient kurz vor dem Eintreten der Ateminsuffizienz seinem Arzt verbietet, ihn künstlich zu beatmen, dann gilt diese Anweisung natürlich auch nach Eintritt der Bewusstlosigkeit – genauso wie die Einwilligung in eine Operation nicht mit Beginn der Narkose erlischt. Für die Annahme eines Widerrufs sind somit *konkrete* Anhaltspunkte notwendig.

ad 2. Dem Fürsorgeprinzip soll hier Ausdruck verliehen werden, indem die Menschen ermutigt werden, nach ärztlicher Beratung eine überlegte, hinreichend präzisierte, schriftliche Patientenverfügung zu verfassen. Der Anreiz dazu liegt in der unterschiedlichen Verbindlichkeit (nicht Wirksamkeit) der Verfügung in der Entscheidungssituation. Vorteile dieses Vorschlags sind:

- a) Dem Lebens- und Patientenschutz wird durch Aufklärung Rechnung getragen, d.h. die Menschen werden in ihrer Selbstbestimmung weiterhin ernst genommen, aber durch qualifizierte Beratung vor falschen oder unüberlegten Entscheidungen geschützt.

NB: Bei der Patientenverfügung geht es um Anweisungen an zukünftig behandelnde Ärzte bzgl. konkreter Therapien (z.B. Wiederbelebung, Beatmung, Dialyse, Antibiose, Bluttransfusionen, künstliche Ernährung). Es ist daher unstreitig, dass eine solche Beratung nur durch qualifizierte Ärzte (und nicht etwa Rechtsanwälte oder Notare) durchgeführt werden kann.

- b) Durch die Bestätigung des Arztes wird gleichzeitig die Einwilligungsfähigkeit des Patienten zum Zeitpunkt der Abfassung der Verfügung zweifelsfrei geklärt.
- c) Die Bitte der Patienten um Beratung wird die Motivation der Ärzte stärken, sich mit dem Thema der medizinrechtlichen Grundsätze am Lebensende und der Palliativmedizin zu beschäftigen, was das Versorgungsniveau verbessern wird.
- d) Diese Maßnahme führt zu einer Stärkung des Dialogs zwischen Ärzten und Patienten. Sie bietet außerdem dem in der Entscheidungssituation behandelnden Arzt die Möglichkeit, zusätzlich zu den Angehörigen den bei der Abfassung beratenden Arzt zu konsultieren, um ggf. bestehende Zweifel zu klären. Das hat sich in der Praxis außerordentlich bewährt.

Zur Umsetzung dieses Vorschlags sind in der Praxis zwei Voraussetzungen notwendig: die *Schulung der Ärzte* (vor allem der Hausärzte) und die *Einführung einer Gebühr* für die Beratung, da diese bei korrekter Durchführung mindestens eine Stunde dauert. Detailliert ausgearbeitete und in der Praxis erprobte Schulungskonzepte liegen schon vor (18) und können durch die in ganz Deutschland mittlerweile vorhandenen bzw. im Entstehen begriffenen Palliativ- und Hospizakademien umgesetzt werden.

## Schlussbemerkung

Bei der Diskussion über Entscheidungen am Lebensende geht es im Kern darum, Patienten, Familien und Behandlungsteams in Situationen großer Not nicht alleine zu lassen, sie zum vertrauensvollen Gespräch zu ermutigen und wo immer möglich eine Konsenslösung anzustreben. Jede in diesem Zusammenhang angestrebte Gesetzesregelung sollte daran gemessen werden, ob und inwieweit sie zur Erreichung dieses Ziels beiträgt. Außerdem darf nicht vergessen werden, dass diese Debatte nur einen Teilaspekt der großen Frage nach dem Umgang mit Krankheit, Altern und Tod in der modernen Gesellschaft berührt. Ohne eine grundsätzliche Richtungsentscheidung für eine bessere ärztliche und pflegerische Betreuung am Lebensende wird jede noch so durchdachte gesetzliche Regelung des Themas Patientenverfügungen letztlich Makulatur bleiben.

## Literatur

- 1) Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Deutsches Ärzteblatt 101(19): A1298-1299, 2004.
- 2) Bundesministerium der Justiz: Eckpunkte zur Stärkung der Patientenautonomie. Referentenentwurf zur Änderung des Betreuungsrechts vom 5. November 2004, online unter [www.bmj.bund.de/media/archive/791](http://www.bmj.bund.de/media/archive/791) (abgerufen am 5.3.2005).
- 3) Bayerisches Staatsministerium der Justiz: Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung. Beck-Verlag, München 2004. Online unter [www.justiz.bayern.de](http://www.justiz.bayern.de) (abgerufen am 5.3.2005).
- 4) Taupitz J: Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens?, Gutachten A zum 63. Deutschen Juristentag, Leipzig 2000
- 5) Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht: Der Wille des Menschen zwischen Leben und Sterben: Ausgewählte Aspekte des Arzt-Patienten-Verhältnisses am Ende des Lebens. Medizinrecht 11/2000, 548-9
- 6) Bayerischer Hospizverband: Überlegungen zur aktuellen Debatte über eine gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen. Online unter [www.bayerischer-hospizverband.de](http://www.bayerischer-hospizverband.de)
- 7) Borasio GD, Weltermann B, Voltz R, Reichmann H, Zierz S: Einstellungen zur Patientenbetreuung in der letzten Lebensphase: Eine Umfrage bei neurologischen Chefarzten. Nervenarzt 75: 1187-93, 2004.
- 8) Bundesgerichtshof. Beschluss vom 17.03.2003, AZ XII ZB 2/03 Entscheidungen des BGH in Zivilsachen Band 154 S. 205.
- 9) Borasio GD, Putz W, Eisenmenger W: Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gestärkt. Deutsches Ärzteblatt 100: A2062–2065, 2003.
- 10) Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“: Zwischenbericht „Patientenverfügungen“ vom 13.9.2004, Bundestag-Drucksache 15/3700. Online unter <http://dip.bundestag.de/btd/15/037/1503700.pdf> (abgerufen am 1.3.2005).
- 11) Bausewein C, Roller S, Voltz R: Leitfaden Palliativmedizin, 2. Auflage, Urban & Fischer 2004.
- 12) Sykes N, Thorns A: The use of opioids and sedatives at the end of life. Lancet Oncology 4:312-8, 2003.
- 13) Volicer L: Dementias. In: Voltz R, Bernat J, Borasio GD, Maddocks I, Oliver D, Portenoy R, Hrsg., Palliative Care in Neurology, Oxford University Press, Oxford 2004.
- 14) Beauchamp TL, Childress JF: Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, New York 2001
- 15) Oliver D, Borasio GD, Walsh D, Hrsg.: Palliative Care in Amyotrophic Lateral Sclerosis. Oxford University Press, Oxford 2000.
- 16) Murphy DJ, Burrows D, Santilli S, Kemp AW, Tenner S, Kreling B, Teno J: The influence of the probability of survival on patients' preferences regarding cardiopulmonary resuscitation. New England Journal of Medicine 330: 545-9, 1994.
- 17) Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz: Sterbehilfe und Sterbebegleitung. Ministerium der Justiz Rheinland-Pfalz 2004. Online unter [www.justiz.rlp.de](http://www.justiz.rlp.de) (abgerufen am 5.3.2005), Thesen 4 und 5.
- 18) Bayerischer Hospizverband e.V.: Unterlagen zur Beraterschulung für Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, 2004.
- 19) Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern: Meine Zeit steht in Gottes Händen. Handreichung der ELKB zur Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung. Online unter: [http://www.bayern-evangelisch.de/\\_top/download/handreichung\\_patienten.pdf](http://www.bayern-evangelisch.de/_top/download/handreichung_patienten.pdf) (abgerufen am 5.3.05)
- 20) Kutzer K, ZRP 2003, 213 f.; Lipp V, FamRZ 2003, 756 und „Patientenautonomie und Lebensschutz“ Universitätsdrucke Göttingen 2005 S. 15/16.