

# Die individuell im Beratungsgespräch erstellte Patientenverfügung als Klärungs-, Selbstbestimmungs- und Kommunikationsinstrument

P. Lack\*

**Patientenverfügungen gelten als geeignetes Instrument der Willensbekundung bei nicht äusserungs- oder nicht urteilsfähigen Patienten. Der Beitrag wirft einen Blick auf die aktuelle ethische und juristische Entwicklung und zeigt Schwierigkeiten bei der Erstellung und Umsetzung von Patientenverfügungen auf. Weiter werden Qualitätsanforderungen für valide Patientenverfügungen dargelegt sowie ein Beispiel praktischer Umsetzung im Rahmen der Basler Organisation GGG Voluntas vorgestellt.**

## Einleitung

Bei Entscheidungen, ob medizinische Massnahmen bei urteils- oder äusserungsunfähigen Patienten eingeletet, unterlassen oder abgebrochen werden sollen, geht es neben medizinischen, ethischen und rechtlichen Fragen auch um ganz praktische Verfahrensfragen. Im vorliegenden Artikel wird eingangs die jüngste Entwicklung bei Patientenverfügungen im speziellen und bei Vorsorgeverfügungen im allgemeinen kurz dargestellt, grundsätzliche Überlegungen anhand von Studien besprochen, praktische Empfehlungen vorgestellt und schliesslich die Umsetzung bei der Basler Organisation GGG Begleiten | Voluntas beschrieben.

## Grundlagen: Würde und Selbstbestimmungsrecht

Im öffentlichen Diskurs um eine angemessene Behandlung von Patienten mit schweren Erkrankungen oder Patienten im hohen Alter wird oft auf die «Würde» und das «würdige Sterben» rekurriert. Wie verschiedene Autoren gezeigt haben, taugt dieser Begriff in bezug auf Behandlungsentscheide wenig, weil er stark von der jeweiligen weltanschaulichen Sichtweise geprägt ist [1]. Zudem hat sich im westeuropäisch-nordamerikanischen Denken ein bestimmtes Autonomieverständnis durchgesetzt, das die Erfahrung von Abhängigkeit ausser acht lässt. Einer Kultur, die sich an diesem Autonomieverständ-

nis allein orientiert, fehlt das Verständnis für Werte wie Rücksicht, Solidarität und Sorgfalt [2]. Autonomie aber ereignet sich tatsächlich zwischen den Polen «Abhängigkeit» und «Unabhängigkeit». Darum ist Autonomie eng mit *Verantwortung* verbunden: Verantwortung der eigenen Leiblichkeit, der Umwelt und den sozialen Bindungen gegenüber. Das Festlegen von Anordnungen für eine schwere Krankheitsphase oder das Sterben geschieht also vor dem Hintergrund von Selbstverantwortung und sozialer Verantwortung. So verstanden, können Vorsorgeverfügungen nie eine isolierte Entscheidung des einzelnen sein, sondern entstehen prozessual in Auseinandersetzung mit anderen, z.B. Angehörigen oder (Haus-)Ärztin/-Arzt.

Neben der ethischen Auseinandersetzung ist zunehmend auch eine juristische Argumentation feststellbar, die sich auf das *Selbstbestimmungsrecht des Patienten* bezieht. Der Arzt Albrecht Ohly schreibt:

Anstatt auf die problematischen, wankelmütigen Begriffe «Autonomie» und «Würde» als kollektive Eigenschaft der Gattung Homo sapiens rekurrieren die Richter statt dessen auf die individuelle Autonomie des Kranken, mit anderen Worten: auf sein Selbstbestimmungsrecht. Nur das Individuum kann bestimmen, welche Behandlungsmassnahmen es vor dem Hintergrund seiner Biographie, seines Wertekanons für angemessen und sinnvoll hält. Aus dem «Salus aegroti suprema lex» hat die Rechtsprechung die «Voluntas aegroti suprema lex» gemacht. [3]

Diese Tendenz lässt sich bei politischen Vorstössen und gesetzlichen Projekten in der Schweiz und in Deutschland verfolgen. So zum Beispiel in der Erklärung des Eidgenössischen Justizdepartements zum Vorentwurf für die Totalrevision des Vormundschaftsrechts, wonach die

\* Peter Lack, geb. 1968, ist Theologe und seit 2002 Geschäftsleiter von GGG Begleiten | Voluntas, einer Organisation der GGG Gesellschaft für das Gute und Gemeinnützige Basel. Sie berät u. a. Menschen beim Erstellen persönlicher Vorsorgeverfügungen und bietet Aus- und Fortbildungen zu den Themen «Persönliche Vorsorgeverfügungen» und «Begleitung in schwerer Krankheit und Trauer» an.

Korrespondenz:  
Peter Lack, lic. theol., Dipl.  
NPO-Manager VMI  
GGG Begleiten | Voluntas  
Leimenstrasse 76  
CH-4051 Basel

E-Mail:  
Lack.peter@ggg-basel.ch

Internet:  
www.begleiten-voluntas.ch

«Förderung des Selbstbestimmungsrechts» (Medienmitteilung vom 26. Juni 2003) im Zentrum steht. Auch der Bericht der Arbeitsgruppe «Patientenautonomie am Lebensende» des Deutschen Bundesministeriums für Justiz sieht die ethische Legitimation jeglichen ärztlichen Eingriffs in der Selbstbestimmung des Patienten. Dies gilt sowohl bei einwilligungsfähigen als auch bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten [4]. Auch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat in ihren jüngsten Überarbeitungen verschiedener Richtlinien die Patientenverfügung als verbindliches Instrument der Willensäußerung bei nicht äusserungsfähigen oder urteilsunfähigen Patienten bekräftigt, so z. B. in «Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen» [5].

Das Verständnis der Patientenverfügung allein als Selbstbestimmungsinstrument greift jedoch zu kurz. Wie bereits erwähnt ereignet sich Autonomie zwischen den Polen Unabhängigkeit und Abhängigkeit, Eigenverantwortung und sozialer Verantwortung. In diesem Spannungsfeld stehen auch Selbstbestimmungsrecht und Patientenverfügung. Die verbindliche Darlegung eigener Werte und Behandlungswünsche im Hinblick auf die medizinische Behandlung in kritischen Situationen muss auch Angehörige, Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachpersonen und natürlich das geltende Recht im Blick haben. Das Dokument ist also unter folgenden Aspekten zu sehen:

- die Patientenverfügung als persönlicher Klärungsprozess;
- die Patientenverfügung als Kommunikationsmittel gegenüber Angehörigen und Behandlungsteam;
- die Patientenverfügung als Selbstbestimmungsinstrument bei Äusserungs- oder Urteilsunfähigkeit.

Diese unterschiedlichen Aspekte müssen schon beim Erstellen einfließen, ansonsten besteht die Gefahr, dass ein nicht umsetzbares Dokument entsteht.

### **Schwierigkeiten bei Patientenverfügungen**

Die Patientenverfügung gibt immer wieder Anlass zur Frage, ob sie den aktuellen Patientenwillen wiedergibt und wie bindend die Verfügung für den Arzt/die Ärztin ist. Die Schwierigkeit liegt u. a. darin begründet, dass es sich bei der Patientenverfügung aus Patientensicht um

eine höchstpersönliche Angelegenheit handelt und die Respektierung deshalb keine Einschränkung verträgt; für Ärzte/Ärztinnen und Pflegenden steht sie immer auch im Kontext einer Berufsethik. Für die Politik geht es bei der Frage nach der Durchsetzbarkeit des Selbstbestimmungsrechts auch um den Schutz des höchsten Gutes, des Lebens. Die Patientenverfügung befindet sich an der Schnittstelle dieser Auseinandersetzungen zwischen Selbstbestimmungsrecht, berufsethischen Überlegungen und dem sozialetischen und gesetzlichen Schutz schwacher und hilfsbedürftiger Personen. Eine grundsätzliche Klärung, wie sich diese Ansprüche zueinander verhalten, ist unumgänglich. Ein Patientengesetz oder auch eine «Patientencharta», wie sie im Moment von der SAMW und der Schweizerischen Patientenplattform ange-regt wird, würden diese Lücke schliessen.

Das Deutsche Bundesministerium für Gesundheit hat in einem 2002 veröffentlichten Bericht [6] die Schwierigkeiten bei der Abfassung und Umsetzung von Patientenverfügungen wie folgt beschrieben:

#### **Informationsdefizite des Verfügenden**

- Mangel an deskriptiver (medizinischer) Information;
- Mangel an Kommunikation und Feedback;
- Mangel an prozeduraler Entwicklung;
- Grenzen der Vorhersehbarkeit;
- interpretationsbedürftige und wertende Weisungen;
- Grenzen des Verfügbaren.

#### **Probleme bei der Umsetzung**

- Unklare, unscharfe Anweisungen;
- Aufklärung über mögliche Interessenskonflikte;
- Identität der Person;
- Konflikte für Ärzte, Pflegepersonal, Betreuer, Bevollmächtigte;
- Interpretationsspielräume;
- zeitlicher Abstand zwischen Abfassung und Umsetzung.

#### **Die Absicht der Verfügung**

Das Aufkommen von Patientenverfügungen ist eng verknüpft mit den Fortschritten der Medizin im vergangenen Jahrhundert. Die Patientenverfügung entwickelte sich zu Beginn als «Abwehrinstrument» gegen eine übereifrige Ärzteschaft. Das hat bei Medizinalpersonen auch zu Skepsis geführt. Es finden sich zuweilen in Patientenverfügungen wertende und unsachgemässe, unpräzise und pauschale Formulierungen wie beispielsweise «keine Apparatemedizin», «nicht an

den Schläuchen hängen» usw. Solche Aussagen sind wenig dienlich, weil sie sich einerseits in der klinischen Praxis oft nicht umsetzen lassen, andererseits geben sie zu wenig Einblick in die persönliche Werthaltung des Patienten oder lassen Zweifel an der Entscheidungsfindung aufkommen. Solche Verfügungen werden von Patienten als «eine Art Versicherung gegen die Schrecken der Krankheit» [7] gesehen. Neben dieser eher defensiv orientierten Absicht entwickelt sich aber zunehmend auch eine Sicht der Patientenverfügung als Kommunikationsinstrument. So Christian Marti in der Schweizerischen Ärztezeitung [8]:

Wir [die Ärztengruppe WintiMed] sind zum Schluss gekommen, dass Patientenverfügungen für uns betreuende Ärztinnen und Ärzte eine wertvolle Entscheidungshilfe und wirksame Entlastung sein können, denn sie helfen uns, aber auch den Angehörigen und allen beteiligten Betreuungspersonen, Menschen auch dann noch in ihrem Sinn zu betreuen und zu behandeln, wenn sie selber nicht mehr entscheidungsfähig sind, z.B. bei der Frage, ob eine Spitaleinweisung zur Therapieintensivierung im Sinne des Patienten ist.

Marti weist darauf hin, dass das Erarbeiten einer Patientenverfügung eine persönliche Herausforderung ist, die die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben und dem Tod verlangt. So wird die Patientenverfügung zu einer Darlegung der persönlichen Lebenseinstellung gegenüber Krankheit, Abhängigkeit und Tod (Wertklärung) und nicht ausschliesslich zu einer Sammlung medizinischer Anweisungen.

### Die Problematik vorgefertigter Verfügungen

In den vergangenen Jahrzehnten ist eine grosse Vielfalt vorgefertigter (vorformulierter) Patientenverfügungen in der Schweiz entstanden. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass die/der Verfügende das Dokument in den meisten Fällen nur noch datieren und unterschreiben muss. Bei diesen Formularen ist in der Regel nicht vorgesehen, dass die individuelle lebensgeschichtliche und gesundheitliche Situation der/des Verfügenden erwähnt wird. Ist eine Wertklärung vorhanden, so spiegelt diese die weltanschauliche Sicht vom Herausgeber der Vorlage. Bei vorformulierten Patientenverfügungen treten die Individualität des Patienten und der persönliche Wille nur ungenügend zutage, und deshalb sind sie oft nicht umsetzbar. Wird eine Patienten-

verfügung aus dem Kontext der persönlichen Biographie oder Lebenssituation herausgelöst, bleibt nur noch ein zweifelhaftes Gerüst standardisierter Sätze, das den persönlichen Willen nicht ausreichend und vor allem nicht glaubwürdig zum Ausdruck bringt. Die Folge ist, dass die Anordnungen dann oft nicht befolgt bzw. umgesetzt werden. Vorgefertigte Verfügungen tragen den medizinischen, ethischen, aber auch praktischen Anforderungen nicht genügend Rechnung.

Die zentrale ethische Frage bei vorgefertigten Patientenverfügungen aber ist, ob die/der Verfügende über die getroffenen Entscheidungen genügend aufgeklärt und sich der Konsequenzen bewusst war. «Dies ist bedeutsam, da adäquate Information die Voraussetzung für eine rechtswirksame Einwilligung darstellt.» [6] Angesichts der Tragweite der Entscheidung ist es zweifelhaft, wenn eine Verfügende/ein Verfügender ein vorgefertigtes Formular ohne Beratungsgespräch nur noch datiert und unterschreibt. Diese Problematik trifft auch auf Verfügungen zu, die mittels Multiple-choice-Sätzen erstellt werden. Der medizinethische Grundsatz des informierten Entscheids [9] sollte bei der Patientenverfügung nicht fallengelassen werden, auch wenn sich die Umsetzung dieses Anspruchs schwieriger gestaltet als im regulären Arzt-Patienten-Gespräch. Vorgefertigte Formulare können aufgewertet werden, wenn sie in einer persönlichen Beratung besprochen und der individuellen Situation angepasst werden. Der im Jahr 2004 erschienene Bericht der Arbeitsgruppe «Patientenautonomie am Lebensende» der deutschen Regierung empfiehlt eine *Beratung* beim Erstellen einer Verfügung [4]. Auch das Gutachten des Deutschen Bundesministeriums der Gesundheit aus dem Jahr 2002 kommt zum Schluss, dass die Anforderungen an die Willensbildung am besten mit einer Beratung erfüllt werden: «Vor einer Erstellung einer Patientenverfügung muss sich der Patient sowohl seiner individuellen medizinischen Situation und deren vorhersehbaren Entwicklung sowie auch seiner individuellen Präferenzen und Wünsche klar werden. Dies kann am besten im Rahmen einer Beratung geschehen, die auch mögliche Entscheidungskonflikte deutlich macht.» [6] Auch der Expertenbericht zur Revision des Schweizerischen Vormundschaftsgesetzes legt angesichts der weitreichenden Konsequenzen von Vorsorgeverfügungen eine Beratung nahe. Insbesondere «muss sichergestellt sein, dass die Erklärung tatsächlich von der betroffenen Person stammt und wirklich ihrem wohlüberlegten Willen entspricht» [10]. Kurzum:

Valide und medizinisch umsetzbare Patientenverfügungen sollten individuell und in einem Beratungsgespräch erstellt werden.

#### **Die Berücksichtigung der Gesundheitssituation des Verfügenden**

Je nachdem, ob eine Krankheitsdiagnose vorliegt oder nicht, ändert sich die Ausgestaltung der Patientenverfügung grundsätzlich. So gewinnt bei einer Verfügung ohne bekannte Diagnose die erwähnte Werterklärung an Gewicht gegenüber den medizinisch-pflegerischen Anordnungen. Die Werterklärung ist ein Teil der Patientenverfügung, der auf der Grundlage persönlicher Reflexion Einblick in die persönlichen Wertvorstellungen des Verfügenden gibt. Hans-Martin Sass und Rita Kielstein nennen dieses Erfassen der Wünsche und Werte eines Patienten eine Wertanamnese, «weil diese Informationen, ähnlich wie andere anamnestisch erhobene Daten, unverzichtbar in jede gute patientenorientierte Behandlung einfließen müssen [...]» [11]. Aufgrund des Umstands der Nichtvorhersehbarkeit gesundheitlicher Entwicklungen machen detaillierte medizinische Anweisungen bei «Gesunden» nur wenig Sinn, weil das Spektrum möglicher Entscheidungssituationen und medizinischer Massnahmen viel zu gross ist. In diesen Fällen liefert eine authentische, persönliche Werterklärung mehr Klarheit. Liegt zum Zeitpunkt der Erstellung aber bereits eine Krankheitsdiagnose vor, so kann die Formulierung medizinischer Massnahmen detaillierter erfolgen. Diese geschieht unter «Einbeziehung von adäquaten Informationen über mögliche Krankheitsverläufe, unter Reflexion auf eigene Werte und Präferenzen» [6]. Diese Aufklärung und Beratung hat am besten interdisziplinär durch medizinische Fachpersonen und Beratungsstellen zu geschehen.

#### **Qualitätsstandards für Patientenverfügungen**

Das bereits erwähnte Gutachten des Deutschen Bundesministeriums für Gesundheit [6] hat auch *Qualitätsstandards* für Patientenverfügungen formuliert. Dies sind folgende:

##### **Anforderungen an die Willensbildung**

- Entdecken eigener Wertvorstellungen;
- Aufklärung und Beratung;
- Motivation und Ziele.

##### **Formale Anforderungen**

- Form;
- Datierung;
- Aufbewahrung;
- Bekanntgabe.

##### **Inhaltliche Anforderungen**

- Inhaltliche Minimalanforderungen;
- Grad der Verbindlichkeit;
- Reichweite der Verfügung.

##### **Willensbildung**

Zur *Willensbildung* gehört auch die persönliche Werterklärung, die ausdrücklich in einer Verfügung formuliert werden soll. Für die praktische Umsetzung hat Hans-Martin Sass, Leiter des Zentrums für medizinische Ethik der Ruhr-Universität Bochum, zusammen mit der Ärztin Rita Kielstein (Universität Magdeburg) ein Vorgehen entwickelt [11]. Grundlage sind sieben «Krankheits»-Geschichten zu Demenz, infauster Prognose, künstlicher Ernährung, maschineller Beatmung, langanhaltendem Koma, schwerer und fortgeschrittener Erkrankung und Suizid, mit denen sich der medizinische Laie auseinandersetzt. Der Leser/die Leserin wird aufgefordert, sich in die beschriebene Situation zu versetzen und sich der eigenen Werte, Wünsche, Ängste und Ziele bewusst zu werden. Anschliessend nimmt der Leser/die Leserin Stellung zu sechs für medizinische Interventionen zentralen Fragestellungen (Lebensdauer, Schmerz, Abhängigkeit, Begleitung, Sterbeort usw.) und nimmt eine aktuelle und prospektive Bestimmung vor. Das Modell von Sass und Kielstein besticht durch seine Gründlichkeit; es setzt indes hohe Anforderungen an die Bereitschaft zur Auseinandersetzung sowie an die kognitiven Fähigkeiten des/der Verfügenden.

Der Leiter des Hospizes Stuttgart, Dr. med. Johann-Christoph Student, hat zusammen mit dem Juristen Thomas Klie in einem auch für medizinische Laien sehr verständlichen und deshalb empfehlenswerten Buch ebenfalls eine Hilfestellung zur Werterklärung entwickelt [7]. Diese ist weniger strukturiert und umfangreich, dürfte aber gerade deshalb für die praktische Umsetzung in der Regel geeigneter sein.

Auch weitere angewandte Methoden wie Biographiearbeit können hier eingesetzt werden [12]. Die Beratung umfasst neben den medizinischen Informationen wesentlich auch die Beglei-

tung der persönlichen Auseinandersetzung sowie die Hilfe beim Formulieren von eigenen Wertvorstellungen.

### Datierung/Gültigkeit

Was die *Datierung* anbelangt, gibt es weder in Deutschland noch in der Schweiz klare Vorgaben. In den vergangenen Jahrzehnten wurde vielfach auf die in den USA durch den «Natural Death Act» eingeführte Maximaldauer von fünf Jahren zurückgegriffen. Gerade der jüngste Entscheid des deutschen Bundesgerichtshofes im «Lübecker Fall» hat hingegen die schon bisher in Deutschland vertretene *Gültigkeit bis zum Widerruf* bekräftigt [13]. Auch die im Vorentwurf zum neuen Vormundschaftsrecht vorgeschlagene Handhabung sieht bei der Patientenverfügung keine zeitliche Beschränkung vor.

### Information über das Vorhandensein, die Aufbewahrung und den Zugang zu Verfügungen

Eine erstellte Patientenverfügung nützt wenig, wenn der Hausarzt oder der behandelnde Arzt und das pflegende Team nicht darüber orientiert sind oder die erstellte Verfügung nicht vorliegend oder zugänglich ist. Deshalb sind Vertrauenspersonen, Angehörige und der (Haus-)Arzt idealerweise schon beim Verfassen einer Verfügung mit einbezogen oder werden spätestens nach dem Erstellen *über das Vorhandensein informiert* [6]. Der Bericht des Deutschen Bundesministeriums für Gesundheit weist auch darauf hin, dass die *schnelle Verfügbarkeit einer Verfügung* eine Voraussetzung für die Umsetzung ist [10]. Deshalb tragen viele Menschen ihre Verfügung immer auf sich (z. B. im Portemonnaie), was aber nicht immer praktikabel ist. Am einfachsten und sichersten ist eine Aufbewahrungsstelle, die die Verfügung im Bedarfsfall weiterleitet.

### Beratung

Die persönliche Beratung ist der geeignete Rahmen, um die obengenannten Qualitätskriterien zu erreichen, insbesondere die Anforderungen an die Willensbildung. Die/der Verfügende kann darin auch auf die drei eingangs erwähnten Aspekte der Verfügung hingewiesen werden, wie z. B. die Selbstverantwortung, die Verfügung regelmässig zu überprüfen und sie anzupassen.

So entsteht eine authentische Verfügung unter Einbezug formaler und inhaltlicher Vorgaben, die eine hohe Gewähr bietet, dass der Patientenwille im Ernstfall auch befolgt werden kann.

Die Beratung umfasst folgende Aspekte:

- Prozessbegleitung in der persönlichen Auseinandersetzung;
- Sachinformation über verfügbare relevante Themen;
- praktische Hilfestellung beim Verfassen der Verfügungen.

### Berücksichtigung von Patientenverfügungen durch Ärzte und Pflegepersonen

Schliesslich spielen Pflegefachpersonen, Ärzte und Ärztinnen natürlich eine zentrale Rolle bei der Umsetzung des in Patientenverfügungen dokumentierten Willens. Das Deutsche Bundesministerium für Justiz schlägt vor, die *Frage nach einer vorhandenen Patientenverfügung routinemässig bei jeder Aufnahme in ein Alters- und Pflegeheim oder in eine Klinik zu stellen* [4]. Diese Forderung sollte auch in der Schweiz umgesetzt werden. Die Verankerung der Patientenverfügung und die Klärung der Verbindlichkeit in den Richtlinien der SAMW ist ein wichtiger Schritt hin auf dieses Ziel [5, 14]. Eine in einem Akutspital durchgeführte Untersuchung zeigt zudem, dass die Frage nach einer Patientenverfügung von Patienten und Patientinnen fast immer positiv aufgenommen wird [15].

Zuweilen begegnet man der Befürchtung, dass der vermehrte Einsatz von Patientenverfügungen zu einer Bevormundung des Medizinalpersonals durch die Patienten führe und die ärztliche und pflegerische Kompetenz damit untergraben werde. Federspiel sieht die Patientenverfügung als geeigneten Anlass für den Arzt/die Ärztin, um mit dem Patienten/der Patientin eine Auftragsklärung für Entscheidungen am Lebensende vorzunehmen. Dass diese nötig ist, insbesondere bei Patienten mit fortschreitenden malignen Erkrankungen, zeigt auch der Kommentar von Urs Strebel [16] zu dem von Bernhard Wälti in der Schweizerischen Ärztezeitung vorgestellten Fall einer krebserkrankten Frau [17]. So betrachtet, kann die Patientenverfügung, das Verfassen oder Überarbeiten derselben zusammen mit der Patientin/dem Patienten, evtl. in Zusammenarbeit mit einer Beratungsstelle, für Ärztinnen und Ärzte im Gegenteil eine Entlastung darstellen.

## Umsetzung in der Praxis

Abschliessend soll aufgezeigt werden, wie die genannten Voraussetzungen praktisch umsetzbar sind.

GGG Voluntas berät seit 1993 Menschen beim Erstellen von Verfügungen mit geschulten freiwilligen Beratern/-innen. Die Vorbereitung umfasst medizinische, juristische, ethische und geschäftspsychologische Themen. Die Freiwilligen erhalten Praxisbegleitung und Fortbildung.

Meldet sich eine interessierte Person zur Beratung an, so erhält sie einen Fragebogen zur persönlichen Werterklärung. In der ersten Beratung wird über die Motivation und den Anlass, warum Verfügungen erstellt werden sollen, gesprochen. Ein Entwurf der persönlichen Werterklärung wird zusammen mit der/dem Verfügenden (im folgenden Mandant genannt) verfasst. Auf verschiedene wichtige Punkte wird hingewiesen, so auf das Gespräch mit den Angehörigen und dem (Haus-)Arzt sowie über die Notwendigkeit, vorliegende Diagnosen in der Verfügung ausdrücklich zu erwähnen. Vorbereitend zur folgenden Beratungssitzung wird der Mandant über medizinische Massnahmen informiert. In der zweiten Beratungssitzung werden die medizinischen Massnahmen besprochen und festgelegt sowie mögliche weitere Verfügungen (Vorsorgeauftrag, Vollmacht, Bestattungsverfügung) verfasst. Sind alle Verfügungen erstellt, können sie durch GGG Voluntas beim Ärztenotruf der Medizinischen Gesellschaft Basel hinterlegt werden. Dies garantiert jederzeit eine schnelle Verfügbarkeit der Verfügung(en). Der Mandant erhält einen Trägerschein, der über das Vorhandensein und die Hinterlegung der Verfügungen auf der Medizinischen Notrufzentrale Basel informiert und auf dem die Rufnummer der Medizinischen Notrufzentrale angegeben ist. Vier Jahre nach der letzten Hinterlegung wird der Mandant/die Mandantin an die Überprüfung und Erneuerung der Verfügungen erinnert. Wiederum steht die Möglichkeit einer Beratung offen, in der Änderungen in der Werterklärung oder in der gesundheitlichen Verfassung besprochen und in die Verfügungen aufgenommen werden.

## Literatur

- Rüegger H. Sterben in Würde? – Nachdenken über ein differenziertes Würdeverständnis. Zürich: NZN Buchverlag; 2003.
- Baumann-Hölzle R. Autonomie als Verantwortung. In: Mettner M (Hrsg.). Wie ich sterben will. Zürich: NZN Buchverlag; 2003.
- Ohly A. Das Recht zu sterben. CHV aktuell, Christophorus Hospiz Verein München 2004; 47:21-3.
- Bundesministerium für Justiz. Patientenautonomie am Lebensende – Ethische, rechtliche und medizinische Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen. Bericht der Arbeitsgruppe vom 10. Juni 2004.
- SAMW Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(27):1452-62.
- Meran JG, Geissendörfer SE, May AT, Simon A. Möglichkeiten einer standardisierten Patientenverfügung – Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Münster: LIT Verlag; 2002.
- Klie T, Student J-C. Die Patientenverfügung – Was Sie tun können, um richtig vorzusorgen. Freiburg im Breisgau: Herder; 2001.
- Marti C. Patientenverfügungen – eine Herausforderung für Patient und Arzt. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(11):560-1.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 4<sup>th</sup> edition. Oxford: Oxford University Press; 1994.
- Bundesamt für Justiz. Bericht zum Vorentwurf für eine Revision des Zivilgesetzbuches (Erwachsenenschutz, Personen- und Kindesrecht). Juni 2003.
- Sass H-M, Kielstein R. Patientenverfügung und Betreuungsvollmacht. Münster: LIT Verlag; 2001.
- Lanfrancioni P. Biografiearbeit – Patientenverfügungen aus der Sicht der Patienten und Angehörigen. Aufbruch 2004;127:7.
- Strätling M, Sedemund-Adib B, Schmucker P. Patientenverfügungen und Rahmenbedingungen für Entscheidungen am Lebensende in Deutschland – Praktische, standesrechtliche und berufspolitische Konsequenzen der jüngsten Entscheidung des Bundesgerichtshofs. Zeitschr Palliativmed 2004;5(1):13-8.
- SAMW Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(3):172-6.
- Federspiel B. Patientenverfügung zur Auftragsklärung am Lebensende. Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik, Nr. 79, 2004.
- Strebel U. Gegenseitiger Respekt. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(49):2645-7.
- Wälti B. Eine Begleitung. Sterbewunsch einer krebserkrankten Frau. Ein Fall aus der Alltagspraxis. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(49):2641-3.