Selbstbestimmung im Dialog

Patientenautonomie – Vorsorge – Verantwortung

HEINRICH
BÖLL
STIFTUNG

Die Patientenverfügung als Kommunikationsinstrument

Peter Lack

Die Patientenverfügung als Kommunikationsinstrument: Grundsätzliche Überlegungen und ihre Konsequenzen für die Praxis

1 Einleitung

Die Entstehung der Patientenverfügung muss vor dem Hintergrund verschiedener Entwicklungen betrachtet werden:

Die Medizinische Entwicklung hat im 20. Jahrhundert zu Fortschritten geführt, die für das einzelne Individuum nicht immer als solche betrachtet wurden bzw. in ihren Auswirkungen nicht zwangsläufig in Einklang waren mit der persönlichen Werthaltung des Einzelnen. Die mit den neuen medizinischen Möglichkeiten der Lebenserhaltung bzw. -verlängerung oftmals einhergehende und lange andauernde Abhängigkeit haben das Ausschöpfen des medizinisch Möglichen für das Individuum nicht immer erstrebenswert gemacht. Die aus medizinischer und wissenschaftlicher Sicht meistens positive Bewertung wurde vom Individuum nicht für jede Situation geteilt. Aus dieser Erfahrung ist die Patientenverfügung entstanden – als persönliches Abwehrinstrument gegenüber Maßnahmen, die sich in ihren Auswirkungen mit den individuellen Überzeugungen bezüglich der Lebensqualität nicht vereinen lassen.

Soziale Veränderungen in den Formen des (intergenerationellen) Zusammenlebens führten zu einer Verlagerung von Kranksein und Sterben aus dem häuslichen Bereich in die öffentlichen Einrichtungen. Dies stellt bis heute einen tiefgreifenden Einschnitt im Erleben des Krankseins dar. Mit dieser Veränderung ging die Erfahrung von zunehmender Abhängigkeit einher, die sich nicht allein aus den medizinischen Fortschritten des 20. Jahrhunderts erklären lässt. Eine Situation wie Krankheit oder Pflegebedürftigkeit, die durch einen großen Kontrollverlust geprägt ist, wird unterschiedlich erlebt, je nachdem, ob die Betreuung im vertrauten Rahmen der „eigenen vier Wände" durch Angehörige erfolgt oder in einem unbekannten, teilweise sogar öffentlichen Rahmen (Klinik, Alters- und Pflegeheim) durch „Fremde" (auch wenn sie Profis sind). Die immer wiederkehrenden Befragungen, bei denen sich zeigt, dass eine überwiegende Mehrheit auch bei Krankheit oder im Alter so lange wie möglich

zuhause bleiben und insbesondere „zuhause sterben" möchte, sprechen Bände.

Auf der Ebene gesellschaftlicher Normen und Werte schließlich fand in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts eine Entwicklung statt, die bisherige Autoritäten in Frage stellte. Zunehmend wurden vom Individuum bzw. Bürger Rechte eingefordert, die Leib und Leben betrafen. Das zeigte sich beispielsweise in intensiv geführten Debatten um den Schwangerschaftsabbruch. Auf der anderen Seite des Lebensbogens erwächst eine ebenso intensive Auseinandersetzung um das Patienten-Selbstbestimmungsrecht bei schwerer Krankheit und am Lebensende. Unübersehbar zeichnete sich ein neues Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehung ab, welches die Patientenautonomie stärker gewichtete und damit zwangsläufig das „Fremdbestimmungsrecht" des Arztes einschränkte. Eine schwere Krankheit und das Sterben sollten nicht mehr eine entpersönlichte Erfahrung sein, sondern wieder dem Individuum „zurückgegeben" werden. Die Patientenverfügung wird im Rahmen des Selbstbestimmungsrechts auch zu einem Instrument, das die „objektive", „entpersönlichte" Erkrankung wieder ins eigene Leben integrieren will.

Es sind diese Faktoren, die zur Entstehung des bis dato unbekannten Instruments „Patientenverfügung" führten. Diese phänomenologisch-historische „Tour d'Horizon" führt zu folgenden grundsätzlichen Einsichten in Bezug auf das Verständnis der Patientenverfügung:

- Die Patientenverfügung drückt primär die persönliche Werthaltung des Patienten in Bezug auf Lebensqualität, Krankheit, Abhängigkeit und Sterben aus und ist weit weniger – womit sie aber oft assoziiert wird – eine Anordnung über das Nicht-Einleiten einzelner medizinischer Maßnahmen.
- In der Patientenverfügung sind soziale und emotionale Anliegen enthalten wie z.B. Geborgenheit, Vertrauen, Angst vor Kontrollverlust etc., die aber explizit meist nicht genannt werden. Sie werden in der Sprache medizinischer Maßnahmen kommuniziert, vielfach ohne eine vorausgehende Bewusstwerdung dieser Überzeugungen und Präferenzen.
- Die Patientenverfügung ist schließlich auch ein Mittel, um die Krankheits- oder Sterbeerfahrung oder das Leben als (hoch-)betagter Mensch bewusst (mit) zu gestalten. Die Patientenverfügung ist auch eine existentiell-persönliche Auseinandersetzung mit der mehr oder weniger zukünftigen Krankheitssituation oder im Fall

einer bereits bestehenden Erkrankung die Anerkennung dieser aktuellen.

2 Medizinrechtlicher und standesethischer Rahmen in der Schweiz

2.1 Medizinrechtlicher Rahmen

Der medizinrechtliche Rahmen präsentiert sich in der Schweiz wie folgt:

- Das Recht auf Leben und körperliche Integrität ist durch die Bundesverfassung (Art. 10 und 13) wie auch die Europäische Menschenrechtskonvention geschützt (Art. 2 und 8).
- Das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen umfasst auch die Entscheidung über medizinische Eingriffe (Schutz der persönlichen Integrität) und Behandlungen zur Verlängerung des Lebens.
- Ein ärztlicher Eingriff bedeutet einen Eingriff in die körperliche oder ggf. psychische Integrität, der sich nur durch Einwilligung des Patienten rechtfertigen lässt. Voraussetzung für eine gültige Einwilligung ist die Aufklärung des Patienten über Risiken, Chancen und Alternativen.
- Ärztliches Handeln gegen den Willen des Urteilsfähigen ist unzulässig (Körperverletzung gemäß Art. 122-125 StGB). Dabei gilt es festzuhalten, dass die körperliche Integrität tangierende Handlungen „höchstpersönliche unveräußerliche Rechte" betreffen, die dem Individuum fast ausnahmslos zustehen und erhalten bleiben. Dies trifft auch zu, wenn die bzw. der Betreffende beispielsweise bevormundet oder verbeiständet ist.
- Ebenfalls genießt der Entscheid, lebenserhaltende Behandlungen abzulehnen (passive Sterbehilfe), grundrechtlichen Schutz.
- Weiter gibt es als Teil des Persönlichkeitsschutzes das Recht, über den Tod hinaus Anordnungen zu treffen (z.B. Autopsie, Organspende, aber auch Bestattungsanordnungen).

Die rechtliche Lage wird komplizierter in der Situation nicht urteilsfähiger bzw. nicht einwilligungsfähiger Patienten. Als Folge des Persönlichkeitsschutzes (Schweizerisches Zivilgesetzbuch ZGB Art. 28) bedarf jeder medizinische Eingriff, der die Integrität der Person verletzt (z.B. durch Stechen, Bestrahlen, Schneiden) einer *dreifachen Rechtfertigung*: medizinische Indikation; persönlichkeitsbezogene Indikation (PBI); das Fehlen eines Verbots bezüglich der vorgesehenen Maßnahme, was in der Situation der Urteilsunfähigkeit der negativen Formulierung der Patienteneinwilligung entspricht.

Ad 1) Die medizinische Indikation beantwortet die Frage, ob der vorgesehene Eingriff für Heilung, Lebensverlängerung oder Palliation aus medizinischer Sicht nützlich ist. Dabei gilt der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit: Intensität und Schwere des Eingriffs müssen zum mutmaßlichen Behandlungserfolg in einem vertretbaren Verhältnis stehen. Die Zuständigkeit für die medizinische Indikationsstellung liegt beim Arzt bzw. im klinischen Setting beim behandelnden Team. Die Frage der medizinischen Indikation kann in vielen Fällen einfach beantwortet werden bzw. ist in hohem Maße objektivierbar, u.a. durch Abwägen von potenziellem Nutzen und von Risiken.

Ad 2) Die persönlichkeitsbezogene Indikation beantwortet die Frage, ob die betreffende Maßnahme für diesen Menschen in seiner individuellen, biografischen, persönlichen Situation richtig, d.h. indiziert ist. Hier spielen relativ einfach fassbare, „rationale" Faktoren (Lebensalter, Krankheitserfahrung etc.) eine Rolle wie schwer fassbare, z.B. die ethische Grundeinstellung bzw. religiöse Überzeugungen. Voraussetzung für die Beantwortung der persönlichkeitsbezogenen Indikation ist eine ausreichende Aufklärung über medizinischen Sinn und Zweck, Risiken und Erfolgschancen des Eingriffs.

Ad 3) Ist die selbstbestimmte Erlaubnis des aufgeklärten Patienten („informed consent") nicht möglich, müssen an die Stelle des einwilligenden Individuums „Surrogate" wie Patientenverfügung, Vertrauensperson (Bevollmächtigte) oder weitere Angehörige treten, ggf. unter Bezugnahme auf die vom Patienten mündlich oder schriftlich getroffenen Anordnungen. Liegt keine Willenserklärung des Patienten (Patientenverfügung) vor und kann niemand für die Einwilligung beigezogen werden, so darf die mutmaßliche Einwilligung angenommen werden.

Es zeigt sich nun immer deutlicher, dass der Wert einer Patientenverfügung – entgegen der gängigen Praxis – in der Darlegung der persönlichkeitsbezogenen Perspektive liegt. Auch im Fall des urteilsunfähigen Patienten liegt die Expertise für die medizinische Indikation (die an erster Stelle steht!) beim medizinischen Fachpersonal. Allein dieser Umstand zeigt, dass die Patientenverfügung unter dem Anspruch des Kommunikationsmittels steht.

2.2 Medizinethischer Rahmen

Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (nachfolgend SAMW), die standesethische Organisation der Schwei-

zer Ärzteschaft, hat im Jahre 2005 ein bemerkenswertes Grundsatzpapier zum Patienten-Selbstbestimmungsrecht veröffentlicht („Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung"). Darin nimmt sie die in der juristischen Lehre gängigen Gedankengänge auf und klärt, wie mit urteilsunfähigen Patienten zu verfahren ist. Das Papier bestätigt grundsätzlich das Patientenselbstbestimmungsrecht sowie die üblichen Anforderungen für die Rechtfertigung eines medizinischen Eingriffs. Weiter bekräftigt sie im Anschluss an verschiedene früher publizierte medizin-ethische Richtlinien die Verbindlichkeit der Patientenverfügung im Falle des urteilsunfähigen Patienten. Voraussetzungen für die Wirksamkeit der Patientenverfügung sind:

- Die Patientenverfügung muss eine medizinisch indizierte Behandlung betreffen.
- Die in der Verfügung beschriebene Situation muss auf die aktuelle Situation zutreffen.
- Das Fehlen von Anhaltspunkten, die auf eine Willensänderung schließen lassen.

Neu ist im erwähnten Dokument die sogenannte „Hierarchie der Surrogate". Danach ist beim urteilsunfähigen Patienten zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens an erster Stelle die Patientenverfügung zu konsultieren, an zweiter Stelle die Vertrauensperson (bevollmächtigte Vertretungsperson für medizinische Angelegenheiten) und an dritter Stelle, vor allem beim Fehlen der ersten beiden, frühere mündliche Äußerungen des Patienten.

Was die *Entscheidfindung* anbelangt, so soll diese (in gut schweizerischer Manier!) konsensorientiert zwischen medizinischem Fachpersonal (Ärzte, Pflegende, weitere Betreuende), Vertretungsbevollmächtigten und Angehörigen geschehen. Kann keine Einigung erzielt werden, so sollen Ethikkonsilien zu Rate gezogen, und falls dies kein Ergebnis zeitigt, die Vormundschaftsbehörde angerufen werden.

Momentan ist die SAMW im Begriff, unter dem Vorsitz des Autors das Thema Patientenverfügung weiter zu bearbeiten und insbesondere Klarheit zu schaffen, welche inhaltlichen und prozessualen Anforderungen beim Verfassen und beim Erstellen erfüllt sein müssen damit eine Patientenverfügung in der Praxis ihre Wirkung entfalten kann.

2.3 Gesetzliche Regelung der Patientenverfügung

Bis anhin kennt die Schweiz kein einheitliches Patientenrecht und damit auch keine einheitliche Regelung der Patientenverfügung. Die

bestehenden kantonalen Gesetze sind unterschiedlich und reichen von einer verbindlichen Verankerung der Patientenverfügung bis hin zu Regelungen, die früh schon die Einschaltung der Vormundschaftsbehörden vorsehen. Jüngere Gesetze haben in der Regel die Patientenverfügung integriert, meist im Sinne der dargelegten Betrachtungsweise der SAMW. Momentan wird das Vormundschaftsrecht vollumfänglich revidiert, und im aktuellen Entwurf des Erwachsenenschutzgesetzes ist vorgesehen, dass mit Patientenverfügung und Vorsorgeauftrag (Vorausbestimmung über die gesetzliche Vertretung) neue Rechtsinstitute geschaffen werden. Ebenso ist gemäß dieser Gesetzesvorlage die Patientenverfügung für den Arzt oder das behandelnde Team im Falle eines urteilsunfähigen Patienten oder einer urteilsunfähigen Patientin bindend. Voraussetzung für das Inkrafttreten einer Patientenverfügung ist alleine die Urteilsunfähigkeit des Patienten, es werden also keine Einschränkungen in Bezug auf die Anwendungssituationen bzw. die sogenannte „Reichweite" gemacht. Der Arzt hat die Pflicht beim Urteilsunfähigen abzuklären, ob eine Patientenverfügung vorliegt, und muss dieser – sofern sie kein rechtswidriges Verhalten verlangt – entsprechen. Das Abweichen von der Patientenverfügung muss vom Arzt oder dem behandelnden Team begründet werden, d.h. es muss „im Patientendossier fest[gehalten werden], aus welchen Gründen der Patientenverfügung nicht entsprochen wird" (Gesetzesentwurf Art. 372). Der zweite, definitive Entwurf wurde durch die parlamentarischen Rechtskommissionen bearbeitet und in der Sommersession 2007 in der kleinen Kammer bereits verabschiedet. Vom Inkrafttreten des neuen Erwachsenenschutzgesetzes mit den beschriebenen neuen Rechtsinstituten kann ausgegangen werden.

2.4 Zusammenfassung

Der Schutz des Patientenselbstbestimmungsrechts von urteilsunfähigen Patientinnen und Patienten mittels Patientenverfügung hat sich auf der Basis eines gewandelten Verständnisses der Arzt-Patienten-Beziehung gesellschaftlich, rechtlich und medizinethisch durchgesetzt: „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 Rechtssprechung die ‚Voluntas aegroti suprema lex' gemacht."[1]

3 Schwierigkeiten beim Erstellen und Umsetzen von Patientenverfügungen

Trotz dieser klaren Ausgangslage bzw. Rahmenbedingungen wird immer wieder von Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Patientenverfügungen berichtet. Vereinzelt kann dies in abweichenden Ansichten des behandelnden Arztes zur Arzt-Patienten-Beziehung bzw. über das Patienten-Selbstbestimmungsrecht erklärt werden. Für diese Situation kann nur eine gesetzliche Regelung Abhilfe schaffen. Aber auch Ärzte und Pflegende, welche die beschriebene rechtliche und medizinethische Ausgangslage teilen, berichten von Problemen oder äußern Unsicherheit bei der Umsetzung. Diesen Problemen hat sich ein Gutachten des deutschen Gesundheitsministeriums angenommen[2]. In der Situation des Erstellens sind es vor allem Informationsdefizite, die zu Mängeln bei Patientenverfügungen führen. Diese lassen sich wie folgt gruppieren:

- begrenzte Voraussehbarkeit möglicher Problemsituationen;
- unpräzise, wertende Äußerungen die nicht praxistauglich sind, z.B. „nicht an den Schläuchen hängen", „keine Apparatemedizin";
- mangelnde Kenntnisse formaler Anforderungen;
- mangelnde medizinische Informationen über mögliche Krankheitssituationen und Therapien;
- Mangel einer dialogischen Entscheidfindung;
- Mangel eines persönlichen Werteklärungsprozesses;
- mangelnde Kenntnisse rechtlicher Rahmenbedingungen (z.B. aktive bzw. passive Sterbehilfe, Beihilfe zum Suizid).

Diesen stehen Schwierigkeiten bei der Umsetzung gegenüber:

- unklare, unscharfe Anweisungen;
- Unsicherheiten oder Zweifel bei der Identität der Person (Ist die Person in der Krankheitssituation noch dieselbe wie diejenige, welche die Patientenverfügung verfasst hat?);
- Konflikte für Ärzte, Pflegepersonal, Bevollmächtigte, z.B. durch Uneinigkeit bei Angehörigen und / oder Bevollmächtigten;
- Interpretationsspielräume für Behandelnde;
- zeitlicher Abstand zwischen Abfassung und Umsetzung.

4 Qualitätsstandards

Aufgrund der aufgeführten Schwierigkeiten wurden im genannten Gutachten Qualitätsstandards an valide Patientenverfügungen formuliert:

Inhaltliche Anforderungen:

- Inhaltliche Minimalanforderungen
- Grad der Verbindlichkeit
- Reichweite der Verfügung

Formale Anforderungen:

- Form
- Datierung
- Aufbewahrung
- Bekanntgabe

Anforderungen an die Willensbildung:

- Entdecken eigener Wertvorstellungen
- Aufklärung und Beratung
- Klärung von Motivation und Zielen

Die erste Gruppe wird im Rahmen der Gesetzgebungsverfahren intensiv diskutiert. In der Schweiz ist im genannten neuen Erwachsenenschutzgesetz vorgesehen, dass die Patientenverfügung eine verbindliche Willensäußerung ist, die für *alle* Situationen der Urteilsunfähigkeit gilt, d.h. es ist keine „Reichweitenbeschränkung". Bei den formalen Anforderungen lässt sich ein über Landesgrenzen gehender Konsens feststellen, der die Schriftlichkeit mit eigenhändiger Unterzeichnung vorsieht. Ebenfalls besteht Einigkeit darüber, dass ersichtlich sein muss, wann das Dokument erstellt wurde. Vernachlässigt werden in der Diskussion oft die äußerst praxisrelevanten Fragen um Aufbewahrung und Bekanntgabe. Eine noch so gute Patientenverfügung nützt nichts, wenn Sie im Bedarfsmoment nicht (oder nur sehr aufwändig, beispielsweise durch Nachforschungen im Umfeld des Patienten) verfügbar ist. Deshalb soll es eine einfache, standardisierte Form der Bekanntgabe geben (Versichertenkarte, Patientenverfügungsausweis). Mit dem gleichen Ziel der Verfügbarkeit sollte sie an einer öffentlichen Stelle hinterlegt sein, welche die Übermittlung des Dokuments an die mit der Umsetzung involvierten Fachpersonen gewährleistet.

Besondere Beachtung verdient die Frage der *Willensbildung*. Ein Brennpunkt der medizinethischen Diskussion um die Patientenverfügung ist die Frage, welche Qualität einem im Voraus gefällten Entscheid zukommt. Diese Frage stellt sich mit besonderer Schärfe, wenn es um die Ablehnung lebenserhaltender Maßnahmen geht. Kritiker des Instruments Patientenverfügung sehen die Voraussetzungen für einen aufgeklärten Vorausentscheid grundsätzlich nicht gegeben. Diese pauschale Ablehnung der Möglichkeit eines Vorausentscheids wird aber nur von einer Minderheit vertreten. Hingegen hat sich der Standard des „informed consent" in medizinethischen und -rechtlichen Fragestellungen durchgesetzt. Damit kommen viele der (bisher) stark verbreiteten vorgefertigten, nicht individualisierten Patientenverfügungen unter Druck. Bei diesen ist im Nachhinein, d.h. aus der Blickrichtung der „Umsetzer", nicht ersichtlich, ob sich die oder der Verfügende der Tragweite der Entscheidung bewusst war. Nun kann natürlich eingewendet werden, dass dies keine Rolle spiele, denn es gebe ja auch das Recht auf Nichtwissen des Patienten. Der Akt der Selbstbestimmung sei eben ein schützenswerter Akt, auch wenn dieser auf einer nicht informierten Basis geschieht. Vorerst einmal muss erwähnt werden, dass diese Sichtweise im Falle des urteilsunfähigen Patienten und der Ablehnung von lebenserhaltenden Maßnahmen kontrovers diskutiert wird. Der Umstand, dass dies zu Unsicherheiten oder standesrechtlichen Konflikten beim medizinischen Personal führt und damit die Nicht-Beachtung der Patientenverfügung begünstigt, weist darauf hin, dass der Anspruch des informierten Entscheids auch im Fall der Patientenverfügung erfüllt sein muss.

Es zeigt sich, dass persönliche Patientenverfügungen, in denen der Patientenwille sowie individuelle Motivation und Ziele klar, deutlich und glaubwürdig hervortreten, die Befolgung einer Patientenverfügung begünstigen. Die Patientenverfügung kann nicht vollkommen aus der Kommunikationsstruktur der Arzt-Patientenverfügung herausgelöst und nur noch als einseitige Auftragserteilung betrachtet werden; dies wird der ethischen und rechtlichen Komplexität nicht gerecht.

Wie erläutert ergänzen sich medizinische und persönlichkeitsbezogene Indikation. Während beim urteilsunfähigen Patienten die medizinische Indikation in der Regel einfach gestellt werden kann, sind zuverlässige persönlichkeitsbezogene Informationen oft nicht verfügbar. Die Patientenverfügung hat an erster Stelle die Funktion eines Surrogats. Das Instrument ist die Voraussetzung, damit eine

dem Patientenwillen entsprechende Entscheidung getroffen werden kann. Praktisch bedeutet dies, dass die medizinische Indikation mit der Werthaltung und den persönlichen Überzeugungen des Patienten abgestimmt werden muss. Diese persönlichkeitsbezogenen Informationen müssen in verständlicher Art, glaubwürdig, den rechtlichen und standesethischen Rahmenbedingungen entsprechend, unter Einhaltung der Formvorschriften in der Patientenverfügung zum Ausdruck kommen: „Die Qualität einer Patientenverfügung hängt unter anderem vom Ausmaß einer vorausgegangenen Willensbildung ab. Diese Willensbildung sollte unter Einbeziehung von adäquaten Informationen über mögliche Krankheitsverläufe, unter Reflexion auf eigene Werte und Präferenzen erfolgen. Zu berücksichtigen sind ferner die Konsequenzen der Patientenverfügung […]."[3] Eine Patientenverfügung steht demnach weniger unter dem Anspruch einer möglichst umfassenden Auflistung einzelner medizinischer Maßnahmen, sondern vielmehr aussagekräftiger Angaben zu persönlichen Überzeugungen und Werthaltungen. Auch Angaben über das Ziel möglicher Interventionen sind sinnvoll. Nicht selten ist es so, dass in der Behandlung ein und dieselbe Maßnahme mit unterschiedlicher Absicht (lebenserhaltend, palliativ) eingesetzt werden kann. Sind Anwendungssituationen und Therapieziel deutlich beschrieben, kann der Einsatz der einzelnen medizinischen Maßnahmen angepasst werden. Dies ist besonders wichtig, wenn beim Erstellen die später möglicherweise indizierten medizinischen Maßnahmen nur schwer abzuschätzen sind, z.B. beim Verfassen einer Patientenverfügung ohne vorliegende Diagnose. Kurzum: Einer persönlichen Werteerklärung kommt hohe Bedeutung zu, insbesondere wenn die mögliche Anwendungssituation noch unbestimmt ist. Weiter hat eine Werteerklärung den Vorteil, dass sie „zur Entscheidungsfindung beitragen [kann], wenn die eigene Meinung noch nicht klar herausgebildet ist".[4] Die Praxis zeigt aber auch, dass es Verfügenden weniger um bestimmte Maßnahmen, sondern um die Respektierung eigener Werthaltungen und Überzeugungen geht. Im Rahmen der Willensbildung braucht es:

- eine rationale und emotionale Auseinandersetzung mit bestehenden Erfahrungen mit Krankheit, Abhängigkeit, Sterben sowie mit persönlichen Werthaltungen;
- ein Gespräch über mögliche Situationen lebensbedrohlicher Urteilsunfähigkeit sowie mögliche medizinische Maßnahmen differenziert nach Anwendungssituationen;

- ein Gespräch mit Vertrauenspersonen (Bevollmächtigte/-r);
- ein Gespräch mit dem Hausarzt und Angehörigen;
- eine Dokumentation des persönlichen Willens aufgrund formaler Vorgaben.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Beratung beim Erstellen einer Patientenverfügung der ideale Rahmen ist, um beschriebene Qualitätsanforderungen zu erfüllen und damit die Umsetzung des Patientenwillens im Fall von Urteilunfähigkeit zu ermöglichen. Damit wird die Patientenverfügung vom einseitigen Abwehrinstrument zu einem Kommunikationsmittel im Rahmen der Entscheidungsfindung.

5 Die Umsetzung eines Beratungsangebotes am Beispiel von GGG Voluntas

Abschließend soll am Beispiel von GGG Voluntas (Basel, Schweiz) gezeigt werden, wie ein solches Beratungsangebot konkret aussehen kann.

GGG Voluntas berät seit mehr als 10 Jahren beim Erstellen von persönlichen Patientenverfügungen und weiteren Vorsorgeverfügungen. Wird ein Beratungstermin vereinbart, erhält der Mandant oder die Mandantin einen Fragebogen mit offen formulierten Fragen zur persönlichen Werthaltung. Diese sollen zur Vorbereitung beantwortet werden und werden von dem oder der Beratenden mit dem Mandanten oder der Mandantin in der ersten Beratung besprochen. Ebenso im Mittelpunkt stehen Motivation und ggf. der Anlass für die Vorsorgeverfügung. Aus diesem Gespräch entsteht ein erster Entwurf der Werteerklärung. Es wird auf die Wichtigkeit des Gesprächs mit den Angehörigen und dem (Haus-)Arzt hingewiesen sowie über die Notwendigkeit, bestehende Diagnosen in der Verfügung ausdrücklich zu erwähnen. Als Vorbereitung auf die folgende Beratungssitzung wird der Mandant oder die Mandantin über medizinische Maßnahmen informiert. Die zweite Beratungssitzung steht unter dem Zeichen einzelner medizinischer Maßnahmen, zu denen der Mandant oder die Mandantin ihre Einwilligung gibt oder verweigert. Auch weitere, für Patientenverfügungen naheliegende Willensbekundungen wie beispielsweise Organspende oder Autopsie werden erläutert und der Patientenwille dokumentiert. Auch wird geklärt, ob der Mandant oder die Mandantin weitere Verfügungen (Vorsorgeauftrag, Vollmacht, Bestattungsverfügung) erstellen will. Sind alle Verfügungen erstellt, können sie durch GGG Voluntas beim Ärztenotruf Basel hinterlegt werden. Dies garantiert jederzeit eine schnelle Verfügbarkeit der Vorsorgeverfügung(-en). Der Mandant oder die Mandantin erhalten einen Trägerausweis, der über das Vorhandensein und die Hinterlegung der Verfügungen auf der Medizinischen Notrufzentrale Basel informiert und auf dem die Rufnummer der Notrufzentrale angegeben ist. Alle zwei Jahre wird der Mandant oder die Mandantin an die Überprüfung und Erneuerung der Verfügungen erinnert. Wiederum steht die Möglichkeit einer Beratung offen, in der Änderungen in der Werthaltung oder in der gesundheitlichen Verfassung besprochen und in die Verfügungen aufgenommen werden.

Das Beratungskonzept wird mit freiwillig Beratenden umgesetzt. In einem Vorbereitungskurs werden die notwendigen rechtlichen, medizinischen, medizinethischen und psychologischen Kenntnisse für die Beratung vermittelt. Nach erfolgreich absolvierter Fortbildung erfolgt eine Prüfung auf die persönliche Eignung der interessierten Personen; im Rahmen einer Hospitanz werden sie dann schrittweise in die Tätigkeit eingeführt. Die Beratung steht unter professioneller Leitung, die bei Fragen oder Schwierigkeiten einbezogen werden kann. Regelmäßige Praxisbesprechungen mit Fällen aus der Beratungspraxis gewährleisten die Qualität der Beratung.

Jährlich nutzen rund 200 Personen die Beratung von GGG Voluntas in Basel, und rund 150 neue Vorsorgeverfügungen werden erstellt. Momentan ist GGG Voluntas beauftragt, für das Schweizerische Rote Kreuz Beratungsstellen nach dem Konzept von GGG Voluntas in anderen Regionen der Schweiz aufzubauen. Informationen sind zu finden unter www.ggg-voluntas.ch.

Literatur

Brückner, Ch.: Die Rechtfertigung des ärztlichen Eingriffs in die körperliche Integrität gemäß Art. 28 Abs. 2 ZGB. In: *Zeitschrift für schweizerisches Recht* (ZSR), Bd. 140 (1999), S. 451-479.

Federspiel, B.: Patientenverfügung zur Auftragsklärung am Lebensende. Schweiz. Gesellschaft für Gesundheitspolitik. Zürich 2004.

Lack, P.: Die Bedeutung der Werteanamnese als Grundlage für Patientenverfügungen. In: Lehrbuch Palliative Care, hrsg. von Cornelia Knipping. Bern 2006, S. 588-596.

Lack, P.: Die individuell im Beratungsgespräch erstellte Patientenverfügung als Klärungs-, Selbstbestimmungs- und Kommunikationsinstrument. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 2005; 86: Nr. 11, S. 689-694.

Meran, J. G. et al.: Möglichkeiten einer standardisierten Patientenverfügung – Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums der Gesundheit. Münster 2002.
Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung. Medizinethische Grundsätze. Basel 2005.
Schweizerische Eidgenossenschaft: Entwurf zur Änderung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht) für ein neues Erwachsenenschutzgesetz vom 28.06.2006.

Anmerkungen

1 Ohly, Albrecht: Das Recht zu sterben. CHV aktuell. München 2004, S. 20.
2 Meran et al. 2002
3 Ebd. S. 79f.
4 Ebd.