

Patientenverfügung Reichweite und Rechtsbindung

Stellungnahme der Sächsischen Landesärztekammer zum Referentenentwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts

Das Bundesministerium der Justiz hatte Ende des Jahres 2004 einen Entwurf zur Änderung des Betreuungsrechts (3. BtRÄndG) vorgelegt. Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammer waren aufgefordert, kurzfristig Stellungnahmen zu diesem Entwurf abzugeben. Insbesondere ging es um acht Frage- und Problemstellungen. Die Sächsische Landesärztekammer hat neben den Mitgliedern des Gesprächskreises „Ethik in der Medizin“ weitere Ärzte in die Meinungsfindung einbezogen. Alle Beteiligten haben bei ihren Zuarbeiten insbesondere darauf geachtet, dass Menschenwürde und Selbstbestimmungsrecht der Bürger erhalten bleiben und auch Grundlagen der vorgelegten gesetzlichen Regelungen sind. Denn die Willensbildung darf nicht durch administrative Regularien relativiert werden. Es wird im Folgenden der Wortlaut der Stellungnahme wiedergegeben.

Vorbemerkung

Der Referentenentwurf stellt klar, dass der mündlich oder schriftlich hinreichend eindeutig erklärte Wille gilt. Dieser Wille entzieht sich der Auslegungshoheit anderer. Hier entscheidet der Patient unmittelbar selbst. Nur wenn wirklich ernst zu nehmende Unsicherheiten und Auslegungsspielräume bestehen, kann die Annahme einer (allerdings starken) Indizwirkung gelten. In dieser, in der Praxis

nicht seltenen Konstellation, müssen Versuche unternommen werden, den mutmaßlichen Willen des Patienten zu erheben, der dann auch bindend ist. Die Verantwortung der Ärzte und Stellvertreter für den Patienten bei der Willensermittlung wird betont. Die Selbstbestimmung des Patienten wird gewahrt. Ausreichende, aber nicht überzogene und damit unpraktikable Prinzipien der Missbrauchskontrolle sind vorgesehen. Patienten müssen die Gewissheit gewinnen können, dass ihre Auseinandersetzung mit dem Thema auch ernst genommen wird. Auch praktischen Erwägungen im Blick auf die Handhabung wird der Referentenentwurf gerecht.

Nach anderer Ansicht wird empfohlen, Patientenverfügungen mit Vorsorgevollmachten zu koppeln. Das Gespräch zum Beispiel mit einem jahrzehntelangen Lebenspartner hilft oftmals sehr wesentlich bei der Entscheidung, ob die Patientenverfügung als erklärter Wille in einer konkreten Situation zu werten oder lediglich als mutmaßlicher Wille in die Entscheidung einzubeziehen ist.

1. Soll eine Patientenverfügung überhaupt gesetzlich geregelt werden?

Aufgrund unterschiedlicher bzw. uneinheitlicher Handhabung der bisher vorhandenen Regelungen besteht das Erfordernis, die Patientenverfügung (im Sinne des Referentenentwurfes) gesetzlich zu regeln. Sollte die Regelung restriktiver als die aktuellen Möglichkeiten ausfallen (entsprechend dem Vorschlag der Enquete-Kommission), ist das gegenwärtige, gewachsene, wenn auch gesetzlich nicht bestätigte Verfahren vorzugswür-

dig. Der geplante § 1901 a BGB erweckt in seinem Abs. 2 allerdings den Anschein, als seien Patientenverfügungen nur dann wirksam oder nur auf diese Weise wirksam einzubringen, wenn Patienten einen Betreuer oder einen Bevollmächtigten haben. Nach dem ganzen System des Betreuungsrechts hingegen ist die Betreuung nur die ultima ratio, das heißt, es kann nur dann ein Betreuer bestellt werden, wenn die Angelegenheiten des Betroffenen nicht auf andere Weise erledigt werden können. Wer eine Patientenverfügung hat, bedarf insoweit keiner Betreuung. Dieser Gedanke sollte auch in § 1901a Abs. 2 Berücksichtigung finden.

2. Wenn ja, wie soll die Reichweite der Patientenverfügung beschrieben werden?

Der Vorschlag des Referentenentwurfes, keine Reichweitenbeschränkung zu fordern, ist sinnvoll, praktikabel und unbedingt zu unterstützen. Die Reichweite der Patientenverfügung wird im Gesetz auch schwer zu beschreiben sein. Eine Definition von Wirksamkeit oder Nichtwirksamkeit wird durch den Gesetzeswortlaut nicht vermittelt werden können. Lehnt ein Mensch weit vor der Sterbephase eine Behandlung ab und erklärt sich nicht einmal zu seiner Motivation, so ist dieses Behandlungsverbot dennoch absolut verbindlich. Damit wird gewährleistet, dass das oberste Entscheidungsprinzip der Wille des Betroffenen bleibt. Je genauer die Patientenverfügung die eingetretene medizinische Situation im Voraus beschreibt, desto größere Indizwirkung kommt ihr natürlich zu.

Eine Beschränkung der Reichweite von Pati-

entenverfügungen auf bestimmte „zum Tode führende Grundleiden“ ist medizinisch nicht zu begründen. Ein multimorbider, an mehreren für sich genommen keineswegs vital bedrohlichen Erkrankungen erkrankter Patient kann prognostisch wesentlich bedrohter sein als ein Patient mit einem metastasierten Tumorleiden. Versuche, den Begriff der Todesnähe zu definieren sind sicher auch medizinisch äußerst problematisch. Für eine Beschränkung von Willensäußerungen in Form von Verfügungen auf eine bestimmte Lebensphase (wie zum Beispiel irreversible Erkrankungsphase oder infauste Prognose) ist keine ethische, juristische oder medizinische Rechtfertigung ersichtlich. Auch das Ausschließen von speziellen Erkrankungen wie Demenz oder Wachkoma entspricht nicht den praktischen Erfahrungen, denn gerade diese Zustände sind es oft, die erklärtes Ziel der Vorausentscheidung der Patienten sind.

So gibt es aus unserer Sicht keine medizinische oder ethische Rechtfertigung der Reichweitenbeschränkung der Patientenverfügung. Lässt sich der Wille bzw. ggf. der mutmaßliche Wille des Patienten klar ermitteln, so ist dieser für die Behandlung bindend. Natürlich kann es dann aber, ähnlich beim Schwangerschaftsabbruch, zu unterschiedlichen Anschauungen bezüglich der Zumutbarkeit kommen. Hier muss der Arzt die Möglichkeit der Ablehnung haben, verbunden mit der Verpflichtung, die Behandlung des Patienten an einen anderen Arzt zu übergeben.

3. Soll es Anforderungen an die Form geben, soll es ein Register geben?

Eine Anforderung an die Form sollte es aus unserer Sicht nicht geben. Aus Beweisgründen ist ein Schriftefordernis sicher hilfreich und empfehlenswert. Stärkere Anforderungen als die Schriftform sind jedenfalls abzulehnen. Letztlich muss es – jedenfalls beim Widerruf – auch bei einer mündlichen Äußerung sein Genüge finden können.

Nach hiervon abweichender Meinung wird die Schriftform dringend empfohlen bzw. gefordert. Eine Etablierung von formalen Kriterien als absolut zwingende Wirksamkeitsvoraussetzung für eine richterliche Entscheidung ist jedoch als eher unwahrscheinlich anzusehen.

Unter der Voraussetzung des behandlungsbindenden Willens des Betroffenen kann es auch nicht erforderlich sein, dass dieser Wille schriftlich niedergelegt werden muss. Die Ermittlung und Dokumentation dieses Willens kann und darf Aufgabe und in Verantwortung der behandelnden Ärzte sowie der Stellvertreter sein. Nur im Konfliktfall bedarf es des Vormundschaftsgerichts. Dass in diesem Konfliktfall einer Schriftform möglicherweise mehr Gewicht zukommt, der Patient aber darauf verzichtet hat, ist sein bewusst in Kauf genommenes Risiko und demnach zu akzeptieren. Die fehlende Schriftform zwingt das Behandlungsteam und die Stellvertreter allenfalls zu einer noch intensiveren Dokumentation des Ermittlungsprozesses des ggf. mutmaßlichen Patientenwillens, verhindert aber keine Entscheidung auf Basis des Willens des Patienten nur wegen fehlender Schriftform. Dieses Vorgehen stärkt die Möglichkeit der Durchsetzung des Patientenwillens. Ausreichende Missbrauchskontrolle besteht in der „Öffentlichkeit“ der Entscheidung und dem Strafrecht.

Allerdings lassen sich Qualitätskriterien von Verfügungen beschreiben, die bei Auslegungsnotwendigkeit die Auslegung erleichtern. Hierzu gehört insbesondere die Aufklärung, welche aber nicht zwingend sein darf. Datum der Abfassung und persönliche Unterschrift sind bei schriftlicher Form der Willensäußerung selbstverständlich.

Ein Register wird als prinzipiell hilfreich aber überwiegend als nicht sinnvoll angesehen. Wenn ein Register geführt werden soll, darf es nur ein einheitliches Zentralregister geben. Mit der Einrichtung eines solchen Registers

kann aber die Notwendigkeit zur offenen Kommunikation der Willensäußerung mit den Angehörigen oder Pflegenden ungewollt eingeschränkt werden. Dadurch kann sich die Gefahr realisieren, dass die offene Besprechung der Wünsche am Lebensende unterbleibt. Denkbar wäre die Information über das Vorhandensein einer Patientenverfügung in der angestrebten „elektronischen Patientenakte“.

4. Soll es zeitliche Befristungen geben?

Eine zeitliche Befristung sollte nicht erfolgen. Eine starre Frist ist nicht ratsam, weil beispielsweise eine bei einer jahrelangen chronischen Krankheit vor mehreren Jahren unterzeichnete Patientenverfügung in der Situation viel wahrscheinlicher binden kann bzw. als erklärter Wille für diese Situation zutreffen kann. Eine zeitnahe Patientenverfügung oder eine Aktualisierung eines Gesunden entfaltet jedoch auch eine stärkere Indizwirkung. Nach anderer ärztlicher Ansicht wird vertreten, dass es eine turnusmäßige Neudatierung geben soll (alle zwei Jahre).

5. Soll dem Behandlungsabbruch zwingend ein „Konsilium“ vorausgehen?

Die kollegiale Beratung von schwierigen medizinischen Entscheidungen ist sinnvoll und tägliche Praxis. Die Beratungsnotwendigkeit ergibt sich aus der medizinischen Situation und erfolgt auf Entscheidung des behandelnden Arztes. Behandlungsbegrenzung bzw. -abbruch sind ärztliche Entscheidungen von solcher Tragweite, dass Ärzte vor dem Hintergrund ihrer Berufspflichten, aber auch ihrer zivil- und strafrechtlichen Angreifbarkeit in Grenzsituationen eine Teamkommunikation im eigenen Interesse anstreben werden. Die Beratung der Entscheidung mit Kollegen aber auch mit den Therapeuten und dem Pflegepersonal muss guter „medizinischer Standard“ werden. In klaren Situationen wäre eine „Konsil-Pflicht“ dagegen eher ein

INFORMATIONEN IM INTERNET

**Neue Domain: www.gesundheitsinfo-sachsen.de
Gesundheitsinformationen für Ärzte und Patienten**

Formalismus und unnötiger Personalaufwand. Die Entscheidung ist in jedem Fall nachvollziehbar zu dokumentieren. Nach anderer Ansicht wird ein „Ethik-Konsil“ gefordert, das dem Erfordernis der Klarheit des Patientenwunsches und der höheren Wertschätzung dieser Kommunikationspflicht gerecht wird. Dieses Konsil sollte sich aus dem Behandler, dem pflegerisch-therapeutischen Team und dem Patienten bzw. dessen Vertreter zusammensetzen.

6. In welchem Umfang soll es eine gerichtliche Überprüfung geben; soll der Bevollmächtigte privilegiert werden?

Die gerichtlichen Überprüfungsmöglichkeiten gemäß § 1904 des Entwurfs sind ausreichend. Für eine generelle Überprüfungspflicht besteht keine medizinische, ethische oder juristische Notwendigkeit. Eine darüber hinausgehende gerichtliche Überprüfbarkeit besteht weiterhin. Jeder der maßgeblichen Entscheidungsteilnehmer (Arzt und Vertreter) hat bei Dissens die Möglichkeit, das Vormundschaftsgericht anzurufen. Darüber hinaus besteht jederzeit die strafrechtliche Überprüfbarkeit.

Der Bevollmächtigte sollte nicht privilegiert werden. Der Betroffene kann, wenn er bewusstlos geworden ist, seinen Vertreter nicht mehr kontrollieren und die Kontrolle muss von anderer Stelle vorgenommen werden.

7. Wer sollte als Sachverständiger herangezogen werden?

Aus der Frage geht nicht eindeutig hervor, für welche Tätigkeit Sachverständiger bestellt werden sollen. Drei Situationen sind denkbar: Sachverständiger für die Aufklärung über Verfügungen, hier sind alle speziell geschulten, beratenden Berufsgruppen wie Ärzte, Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Juristen, Psychologen geeignet; Sachverständiger für die Behandlungsentscheidung, der selbstverständlich der behandelnde Arzt sein wird, welcher sich gegebenenfalls konsiliarisch beraten lässt. Sachverständige bei der gerichtlichen Überprüfung im Zweifelsfall bzw. retrospektiv: In dieser Situation bedarf es Sachverständiger zur Beurteilung von Verlauf und Prognose der entsprechenden Grund- und Nebenerkrankung. Aus der Erfahrung sind hierfür klinisch tätige Vertreter der Fachgebiete Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Neurologie, Chirurgie und Anästhesie geeig-

net. Die Sachverständigen müssen zwingend über Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Palliativmedizin verfügen.

8. Beratungspflicht

Die Beratung vor Abfassung einer Patientenverfügung ist empfehlenswert, insbesondere dann, wenn sie durch fachlich und menschlich erfahrene Personen erfolgt, sollte jedoch nicht Wirksamkeitsvoraussetzung für die Patientenverfügung sein. Zu den fachlich erfahrenen Personen zählen entsprechend ausgebildete Ärzte, Juristen und Pflegepersonal. Nicht die formale berufliche Qualifikation allein vermittelt Kenntnis für mögliche Lebens- und Krankheitssituationen und befähigt somit zu optimaler Aufklärung über Patientenverfügungen. Diese Anforderungen sind vom Juristen/Notar, der nicht über eine Ausbildung zu medizinischen Situationen verfügt, im Regelfall kaum zu erbringen. Die Rahmenbedingungen für solche Aufklärungsgespräche über die Prognosen etc. müssen verbessert werden. Diese Gespräche müssen als hochwertige Leistung verstanden werden. Sie müssen inhaltlich überprüfbar dokumentiert und adäquat abrechenbar sein. Weiterhin

ist auch festzuhalten, dass Selbstbestimmung nicht nur auf informierter Basis erfolgen kann. Auf Information kann verzichtet werden, wenn Selbstbestimmung dennoch möglich ist. Damit ist die Beratungspflicht allenfalls ein Schutzkriterium.

Bei zwingender Beratungspflicht bestehen dagegen eine Reihe von Gefahren: Sollen Patienten mit Verfügung zum Beispiel aus der Zeit vor der gesetzlichen Regelung gegen deren Willen behandelt werden, nur weil keine Aufklärung erfolgt ist? Wie ist mit einer Verfügung zu verfahren, welche nach annehmbar mangelhafter Aufklärung erstellt wurde? Darf es Ärzten zugemutet werden, einen Patienten gegen seinen klar geäußerten Willen zu behandeln? Die Lösung derartiger Probleme wird mit Einführung einer Beratungspflicht und Reichweitenbeschränkung allein auf die Ärzteschaft verlagert!

Für den Gesprächskreis Ethik in der Medizin
Prof. Dr. med. Rolf Haupt
Prof. Dr. med. Otto Bach