

Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR) e. V.

Heidelberg
September 2000

Der Wille des Menschen zwischen Leben und Sterben

Ausgewählte medizinrechtliche Aspekte des Arzt-Patientenverhältnisses am Ende des Lebens

Empfehlungen

Die Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR) e. V. hat am 22. und 23. 9. 2000 in Heidelberg einen Workshop zu ausgewählten medizinrechtlichen Aspekten des Arzt-Patientenverhältnisses am Ende des Lebens veranstaltet. Die Ergebnisse dieses Arbeitstreffens werden im Folgenden als Empfehlungen der DGMR vorgestellt.

1. Die Ausgangslage

Die Bedeutung des Patientenwillens als Ausdruck seiner Autonomie rückt in den vergangenen Jahren zusehends in den Vordergrund der medizinrechtlichen Diskussion. Diese Entwicklung ist bedingt durch die nachhaltigen Fortschritte der Medizin, insbesondere der Notfall- und Intensivmedizin, aber auch der Pharmazie, die es zuweilen zweifelhaft werden lassen, ob alles, was die Medizin leisten kann, wirklich den Wünschen und dem Wohlergehen der jeweiligen Patienten entspricht. Auch die Rechtsprechung hat diese Entwicklung geprägt und regelmäßig die alleinige Entscheidungsbefugnis der Patienten herausgestellt. Dies zeigen insbesondere die juristischen Anforderungen an Umfang und Intensität der ärztlichen Aufklärung.

In deutlichem Widerspruch zu der intensiven Debatte um die Autonomie des Patienten am Lebensende steht allerdings, dass es bisher nur wenige wissenschaftliche Daten zur Realität von Behandlungsabbruch und -begrenzung gibt.

2. Das Selbstbestimmungsrecht

Grundlage des ärztlichen Behandlungsauftrags ist der Patientenwille. Dieser ist für alle an der Behandlung und Pflege beteiligten Personen grundsätzlich verbindlich. Er ist eine spezielle Ausprägung des verfassungsrechtlich verbürgten Selbstbe-

stimmungsrechts und findet seine Grenzen allein in der Einhaltung ärztlicher Standards und in strafrechtlichen Normen.

3. Die Einwilligungsfähigkeit

Die Ausprägung des Selbstbestimmungsrechts der Patienten gilt auch und gerade in der Sterbephase.

Von insgesamt ca. 900.000 Todesfällen pro Jahr in Deutschland sind rund 25 % auf Tumorerkrankungen zurückzuführen. Ein zunehmender Teil dieser Patienten mit einer nicht heilbaren und progredienten Erkrankung bei begrenzter Lebenserwartung wird heute palliativmedizinisch betreut. Dabei beruht die Palliativmedizin auf einem ganzheitlichen Konzept in der Betreuung von schwerkranken und sterbenden Patienten und beinhaltet physische, psychische und soziale Maßnahmen, insbesondere der Schmerztherapie. Die Entwicklung der Palliativmedizin sollte gefördert werden.

Unterstützt durch die Palliativmedizin sind diese Patienten meist bis zum Lebensende bewusstseinsklar und einwilligungsfähig. Der Wille dieser Patienten ist daher in den genannten Grenzen verbindlich.

4. Die Einwilligungsunfähigkeit

Bei Krankheitsbildern, welche die Willensbildung und die Einsichtsfähigkeit beein-

trächtigen oder aufheben, ist die Ermittlung des tatsächlichen Patientenwillens erschwert oder unmöglich. Früher von diesen Patienten geäußerte und gegebenenfalls dokumentierte Therapieentscheidungen (Patientenverfügungen), die erkennbar aus einer individuellen Auseinandersetzung mit der Sterbenssituation hervorgegangen sind, sind grundsätzlich verbindlich. Dies gilt nur dann nicht, wenn konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass der Patient an diesen früheren Willensäußerungen nicht festhalten will. Solche Anhaltspunkte können sich etwa aus Gesprächen mit Angehörigen oder anderen Ärzten, Pflegepersonal oder anderen Bezugspersonen ergeben. Der Zeitablauf seit Abfassung der Patientenverfügung alleine ist kein geeignetes Kriterium. Im Übrigen erlaubt die Vielgestaltigkeit der Einzelfälle keine Katalogisierung von Anknüpfungstatsachen.

Aus diesen Anhaltspunkten kann sich auch ein mutmaßlicher Wille feststellen lassen, der einem früher geäußerten Willen entgegensteht. Dieser mutmaßliche Wille ist dann für die ärztliche Entscheidung verbindlich.

5. Das objektiv verstandene Interesse des Patienten

Liegt keine Willensäußerung des Patienten vor, und kann der Arzt einen Patienten-

tenwillen oder persönliche Wertvorstellungen des Patienten auch nicht durch andere Anhaltspunkte ermitteln, entscheidet der Arzt, gegebenenfalls nach Gesprächen mit Angehörigen oder anderen Bezugspersonen, im Rahmen seiner medizinischen Verantwortung nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung allgemeiner Wertvorstellungen. Dabei muss er sich an den Grundsätzen der Rechtsprechung und den Empfehlungen der ärztlichen Standesorganisationen orientieren und die maßgeblichen Gesichtspunkte seiner Entscheidungsfindung dokumentieren.

6. Die Patientenverfügung

Schriftliche Willensäußerungen in Form von Patientenverfügungen sind für diejenigen, die in Krisensituationen entscheiden und handeln müssen, eine große Hilfe, im Sinne des Betroffenen zu handeln. Bei der Abfassung solcher Verfügung sollten sich die Betroffenen aber darüber bewusst sein, dass gesunde Menschen ohne die Erfahrung ernsthafter Erkrankungen Krisensituationen anders einschätzen als Erkrankte.

Je konkreter diese Patientenverfügungen inhaltlich ausgestaltet sind, desto eher ist auch ihre Umsetzung im einzelnen gewährleistet. Formularverfügungen allgemein gehaltener Art sind hierfür in aller Regel ungeeignet. Vor Abfassung von Patientenverfügungen empfiehlt sich eine ärztliche Information und ein Gespräch mit den Angehörigen, anderen Bezugspersonen oder geeigneten Einrichtungen. Die ärztlichen Standesorganisationen müssen dafür Sorge tragen, dass eine entsprechende Information der Patienten bei der Abfassung von Patientenverfügungen gewährleistet wird und Empfehlungen zur ärztlichen Sterbebegleitung in der Praxis angewandt werden.

7. Der Genehmigungsvorbehalt

In den Fällen des § 1904 Abs. 1 Satz 1 BGB bedarf der Betreuer einer Genehmigung des Vormundschaftsgerichts. Diese Vorschrift ist in mehrfacher Hinsicht

missglückt. Unsystematisch werden vergleichbar schwerwiegende Fälle nicht geregelt, insbesondere die trotz tödlicher Folgen von Anfang an unterlassene Behandlung und der Behandlungsabbruch, der den Tod des Patienten auslöst.

Ein Teil der Rechtsprechung und ihr folgend der juristischen Literatur hat dennoch den Anwendungsbereich des § 1904 Abs. 1 Satz 1 BGB auf den Behandlungsabbruch erstreckt. Dem ist zu widersprechen. Insbesondere ist das diese Analogie tragende Argument einer „unbewussten Gesetzeslücke“ unzutreffend. Die Gesetzgebungsgeschichte belegt, dass der Gesetzgeber die Problematik gesehen hat, sie aber nicht regeln wollte – und dies bis heute nicht will. Der Bedarf für eine analoge Anwendung ergibt sich daher auch nicht aus einer juristischen Schutzpflicht gegenüber dem betreuten Patienten und dem behandelnden Arzt. Es ist daher zu empfehlen, § 1904 Abs. 1 BGB zu streichen.

8. Die Vorsorgevollmacht

Der einwilligungsfähige Patient kann als Folge seiner Selbstbestimmung für den Fall künftiger Äußerungsunfähigkeit auch einen Vertreter mit der Wahrnehmung seiner Gesundheitsangelegenheiten bestellen, sogenannte Vorsorgevollmacht. Er unterwirft sich damit in der Regel der Fremdbestimmung durch den Bevollmächtigten.

9. Die vormundschaftsgerichtliche Kontrolle

Der in § 1904 Abs. 2 Satz 1 BGB für bestimmte schwerwiegende ärztliche Maßnahmen angelegte doppelte Kontrollmechanismus – Schriftlichkeit und Ausdrücklichkeit der Vollmacht sowie Genehmigungsvorbehalt des Vormundschaftsgerichts für die Einwilligung des Bevollmächtigten – stellt eine Überregulierung dar. Der Patient hat durch die Vollmachtserteilung bereits sein Vertrauen in den Bevollmächtigten ausreichend dargetan. Zumindest die vormundschaftsgerichtliche Genehmigung ist überflüssig. Das

Selbstbestimmungsrecht des Vollmachtgebers sollte gerade bei Entscheidungen über Leben und Tod nicht wieder in Frage gestellt werden.

10. Ethikkonsile

Ethikkonsile zur Sterbebegleitung können einen Ausgleich des Spannungsverhältnisses zwischen rechtlichen, medizinischen, ethischen, theologischen und psychologischen Aspekten herbeiführen und Empfehlungen und Entscheidungshilfen im Einzelfall geben. Dabei sollte neben dem Patientenwillen vor allem sein Wohlergehen Beachtung finden. Damit kann auch dem Eindruck einer übermäßigen Therapie und den damit verbundenen Ängsten der Patienten entgegengewirkt werden.

Das Präsidium der DGMR e.V.