

Patientenverfügungen (PV) - Chancen, Grenzen und Probleme

Erarbeitet von Pfr. Prof. Dr. Ulrich Eibach im Arbeitskreis für „Medizinische Ethik der Ev. Kirche im Rheinland“ unter Mitwirkung der Pfarrer G. Horn, R. Koch, D. Puder, Dr. Dr. B. Thomassen und Chefarzt i. R. Prof Dr. med. K. Zwirner

PV stellen eine Möglichkeit dar, die Art seiner Behandlung im begrenzten Umfang selbst vorweg zu bestimmen für die Lebensphase, in der man selbst nicht mehr entscheidungsfähig ist. In Deutschland sind sie bisher fast nur dafür vorgesehen, seinen Willen für das *endende Leben* und das *Sterben* kund zu tun. Ihr Vorbild stellen die seit langem in Amerika verbreiteten „living wills“ dar. Diese werden dort mittlerweile auch benützt, um den Willen bezüglich Behandlungen in allen Lebensphasen vorsorglich festzulegen.

1. Zum weltanschaulichen Hintergrund von PV

1. In den letzten Jahrzehnten hat sich im Medizinrecht ein deutlicher Wandel vollzogen, der immer mehr die *Autonomie* des Patienten betont. Die Ursachen für diesen Wandel sind (1) die *Fortschritte der Medizin* (insbesondere der Intensivmedizin), die es zweifelhaft werden lassen, ob all das, was die Medizin *machen kann*, wirklich dem Wohlergehen und den Wünschen der Menschen entspricht. Ebenso bedeutend ist jedoch (2) der *gesellschaftliche Wandel* seit den 1960-iger Jahren. Dessen Kennzeichen ist die zunehmende *Individualisierung* und *Säkularisierung* der *Lebens- und Wertvorstellungen*. Im Zuge dieses Wertewandels wird die *Autonomie* (Selbstbestimmung) zum vorherrschenden moralischen und rechtlichen Leitbegriff der oft bis hin zu einem Recht auf absolute *Selbstverfügung über das eigene Leben* (Selbsttötung, Tötung auf Verlangen) ausgedehnt wird. Dementsprechend muss jeder für sich selbst entscheiden, was für ihn gut und richtig ist. Beide Aspekte gemeinsam führten zur ethischen Verunsicherung im bis dahin leitenden *ärztlichen Ethos der Fürsorge*. Weil man nicht mehr zu gemeinsam geteilten Überzeugungen über das findet, was gut und richtiges Handeln ist, muss jeder für sich selbst bestimmen, was für ihn gut und richtig ist. Mithin muss jeder Patient für sich selbst entscheiden, wie er medizinisch behandelt werden möchte. Das führte zum ethischen und rechtlichen Grundsatz, dass nicht mehr das *Wohlergehen*, sondern der *Wille des Patienten* oberster Grundsatz ärztlichen und pflegerischen Handelns zu sein hat. Eine Möglichkeit, diesen Willen verbindlich kund zu tun, stellen PV dar. *Es stellt sich allerdings die Frage, ob und inwieweit dies ethische und rechtliche Postulat einer „autonomen“ Selbstbestimmung in Fragen medizinischer Behandlung die Möglichkeiten von Menschen, die sich in schweren Lebenskrisen befinden, nicht überfordert, ob und inwieweit also die Patienten (ohne oder mit PV) die durch die Fortschritte der Medizin aufgeworfenen ethischen Verunsicherungen und Fragen selbstbestimmt zu lösen vermögen* (1).

Die bisher einzigen umfassenden Befragungen zur Selbstbestimmung (mit oder ohne PV) über die Behandlung bei *Patienten im Krankenhaus* (Dialysepatienten, allgemein internistische und onkologische Patienten) zeigen, dass betroffene Krankenhauspatienten überwiegend (über 80%) *nicht* selbst über ihr Schicksal in Krisensituationen entscheiden, auch keine PV abfassen, sondern die Entscheidungen Ärzten und Angehörigen überlassen möchten (2). Bei einer Befragung des *Instituts für Demoskopie Allensbach* (1995) unter „gesunden“ Menschen ohne längere ernsthafte Krankheitserfahrung sprachen sich jedoch 70% der Bevölkerung *für* PV aus (16% dagegen). Die Diskrepanzen sind auffällig und vielfältigdeutbar. Sie zeigen auf jeden Fall, dass die Fiktion von selbstbestimmter Behandlung bei „Gesunden“ verbreiteter ist als bei Menschen mit ernsthaften und längerfristigen Erkrankungen. Bei „Gesunden“ herrscht eine größere offene oder unterschwellige *Angst* vor Verlust von „Autonomie“ und vor allem vor den Möglichkeiten der Medizin (insbesondere der Intensivmedizin), die nur teilweise teils berechtigt ist. Dieses Misstrauen ist offensichtlich bei Menschen mit längerer Krankheits- und Krankenhauserfahrung weitgehend abgebaut. Ihnen ist das *Vertrauen* in die behandelnden Personen (*Ärzte*, *Pflegekräfte*) und die Angehörigen wesentlicher als ihre *Selbstbestimmung* über die Art ihrer Behandlung und ein „selbstbestimmtes Sterben“. Hinzu kommen sicher auch andere Gründe, wie z.B. die, dass die Beschäftigung mit und die Abfassung einer PV bei schwerst- und todkranken Menschen die Abwehrhaltungen gegenüber dem Tod durchbrechen kann, dass dies deshalb vermieden wird, dass es unter

solchen Umständen für viele schwer ist, mit Angehörigen über eine PV zu sprechen, dass die bisherige Krankheitserfahrung gezeigt hat, dass man sein Leben ohnehin nicht in Griff hat, „die Dinge doch ‚woanders‘ bestimmt werden“.

2. Die Fortschritte der Medizin haben einerseits die *Fiktion* bestärkt, dass das Leben und auch das Sterben nach menschlichen *Vorstellungen* und *Wünschen* durchgehend *planbar* und „machbar“ sei. Gleichzeitig wächst die geheime oder offene *Angst*, dass diese Vorstellung von der Planbarkeit eine *trügerische Illusion* ist, dass der Mensch spätestens in schwerster Krankheit und im *Sterben* oft in seinen autonomen Fähigkeiten *entmächtigt* wird. Durch eine PV kann die *Fiktion vom selbstbestimmten Leben und Sterben* festgehalten und die Angst vor einer Entmächtigung der Persönlichkeit im Sterben gemindert und sollen die möglichen unerwünschten Nebenfolgen des medizinischen Fortschritts ausgeschaltet werden.

Viele Formulare von PV vermitteln diese Fiktion vom *menschenwürdigen*, weil *selbstbestimmten Sterben durch PV*. Diese „idealistische“ Theorie hat mehrere ethisch problematische Schattenseiten. Sie besagt implizit, dass ein nicht selbstbestimmtes Sterben *menschenunwürdig*, wenigstens aber „minderwertig“ sei. Der Verlust von Freiheit, das *Erleiden* des Sterbens und das Angewiesensein auf die liebende Fürsorge anderer macht das Sterben aber ebensowenig zu einem würdelosen Leben wie die Passivität beim Werden des eigenen Lebens das beginnende Leben der Würde entbehren lässt. Das Postulat des selbstbestimmten Sterbens legt Menschen mehr oder weniger einen Zwang auf über ihr Geschick und ihre Behandlung selbst zu entscheiden. Diese Fiktion kann das Sterben noch schwerer machen, als es ohnehin schon meist ist.

Aus christlich-seelsorglicher Sicht ist festzuhalten, dass das Sterben nicht der Ort ist, die Autonomie, das „*Herr-Sein*“ des Menschen über sein Leben zu erweisen, dass das Sterben vielmehr die Herausforderung darstellt, sich mitsamt seiner Autonomie in die Hände Gottes *loszulassen* und sich der *Fürsorge Gottes* und meist auch der von *Mitmenschen anzuvertrauen*. Entscheidend ist allerdings, dass Kranke darauf *vertrauen* können, dass diese Mitmenschen sich in ihrem Handeln von der Suche nach dem *Wohlergehen* des kranken Menschen leiten lassen, Der Mensch muss und kann letztlich im Sterben nicht über sein Leben total verfügen. Er wird notwendig immer in seinen eigenen Möglichkeiten mehr oder weniger *entmächtigt*.

3. PV sollten die problematische Fiktion eines selbstbestimmten Sterbens nicht noch verstärken. Sie sollten von ihr gänzlich frei gehalten werden, denn durch *PV kann nur für bestimmte Teilbereiche des Lebens und der medizinischen Behandlung vorgesorgt, aber nicht ein durchgehend selbstbestimmtes Leben und Sterben abgesichert werden*. Dies ist schon allein deshalb nicht möglich, weil keiner vorweg genau absehen *kann*, wie sich seine Krankheit entwickelt und wie sie behandelt werden kann und soll. Die Realität kann sich auch bei bekannten Krankheitsbildern erheblich unterscheiden von den prognostizierten Möglichkeiten. Deshalb sollten Formulare von PV nur mit dem deutlichen Hinweis auf ihre begrenzten Möglichkeiten weitergegeben werden, für *bestimmte Grenzsituationen des Lebens und Sterbens eine dem Willen des Patienten entsprechende hilfreiche Orientierung zu geben*. In dieser begrenzten Bedeutung sollte der *in* ihnen niedergelegte Wille ge- und beachtet werden. Keinesfalls sollten sie mit der Tendenz verbreitet werden, dass es eine Pflicht sei, für mögliche Krisensituationen am Ende des Lebens vorweg eigenständige Entscheidungen zu treffen.

4. Manche Formulare von PV enthalten Bestimmungen, denen eindeutig *Lebensunwerturteile* zugrunde liegen, z. B. dergestalt, dass man im Falle prognostizierbarer bleibender schwerer *Hirnschädigungen* und damit eines angeblich „mensenunwürdigen“ und „lebensunwerten Lebens“ keine lebenserhaltenden Maßnahmen (einschließlich der Ernährung) möchte. Dies war z.B. selbst in der von der *Ev. Lutherischen Kirche in Bayern* verbreiteten *2. Fassung* der „Christlichen PV“ der Fall, von der sich eine Landessynode dieser Kirche später ausdrücklich distanzierte. In der von der „Evangelischen Kirche in Deutschland“ und der „Deutschen Bischofskonferenz“ gemeinsam

veröffentlichten „Christlichen PV“ wurden solche negativen Lebenswerturteile bewusst vermieden. Formulare mit negativen Lebenswerturteilen sollten auf keinen Fall weitergegeben oder gar verbreitet werden.

II. Zu den ethisch hilfreichen Aspekten von PV

Unbestreitbar hat jeder Mensch das Recht, sich vor seinem *Wohlergehen* abträglichen Verfügungen anderer über sein Leben zu schützen. Dieses Schutzrecht ist in Krankeninstitutionen um so mehr zu beachten, je kranker und hilfsbedürftiger ein Mensch ist, je geringer also seine autonomen Möglichkeiten sind, sich in der aktuellen Situation selbst zu schützen und je problematischer die Folgen von Behandlungen für die Betroffenen sind. In solchen Situationen können vorsorglich verfasste PV einen Schutz vor medizinischer und institutioneller Verfügungsgewalt darstellen.

Zwar ist die rechtliche Verbindlichkeit von PV nach wie vor umstritten, doch folgen immer mehr Rechtsexperten der Meinung, dass der *Wille* des Patienten oberste Leitlinie ärztlichen Handelns zu sein hat, dass vorsorgliche PV ebenso wie der aktuell geäußerte Wille einwilligungsfähiger Patienten einen rechtlich verbindlichen Charakter haben. Die Bundesärztekammer (BÄK) ist dieser Rechtsauffassung in ihren „Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung“ (3) und ihren „Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit PV“ (4) im Grunde gefolgt. PV gelten als entscheidender Hinweis auf den Willen des Patienten, der rechtlicher Maßstab ärztlichen Handelns ist. Vorausgesetzt wird dabei allerdings, dass in PV nicht etwas angeordnet ist, das die behandelnden Ärzte und Pflegekräfte nicht vor ihrem *Gewissen* verantworten können, das dem *Standesethos* und der *Rechtsordnung* widerspricht (z.B. aktive Sterbehilfe). Ärzte und Pflegekräfte sind nämlich nicht nur „Vollzugsgehilfen“ der Wünsche von Patienten, sondern eigenständig handelnde und verantwortliche „sittliche Subjekte“, die ihr Handeln vor ihrem Gewissen, ihrem Berufsstand gemäß ihrem Berufsethos und der Rechtsordnung zu verantworten haben. Das mögliche Spannungsverhältnis zwischen dem in einer PV niedergelegten *Patientenwillen* und dem ärztlichen und pflegerischen *Standesethos* (Lebensschutz, Fürsorgepflicht) bzw. *den Gewissensüberzeugungender* behandelnden Personen bleibt in den meisten PV unerwähnt und ebenso ungeklärt wie in den „Grundsätzen der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung“. (5)

Zu den in dieser Hinsicht umstrittenen, sowohl im ärztlichen Standesethos wie auch in der Rechtsordnung ungeklärten und z.B. in der „Christlichen PV“ umgangenen Fragen gehört die nach der *Ernährung* von Menschen mit unwiderruflichen hirnorganischen Abbauprozessen und Verlust der bewussten Kommunikationsfähigkeit (z.B. durch Demenzen, Unfall). Angesichts der Bedeutung dieser Frage (insbesondere in Pflegeheimen und der Geriatrie) hatte man sich wenigstens in den Erläuterungen zur „Christlichen PV“ dazu eine klare Aussage gewünscht. Es gibt gute ethische Gründe, mit den „Grundsätzen der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung“ die Ernährung als Teil der „Basisbetreuung“ zu betrachten, die bei *nicht im Sterben liegenden Menschen* immer geboten ist. Durch einen Verzicht auf Ernährung solcher Menschen wird der *Tod* bewusst herbeigeführt, d.h. *verursacht*. Die Tür zu *Lebensunwerturteilen* und zur aktiven *Sterbehilfe* wird dadurch weit geöffnet. Wer eine Ernährung auch bei nicht im Sterben befindlichen Menschen ablehnt, kann auf einer PV ausdrücklich vermerken, welche Formen einer „künstlichen“ Ernährung er nicht wünscht. Offen bleibt dann aber, ob eine in einer PV niedergelegte Ablehnung einer „künstlichen“ Ernährung (Nasen-, PG Sonde, Infusionen) für die behandelnden Ärzte und Pflegekräfte ethisch und rechtlich verbindlich ist. (6)

1. Zur Bedeutung von PV für den Patienten

Das Verfassen einer PV fordert heraus, sich Gedanken über ein schweres Krankheitsgeschick und das Sterben *zu* machen. Zur Abfassung einer PV gehört in erster Linie das eingehende und vertrauensvolle *Gespräch* mit dem oder den *nächsten in Liebe verbundenen Menschen*, aber möglichst auch mit dem *Hausarzt*. Die vorsorglichen Bestimmungen in PV müssen notwendig um so allgemeiner sein, je weniger absehbar ein Krankheitsgeschick und sein Verlauf ist. Darin liegt einerseits ein großer Vorzug gegenüber sehr konkreten Festlegungen von Umständen, in denen man bestimmte Behandlungen nicht mehr und andere gerade wünscht. Andererseits bedürfen diese allgemeinen Bestimmungen der Interpretation im Sinne des Patienten, die nur dann von Personen des

Vertrauens und dem Hausarzt gegeben werden kann, wenn sehr eingehend über die PV und die hinter ihnen stehenden Lebensauffassungen gesprochen wurde. PV sind nur dann sinnvoll und hilfreich, wenn sie eingebettet sind in eine derartige mitmenschliche Kommunikation. Die hauptsächliche positive Bedeutung der Abfassung einer PV besteht also darin, dass der Mensch sich ernsthaft mit möglicher schwerer Krankheit und seinem Sterben auseinandersetzt und dass er darüber mit vertrauten Menschen spricht. Eine Abfassung einer PV ohne Gespräch mit nahestehenden Personen und dem Hausarzt erscheint wenig sinnvoll und ist ethisch nur zu vertreten, wenn Menschen keine nahen Angehörigen oder vertrauten Personen haben. In solchen Fällen ist das Gespräch mit dem Hausarzt unverzichtbar und - bei Ausfüllung einer Vorsorgevollmacht - das ausführliche Gespräch mit der in Fragen der medizinischen Behandlung *bevollmächtigten Person*.

Die Einbindung des *Hausarztes* in solche Gespräche ist wichtig, nicht zuletzt deshalb, weil er als Arzt den Willen des Patienten am ehesten im Kontext medizinischer Behandlungen sachgerecht deuten und so nicht gewollte Behandlungen verhindern kann, aber auch, damit der Patient bei seinen niederzulegenden Willensäußerungen die Ärzte und Pflegekräfte als eigenständige ethische Subjekte mit eigenen ethischen Verpflichtungen berücksichtigt.

Auch dann, wenn man den in Liebe verbundenen *nächsten Angehörigen* in diesen Fragen nicht als Bevollmächtigten einsetzt - z.B. um ihn in einer vielleicht ohnehin seelisch schwer belastenden Situation nicht noch zusätzlich zu belasten -, ist ein Gespräch mit ihm und möglichst auch ein gemeinsames Gespräch mit dem Bevollmächtigten doch sehr wichtig. Entscheidungen ohne Beteiligung der nächsten Angehörigen (z.B. um sie angeblich damit nicht zu belasten), sind seelsorglich nicht zu vertreten, weil sie die im Sterben nötige Vertrauensbeziehung in vieler Hinsicht belasten oder gefährden können.

In der „Christlichen PV“ wird die Wichtigkeit ausführlicher Gespräche unter allen Beteiligten (Betroffener, Person des Vertrauens, Hausarzt, Bevollmächtigter) nicht genügend herausgestellt, weil man zu sehr vom Menschen als „autonomen Subjekt“ ausgeht, das autonome Entscheidungen über sein Leben fällt, ohne dabei Rücksicht auf die in Liebe verbundenen und auch die behandelnden Menschen nehmen zu müssen. So wird der Mensch nicht hinreichend in seinen mitmenschlichen Beziehungen und seinem Angewiesensein auf andere Menschen in Blick genommen. Daraus erklärt sich vielleicht auch, dass in dem Formular der eigentlichen PV nicht zugleich die Nennung dieser Person des Vertrauens bzw. des Bevollmächtigten vorgesehen ist, ganz zu schweigen von der persönlichen Unterschrift dieser Person. Dies würde nämlich erst die Gewähr geben, dass auch ein eingehendes Gespräch über die PV stattgefunden hat. Sicher muss gewährleistet sein, dass der Betroffene seine PV in Freiheit gestaltet, er von Angehörigen nicht unter irgendwelchen Druck gesetzt wird, doch rechtfertigt dies noch nicht, dass ein Mensch eine PV im Alleingang für sich ohne Rücksprache mit und ohne Rücksichtnahme auf die nächsten Angehörigen gestaltet. PV können dann auch Züge der „Lieblosigkeit“ annehmen. In derart wichtigen Lebensfragen kann es nicht gerechtfertigt sein, den eigenen Willen um jeden Preis gegen die Überzeugung des in Liebe verbundenen Angehörigen durchzusetzen. Insbesondere die *bevollmächtigte Person* muss einer PV von ihren *Gewissensüberzeugungen* her frei zustimmen können.

Die alleinige Ausstellung einer PV ohne Nennung einer *Person des Vertrauens* (und möglichst auch des Hausarztes) und ohne deren persönliche Unterschrift ist also nicht sinnvoll. Rechtlich bestünde der Vorteil der Benennung einer solchen Person in der PV selbst darin, dass die auch ohne ausdrückliche *Vorsorgevollmacht* gültige PV eingebettet ist in einen Kommunikationszusammenhang, der für die behandelnden Ärzte eine große Hilfe zur Entscheidung darstellt, ohne dass ein Bevollmächtigter entscheiden und gegebenenfalls dann ein Vormundschaftsgericht eingeschaltet werden müsste. Sofern eine *Vorsorgevollmacht* ausgefüllt wird, sollte der Bevollmächtigte doch in der eigentlichen PV benannt werden und unterschreiben. Es kann auch auf die Erstellung einer PV verzichtet werden, wenn in der *Vorsorgevollmacht* - wie in der PV vorgesehen - angegeben wird, in welchen Fragen der Bevollmächtigte eine Entscheidungsbefugnis haben soll. Auf jeden Fall ist es wichtig, dass bei Nennung der Person des Vertrauens oder eines

Bevollmächtigten in der PV und in der Vorsorgevollmacht ausdrücklich darauf verwiesen wird, dass die behandelnden Ärzte/innen dieser Person gegenüber von der *Schweigepflicht* entbunden sind. Dieser Hinweis fehlt in der „Christlichen PV“, weil in ihr keine Person des Vertrauens benannt ist.

2. Zur Bedeutung von PV für Angehörige und Bevollmächtigte

Nach rechtlicher Sicht ist für die Fälle, in denen Patienten keine unmittelbaren Willensäußerungen mehr möglich sind, ihr „*mutmaßlicher Wille*“ für die Behandlung ausschlaggebend. Dieser kann meist nur über eine Rücksprache mit nahestehenden Personen ermittelt werden. Hat aber zwischen diesen und dem Betroffenen nie ein offenes Gespräch über solche Lebenssituationen stattgefunden, so sagt der von den nahestehenden Personen „*gemutmaßte*“ Wille mehr aus über deren eigene Lebensvorstellungen und ihre Betroffenheit in der Situation als über den Willen des Betroffenen. Werden die Angehörigen unter solchen Bedingungen in Entscheidungen über Behandlungen involviert, so kann das zu einer erheblichen seelischen und gewissenmäßigen Belastung für sie und zu Schuldgefühlen führen, wenn man unsicher ist und bleibt, ob man richtig geurteilt hat. Dies ist zu vermeiden, wenn ausdrückliche Gespräche über solche möglichen Lebenssituationen stattfinden und infolge dieser Gespräche in gegenseitiger Rücksichtnahme aufeinander eine PV ausgefüllt wird.

Entsprechendes gilt auch für die Person, der die Vorsorgevollmacht übertragen wird. Angesichts dessen, dass immer mehr Menschen ohne nahe und in Liebe verbundene Angehörige ihr Leben beenden müssen, werden - wenn PV vermehrt Zustimmung finden - immer mehr Menschen auf nicht verwandte und ihnen möglicherweise auch nicht sehr nahestehende Personen als *Vorsorgebevollmächtigte* zurückgreifen müssen. Dann werden ausführliche Gespräche über die PV noch wichtiger werden.

3. Zur Bedeutung von PV für Ärztinnen und Ärzte und Pflegekräfte

Die vorsorgende Abfassung und die Vorlage einer PV stellt - sofern Patienten noch kommunikationsfähig sind - für behandelnde Ärzte/innen in erster Linie eine Herausforderung zum *Gespräch* über die PV, die darin geäußerten Behandlungsvorstellungen für Krisensituationen und die dahinter stehenden Lebensvorstellungen dar. Deshalb sollten PV nicht nur dem Hausarzt, sondern auch den behandelnden Ärzten im Krankenhaus rechtzeitig vorgelegt und mit einem Gespräch über sie nicht abgewartet werden, bis die Krisensituation eintritt und der Patient gegebenenfalls nur noch bedingt kommunikationsfähig ist. Dann sind die Ärzte auch nicht nur auf die Interpretation von PV durch Personen des Vertrauens angewiesen. Bei Notfallmedizinischen Maßnahmen oder im Falle bereits vor der akuten Behandlung vorliegender Kommunikationsunfähigkeit stellen PV auch dann eine ethisch und rechtlich wesentliche *Entscheidungshilfe* für die behandelnden Ärzte dar, wenn die konkrete Krisensituation in der PV nicht ausdrücklich angesprochen ist. PV entlasten die behandelnden Ärzte nicht von der Überprüfung, ob und inwieweit sie auf die konkret vorliegende Situation zutreffen und wie sie sinngemäß auf die jeweilige konkrete Situation anwendbar sind. Wenn es sich um Fälle eines Behandlungsverzichts bei „*infauster Prognose*“ handelt, sollte die Diagnose und Prognose - wie es die Ärztekammer „*Nordrhein*“ im Zusammenhang mit dem Muster ihrer PV empfiehlt - von zwei unabhängigen Fachärzten gestellt werden.

Sofern Personen des Vertrauens in der PV benannt sind, hat der Arzt diese selbstverständlich als maßgebliche Interpreten der PV zu Rate zu ziehen und hat - auch wenn es sich um ausdrücklich Bevollmächtigte in Fragen medizinischer Behandlung handelt - mit diesen eine möglichst einvernehmliche Entscheidung zu führen, es sei denn, diese sehen sich damit überfordert und lehnen eine Beteiligung an der Entscheidung ab. Auch allgemein gehaltene PV stellen eine große Hilfe dar, um im Sinne des Betroffenen zu entscheiden, und so auch eine gewissenmäßige Entlastung für alle mit der Behandlung befassten Ärzte, Pflegekräfte u.a. Sie können dann gewisser sein, einem Menschen mit einer Behandlung nicht etwas anzutun, was er nicht wünscht, oder nicht etwas zu unterlassen, was er wünscht. Damit würden auch möglicherweise sehr unterschiedliche Vorstellungen über die Art der Behandlung unter den Beteiligten (etwa Ärzten und Pflegekräften oder auch innerhalb einer Berufsgruppe) vermieden oder wenigstens entschärft und z. B. Pflegekräfte nicht benötigt, etwas auszuführen, wovon sie meinen, dass es dem Willen des Patienten widerspricht und

seinem Wohlergehen abträglich ist.

Nicht zuletzt sind PV für die *Notfallmedizin*, insbesondere den ärztlichen Notdienst, von großer Bedeutung. Viele „unsinnige“ notfallmäßige Einweisungen in Krankenhäuser - insbesondere terminalen Lebensstadien - und dann meist „routinemäßig“ eingeleitete, oft intensivtherapeutische Behandlungen könnten durch die Abfassung von PV vermieden werden. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass über PV mit den Angehörigen und dem Hausarzt offen gesprochen wird und das PV - möglichst mit einer begleitenden *medizinischen Erläuterung des Hausarztes* - in Notsituationen jederzeit für die Angehörigen und den notärztlichen Dienst zugänglich sind. Sofern solche Patienten in einem Krankenhaus bereits mehrfach behandelt und daher auch in der Notsituation dort eingeliefert werden, sollte ein Exemplar der PV auch dort hinterlegt sein und das in der Patientenkartei deutlich vermerkt sein.

III. Konkrete Empfehlungen zum Umgang mit PV

In der Öffentlichkeit besteht ein Interesse an PV. Verschiedene gesellschaftliche Gruppen wie die „Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben“ (DGHS), die Hospizbewegung, die Kirchen und einige Landesärztekammern haben deshalb Formulare von PV in Umlauf gebracht. Die Gründe für das Interesse sind unterschiedlich. Neben den genannten Gründen (Bewertung der Autonomie, Planbarkeit des Lebens, berechtigte oder unberechtigte Ängste vor der Intensivmedizin u.a. spielen auch andere gesellschaftliche Faktoren wie die Veränderungen in der Sozialstruktur eine Rolle. Der Zerfall familiärer Strukturen, das zunehmende „Single-Dasein“, Kinderlosigkeit u.a. lassen - besonders bei alten Menschen - die Sorge aufkommen, was wird, wenn man nicht mehr selbst für sich sorgen kann, aber auch keine nahestehenden Angehörigen und Freunde hat. So tritt ein Druck auf, für sich selbst und seine Behandlung in Krisensituationen und am Lebensende vorzusorgen. Eine Möglichkeit bietet die PV. Dennoch lässt sich eine offensichtlich erhebliche Diskrepanz zwischen dem Interesse an PV-Formularen und der tatsächlichen Ausfüllung von PV - insbesondere in der hier für nötig erachteten Weise - feststellen. Bei einer Überprüfung des Umgangs mit PV-Formularen im St. Joseph-Krankenhaus in Berlin zeigte sich, dass PV-Formulare zwar im großen Umfang abgeholt wurden, von der in einem gleichzeitig ausgehändigten Begleitschreiben angebotenen Beratungsmöglichkeit über die PV und einer Hinterlegung der unterzeichneten PV im Krankenhaus bisher fast überhaupt kein Gebrauch gemacht wurde.

PV können unter Beachtung der Rechtsordnung und der Verpflichtungen der mit der Behandlung betrauten Berufsgruppen nach eigenem Ermessen formuliert und unterschrieben werden. In solchen Fällen empfiehlt sich auf jeden Fall eine vorheriges klärendes Gespräch mit dem Hausarzt oder anderen behandelnden Ärzten und auch Personen des Vertrauens bzw. dem Vorsorgebevollmächtigten. Standardisierte Formulare haben den Vorzug, dass sie in der Regel ohne Schwierigkeiten für alle an der Behandlung beteiligten Personen verständlich sind, Missverständnisse also weitestgehend ausschließen.

1. Zum Umgang mit PV in der Öffentlichkeit

Die bisherigen Ausführungen legen einen vorsichtigen Umgang mit PV, insbesondere Formularen wie der „Christlichen PV“ nahe. Diese ist bisher in einer Anzahl von fast 800.000 Exemplaren verbreitet worden, teils indem sie an Schriftenständen in Kirchen und anderswo öffentlich ausgelegt und zum Kauf angeboten wurde. Dies legt den Schluss nahe, dass die Kirchen es für nötig erachten, eine solche PV auszufüllen. Diese Art der öffentlichen Verbreitung sollte möglichst unterbleiben. Sie gewährt nicht die nötigen Rahmenbedingungen zum sachgerechten Umgang mit der PV, wie sie oben dargelegt wurden. In der kirchlichen und der Öffentlichkeit überhaupt sollten die Informationen über PV verstärkt werden (z.B. durch öffentliche Veranstaltungen). Dennoch sollten die Formulare selbst nicht ohne begleitendes Gespräch öffentlich verbreitet, vielmehr sollte Gelegenheit zu persönlichen Gesprächen über PV gegeben werden (z.B. mit Seelsorgern, Gemeindegewertern, Ärzten usw.). Im Rahmen eines solchen, die Bedeutung und begrenzte Funktion einer PV und die Voraussetzungen einer Unterzeichnung erläuternden Gesprächs kann dann auf Anfrage ein PV-Formular ausgehündigt werden.

2. Zum Umgang mit PV in Krankenhäusern

Es wurde bereits dargelegt, dass und warum PV überwiegend nur sinnvoll sind, wenn sie eingebettet sind in einen kommunikativen Zusammenhang. Voraussetzung ist -insbesondere in akuten Krisensituationen -, dass die Abfassung einer PV und/oder Vorsorgevollmacht bekannt und dass sie zuhanden ist. In Absprache mit den nächsten Angehörigen ist ihre Aufbewahrung an einem bestimmten, leicht zugänglichen Ort dringend anzuraten. Im Krankenhaus kann eine PV nur Beachtung finden, wenn sie den behandelnden Ärzten und Pflegekräften bekannt ist. Patienten und Angehörige müssen wissen, an wen sie sich wenden können und müssen, wenn eine PV ausgefüllt wurde und sie den behandelnden Personen bekannt gemacht werden soll. Insbesondere Pflegekräfte können und sollten hier eine vermittelnde Funktion übernehmen. Deshalb ist es nötig, dass der Träger des Krankenhauses für alle möglicherweise mit PV befassten Berufsgruppen (Ärzte, Pflegekräfte, Seelsorger, Verwaltung) Fortbildungen über die Bedeutung von PV anbietet, dass im Krankenhaus Klarheit geschaffen wird, wie mit PV umgegangen wird, wo sie so aufbewahrt werden können, dass sie jederzeit - auch in akuten Krisensituationen und bei Wechsel der behandelnden Ärzte, der aufnehmenden Stationen usw. - zur Kenntnis genommen und beachtet werden können (z. B. Patienten-Datei). Insbesondere ist zu klären, wie zu verfahren ist, wenn der Inhalt der PV von den Vorstellungen der behandelnden Ärzte abweicht.

Zwar ist es nicht sinnvoll, Patienten bei der Aufnahme im Krankenhaus oder bei der Anamnese durch Ärzte oder durch Pflegekräfte direkt zu befragen, ob sie über eine PV verfügen. Dies könnte in mehrfacher Weise missverstanden und als Druck empfunden werden, eine PV abzufassen. Doch sollte allen Patienten und den Angehörigen in geeigneter Weise (z.B. durch regelmäßige Informationen in Broschüren und Patientenbriefen des Krankenhauses, durch Anschläge) bekannt gemacht werden, auf welche Weise das Krankenhaus die Beachtung der PV gewährleistet. Man sollte Hinweise geben, an wen man sich mit Fragen zur PV zu wenden hat und wer gegebenenfalls zu weiteren beratenden Gesprächen darüber bereit steht. Das Krankenhaus sollte dazu ausdrücklich Personen als Ansprechpartner benennen, die ethisch, rechtlich und hinsichtlich der Gesprächsführung qualifiziert sind, möglichst Personen aus unterschiedlichen Berufsgruppen, Ärzte (möglichst Fachärzte), Pflegepersonal (möglichst Stationsleiter/innen), Personen mit seelsorglicher (Krankenhauseelsorger/innen) und sozialtherapeutischer (Sozialarbeiter/innen) und rechtlicher (Verwaltungskräfte) Kompetenz. Insbesondere wichtig sind diese Ansprechpartner, wenn Patienten erst im Krankenhaus eine PV ausfüllen möchten oder wenn sie mit der PV nicht zugleich eine Vorsorgevollmacht ausgefüllt haben und in der PV auch keine Person ihres Vertrauens angegeben haben und eine solche auch nicht unmittelbar zur Verfügung steht. Ohne eine solche kommunikative Einbettung und eine dementsprechende Anwaltschaft für Patienten im Krankenhaus kann eine PV ihre hilfreichen Funktionen nur unzureichend entfalten.

Anmerkungen

1. Vgl. U. Eibach: Menschenwürde an den Grenzen des Lebens. Einführung in ethische Probleme des Gesundheitswesens aus christlicher Sicht, Neukirchen-Vluyn 2000, S. 37 - 61
2. Vgl. U. Eibach / K. Schaefer: Autonomie von Patienten und Patientenwünsche bei Dialysepatienten, in: Ztschr.f.med. Ethik (ZME) 43 (1997), 5. 261-272; D. Roy u.a.: Wie denken eigentlich Patienten über Patientenverfügungen?, in: ZME 46 (2000), Heft 4, (im Druck)
3. In: Deutsches Ärzteblatt 95(1998), A 2365-67 (abgedruckt in U. Eibach, Sterbehilfe... S.256ff)
4. In: Deutsches Ärzteblatt 96 (1999), Heft 43, B 2195-96
5. Vgl. U. Eibach: Sterbehilfe - Tötung aus Mitleid? Euthanasie und ‚lebensunwertes‘ Leben, Wuppertal 1998, S.261 ff.
6. Vgl. Eibach, ebd. S.148-163