

*Aus der Reihe:*

**Dialogversuche:  
Medizin und Theologie  
im Gespräch**

*Dokumentation der Veranstaltung vom*

*17. November 2005*

**„Mein Wille geschehe“  
Die Patientenverfügung  
Bedeutung und Probleme im klinischen Alltag**

**Referenten:**

- Robert Rossbruch (Rechtsanwalt)** Institut für Gesundheits- und  
Pflegerrecht
- Prof. Dr. med. Dorothee Decker** Oberärztin der Klinik und Poliklinik  
für Chirurgie an den Unikliniken Bonn
- Dipl. Theol. Hans-Bernd Hagedorn** Klinikseelsorger an den Unikliniken  
Bonn
- Wilfried Lücker (Krankenpfleger)** Stationsleitung Orthopädie - UKB

Einführung: Andreas Bieneck, ev. Klinikpfarrer  
Moderation: Joachim Gerhardt, ev. Pressepfarrer

gefördert durch:



**Zusammenstellung und Layout: Hans-Bernd Hagedorn - Klinikseelsorger**



# Einführung

## Andreas Bieneck, evangelischer Klinikpfarrer

Guten Abend, meine Damen und Herren,  
im Namen der Klinikseelsorge und der Bildungswerke der Kirchen begrüße ich Sie herzlich zum 10. Abend unserer Reihe: „Dialogversuche- Medizin und Theologie im Gespräch“. Unsere Veranstaltungsreihe wird unterstützt durch die Stiftung Krankenhausseelsorge, über deren Arbeit sie sich am Ausgang informieren können. Dort können Sie auch gegen eine Spende Dokumentationen von einigen vorherigen Veranstaltungen erhalten.

Unser heutiges Thema lautet: „Mein Wille geschehe“ - Bedeutung und Probleme der Patientenverfügung im klinischen Alltag.

Zu Beginn möchte ich kurz zwei grundsätzliche Punkte ansprechen.

### *1. Was ist eine Patientenverfügung?*

Ist ein schwerkranker Patient bei Bewußtsein, kann er selbst über den Abbruch oder die Fortsetzung seiner Behandlung entscheiden. Der Arzt muß ihn gut informiert haben und kann ihn jetzt bei dieser Entscheidung beraten, aber letztlich ist der Arzt verpflichtet, den Willen des Patienten zu befolgen.

Im Falle der Bewusstlosigkeit eines Patienten stehen die behandelnden Ärzte vor dem Problem, den **mutmaßlichen** Willen des Patienten festzustellen. Dazu dient vor allen das Gespräch mit nahen Angehörigen bzw. Bezugspersonen. Viel klarer aber wird die Situation, wenn der Patient frühzeitig eine Patientenverfügung abgefasst und in dieser festgelegt hat, was mit ihm im Falle einer zum Tode führenden Krankheit zu geschehen hat. Dazu kann er fertig formulierte Verfügungen nehmen oder er kann selbst eine Patientenverfügung verfassen. Wichtig ist, dass eine nahestehende Person und möglichst auch der Hausarzt in diese Überlegungen eingebunden sind. Denn diese wissen dann im konkreten Fall, dass und wo es eine Verfügung gibt und unterstützen diese.

Am weitesten verbreitet ist in Deutschland die christliche Patientenverfügung, die Sie auch am Ausgang gegen eine Schutzgebühr erhalten können.

### *2. Warum dieses Thema heute abend?*

Das Thema „Patientenverfügung“ hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen, das merken wir auch hier in der Klinik. Viele Menschen machen sich Gedanken darüber, was mit Ihnen geschieht, wenn sie sich selbst nicht mehr äußern können. Es gibt Gerichtsurteile, die die hohe Verbindlichkeit der Patientenverfügung betonen, andere haben an dem Punkt für Verunsicherung gesorgt. Justizministerin Zypries hatte deshalb im Jahr 2004 einen Gesetzentwurf vorgelegt, den sie aber nach

Kritik wieder zurückziehen musste. Doch ist davon auszugehen, dass es bald zu einer neuen Initiative aus dem Deutschen Bundestag heraus kommen wird.

Wenn ein Mensch eine Patientenverfügung erstellt, heißt das nicht, dass im Fall einer zum Tode führenden Krankheit nichts mehr für ihn oder sie getan wird. Er braucht eine lindernde, vor allem Schmerzen lindernde Medizin, eine gute Pflege und eine psychosoziale Begleitung. Die Bundesärztekammer hat unterstrichen, dass solch eine Sterbebegleitung eine Grundaufgabe für alle Ärzte ist. Allerdings bräuchten wir dafür noch viel mehr Palliativstationen- auch hier am UKB!- und wesentlich mehr Hospize. Schmerzlinderung und Sterbebegleitung können in solchen Einrichtungen besser geleistet und angehenden Medizinerinnen schon in der Ausbildung vermittelt werden. Dies kann auch eine passive Sterbehilfe umfassen, d.h. die Beendigung einer Therapie, um Leidensverlängerung zu verhindern und den Tod zuzulassen. Eine aktive Sterbehilfe allerdings kann durch keine Patientenverfügung erbeten werden und bleibt nach deutschem Gesetz verboten. Deshalb darf unser heutiges Thema „Patientenverfügung“ nicht, wie es oft in der öffentlichen Diskussion geschieht, mit der Frage der aktiven Sterbehilfe vermischt werden!

Wenn jemand eine PV verfasst, dann hat das immer auch etwas mit der Angst zu tun, dass die moderne Medizin mit ihren Möglichkeiten zu weit gehen könnte und damit sein Leiden verlängern würde. Mit dem Titel „Mein Wille geschehe“ möchten wir sagen, dass ein Patient die Möglichkeit haben sollte, auch über seinen letzten Lebensabschnitt entscheiden zu dürfen.

Zugleich könnte man diesen Titel aber auch mit einem Fragezeichen versehen, denn in manchen Situationen wissen doch vielleicht auch andere, was gut oder schlecht für mich ist. Es gibt interessante Umfragen, die zeigen: Da, wo Patienten ein Vertrauensverhältnis zu Ärzten und Pflegenden aufgebaut haben, ist das Thema PV gar nicht so wichtig für sie. Sie gehen einfach davon aus, dass das für sie Richtige getan und entschieden wird- auch in enger Absprache mit ihren Angehörigen. Deshalb könnte unser heutiges Thema auch Anlass sein, über eine menschlichere Medizin nachzudenken, ein Medizin, die Grenzen einhält und in jeder Lage zuerst nach dem Wohl des Patienten fragt.

Wir werden uns heute Abend mit den Chancen und Grenzen der Patientenverfügung befassen, und nach den vier kurzen Referaten ist für Sie ausgiebig Gelegenheit zu Nachfragen und zur Diskussion.

Doch zunächst begrüße ich ganz herzlich unsere heutigen Referenten.

**Vortrag: Prof. Dr. med. Dorothee Decker**

## **Patientenverfügung aus medizinischer Sicht**

Oberärztin der Klinik und Poliklinik für Allgemein-,  
Visceral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Bonn  
Direktor: Prof. Dr. A. Hirner:

Meine Damen und Herrn.

Nachdem wir nun einen Überblick die rechtlichen Aspekte zur vorsorgenden Anordnung gehört haben, möchte ich nun den Bogen zwischen Rechtspflicht und ärztlicher Verantwortung spannen und Ihnen darlegen, wie wichtig oder unwichtig Patientenverfügungen im klinischen Alltag sind bzw. wie sie in den klinischen Alltag eingebunden werden.

### **Zunächst vier Anmerkungen:**

1. Die Medizin macht ständig Fortschritte. Wir leben länger, oft länger in Gesundheit, oft aber auch länger in chronischer Krankheit. Vor diesem Aspekt, in chronischer Krankheit durch eine besser helfende Medizin länger zu leben, haben viele Angst und ich fürchte, dass allein dieser Aspekt - Angst vor limitiertem Leben - manchen dazu bringt, eine Patientenverfügung auszustellen. Denn Nestroy sagte schon in seinem wienerischen Dialekt: Leben wollen sie alle, aber alt werden will keiner. So ist fast durchgängig die Kernaussage einer Patientenverfügung, dass bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen lebensverlängernde bzw. lebenserhaltende Maßnahmen nicht durchgeführt werden sollen. Der erklärte Wille vieler Menschen nach einem Sterben in Würde soll verbindlich umgesetzt werden, während sich nur sehr selten Patientenverfügungen finden, die einer vermeindlichen Untertherapie im Sinne einer Maximaltherapie begegnen wollen.

2. Fortschritte in der Chirurgie ermöglichen eine höhere Effizienz und auch eine größere Anwendungsbreite von Operationen. Mit diesem Fortschritt ist auch stets die Frage der Anwendungsgrenzen verbunden. Machbares muss von Sinnvollem unterschieden werden. Aktivistische Medizin um ein paar Tage Willen entspricht weder einem ärztlichen Auftrag, noch natürlich dem Wunsch eines Patienten. Hier mögen Ärzte Fehler gemacht haben oder machen, was den Ruf nach einer Patientenverfügung mit bedingt hat.

3. Bei der Frage der Therapiebegrenzung ist der behandelnde Arzt häufig in der Situation, dass der Patient eingeschränkt bzw. nicht urteilsfähig ist. Somit sind wir Ärzte oft unsicher, ob die gegebene Situation derjenigen entspricht, die der Patient

beim Abfassen der Verfügung wirklich meinte bzw. ob er sich eine solche Situation überhaupt vorstellen konnte. Man sagt es in gesunden Zeiten so leicht, nicht schwer krank oder körperlich bzw. geistig limitiert weiter leben zu wollen und oftmals kommt dann, das wissen wir Ärzte aus unserer Erfahrung, in solchen Situationen ein Lebenswille, der erstaunlich ist - natürlich unter der Prämisse, dass beim Patienten zeitgleich mit der Erkrankungserkennung eine Umkehr von früheren Wertvorstellungen stattgefunden hat.

4. Und letztlich besteht die Frage, ob die frühere Willenskundgebung aktuell noch ebenso Gültigkeit hat. Der Arzt muss dann versuchen, den aktuellen mutmaßlichen Willen des Patienten nach anderen Gesichtspunkten zu eruieren, insbesondere unter Einbeziehung der Angehörigen.

Kommen wir nun zu den Situationen, in denen die eindeutige Willenskundgebung des Patienten eine Rolle spielen:

### **1. In der Final- oder Präfinalphase des Lebens**

Eigentlich sollte es so sein, dass für eine solche Situation keine Patientenverfügung notwendig ist. Ärzte respektieren den Sterbevorgang und geben schmerzlindernde bzw. angstlösende Medikamente, wissend, dass hierdurch gar eine Verkürzung der Leben in Kauf genommen wird. Eine gerichtete Medizin ist dann nicht nur nicht sinnvoll, sondern ethisch nicht vertretbar, weil sie kein Ziel mehr hat.

Eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, ist hier als aktive Sterbehilfe unzulässig und mit Strafe bedroht.

In dieser Situation am Lebensende eines kranken Menschen ist, falls dies noch möglich ist, die wahrheitsgemäße Unterrichtung des Sterbenden über seinen Zustand und mögliche Maßnahmen eine *conditio sine qua non*. Das Gespräch orientiert sich an der Situation des Sterbenden und muss den vorhandenen Ängsten Rechnung tragen. Auch Angehörige des Patienten und diesem nahe stehende Personen können in das Gespräch einbezogen werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht. Das Gespräch mit dem Patienten ersetzt hier oftmals die Patientenverfügung, indem es ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient schafft und es ist für die Patienten einfach beruhigend sich vertrauensvoll in kompetente Hände zu geben.

Die letzte Entscheidung über das Ausmaß einer Behandlung muss hier vom Arzt als verantwortlichem Behandler getragen werden: allein schon, um die Angehörigen vor Selbstvorwürfen zu schützen. Den Angehörigen darf keinesfalls die Entscheidung über eine Therapiereduktion übertragen werden. Angehörige haben nur dann ein Entscheidungsrecht, wenn sie zum gesetzlichen Vertreter bei einem minderjährigen Kind oder wenn sie zum Betreuer erwachsener Personen bestimmt worden sind (Betreuungsverfügung).

## **2. Patient in kritisch-kranker Situation mit hinreichend sicher feststellbarer infauster Prognose**

Es gibt Patienten, bei denen sich schon in der früheren Erkrankungsphase die Frage stellt, wie weit eine Therapiebegrenzung erfolgen soll z. B. der Verzicht auf eine Chemotherapie, die Fortsetzung einer Dialysebehandlung, weitere Operationen etc.. Auch in frühen Erkrankungsstadien ist bei einem bewusstseinsklaren und urteilsfähigen Patienten dessen Wille bindend. Auch hier gilt wieder die Patientenverfügung ersetzt nicht das sorgfältige und mit Einfühlungsvermögen geführte Gespräch mit dem Patienten bzw. den Angehörigen. Dem Patienten müssen in dieser individuellen Situation Alternativen der Behandlung angeboten werden, und es müssen Fragen zu der zu erwartenden Lebensverlängerung und der dabei erreichbaren Lebensqualität beantwortet werden. Besteht ein entsprechendes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, so bittet der Patient in der Regel um den Rat des Arztes für eine spezifische Situation.

Lassen Sie mich dies an einem Beispiel erläutern:

ein 80-jähriger Patient hat ein stenosierendes Magencarcinom, d.h. der Patient kann keine Nahrung mehr zu sich nehmen evt. sogar auch nichts mehr trinken. Er hat Lebermetastasen und hohe kardiopulmonale Risikofaktoren. Mit der Entscheidung zur palliativen Magenoperation, die ihm wieder Lebensqualität sichert, soll gemeinsam mit dem Patienten auch wieder in einem Gespräch, das Ausmaß einer evtl. notwendigen Intensivtherapie festgelegt werden. Dies bedeutet: Beschränkung auf die postoperative Beatmung, auf die parenterale Ernährung auf die Gabe von Antibiotika und kreislaufunterstützenden Medikamente in adjuvater d. h. niedriger Dosierung. Es sollte aber ein primärer Ausschluss eines weitergehenden Organersatzes wie aggressive Beatmungsmuster, maximale Katecholamine um den Kreislauf aufrecht zu erhalten, Nierenersatz etc. erfolgen.

Ein solches Verhalten erfordert viel Selbstdisziplin von allen Beteiligten. Jeder weiss, dass es bei solchen Risikopatienten ganz schlecht ist, sich von Tag zu Tag auf eine höhere Therapieebene drängen zu lassen, quasi den sich immer ausweitenden Problemen nachzulaufen. Es ist daher ganz wichtig in einer solchen konkreten Situation die Ziele und die Wege die zum Ziel führen, vorher mit dem Patienten gemeinsam zu definieren. Ein solche prospektive, mögliche Therapielimitierung kann mit einem verständigen Patienten durchaus besprochen werden, ja man nimmt ihm dadurch auch hier sogar im Vorfeld die Angst vor dem „ausgeliefert sein“ in eine von ihm dann nicht mehr gewollte Situation. Die Therapielimitierung kann in solchen Fällen auch aktuell in einer Patientenverfügung festgehalten werden, muss jedoch nicht. Eine Dokumentation des Gespräches erfolgt vom Arzt im Einverständnis mit dem Patienten in der Krankenakte. Diese ist besonders dann sinnvoll, wenn sich eine Nicht-Ausweitung der Maßnahmen bei im Zeitprofil schlechtem Verlauf als sinnvoll erscheint, der Patient dann aber nicht mehr ansprechbar ist.

Anderes Erlebnis: Kolonkarzinom/Bauchdecke/ein halbes Jahr Lebensverlängerung „die schönste Lebenszeit“.

(Anm. d. Red.: dieses Erlebnis wurde in der Veranstaltung ausführlicher dargestellt)

### **3. Akute Erkrankung (Unfall) aus Gesundheit heraus mit infauster bzw. ungünstiger Prognose**

Hierbei handelt es sich um Situationen mit statistisch minimaler Überlebenschance bei sehr hoher Wahrscheinlichkeit bleibender schwerer Folgezustände, z. B. der schwerster Mehrfachverletzter mit erheblicher Hirnbeteiligung oder mit irreversibler hoher Querschnittsverletzung, durchgebrochenes Bauchaortenaneurysma mit Wiederbelebungspflichtigkeit in hohem Alter. Die besondere Problematik einer möglichen Therapiebegrenzung liegt hier sowohl in der Notwendigkeit, sofort eine Entscheidung treffen zu müssen als auch in der Unsicherheit bezüglich des Schweregrades bzw. der Prognose der Erkrankung und der evtl. resultierenden Lebensqualität. In der Regel ist zunächst ein maximaler Therapieeinsatz indiziert. In dieser Situation ist eine Patientenverfügung allenfalls ein Entscheidungskriterium dafür, wie weit eine maximale Therapie fortgeführt werden soll.

#### **Zusammenfassung**

Ich habe Ihnen drei exemplarische Situationen geschildert:

- Bei der ersten Situation, der Final- bzw. Präfinalphase bei kurzfristig bevorstehendem Tod, brauchen wir eigentlich keine Patientenverfügung.
- Bei der zweiten Situation, einem mittelfristig zum Tode führenden Leiden, wo aber akut ein intensiv zu behandelndes Problem besteht, kann sie nützlich sein.
- Bei der dritten Situation, einer akuten Problematik aus Gesundheit heraus, hilft sie mir als Arzt sehr wenig, gerade weil der langfristige Ausgang nicht beurteilt werden kann, und sie nützt dann höchstens für die Frage der Weiterführung intensivmedizinischer Maßnahmen

Meine sehr verehrten Damen und Herren, für kritische Ärzte ist es ein gleichermaßen rechtlicher wie ethischer Anspruch, Patienten nicht in aussichtslosem Kampf gegen die immer weiter fortschreitende Medizin sterben zu lassen, sondern in Würde. Die Aufgabe des Arztes ist es, so lautet es in der Präambel der Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung unter ....“unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen aber auch Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen“..... Grundlage einer jeden Behandlung ist ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, sowie deren Angehörigen. Die Patientenverfügung darf keinesfalls das sorgfältige Gespräch zwischen Arzt und Patient ersetzen: Denn der aktuelle Wille ist entscheidend und nicht ein Wille, der vor langer Zeit in Unkenntnis der aktuellen Situation geäußert worden ist.



# Vortrag Hans-Bernd Hagedorn Klinikseelsorger Unikliniken Bonn

## Patientenverfügung aus theologischer Sicht

*Psalm 90,12:  
„lehre uns bedenken,  
dass wir sterben müssen,  
auf dass wir klug werden“*

### Meine sehr geehrten Damen und Herren!

Was ist die Situation moderner Medizin, was sind die gesellschaftlichen Bedingungen, die diese Thematik so sehr in den Vordergrund gerückt haben und die Diskussion beeinflussen?

- da ist nicht nur das die Medizin betreffende Bewusstsein der Machbarkeit und Kontrolle über menschliche Entwicklung;
- da ist das große Vertrauen in die Möglichkeiten medizinischer Behandlung
- da sind die vielen Fortschritte der praktischen und forschenden Medizin
- da sprechen wir nicht mehr so leicht im Sinne des Vater unsers davon, dass „**sein** – also **Gottes Wille geschehe**“. Wir möchten selbstbewusst und autonom entscheiden, was u.a. am Lebensende geschehen oder unterbleiben soll – also wie der Titel unserer Veranstaltung lautet: „**Mein Wille geschehe**“;
- da erleben wir die Freude an weitreichender Unabhängigkeit und Freiheit;
- und wir spüren eine breite Orientierung an Jugendlichkeit und Beweglichkeit.

Wenden wir aber diese Münze, so

- erfahren wir bei alledem viel Einsamkeit, Anonymität und Oberflächlichkeit;
- wir werden uns zunehmend damit auseinandersetzen müssen, dass Menschen des noch jungen 21. Jahrhunderts ein zunehmend hohes Lebensalter erreichen werden;
- wir werden oft mit länger andauernden chronischen Erkrankungen zu tun haben;
- wir werden einsamer sterben, als Generationen zuvor;
- auch weithin wird das Gespräch über Sterben und Tod eher gemieden – und:
- wir werden in steigendem Maße unsere letzte Lebensphase in Einrichtungen wie Alten- oder Pflegeheimen verbringen und das Krankheitsbild der Altersdemenz sowie längere Phasen des ans Bett gebundenen Lebens werden mehr und mehr zum Alltag des Altwerdens gehören.

Es wundert nicht, dass viele Menschen ihre letzte Lebensphase zunehmend auch mit Furcht betrachten und den Wunsch haben, sich gegen Lebensumstände im Krankheitsfall zu schützen, die sie als unwürdig erlebt haben oder als solche befürchten ?

Die Patientenverfügung scheint einen Halt, einen Anker, eine Art Versicherung gegen die Ängste und Schrecken vor den Umständen der letzten Krankheit anzubieten.

In der öffentlichen Diskussion wurde dabei das Thema Patientenverfügung oft mit der Fragestellung der aktiven Sterbehilfe verknüpft. Es ist aber m.E. wesentlich, diese beiden Dinge voneinander zu trennen auch wenn sich in der Praxis beide Themen begegnen, wenn es z.B. um die in einer Verfügung gewollte Absetzung einer künstlichen Ernährung geht.

Eine Patientenverfügung – und darum geht es am heutigen Abend – beschreibt vorsorglich einen Behandlungswunsch bzw. eine Behandlungsbegrenzung, ist aber nicht Instrument zur Forderung aktiver Sterbehilfe.

Ich möchte nicht verschweigen, dass Patientenverfügungen auch als Misstrauensvotum gegen die Medizin verstanden werden können, da in ihnen hauptsächlich Behandlungsbegrenzungen beschrieben werden. Es wird in Patientenverfügungen eben auch die Angst vor einer Medizin zum Ausdruck gebracht, die sich einer Begrenzung ihrer immer weiter entwickelnden Möglichkeiten oft nicht bewusst scheint und der man sich ausgeliefert vorkommen kann.

Positiv gewendet aber ist die Patientenverfügung eine Form der Kommunikation zwischen Arzt und Patient, die gerade dann greifen soll, wenn der behandelnde Arzt den Patienten nicht kennt und ihn selbst in einer akuten Krisensituation nicht mehr nach dem Behandlungswillen fragen kann.

Auch in diesen Phasen der Nichtansprechbarkeit möchte der Patient noch in seiner Krankheitsdeutung und in seinen Behandlungsvorstellungen vom Arzt wahrgenommen, verstanden und ernst genommen werden. Das Wissen des Arztes um die möglichen medizinischen Hilfen soll durch die schriftliche Willenserklärung des Patienten um die in ihm gereiften Einstellungen zum Leben und Sterben ergänzt werden.

### **Ein erster wesentlicher Aspekt einer Patientenverfügung:**

Es sollte in einer PV *nicht nur* um medizinische oder pflegerische Zusammenhänge gehen. Es hat auch eine große Bedeutung, wenn in eine solche Verfügung Gedanken des Glaubens und der Weltanschauung mit einfließen. So könnte z.B. folgender Satz im Sinne des „Dein Wille geschehe“ darin stehen, wie ich ihn schon in einer Verfügung als einleitenden Satz gelesen habe:

- „Bevor ich meine Behandlungswünsche beschreibe, möchte ich einen mir über alles wichtigen Gedanken vorwegschicken: Ich glaube, dass mein Leben und Sterben in den Händen Gottes liegt. Ich vertraue darauf, dass Gott mich hinter dem Tor des Todes erwartet und zu einem Leben in Fülle einlädt“.

Ich bin mir sicher, dass ein Arzt, der eine solche Formulierung in einer PV vorfindet und nachempfinden kann, welche vertrauensvolle, vom Glauben getragene Tiefe

darin mitschwingt, im Zweifel nicht mehr alle Hebel seiner Kunst in Bewegung setzen wird, sondern dass er frei wird, dem Sterben dieses Menschen seinen natürlichen Fortgang zu ermöglichen.

### **Wie weit bin ich von Gott sogar dazu berufen, davon zu sprechen, dass „mein Wille geschehe“?**

Natürlich und gottgewollt ist der Mensch als Vernunftwesen nicht fremd, sondern in der Verantwortung vor Gott selbst-bestimmend, autonom und frei in seinen Entscheidungen.

Die Grenzsteine des menschlichen Freiheitsraumes werden in der Bibel u.a. in den Worten Kohelets (Vers 3,2) angesprochen: „Geborenwerden hat seine Zeit, Sterben hat seine Zeit“. In christlicher Sicht sind Geburt und Tod letztlich nicht durch uns selbst, sondern einzig von Gott umfasst und dies hat Bestand, auch wenn wir noch viele Möglichkeiten entdecken werden und anwenden, dem Leben in der Krankheit Tage, Monate und manchmal sogar noch Jahre hinzufügen zu können.

Mich und mein Leben letztlich Gott zu verdanken, also die eigene Geschöpflichkeit anzunehmen kann mich dazu führen, dankbar und demütig auf mein Leben zu schauen.

Ebenso aber fordert Gott auch unser aktives Handeln und Entscheiden, das wir vor Gott und den Menschen verantworten. Wir sind von Gott berufen, unser Leben und die uns geschenkte Lebenszeit in Freiheit, Selbstbestimmung und Verantwortung zu gestalten. Darin, dass Gott den Menschen nach seinem Ebenbild schuf – ihn zu seinem Partner machte, liegt auch unser Auftrag für das eigene Leben, für das Leben anderer und für die gesamte Schöpfung Verantwortung zu übernehmen und unseren Platz darin zu finden. Freiheit und Selbstbestimmung sind dabei keine absoluten Werte. Unser Handeln und Entscheiden braucht Richtschnur, braucht ethische Maßstäbe, die wir im Gegenüber zu Gott, zum Mitmenschen und zur eigenen Person finden müssen – und das immer wieder neu. Angesichts der oben erwähnten gesellschaftlichen Veränderungen gilt es also auch für Christen, das Ende des Lebens mit in die eigene Handlungs- und Verantwortungsverantwortung hineinzunehmen und zu gestalten. Dies benennt den m. E. zweiten wesentlichen Aspekt einer Patientenverfügung: Wir können in Patientenverfügungen nur von unserer individuellen Situation sprechen. Auch wenn es unzählige Vorlagen zur PV gibt, empfehle ich die Suche nach dem eigenen Wortlaut, der sich dabei durchaus an Vorlagen orientieren kann. Denn eine noch so gute Vorlage lässt die eigene Lebensgeschichte nicht durchscheinen. In einer PV kommen meine ureigenen prägenden Erfahrungen rund um Krankheit und Behandlung zum Ausdruck. Meine Ängste und Hoffnungen, die ich durchlebt habe und alle gewachsenen Überzeugungen, mein Glaube und weltanschauliche Aspekte sind der Boden, auf dem meine in der PV beschriebenen Behandlungswünsche gewachsen sind.

### **Und ich möchte noch einen dritten wesentlichen Aspekt benennen:**

Durch eine Patientenverfügung wird nicht nur ein Recht des Patienten in Anspruch genommen, sie ist auch an Verpflichtungen geknüpft.

- So darf zum einen nichts Ungesetzliches gefordert werden – wie z.B. eine aktive Sterbehilfe.
- Zum anderen: Wenn die Formulierung einer Patientenverfügung darauf aufbaut, die eigene Autonomie zu wahren, so muss auch der Respekt vor der Autonomie anderer ernst genommen werden. Das heißt dann: Ärzte sind nicht reines ausführendes Organ der Patientenverfügung, sondern bleiben auch weiterhin ihrem Gewissen und der medizinischen Ethik verpflichtet.
- Die gilt ebenso für die als Betreuer eingesetzten Angehörigen und Personen des besonderen Vertrauens, die sich im konkreten Entscheidungsfall begründet auch gegen einen verfügten Behandlungswunsch entscheiden können. Im Zweifelsfall muss dann das Vormundschaftsgericht entscheiden.  
Dass aber grundsätzlich die Ärzte verpflichtet sind, eine Patientenverfügung ernst zu nehmen, wird an mehreren Stellen in den von der Bundesärztekammer herausgegebenen Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung (Neufassung 4 – 2004) deutlich:

## 2 Auszüge daraus:

- Mit Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen nimmt der Patient sein Selbstbestimmungsrecht wahr. Sie sind eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes.
- Eine Patientenverfügung mit Selbstbestimmung im Vorfeld des Todes, die der Patient im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte verfasst hat, ist für den Arzt verbindlich, es sei denn, es sind konkrete Anzeichen erkennbar, dass der Wille des Patienten sich geändert haben könnte. Soweit möglich soll der Arzt Erklärungen von Bezugspersonen berücksichtigen.

Eines ist mir in meiner Praxis als Klinikseelsorger immer wieder deutlich geworden: bei gleicher medizinischer Prognose kann es sein, dass der Eine um jeden Preis kämpft und sich weitreichende medizinische Behandlung wünscht, der andere aber sein Leben als erfüllt empfindet und auf weitere Behandlung verzichtet.

Diese **Autonomie** zur Entscheidung der ganz individuellen Wünsche verliert der Mensch niemals, auch wenn er vielleicht durch Demenz oder Bewusstlosigkeit die Fähigkeit verliert, selbst aktiv bestimmen zu können.

Auch seine **Würde** verliert der Mensch niemals, vielleicht aber die Möglichkeit, für eine würdevolle Behandlung selbst einzustehen. Immer dann ist es gut, wenn andere in die Lage versetzt sind und stellvertretend dafür sorgen können, dass sich ein Sterben in Würde und in der Achtung vor der gesamten Persönlichkeit des Sterbenden vollziehen kann.

Im Glauben daran, dass Gott allem seine Zeit gegeben hat, bleibt es unsere - sicherlich auch belastende - Aufgabe, die letzte Phase unserer Lebenszeit bewusst zu bedenken und vielleicht auch mit einer PV Vorsorge zu treffen.

## **Wie stehen die Kirchen zur Patientenverfügung ?**

Die Kirchen unterstützen diese Vorsorgeform und bieten eine eigene inzwischen überarbeitete „christliche Patientenverfügung“ an, die seit 1999 weit mehr als 1,5 Mio. mal angefordert wurde. Seelsorger an vielen Kliniken stehen für eine Beratung bereit. In vielen christlichen Alten- und Pflegeheimen wird den Bewohnern empfohlen, mit Angehörigen und Hausärzten über die Abfassung einer Patientenverfügung zu sprechen.

Noch einmal zu unserem Titel der Veranstaltung:

Wenn es darum geht, Sterben zuzulassen und dem natürlichen Verlauf keine Intensivmedizin mehr entgegensetzen zu wollen, dann wird darin die Bedeutung des „Dein Wille geschehe“ greifbar – sie wird aber genauso greifbar in all unserem Bemühen um die Erhaltung und Gestaltung des Lebens bis zuletzt.

## **Fünf Gründe, die aus meiner Sicht für eine PV sprechen**

### **1. Es spricht jemand für mich, wenn ich es selber nicht mehr kann**

Viele halten es für selbstverständlich, dass Angehörige eines Patienten über den Krankheitsverlauf informiert werden und dass sie im Falle einer Nichtansprechbarkeit für den Angehörigen entscheiden können. Dies ist nach juristischen Vorgaben nicht so. Angehörige können durchaus einbringen, welche Vorstellungen der Betroffene hatte und die für eine anstehende Behandlungsentscheidung ausschlaggebend sind, aber sie sind nur ein Teil der Quellen, aus denen sich der verantwortliche Arzt den mutmaßlichen Willen ableitet.

Anders ist es aber, wenn Angehörige innerhalb einer Patientenverfügung oder durch eine gesonderte Erklärung für diese Fälle als Betreuer benannt sind.

### **2. Tod und Sterben werden in's Leben hineingeholt**

Dies setzt eine zweite positive Wirkung einer PV voraus, nämlich das Gespräch mit Angehörigen oder einem Menschen des Vertrauens, der als Betreuer benannt werden soll. Zu Fragen des Lebensendes mit Menschen in einen Austausch zu treten, darin liegt eine große Chance zur Vertiefung dieser Beziehungen. In diesen Gesprächen wird spürbar, wie tief und lebendig das gegenseitige Vertrauen ist. Solche Gespräche schenken allen Beteiligten eine Gelegenheit, sich nicht nur mit dem *Thema* Tod und Sterben zu befassen, sondern auch die eigene *Endlichkeit* als Wahrheit anzunehmen – sie wahr - zunehmen.

### **3. Der eigene Glaube, die eigene Spiritualität wird erkennbar**

Es ist gut, wenn in den Gesprächen und Überlegungen zu einer PV auch spirituelle Gedanken ausgetauscht werden. Es tut gut, wenn wir darüber sprechen, wie ich mein Leben und Sterben aus dem Glauben heraus deute. Im Sterben können wir uns im Vertrauen auf Gott autonom und selbstbestimmt in seine Hände überlassen. „Mein Wille geschehe, indem Dein Wille geschehe“!

#### **4. Eine PV ist eine wichtige Form der Kommunikation zwischen Arzt und Patient**

Der Reichtum unserer Gesellschaft liegt in der Freiheit und Vielfalt unterschiedlicher Wertbilder, Wertvorstellungen, Erwartungen von Lebensqualität und unterschiedlicher Lebensziele, von Ängsten, Hoffnungen und Risikobegriffen. Wie kann aber ein Arzt etwas davon wissen, was den einzelnen Betroffenen als Person ausmacht? Darum ist bei der Erstellung eine PV das Gespräch mit dem Arzt dringend anzuraten – hier sind die gesundheitlichen Gefährdungen im Konkreten zu besprechen und in einer PV einzuarbeiten. In der dialogischen Beziehung zwischen Arzt und Patient wird deutlich, dass es bei aller Autonomie immer auch den heteronomen Aspekt der Selbstbestimmung gibt, der im besten Fall auf ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Patient und Arzt aufbaut.

Wie kann ein Arzt aber eine Ahnung davon haben, was ein dementer Mensch oder ein nicht mehr entscheidungsfähiger Patient am Ende seines Lebens für sich als angemessene Behandlung annehmen würde, wenn er es nicht in einer Verfügung nachlesen oder bei Angehörigen erfragen kann?

Eine PV bietet dem Arzt einen weiteren „Resonanzkörper des Willens des Patienten“, wenn er ihn schon nicht mehr selbst fragen kann. Neben den Gesprächen mit den Angehörigen, neben dem manchmal gegebenen Wissen um eine Krankheitsgeschichte gibt die PV ein Zeugnis vom Willen des Patienten, das mit in die Behandlungsentscheidung einfließen kann. Denn: in Bezug auf medizinisches Wissen ist der Patient dem Arzt unterlegen – hinsichtlich des Wissens über den Patienten ist es aber umgekehrt.

#### **5. PV entlasten Angehörige, Betreuer und Ärzte in ihren Entscheidungen, wenn der kranke Mensch selbst nicht mehr für sich sprechen kann**

Wer dem Gespräch über die eigene Einstellung in Krisenzeiten ausweicht, bietet Angehörigen und Ärzten keinen Hintergrund für Entscheidungen an, wenn er als Patient selbst nicht mehr gefragt werden kann. Oft sind Angehörige und Ärzte damit überfordert, eine patientengerechte und seinem Wohl und seiner Würde gerecht werdende Entscheidung zu treffen. Es bleibt dann nur der Weg einer Fremdbestimmung - mit besten Absichten.

#### **Eine Problemlage, die ein weiteres Nachdenken und Entscheiden fordert**

Es gibt – und hier ist auch der inzwischen zurückgezogene Referentenentwurf des Justizministeriums gemeint – Überlegungen, die auch für Menschen mit akutem Trauma, Wachkoma oder Altersdemenz, also Menschen, die nicht unmittelbar Sterbende sind, z.B. durch Einstellung der künstlichen Ernährung (also Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit über eine PEG-Sonde) das Sterben zu ermöglichen. Eine solche Entscheidung sollte laut Entwurf auch für *Vertreter* von Betroffenen im Sinne einer Umsetzung seines „mutmaßlichen Willens“ ermöglicht werden.

Hier wird die Nähe zum Thema „aktive Sterbehilfe“ greifbar. Ich empfinde großes Unbehagen und stehe Bemühungen skeptisch gegenüber, die solche Überlegungen in ein Gesetz fassen möchten.

Sicher, je weniger eine Werteübereinkunft in der Gesellschaft besteht, umso mehr wird es gesetzliche Regelungen mit dem Ziel geben, Leben zu schützen und Grenzen der Entscheidungsfreiheit zu bestimmen. Mein Unbehagen gegenüber einer gesetzlichen Regelung liegt aber im Folgenden möglichem Missverständnis begründet: Es kann der Eindruck entstehen, dass andere das Recht (oder auch die Pflicht) bekommen, über menschenwürdiges und menschenunwürdiges Leben zu entscheiden - eine Entscheidung, die uns Menschen aber nicht zusteht, da wir niemals unsere von Gott zugesprochene Würde verlieren, egal wie eingeschränkt unser Leben auch sein mag.

Auch wenn es weitere gesetzliche Regelungen geben wird, muss auch nach anderen Lösungen gesucht werden, die eine Hilfe **beim** Sterben und nicht **zum** Sterben in den Blick nehmen, wie z.B. der Ausbau der palliativen Medizin, sowie der weitere Ausbau hospizlicher Unterbringung oder Begleitung.

Es geht auch um neue Wege, die oft schwerwiegenden ärztlichen Therapie-Entscheidungen z.B. auf einer Intensivstation in ihrer ethischen Dimension deutlicher in den Blick zu nehmen. So haben Ärzte und Pflegekräfte einer Intensivstation unserer Uniklinik die s.g. „Ethische Fallbesprechung“ als Pilotprojekt erarbeitet. In schwerwiegenden Behandlungsfragen kommen die behandelnden Ärzte, Pflegekräfte, evtl. ein Sozialarbeiter oder Seelsorger, der den Patienten und deren Angehörige kennt, zusammen, um gemeinsam mit einem unbeteiligten Moderator zu beraten. Als Ziel ist die Suche nach einer ethisch verantwortbaren Entscheidung zur weiteren Behandlung im Sinne des (oft nur mutmaßlich bekannten) Patientenwillens beschrieben.

Ebenso arbeiten wir als Seelsorger in der Arbeitsgemeinschaft Medizinische Ethik auch daran, dass schon bei der Aufnahme von Patienten danach gefragt wird, ob eine Patientenverfügung vorliegt

### **Schlussworte:**

Wir können schon in gesunden Tagen etwas dafür tun, in der Zeit unseres Sterbens würdevoll behandelt zu werden. Bewusst müssen wir uns aber immer sein, dass es keinen einfachen und sicheren Weg zu diesem Ziel gibt. Schon die ernsthafte Beschäftigung mit dem eigenen Lebensende ist kein leichter Schritt. Dies auch noch mit den Menschen meines Vertrauens zusammen zu tun, löst viel Unsicherheit aus, weil wir diese Menschen ja nicht mit einem solchen Thema ängstigen oder belasten wollen.

Wir wollen leben bis zuletzt – und wir möchten das Leben bis zuletzt gestalten. Wer darin den Verzicht auf intensive medizinische Maßnahmen mit einschließt, gibt zum Ausdruck, dass er die Unvermeidlichkeit des Sterbens akzeptiert. Ihm bleiben aber immer respektvolle Begleitung, Pflege und eine lindernde Medizin.

Ich möchte Ihnen, aber auch mir selbst Mut machen, unser Leben dann und wann – und sei es bei der Erstellung einer Patientenverfügung – angesichts unseres unausweichlichen Todes zu gestalten. Ich habe oft erfahren, dass diese Begegnungen mit dem Tod mitten im Leben den Wert des Lebens in ein neues und tieferes Licht tauchen können.

*Jesus Sirach 41, 1-4*

„Tod, wie bitter ist es,  
an dich zu denken,  
für den der ruhig sein Heim bewohnt,  
für den, der ohne Sorge ist und in allem Erfolg hat  
und noch kräftig genug ist, die Lust zu genießen.

Tod, wie gut ist es,  
dass du auferlegt bist,  
für den betrübt und kraftlosen Menschen,  
für den der strauchelt und überall anstößt,  
der verzweifelt ist und die Hoffnung verloren hat.

Fürchte Dich nicht vor dem Tod,  
weil er dir auferlegt ist.

Denk daran:

Vorfahren und Nachkommen trifft es wie dich.  
Er ist das Los, das alle Sterblichen von Gott bestimmt ist.  
Was sträubst Du dich gegen das Gesetz des Höchsten?  
Ob tausend Jahre, ob hundert oder zehn,  
im Totenreich gibt es keine Beschwerde über die  
Lebensdauer.....

Das Gut des Lebens währt zählbare Tage, das Gut des  
Namens unzählige Tage.“



## Vortrag: Robert Rossbruch

# Patientenverfügung aus rechtlicher Sicht

Leider konnten wir den von Herrn Rossbruch gehaltenen, von einer Power-Point-Präsentation unterstützten Vortrag für diese Dokumentation nicht erhalten und ergänzen an dieser Stelle die Informationen zur rechtlichen Situation in Form von Internet-Informationen, die in ihren jeweiligen Quellen angegeben sind.

Die von Herrn Rossbruch zur Verfügung gestellten Vorlagen zu einer Patientenverfügung und Betreuungsverfügung werden hier jedoch angefügt. Wir danken Herrn Rossbruch an dieser Stelle für seinen die Veranstaltung bereichernden Vortrag.

## Patientenverfügung

Quelle: [www.krankenhausseelsorge-westfalen.de](http://www.krankenhausseelsorge-westfalen.de)  
Stephan Happel

### **Die Patientenverfügung - Ausdruck eines gesellschaftlichen Wandels**

War früher das Wohlergehen der PatientInnen die entscheidende Leitlinie in Diagnose und Therapie, so ist heute im Rahmen des Wandels der gesellschaftlichen Lebens- und Wertvorstellungen das Selbstbestimmungsrecht des Menschen in den Vordergrund der medizinethischen und der rechtlichen Diskussion gerückt.

### **Ihr Grundanliegen**

Bei der Patientenverfügung handelt es sich um eine Vorausverfügung für zukünftige medizinische Betreuung, die für einzelne Grenzsituationen des Lebens und Sterbens den behandelnden ÄrztInnen und Pflegenden eine hilfreiche Orientierung bezüglich des Willens der betreffenden Patienten / der betreffenden Patientinnen gibt. Sie wird vorsorglich verfasst, um das Selbstbestimmungsrecht in Situationen wahrzunehmen, in denen Menschen weder einwilligungs- noch äußerungsfähig sind und dennoch vorab festlegen wollen, wie sie behandelt werden möchten. Man kann auch sagen, dass die Patientenverfügung einer vorweggenommenen (Nicht-) Einwilligung in bestimmte diagnostische und therapeutische Maßnahmen entspricht.

Auf keinen Fall ist die Patientenverfügung der Versuch, über die behandelnden Ärzte zu verfügen, sondern sie will Ärzten eine Orientierung geben, dass sie in kritischen Situationen ihre ärztlichen Fähigkeiten entsprechend dem persönlichen Willen der Patienten einsetzen.

### **Herausforderung - der eigenen Sterblichkeit begegnen**

Wer sich mit dem Gedanken trägt, eine Patientenverfügung abzufassen oder ein entsprechendes Formular zu unterschreiben, setzt sich mit der Möglichkeit auseinander, einmal schwer zu erkranken sowie mit der eigenen Sterblichkeit. Diese Beschäftigung kann von zwiespältigen Gefühlen begleitet sein: einerseits wollen viele Menschen nicht zu lange und eventuell unter großen Schmerzen behandelt werden. Andererseits befürchten sie, dass nicht alles Menschenmögliche getan werden könnte, wenn sie eine Patientenverfügung

verfasst oder unterschrieben haben. Mithilfe einer Patientenverfügung kann aber auch der Sorge begegnet werden, man sei einer unzumutbaren Lebensverlängerung ausgesetzt. Und sie nimmt die Angst vor nicht verantwortbarer Lebensverkürzung ernst.

### **Inhalt**

Patientenverfügungen richten sich an die behandelnden Ärzte und gelten für Situationen, in denen der Verfasser bzw. die Verfasserin nicht einwilligungsfähig ist und sich im unmittelbaren Sterbeprozess befindet, wo medizinisch dem Ausfall lebenswichtiger Funktionen des Körpers nicht mehr sinnvoll begegnet werden kann. Eine solche Vorausverfügung für die medizinische Betreuung besteht aus vier Teilen. Sie enthält

1. eine Erklärung über die Persönliche Einstellung zu Krankheit und Leid, zu Leben und zum Sterben. Persönliche Wertvorstellungen und religiöse Überzeugung bilden den Hintergrund für die Glaubwürdigkeit der erwünschten bzw. abgelehnten medizinischen Maßnahmen.

2. Verfügungen für allgemeine sowie konkrete medizinische, dh. ärztliche und pflegerische Maßnahmen. Diese sollen im Blick auf die dann eingetretene Lebens- und gesundheitliche Situation aussagekräftig sein. Nur so steht die Patientenverfügung im Einklang mit den Erfordernissen der Richtlinien der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 30. April 2004, die feststellen: "Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist die in einer Patientenverfügungen zum Ausdruck gebrachte Ablehnung einer Behandlung für den Arzt bindend, sofern die konkrete Situation derjenigen entspricht, die der Patient in der Verfügung beschrieben hat, und keine Anhaltspunkte für eine nachträgliche Willensänderung erkennbar sind." Zu den Wünschen und Vorstellungen können auch Hinweise gehören, wie Betroffene sich eine Begleitung im Sterben vorstellen; das können zum Beispiel mitmenschliche und seelsorgliche Hilfe sowie eine ausreichende Schmerztherapie sein.

3. Mit Hilfe einer Vorsorgevollmacht (§ 1904 BGB) übernimmt eine Person des Vertrauens die Einwilligung in ärztliche Maßnahmen, deren Unterlassung oder Beendigung. Ihr gegenüber sind die behandelnden ÄrztInnen zur Auskunft verpflichtet. Auf diese Weise steht den ÄrztInnen eine bevollmächtigte Person als Gesprächspartnerin zur Verfügung, die als "Anwältin" hilft, den in der Patientenverfügung niedergelegten PatientInnen-Willen bei der medizinischen Versorgung der nicht mehr einwilligungsfähigen Person umzusetzen. Eine Vorsorgevollmacht legt den Umfang der Befugnisse des Bevollmächtigten fest, hier konkret begrenzt auf die Mitwirkung daran, dass die o.g. Verfügungen medizinischer und pflegerischer Maßnahmen im Sinne des nichteinwilligungs- und nicht entscheidungsfähigen Patienten/ der Patientin getroffen werden. Zu unterscheiden ist die Vorsorgevollmacht von der Betreuungsverfügung, in der ein gesetzlich bestellter Betreuer / eine Betreuerin die in der Betreuungsverfügung genau beschriebenen Angelegenheiten regelt. Der Gesetzgeber hat der Bevollmächtigung einen Vorrang vor der Betreuerbestellung eingeräumt.

4. Dem Nachweis der Aktualität der Vorausverfügung dient die regelmäßige Bestätigung und Unterschrift durch die betroffene Person. Auf dem Hintergrund neuer Erfahrungen im Umgang mit Krankheit oder medizinischer Entwicklungen sollte die Patientenverfügung auch inhaltlich regelmäßig daraufhin überprüft werden, welche erwünschten bzw. abgelehnten Maßnahmen aktuell gültig sind. Als aktuell gelten Patientenverfügungen, wenn sie jährlich mit jeweils neuem Datum bestätigt bzw. unterschrieben werden.

### **Was zu beachten ist - praktische Hinweise**

- Sowohl bei guter Gesundheit als auch bei vorliegender Erkrankung sollte die Verfügung medizinischer und pflegerischer Maßnahmen mit dem Hausarzt bzw. der Hausärztin abgesprochen werden. Ihr fachlicher Rat hilft, vorsorgliche Bestimmungen im Blick auf nicht absehbare Krankheiten ebenso zu formulieren wie im Blick auf vorliegende Erkrankungen.
- Wichtig ist das Gespräch mit Familie und FreundInnen über Behandlungswünsche in Krankheitssituationen. Sie geben Angehörigen eine Orientierung und helfen ihnen später, an Entscheidungen über Behandlungen mitzuwirken, auch in dem "guten Gefühl", in seinem oder ihrem Sinne gehandelt zu haben. Das gilt insbesondere für Situationen, in denen nichteinwilligungsfähige Patienten vorab keine entsprechende Vorausverfügung für ihre medizinische Betreuung dokumentiert haben und der dann für die medizinische Behandlung ausschlaggebende mutmaßliche Wille der betroffenen Personen von ÄrztInnen und Angehörigen ermittelt werden muss. Wo zuvor mit erkrankten Menschen Gespräche über Krankheit und therapeutischen Maßnahmen stattgefunden haben, ist der mutmaßliche Patientenwillen leichter zu ermitteln.
- Die bevollmächtigte Person, welche die in der Patientenverfügung niedergelegten Wünsche und Vorstellungen gegenüber ÄrztInnen vertreten wird, sollte psychisch und emotional belastbar sein. Medizinische Sachverhalte sollte sie verstehen können. Volljährigkeit und Entscheidungskompetenz gehören dazu. Als Person des Vertrauens kommen sowohl Angehörige als auch gute FreundInnen in Frage. Alleinstehende können z.B. den Hausarzt für diese Aufgabe zu gewinnen suchen, der dann ihren dokumentierten Willen vertritt.
- Stimmt eine bevollmächtigte Person einer Behandlung mit hohem Risiko für Leben und Gesundheit zu oder erwartet sie diese von den behandelnden ÄrztInnen, bedarf diese Einwilligung der Schriftform (§ 1904 BGB) und muss sich ausdrücklich auf eine solche Behandlung beziehen. Die Einwilligung des Bevollmächtigten in eine "das Leben gefährdende Behandlung" bedarf der Zustimmung des Vormundschaftsgerichts (§ 1904 BGB).
- Angehörigen sollte der Ort bekannt sein, an dem die Patientenverfügung aufbewahrt wird. Auf keinen Fall sollte sie mit dem Testament verwahrt werden. Anders als dieses soll die Verfügung schon zu Lebzeiten wirksam werden. Es ist sinnvoll, eine Zweitschrift der Patientenverfügung bei der bevollmächtigten Person zu hinterlegen.

### **Rechtsverbindlichkeit - was muss eine Patientenverfügung leisten ?**

Eine Vorausverfügung für die medizinische Behandlung muss dem behandelnden Arzt/ der behandelnden Ärztin in der Behandlungssituation relevante Hinweise auf den persönlichen Willen, und zwar auf die ganz konkrete Behandlungssituation geben. Diese Anforderung formulieren die Richtlinien der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung aus dem Jahr 2004 ([www.baek.de](http://www.baek.de)): "Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist die in einer Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachte Ablehnung einer Behandlung für den Arzt bindend, sofern die konkrete Situation derjenigen entspricht, die der Patient in der Verfügung beschrieben hat, und keine Anhaltspunkte für eine nachträgliche Willensänderung erkennbar sind."

Patientenverfügungen sind rechtsverbindlich, sofern sie nicht gegen geltendes Recht sowie gegen das ärztliche und pflegerische Berufsethos verstoßen. Dazu führen die schon erwähnten Richtlinien von 2004 ([www.baek.de](http://www.baek.de)) aus: "Bei einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt die durch den angemessen aufgeklärten Patienten aktuell geäußerte Ablehnung

einer Behandlung zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt. Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen. Der Arzt soll Kranken, die eine notwendige Behandlung ablehnen, helfen, die Entscheidung zu überdenken. Soweit ein Vertreter (z. B. Eltern, Betreuer oder Bevollmächtigter in Gesundheitsangelegenheiten) vorhanden ist, ist dessen Erklärung maßgeblich; er ist gehalten, den (ggf. auch mutmaßlichen) Willen des Patienten zur Geltung zu bringen und zum Wohl des Patienten zu entscheiden. Wenn der Vertreter eine ärztlich indizierte lebenserhaltende Maßnahme ablehnt, soll sich der Arzt an das Vormundschaftsgericht wenden. Bis zur Entscheidung des Vormundschaftsgerichts soll der Arzt die Behandlung durchführen. Liegt weder vom Patienten noch von einem gesetzlichen Vertreter oder einem Bevollmächtigten eine bindende Erklärung vor und kann eine solche nicht - auch nicht durch Bestellung eines Betreuers - rechtzeitig eingeholt werden, so hat der Arzt so zu handeln, wie es dem mutmaßlichen Willen des Patienten in der konkreten Situation entspricht. Der Arzt hat den mutmaßlichen Willen aus den Gesamtumständen zu ermitteln. Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen des Patienten können neben früheren Äußerungen seine Lebenseinstellung, seine religiöse Überzeugung, seine Haltung zu Schmerzen und zu schweren Schäden in der ihm verbleibenden Lebenszeit sein. In die Ermittlung des mutmaßlichen Willens sollen auch Angehörige oder nahe stehende Personen als Auskunftspersonen einbezogen werden, wenn angenommen werden kann, dass dies dem Willen des Patienten entspricht. Lässt sich der mutmaßliche Wille des Patienten nicht anhand der genannten Kriterien ermitteln, so soll der Arzt für den Patienten die ärztlich indizierten Maßnahmen ergreifen und sich in Zweifelsfällen für Lebenserhaltung entscheiden.

### **Zur Form der Patientenverfügung**

Hier sind die Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen, hrsg von der BÄK (Bundesärztekammer, 1999 - [www.baek.de](http://www.baek.de)) hilfreich und sollen abschließend zu Wort kommen: "Patientenverfügungen bedürfen keiner besonderen Form.

Aus Beweisgründen sollten sie jedoch schriftlich abgefasst sein. Eine eigenhändige Niederschrift der Patientenverfügung ist nicht notwendig. Die Benutzung eines Formulars ist möglich. Eine Patientenverfügung soll möglichst persönlich unterschrieben und mit Datum versehen sein. Rechtlich ist es weder erforderlich, die Unterschrift durch Zeugen bestätigen zu lassen, noch eine notarielle Beglaubigung der Unterschrift herbeizuführen. Um Zweifeln zu begegnen, kann sich jedoch eine Unterschrift vor Zeugen empfehlen, die ihrerseits schriftlich die Echtheit der Unterschrift sowie das Vorliegen der Einwilligungsfähigkeit des Verfassers bestätigen."

### **Bewertung /Einschätzung**

Patientenverfügungen haben einen ethischen und juristischen Anspruch auf verbindliche Beachtung. Der BGH betonte bereits 1995 die Bindungswirkung früherer schriftlicher oder mündlicher Festlegungen, weil in ihnen das Selbstbestimmungsrecht des Menschen zum Ausdruck kommt und "weil es sich bei der Patientenverfügung um eine vorweggenommene Einwilligung bzw. Nicht - Einwilligung bezüglich konkret benannter Maßnahmen handelt." (vgl. BÄK,s.o) Diverse Entscheidungen von Oberlandesgerichten sowie die Richtlinien der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung haben die Patientenautonomie gestärkt. Eine Spannung bleibt zwischen der verbindlichen Beachtung der Patientenverfügung und dem ärztlichen und pflegerischen Berufsethos (Lebensschutz, Fürsorgepflicht) bestehen. Wo eine Verfügung ärztlicher Überzeugung und geltendem Recht widerspricht, ist kein

Mediziner verpflichtet, ihr nachzukommen. Aktive Sterbehilfe darf, auch wenn sie in einer Patientenverfügung verlangt wird, nicht geleistet werden, da sie gesetzwidrig ist. Hingegen haben die behandelnden Ärzte bei jeder akuten Behandlung neu zu überprüfen, ob und inwieweit die Patientenverfügung auf die konkret vorliegende Situation zutrifft und wie sie sinngemäß auf die jeweilige Situation anwendbar ist. Dabei haben sie eine sog. Basisbetreuung zu gewährleisten, zu der auch bei Sterbenden neben menschenwürdiger Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Schmerzlinderung, Versorgung mit Sauerstoff auch das "Stillen von Hunger und Durst" gehört. (vgl. Richtlinien der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung von 2004)

### **Hinweise auf Musterformulare für Patientenverfügungen (in Auswahl)**

Leitfaden, die Hinweise und Formulierungshilfen bieten, damit eine persönliche, dh. auf die individuelle gesundheitliche Situation bezogene und tragfähige Patientenverfügung erarbeitet werden kann.

1 Patientenverfügung und Vorsorge-Vollmacht. Ein Leitfaden für Patienten und Angehörige, hg. von der Ärztekammer Westfalen - Lippe, Gartenstraße 210-14, 48147 Münster oder [www.aekwl](http://www.aekwl) -

2. Für sich selber sorgen bis zum Ende. Leitfaden zum Erstellen einer persönlichen Patientenerklärung, hg. vom Arbeitskreis "Arzt und Seelsorger" bei der Ev. Akademie Iserlohn, Berliner Platz 12, 58638 Iserlohn oder [www.kircheundgesellschaft.de](http://www.kircheundgesellschaft.de)

Formulare, die mit Hilfe des Hausarztes um persönliche Informationen ergänzt werden können, welche die konkrete Krankheitssituation betreffen.

1. Christliche Patientenverfügung. Handreichung und Formular in 2. Auflage. Ein Glossar wesentlicher Begriffe und Stichworte dient der Information und Orientierung. Die Erklärungen wurden der geltenden Rechtslage angepasst, aktuelle juristische und medizinische Erkenntnisse ebenso aufgenommen wie praktische Erfahrungen mit der Patientenverfügung Neben Hinweisen zum Gebrauch findet sich ein ausführliches Formular mit der Möglichkeit, dieses um persönliche Notizen zu ergänzen. Hg. von Dt. Bischofskonferenz und der EKD. Bestelladressen: Sekretariat der Dt. Bischofs-konferenz, Postfach 2962, 53019 Bonn Fax: 0228-103330; e-mail: [gd@dbk.de](mailto:gd@dbk.de) // Kirchenamt der EKD, Herrenhäuser Str. 12, 30419 Hannover, Fax 0511-2796-457; e-mail: [versand@ekd.de](mailto:versand@ekd.de) Im Internet findet sich die Christliche Patientenverfügung unter [www.dbk.de](http://www.dbk.de) oder [www.ekd.de](http://www.ekd.de)

2. Die persönliche Patientenverfügung, hg. vom Zentrum für medizinische Ethik der Ruhr-Universität Bochum, Gebäude GA 3/53,44780 Bochum, Tel.: 32-22750) Sie enthält in dem sehr detaillierten Formular Aussagen über das persönliche Wertebild ( Lebeseinstellung, Werte, Wünsche, Hoffnungen), Verfügungen für medizinische Versorgung und Beistand und eine Vorsorgevollmacht.

Kliniken, Hospize und Hospizvereine, Caritas und Diakonie haben weitere Formulare erarbeitet.

### **Literatur**

- Handreichungen für Ärzte für den Umgang mit Patientenverfügungen, hrsg von der BÄK (Bundesärztekammer, 1999) [www.baek.de](http://www.baek.de)

- Richtlinien der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung , hrsg. von der BÄK 2004

## ***Häufig gestellte Fragen***

Quelle: <http://www.standard-patientenverfuegung.de/fragen.htm>

### **1. Kann ich meine Familienangehörigen nicht automatisch vertreten?**

Nein. Wenn der Betroffene über 18 ist und Ihnen keine Vollmacht ausgestellt hat, müssen Sie erst von einem Amtsrichter als Betreuer eingesetzt werden. Sie sind dann dem Richter über Ihre Handlungen Rechenschaft schuldig. Der Richter kann sich nach eigenem Ermessen auch für einen anderen Betreuer entscheiden.

### **2. Muss eine Patientenverfügung handschriftlich abgefasst sein?**

Nein, aber sie sollte aus einem individuellen Text bestehen, der eigenhändig mit Datum zu unterschreiben ist.

### **3. Muss eine Patientenverfügung notariell beglaubigt sein?**

Nein, aber es sollte der zugrunde liegende freie Wille und die Ernsthaftigkeit Ihrer Auseinandersetzung mit diesen Fragen bezeugt werden. Das kann durch einen Arzt oder eine beratende Person erfolgen, die möglichst nicht als Bevollmächtigter eingesetzt ist.

### **4. Wie lange gilt eine Patientenverfügung?**

Es gibt darüber keine gesetzliche Bestimmung. Je älter sie jedoch ist, desto eher kann Ihnen unterstellt werden, Sie könnten evtl. Ihre Meinung geändert haben. Als Faustregel gilt in der Praxis: Nicht älter als zwei Jahre.

### **5. Sind Ärzte an meine Patientenverfügung gebunden?**

Ja, wenn Sie auf die konkrete Situation anwendbar ist und keine Anzeichen bestehen, dass Sie Ihren Willen geändert haben.

### **6. Kann ich meine Patientenverfügung widerrufen?**

Ja, jederzeit.

### **7. Wo sollte ich meine Patientenverfügung aufbewahren?**

Wo sie mit Sicherheit zeitnah gefunden wird. Das kann bei Ihnen zu Hause sein oder bei der bevollmächtigten Person. Eine Kopie sollten Sie – wenn Sie kein Hinweiskärtchen nutzen möchten – bei sich tragen und eine weitere Ihrem Hausarzt überlassen. Ebenso gehört eine Kopie in die Hände der von Ihnen bevollmächtigten Person. Wenn Sie in ein Krankenhaus oder eine Pflegeeinrichtung gehen, sollten Sie dort auch eine Kopie Ihrer Patientenverfügung vorlegen. Sie können ein Exemplar auch bei der Bundeszentrale für Patientenverfügungen des Humanistischen Verbandes Deutschlands hinterlegen (seit 1994 [HVD] in Berlin - eine weitere: Deutsches Rotes Kreuz [DRK] in Mainz seit 1996) und ein Hinweiskärtchen auf das Vorliegen einer Patientenverfügungen mit Informationen über Ihre Bevollmächtigten bei sich führen. Die genannte Hinterlegungsstelle (geringe Gebühr) hat auch an Wochenenden und Feiertagen Bereitschaftsdienst.

### **8. Muss die Patientenverfügung vom Arzt oder einer Beratungsstelle bestätigt werden?**

Es gibt keine gesetzliche Regelung, die eine Bestätigung vorschreibt. Sie wird allerdings empfohlen, um zu dokumentieren, dass sie die Patientenverfügung ohne Druck und im Vollbesitz Ihrer geistigen Kräfte erstellt haben. Die Bestätigung durch einen Arzt oder eine Beratungsstelle dokumentiert zusätzlich, dass und wo sie sich haben beraten lassen.

### **9. Müssen die Verfasser einer Patientenverfügung 18 Jahre alt sein oder können auch schon Jugendliche eine verfassen?**

Natürlich kann auch eine minderjährige Person eine Patientenverfügung verfassen. Bis zur Volljährigkeit sind allerdings die gesetzlichen Vertreter automatisch bevollmächtigt deren Willen zu vertreten. Besonders wenn es sich um die Durchsetzung eines Behandlungsverzichts oder -abbruchs bei einer minderjährigen Person handelt, die nicht mehr Einwilligungsfähig ist, kann eine Patientenverfügung hilfreich sein.

### **10. Muss eine Patientenverfügung mit einem Arzt besprochen werden?**

Zurzeit gibt es keine gesetzliche Vorschrift, die das fordert. Es wird allerdings empfohlen, sich vor dem Erstellen einer Patientenverfügung von einem Arzt oder einer anderen fachkundigen Person beraten zu lassen. Dies gilt besonders, wenn Sie bereits unter einer Erkrankung leiden, die zu einem frühzeitigen Tod führen kann. Zu wissen, was einen am Ende erwarten kann, hilft dann bei der Beantwortung der Fragen welche Behandlungen gewünscht werden und welche nicht. Die wenigsten Menschen in unserer Gesellschaft haben persönliche Erfahrungen mit dem Sterben, da kann Aufklärung schon hilfreich sein.

Die Beratung vor dem Erstellen der Patientenverfügung ist also in Ihrem eigenen Interesse. Darüber hinaus wirkt Ihre Patientenverfügung fundierter, wenn Sie angeben, dass Sie sich haben beraten lassen und die Patientenverfügung am Ende von dieser Person bestätigt wurde.

Bitte haben Sie Verständnis, wenn Ihr Arzt Sie bittet, das Gespräch privat zu bezahlen, denn die Krankenkassen lassen ihn dies nicht abrechnen.

# Vorlagen einer Patientenverfügung und einer Betreuungsvollmacht von Herrn R. Rossbruch

## Hinweis:

**Diese Vorlagen sind zur persönlichen Orientierung gedacht und ersetzen nicht die Erstellung einer eigenen persönlichen Verfügung / Vollmacht**

## Patientenverfügung (Vorlage)

### I. Personalien

Vor- und Zuname:

Geb. Datum:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Tel.:

Wichtige Vorerkrankungen:

Hausarzt:

### II. Meine persönliche Einstellung zu Leben und Sterben

Nachfolgende Erklärungen gebe ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und bei voller Urteils- und Entscheidungsfähigkeit ab. Als ... habe ich volle Kenntnis von Inhalt und Tragweite meines hier geäußerten Willens. Die in dieser Verfügung getroffenen Entscheidungen erfolgten nach eingehender und reiflicher Überlegung und stellen meine generelle ethische Grundeinstellung zu einem möglichen Autonomieverlust und zu Fragen eines Behandlungsabbruchs dar. In einer konkreten Situation, in der über die Vornahme lebensverlängernder Maßnahmen bzw. einen Abbruch der an mir bereits in Unkenntnis dieser Patientenverfügung vorgenommenen Heilmaßnahmen zu entscheiden ist, verlange ich von den mich behandelnden Ärzten und Pflegepersonen, diese Patientenverfügung als verbindlich anzusehen und entsprechend meinem hier ausdrücklich erklärten Willen zu verfahren. Eine andere Entscheidung als die hier zum Ausdruck gebrachte kommt für mich nicht in Frage.

Zur Information der mich behandelnden Ärzte und Pflegepersonen sei erwähnt, dass der Bundesgerichtshof in seinem Beschluss vom 17.03.2003 (AZ: XII ZB 2/03) die Patientenverfügung als rechtsverbindlich angesehen hat. Der erste Leitsatz dieser Entscheidung lautet:

„Ist ein Patient einwilligungsunfähig und hat sein Grundleiden einen irreversiblen Verlauf angenommen, so müssen lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen unterbleiben, wenn dies seinem zuvor – etwa in Form einer sog. Patientenverfügung – geäußerten Willen entspricht. Dies folgt aus der Würde des Menschen, die es gebietet, sein in einwilligungsfähigem Zustand ausgeübtes Selbstbestimmungsrecht auch dann noch zu respektieren, wenn er zu eigenverantwortlichem Entscheiden nicht mehr in der Lage ist.“

Der Vollständigkeit halber sei angemerkt, dass diese, meine Willenserklärung, nicht nur für den Moment ihrer Abgabe Gültigkeit besitzt, sondern bis zu ihrem Widerruf zwingend verbindlich ist.

Als *Humanist/Freidenker/kritischer Christ* lehne ich sowohl ein staatliches und/oder kirchliches Monopol über Wert- und Moralvorstellung als auch paternalistisch orientiertes ärztliches und pflegerisches Handeln ab. Ich lebe und sterbe in der Überzeugung, dass jeder Mensch das Recht und die Verantwortung hat, sein Leben und Sterben selbstbestimmt zu gestalten. Ich befürworte eine postmoderne Sterbekultur, durch die das endgültige Loslassen zur subjektiv rechten Zeit ermöglicht wird, also sobald die unerträglichen Schmerzen anhalten, sobald irreversibles existenzielles Leiden immer schlimmer wird oder, schließlich, wenn ein Mensch sehr „alt und lebenssatt“ geworden ist.



Mir ist bewusst, dass ich über spätere (Krankheits-)Situationen vielleicht nicht alles weiß und ich mein persönliches Erleben in diesen Situationen nicht genau vorhersehen kann. Dieses Risiko nehme ich in Kauf, um Fremdbestimmung zu vermeiden. Ich bin mir auch dessen bewusst, dass meine in dieser Patientenverfügung vorgenommenen Erklärungen in einem Zustand relativer Gesundheit vorgenommen worden sind und das mein Empfinden und persönliches Erleben im Zustand schwerer Krankheit anders sein könnte. Auch diese Unabwägbarkeiten nehme ich in Kauf, da meine in dieser Patientenverfügung zum Ausdruck kommenden Ansichten freier und selbstbestimmter getroffen worden sind und meinen ethischen Wertvorstellungen von Leben und Sterben eher entsprechen, als es in einer extremen Ausnahmesituation, die sich gerade in einer schweren Krankheit oder gar im Sterben realisiert, je der Fall sein könnte. Denn gerade aufgrund einer schweren Krankheit oder des bereits eingetretenen Sterbeprozesses und der damit einhergehenden Umstände (Krankenhaus- bzw. Heimaufenthalt mit ihren a priori bevormundenden und damit freiheitsbeschränkenden Strukturen) befindet sich der Betroffene regelmäßig in einem Zustand physischer, psychischer, intellektueller, sozialer und emotionaler Schwäche, die ein wirklich freies und selbstbestimmtes Denken und Handeln regelmäßig unmöglich werden lässt, wenn nicht gar ausschließt. Ich verlange, dass sich die Beteiligten von diesen, meinen Wünschen und Wertvorstellungen leiten lassen und nicht von ihren eigenen, da es vorliegend um meinen Körper, um mein Sterben mithin um meine höchstpersönlichen Belange geht.

Mein Leben und meine Gesundheit sind mir sehr wichtig und ich halte es daher für selbstverständlich, dass sich die Ärzte und das Pflegepersonal mit allen Mitteln der Kunst um deren Erhaltung bemühen. Ich möchte jedoch nicht, dass die mich behandelnden Ärzte, Pflegepersonen und Angehörige anderer Heilberufe bei Vorliegen eines Unfalls oder einer schweren Krankheit mit den in III. 2. geschilderten Folgen alles dafür tun, um meine Lebensfunktionen zu erhalten – erst recht nicht, wenn sie damit nur ihre medizinischen und pflegerischen Fähigkeiten unter Beweis stellen wollen oder meine Angehörigen „beruhigen“ möchten. Mir wäre es lieber, wenn mit dem Geld, welches für meine Intensivtherapie gespart werden könnte, Menschen, denen tatsächlich noch geholfen werden kann, behandelt werden. Ich bin mir sicher, dass ich auch mit einer Behinderung weiterhin ein für mich lebenswertes Leben führen könnte – insbesondere der Verlust von einem Arm oder Bein oder die Lähmung der Beine wären kein Hindernis. Kaum etwas sinnloseres könnte ich mir aber vorstellen, als nach einem halben Jahr Koma mit geistigen Behinderungen aufzuwachen. Auch eine vollständige Lähmung oder wie auch immer geartete Verletzungen oder Krankheiten, die dazu führen, dass ich mich nicht mehr selbst versorgen kann und ich dauerhaft auf Pflege und Betreuung angewiesen bin, würden für mich einen Umstand darstellen, unter dem ich nicht mehr leben möchte. Ich möchte auch nicht das Leben meiner Angehörigen dadurch zerstören oder auch nur belasten, dass sie zeitlebens mich versorgen und betreuen müssen. Das Leben ist für mich von hohem Wert. Es gibt aber Situationen, in denen das Leben nur noch ein Martyrium bzw. eine Folter darstellt und der Tod die ersehnte Erlösung von einem für mich unerträglichen Leiden bedeuten würde. In einem solchen Fall möchte ich selbst entscheiden dürfen, ob mein Leben mit den Mitteln der modernen Apparatemedizin künstlich aufrechterhalten und mein Leiden verlängert wird oder ob dem Krankheits- bzw. Sterbevorgang sein natürlicher Verlauf gelassen wird. Über Leben müssen und Sterben dürfen entscheide ich allein nach meinen eigenen Wertvorstellungen, nicht dagegen nach den Wertvorstellungen Dritter (Ärzte, Pflegepersonen, Angehörigen oder sonstiger Personen). Auch der von mir eingesetzte Bevollmächtigte (siehe Vorsorgevollmacht) hat sich bei seinen Entscheidungen, die er für mich in Gesundheitsangelegenheiten trifft, nicht an den herrschenden gesellschaftlichen oder seinen eigenen, sondern ausschließlich an meinen Wertvorstellungen, insbesondere an die vorliegende Patientenverfügung zu orientieren und nicht daran, was aus medizinisch-pflegerischer Sicht vernünftig und technisch machbar ist.

Ich verlange den natürlichen Vorgängen eines Sterbeprozesses und unheilbaren, zum Tode führenden Erkrankungen absoluten Vorrang einzuräumen gegenüber den medizintechnischen Möglichkeiten einer zeitlich begrenzten Lebensverlängerung. Ich schätze die Lebensqualität in jedem Fall höher ein als die Lebensquantität, zumal wenn letztere mit Schmerzen, Qualen oder dauernder Bewusstlosigkeit verbunden ist. Ich möchte nach Möglichkeit meine letzten Wochen,

Tage oder Stunden in einer mir vertrauten Umgebung und bei vollem Bewusstsein verbringen. Von lebensverlängernden und lebenserhaltenden Maßnahmen verlange ich nicht nur im Endstadium einer tödlich verlaufenden Erkrankung Abstand zu nehmen, sondern auch dann, wenn ich geistig so verwirrt sein sollte, dass ich meine Umgebung nicht mehr erkenne, wenn ich längere Zeit ohne Bewusstsein bin oder an unerträglichen Schmerzen leiden sollte, die auch mit den Mitteln moderner Schmerztherapie nicht beseitigt werden können.

Ich bin mir bewusst, dass ich bei Einstellung der künstlichen Ernährung oder der Flüssigkeitszufuhr verhungere oder verdurste. Diese Folge nehme ich für den Fall längerer Bewusstlosigkeit bzw. „Wachkoma“ ausdrücklich in Kauf.

### **III. Anweisungen an die mich behandelnden Ärzte und Pflegepersonen**

1. Ich setze es als selbstverständlich voraus, dass mir mein Leben gerettet wird, sofern dies nach menschenmöglichem Ermessen möglich ist und dass man mich sterben lässt, wenn mindestens zwei der mich behandelnden Ärzte zu einer infausten Prognose gelangt sind. Über meinen Krankheitszustand möchte ich von den Ärzten jederzeit und in vollem Umfang aufgeklärt werden.

2. Ich weiß, dass ich weder den Ärzten noch dem Pflegepersonal eine strafbare aktive Tötung zumuten kann, wenn mein Zustand nach allgemeiner Erfahrung die Wiederkehr der zwischenmenschlichen Kommunikation und das Wiedererstarken des Lebenswillens nicht erwarten lässt.

Hat mein Krankheit oder haben meine Verletzungen einen irreversiblen Verlauf genommen der zu meinem Tod führen wird oder ist mein Zustand derart, dass ich kein bewusstes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung mehr führen kann, bin ich mit lebensverlängernden Maßnahmen nicht einverstanden. Dazu zählt u.a.:

- schwere, dauerhafte Schädigungen der Gehirnfunktion,
- irreversible Bewusstseins -/Persönlichkeitsstörungen,
- länger (über 6 Monate) andauerndes Wachkoma,
- dauerhafter Verlust der Fähigkeit zu Essen und zu Trinken,
- irreversibler, kompletter Bewegungsverlust bzw. Bewegungsunfähigkeit,
- dauerhafter Verlust von lebenswichtigen Organfunktionen,
- unheilbare Erkrankungen mit vorhersehbarem tödlichen Ausgang,
- schwerste, entstellende Folgen aufgrund einer Erkrankung oder eines Unfalls
- fortschreitende geistige Verwirrtheit,
- unerträgliche Schmerzen, die auch mit den Mitteln heutiger moderner Schmerztherapie nicht zu beseitigen sind

Liegt einer der oben genannten Fälle oder ein ähnlicher Fall vor, so verfüge ich hiermit weitere ärztliche Behandlung, Eingriffe und lebenserhaltende Maßnahmen sowie die sich hierauf beziehenden pflegerischen Maßnahmen zu unterlassen.

Insbesondere haben folgende (intensiv-) medizinische Maßnahmen zu unterbleiben:

- Wiederbelebung (z.B. bei Herzstillstand, Atemstillstand, Stoffwechsellentgleisungen),
- künstliche Beatmung,
- künstliche Beatmung und Sauerstoffzufuhr,
- künstliche Nahrungszufuhr, insbesondere mittels Magensonde, Magenfistel oder intravenöser Infundierung sowie Flüssigkeitszufuhr von mehr als einem halben Liter am Tag, außer Mundpflege sowie zur Verhinderung von Durstgefühlen und Mundtrockenheit,
- Transfusionen von Blut/Blutbestandteilen,
- Blut - oder Peritoneal-Dialyse,
- Antibiotika bei fieberhaften Begleiterscheinungen,
- andere medikamentöse Behandlungen mit dem Ziel der Lebensverlängerung.

Sollten die oben genannten oder ähnliche Maßnahmen bereits eingeleitet worden sein, bestehe ich auf den Abbruch dieser Maßnahmen. Mit einer Intensivtherapie bin ich nur dann einverstanden,

wenn diese ausschließlich der Leidensminderung dient. Maßnahmen der Wiederbelebung verweigere ich auch dann, wenn im Endstadium einer tödlich verlaufenden Krankheit, bei dauernder Verwirrung oder Desorientiertheit sowie bei voraussichtlich dauerhafter Schädigung des Gehirns mit der Folge einer Hilflosigkeit und Kommunikationsunfähigkeit bei mir ein Herzstillstand oder Bewusstseinsverlust eintritt.

3. Von den mich behandelnden Ärzten und Pflegepersonen erwarte ich, dass sie ihre Bemühungen auf die Hilfe zum Sterben, also auf eine Linderung von Beschwerden bei gleichzeitigem Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen (sog. passive Sterbehilfe) zu beschränken. Hierunter verstehe ich nicht nur eine meinen menschlichen Grundbedürfnissen entsprechende ärztliche Betreuung, Unterbringung und Pflege, sondern auch die optimale Behandlung von Schmerz, Atemnot, Depression, Übelkeit und Erbrechen, Angst und Unruhe.

Ich bin mir dabei bewusst, dass bei manchen zum Tode führenden Erkrankungen die notwendige Leidensminderung so stark im Vordergrund stehen kann, dass zugleich die Möglichkeit einer Lebensverkürzung als ungewollte Nebenwirkung eintritt. Eine derartige Schmerztherapie und die aus ihr resultierenden Konsequenzen werden von mir in Kauf genommen und gebilligt. Ist durch zwei in keinem untereinander bestehenden Abhängigkeitsverhältnis stehenden Ärzten diagnostiziert, dass meine Krankheit oder meine Verletzung einen unter III. 2. beschriebenen Zustand erreicht hat, so möchte ich neben einer optimalen bzw. einer dem fachlichen Wissensstand entsprechenden Schmerzstillung bzw. -linderung meine geistige Klarheit möglichst lange erhalten, um mein Sterben selbstbestimmt und bewusst erleben zu können. Ich lehne daher Medikamente mit sedierendem Charakter ab.

4. Ich bin mir darüber im klaren, dass auch bei einer Bewusstlosigkeit („Wachkoma“), die länger als sechs Monate andauert, die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist, dass ich irgendwann - mit oder ohne zerebrale Dauerschäden- aufwache. Ich möchte aber trotzdem nicht künstlich am Leben gehalten werden, wie z. B. durch eine Magenfistel, Nasensonde oder parenterale Ernährung über die Vene. Ich erwarte, dass die mich behandelnden Ärzte und das Pflegepersonal in einem solchen Fall auf die Anwendung lebenserhaltender Maßnahmen verzichten, wie z. B. auf die Anwendung von Antibiotika. Dabei bin ich mir bewusst, dass zu den lebenserhaltenden Maßnahmen insbesondere die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, Sauerstoffzufuhr, künstliche Beatmung, Medikation, Bluttransfusion und Dialyse gehören.

5. Die Prognose, ob mein Zustand oder meine Krankheit zum Tode führen und mir nach aller Voraussicht große Schmerzen oder Qualen bereiten wird, soll von zwei in keinem untereinander bestehenden Abhängigkeitsverhältnis stehenden Ärzten getroffen werden.

6. Zur eigenen Absicherung sei den behandelnden Ärzten und Pflegepersonen empfohlen, diese Patientenverfügung zu den Krankenunterlagen zu nehmen und im Krankenblatt zu vermerken, dass eine Intensivtherapie, ein Eingriff, eine Behandlung oder Reanimation angesichts des Befundes nur noch einer sinnlosen Sterbensverlängerung gedient hätte. Ärzte und Pflegepersonen, die vorstehenden Anordnungen Folge leisten, handeln im Sinne des geltenden Rechts.

Für den Fall, dass die mich behandelnden Ärzte und Pflegepersonen gegen die vorstehenden Anordnungen verstoßen ist der von mir für die Gesundheitssorge eingesetzte Bevollmächtigte (siehe Vorsorgevollmacht) angehalten unverzüglich Strafanzeige und Strafantrag z.B. wegen Körperverletzung zu erstatten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Diese Willenserklärung wurde zur Bekräftigung erneut bestätigt:

Koblenz, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Koblenz, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Vorsorgevollmacht (Vorlage)

Ich,  
Name:  
Geburtsdatum:  
Straße:  
PLZ/Wohnort:  
Telefon:

bevollmächtige ohne Zwang und aus freiem Willen Frau

Name:  
Geburtsdatum:  
Straße:  
PLZ/Wohnort:  
Telefon:

soweit gesetzlich möglich, mich in allen persönlichen Angelegenheiten, auch soweit sie meine Gesundheit betreffen, zu vertreten.

Mein(e) *Ehefrau/Ehemann/Sohn/Tochter/Freund* kennt meine Einstellung zu Krankheit und Sterben (wie ich sie in meiner Patientenverfügung niedergelegt habe) und genießt mein volles Vertrauen. Sie darf in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zu Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich an dieser Behandlung sterben oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte. Insbesondere ist die Stellvertretung zur Entscheidung über die folgenden mir gegenüber erforderlich werdenden Maßnahmen von dieser Vollmacht umfasst:

- Die Aufenthaltsbestimmung, vor allem die Entscheidung über die Unterbringung in einem Pflegeheim oder Hospiz, in einer geschlossenen Anstalt, Aufnahme in ein Krankenhaus oder eine ähnliche Einrichtung;
- Eine Maßnahme nach § 1906 Abs. 1 BGB, eine Unterbringung, die zu meinem Wohl erforderlich ist, weil aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Gefahr besteht, dass ich mich selbst töte oder erhebliche Gefahr besteht, dass ich mir gesundheitlichen Schaden zufüge, oder eine Untersuchung meines Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, oder meine Unterbringung nicht durchgeführt werden kann und ich aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit einer solchen Unterbringung nicht kennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.
- Eine Maßnahme nach § 1906 Abs. 4 BGB, ich mich also in einer Anstalt, einem Heim oder sonstigen Einrichtung aufhalte, ohne dort untergebracht zu sein, und mir die Freiheit über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise entzogen werden soll.
- Maßnahmen nach § 1904 Abs. 1 BGB, also die Einwilligung in eine Untersuchung meines Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff, wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund dieser Maßnahme versterben oder einen schweren und länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleiden kann.
- Die Entscheidung über die Verabreichung von Medikamenten, die erhebliche unerwünschte Nebenwirkungen oder gar eine Lebensverkürzung zur Folge haben oder haben können.

- Die Entscheidung darüber, ob bei einem voraussichtlich länger andauernden Zustand der Bewusstlosigkeit (Wachkoma) eine künstliche Ernährung oder Flüssigkeitszufuhr eingeleitet oder abgebrochen wird.
- Die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch oder die Einstellung lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen, wenn das Grundleiden mit infauster Prognose irreversiblen Verlauf genommen hat und ich mich in einem Zustand befinde, in dem ein bewusstes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung nicht mehr möglich ist. Zu den lebenserhaltenden Maßnahmen gehören insbesondere künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, Sauerstoffzufuhr, künstliche Beatmung, Medikation, Bluttransfusion und Dialyse.
- Sie kann hierzu in die Krankenunterlagen einsehen und alle Auskünfte und Informationen von den behandelnden Ärzten und dem Krankenhaus verlangen; diese werden von der Schweigepflicht entbunden.
- Die Entscheidung darüber, ob nach meinem Tod zu Transplantationszwecken Organe entnommen werden dürfen.
- Die Kontrolle darüber, ob die Klinik, die Ärzte und das Pflegepersonal mir trotz meiner Bewusstlosigkeit oder Entscheidungsunfähigkeit eine angemessene ärztliche und pflegerische Betreuung zukommen lassen, die zugleich auch eine menschenwürdige Unterbringung umfasst. Die Kontrolle bezieht sich auch auf eine Sterbebegleitung und die Leithilfe, die Ärzte und Pflegepersonal verpflichtet, Schmerz, Atemnot, unstillbarem Brechreiz, Erstickungsangst oder vergleichbar schweren Angstzuständen entgegenzuwirken, selbst wenn mit diesen palliativen Maßnahmen das Risiko einer Lebensverkürzung nicht ausgeschlossen werden kann.

Die bevollmächtigte Person darf in meinem Namen auch bereits erteilte Einwilligungen zurücknehmen oder Einwilligungen verweigern, Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte, Pflegepersonen und andere Personen, die der Schweigepflicht unterliegen gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vollmachtgebers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Bevollmächtigten

Diese Vollmacht entspricht nach wie vor meinem Willen:

Koblenz, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Koblenz, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Koblenz, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Koblenz, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Koblenz, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Anhang:

## Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung

April 2004

### Präambel

Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen.

So gibt es Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sein können. Dann tritt palliativ-medizinische Versorgung in den Vordergrund. Die Entscheidung hierzu darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden.

Unabhängig von anderen Zielen der medizinischen Behandlung hat der Arzt in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehören u. a.: menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst. Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten; dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Er muss dabei den Willen des Patienten beachten. Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen.

Aktive Sterbehilfe ist unzulässig und mit Strafe bedroht, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.

Diese Grundsätze können dem Arzt die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen. Alle Entscheidungen müssen individuell erarbeitet werden.

### I. Ärztliche Pflichten bei Sterbenden

Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden, d.h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie unter menschenwürdigen Bedingungen sterben können. Die Hilfe besteht in palliativ-medizinischer Versorgung und damit auch in Beistand und Sorge für Basisbetreuung.

Dazu gehören nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können. Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden.

Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens dürfen in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen oder nicht weitergeführt werden, wenn diese nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann. Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf. Eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, ist als aktive Sterbehilfe unzulässig und mit Strafe bedroht.

Die Unterrichtung des Sterbenden über seinen Zustand und mögliche Maßnahmen muss wahrheitsgemäß sein, sie soll sich aber an der Situation des Sterbenden orientieren und vorhandenen Ängsten Rechnung tragen.

Der Arzt kann auch Angehörige des Patienten und diesem nahe stehende Personen informieren, wenn er annehmen darf, dass dies dem Willen des Patienten entspricht. Das Gespräch mit ihnen gehört zu seinen Aufgaben.

## **II. Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose**

Bei Patienten, die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden, weil die Krankheit weit fortgeschritten ist, kann eine Änderung des Behandlungszieles indiziert sein, wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden und die Änderung des Therapieziels dem Willen des Patienten entspricht. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung treten dann palliativmedizinische Versorgung einschließlich pflegerischer Maßnahmen. In Zweifelsfällen sollte eine Beratung mit anderen Ärzten und den Pflegenden erfolgen.

Bei Neugeborenen mit schwersten Beeinträchtigungen durch Fehlbildungen oder Stoffwechselstörungen, bei denen keine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht, kann nach hinreichender Diagnostik und im Einvernehmen

mit den Eltern eine lebenserhaltende Behandlung, die ausgefallene oder ungenügende Vitalfunktionen ersetzen soll, unterlassen oder nicht weitergeführt werden. Gleiches gilt für extrem unreife Kinder, deren unausweichliches Sterben abzusehen ist, und für Neugeborene, die schwerste Zerstörungen des Gehirns erlitten haben. Eine weniger schwere Schädigung ist kein Grund zur Vorenthaltung oder zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, auch dann nicht, wenn Eltern dies fordern. Wie bei Erwachsenen gibt es keine Ausnahmen von der Pflicht zu leidensmindernder Behandlung und Zuwendung, auch nicht bei unreifen Frühgeborenen.

## **III. Behandlung bei schwerster zerebraler Schädigung und anhaltender Bewusstlosigkeit**

Patienten mit schwersten zerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit (apallisches Syndrom; auch so genanntes Wachkoma) haben, wie alle Patienten, ein Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung. Lebenserhaltende Therapie einschließlich – ggf. künstlicher – Ernährung ist daher unter Beachtung ihres geäußerten Willens oder mutmaßlichen Willens grundsätzlich geboten. Soweit bei diesen Patienten eine Situation eintritt, wie unter I – II beschrieben, gelten die dort dargelegten Grundsätze. Die Dauer der Bewusstlosigkeit darf kein alleiniges Kriterium für den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen sein. Hat der Patient keinen Bevollmächtigten in Gesundheitsangelegenheiten, wird in der Regel die Bestellung eines Betreuers erforderlich sein.

## **IV. Ermittlung des Patientenwillens**

Bei einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt die durch den angemessen aufgeklärten Patienten aktuell geäußerte Ablehnung einer Behandlung zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt. Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen. Der Arzt soll Kranken, die eine notwendige Behandlung ablehnen, helfen, die Entscheidung zu überdenken.

Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist die in einer Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachte Ablehnung einer Behandlung für den Arzt bindend, sofern die konkrete Situation derjenigen entspricht, die der Patient in der Verfügung beschrieben hat, und keine Anhaltspunkte für eine nachträgliche Willensänderung erkennbar sind.

Soweit ein Vertreter (z. B. Eltern, Betreuer oder Bevollmächtigter in Gesundheitsangelegenheiten) vorhanden ist, ist dessen Erklärung maßgeblich; er ist gehalten, den (ggf. auch mutmaßlichen) Willen des Patienten zur Geltung zu bringen und zum Wohl des Patienten zu entscheiden. Wenn der Vertreter eine ärztlich indizierte lebenserhaltende Maßnahme ablehnt, soll sich der Arzt an das Vormundschaftsgericht wenden. Bis zur Entscheidung des Vormundschaftsgerichts soll der Arzt die Behandlung durchführen.

Liegt weder vom Patienten noch von einem gesetzlichen Vertreter oder einem Bevollmächtigten eine bindende Erklärung vor und kann eine solche nicht – auch nicht durch Bestellung eines Betreuers – rechtzeitig eingeholt werden, so hat der Arzt so zu handeln, wie es dem mutmaßlichen Willen des Patienten in der konkreten Situation entspricht. Der Arzt hat den mutmaßlichen Willen aus den Gesamtumständen zu ermitteln. Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen des Patienten können neben früheren Äußerungen seine Lebenseinstellung, seine religiöse Überzeugung, seine Haltung zu Schmerzen und zu schweren Schäden in der ihm verbleibenden Lebenszeit sein. In die

Ermittlung des mutmaßlichen Willens sollen auch Angehörige oder nahe stehende Personen als Auskunftspersonen einbezogen werden, wenn angenommen werden kann, dass dies dem Willen des Patienten entspricht.

Lässt sich der mutmaßliche Wille des Patienten nicht anhand der genannten Kriterien ermitteln, so soll der Arzt für den Patienten die ärztlich indizierten Maßnahmen ergreifen und sich in Zweifelsfällen für Lebenserhaltung entscheiden. Dies gilt auch bei einem apallischen Syndrom.

## **V. Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen**

Mit Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen nimmt der Patient sein Selbstbestimmungsrecht wahr. Sie sind eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes.

Eine Patientenverfügung (auch Patiententestament genannt) ist eine schriftliche oder mündliche Willensäußerung eines einwilligungsfähigen Patienten zur zukünftigen Behandlung für den Fall der Äußerungsunfähigkeit. Mit ihr kann der Patient seinen Willen äußern, ob und in welchem Umfang bei ihm in bestimmten, näher umrissenen Krankheitssituationen medizinische Maßnahmen eingesetzt oder unterlassen werden sollen.

Anders als ein Testament bedürfen Patientenverfügungen keiner Form, sollten aber schriftlich abgefasst sein. Mit einer Vorsorgevollmacht kann der Patient für den Fall, dass er nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, Entscheidungen mit bindender Wirkung für ihn, u. a. in seinen Gesundheitsangelegenheiten, zu treffen (§ 1904 Abs. 2 BGB).

Vorsorgevollmachten sollten schriftlich abgefasst sein und die von ihnen umfassten ärztlichen Maßnahmen möglichst

benennen. Eine Vorsorgevollmacht muss schriftlich niedergelegt werden, wenn sie sich auf Maßnahmen erstreckt, bei denen die begründete Gefahr besteht, dass der Patient stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Schriftform ist auch erforderlich, wenn die Vollmacht den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen umfasst.

Die Einwilligung des Bevollmächtigten in Maßnahmen, bei denen die begründete Gefahr besteht, dass der Patient stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet, bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes, es sei denn, dass mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist (§ 1904 Abs. 2 BGB). Ob dies auch bei einem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen gilt, ist umstritten. Jedenfalls soll sich der Arzt, wenn der Bevollmächtigte eine ärztlich indizierte lebenserhaltende Maßnahme ablehnt, an das Vormundschaftsgericht wenden. Bis zur Entscheidung des Vormundschaftsgerichts soll der Arzt die Behandlung durchführen.

Eine Betreuungsverfügung ist eine für das Vormundschaftsgericht bestimmte Willensäußerung für den Fall der Anordnung einer Betreuung. In ihr können Vorschläge zur Person eines Betreuers und Wünsche zur Wahrnehmung seiner Aufgaben geäußert werden.

Eine Betreuung kann vom Gericht für bestimmte Bereiche angeordnet werden, wenn der Patient nicht in der Lage ist, seine Angelegenheiten selbst zu besorgen, und eine Vollmacht hierfür nicht vorliegt oder nicht ausreicht. Der Betreuer entscheidet im Rahmen seines Aufgabenkreises für den Betreuten. Zum Erfordernis der Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht wird auf die Ausführungen zum Bevollmächtigten verwiesen.