

Wie weit reicht die Patientenverfügung:

PD Dr. Christian Kupatt

Statement zur Tagung „Ein unverfügbares Ende: Zur Umsetzung von Patientenverfügungen im Krankenhaus“

29.4. 2006 St. Joseph Krankenhaus, Berlin

Sehr geehrte Damen und Herren,

„Sterben können bedeutet leben können, und umgekehrt“, diese Motto des emiritierten Tübinger Theologen hat im Kontext der Debatte um die Patientenverfügung nichts an Aktualität verloren. Mir ist das Thema der Reichweite von Patientenverfügungen gestellt worden, eine Problematik, die sich m.E. nicht ohne Hinweis auf die Entstehung der Problematik und die in der Patientenverfügung enthaltenen Forderungen angemessen diskutieren lässt. Auf die Gefahr der Wiederholung hin möchte ich meine Ausführungen also

1. eine ganz kurze Geschichte der Intensivmedizin erzählen,
2. die Handlungsanweisungen von Patientenverfügungen charakterisieren
3. auf den rechtlicher Rahmen, innerhalb dessen die Patientenverfügung funktioniert, eingehen und schließlich mich auf Ihre Fragen und Diskussionsbeiträge freuen.

zu 1.

Menschen westlicher Zivilgesellschaften sterben mehrheitlich nicht zuhause. Wir sterben in dafür spezialisierten Institutionen ganz unterschiedlicher Ausrichtung, Technisierung und Versorgungsstufe. Ganz allgemein gilt jedoch: dem von dem frz. Historiker Philip Ariès und anderen gemalten Bild des friedlichen, in Ritualen fest gehaltenen, öffentlich gelebten und medizinisch unbehelligten Sterbens im Kreise der nächsten Angehörigen und Freunde entspricht dieses Sterben in der Regel nicht.

So komplex die gesellschaftlichen Veränderungen, die zu einer tiefer gehenden Veränderung des Sterbens geführt haben, auch sein mögen, ein ganz wesentlicher Prozess hierbei ist die rasante medizinisch-technische Entwicklung mit ihren Eigengesetzlichkeiten. Diese Entwicklung ist von theologischen, der Fortschrittsgläubigkeit vollkommen unverdächtigen Zeitgenossen durchaus mitbefördert worden:

Es sei daran erinnert, dass vor noch nicht einmal 65 Jahren der bedeutende reformierte Theologe Karl Barth mit Hinblick auf die Sterbehilfe (KDIII/4) apodiktisch feststellte, der ärztliche Umgang mit dem menschlichen Leben müsse strikt lebenserhaltend sein, inklusive „die Herztätigkeit noch und noch einmal aufs künstlichste verlängernder Stimulantien“. Alles andere sei ein Eingriff in die Unverfügbarkeit des Sterbens und Todes, die nun einmal im Glauben vom Menschen anzunehmen sei und nicht der sündigen Eigenmächtigkeit des Menschen zu Gebote stünde.

In jener Epoche der Entwicklung erlaubten neue Verfahren der Behandlung von Organausfällen sowie eine ganze Serie neuer Medikamente eine deutliche Hinauszögerung des Sterbens in einer Reihe von vormals unbehandelbaren Konstellationen. Allmählich wurde der Erfolg, vor allem der künstlichen Beatmungsgeräte unheimlich, zumal klare Kriterien zum Abbruch einer solchen Behandlung vollkommen fehlten. So erklärte schließlich Papst Pius XII. in einer Grußadresse auf Anfrage eines Anästhesisten-Kongresses 1957 in Innsbruck, dass kein Arzt verpflichtet werden könne, bei der Wiederbelebung eines Menschen über ordentliche Mittel hinauszugehen. Weiterhin sei es dem Arzt, insbesondere dem Anästhesisten vorbehalten, eine klare und präzise Definition des Todes zu geben.

Dieser Ratschlag war sachlich angemessen, da bereits 1959 zwei frz. Pathologen erstmals das Coma dépassée beschrieben, eine Bewusstlosigkeit bei künstlich Beatmung und Kreislaufferhaltung, während unterdessen das Gehirn bereits Zeichen der Verwesung aufwies. Sodann wurde knapp 10 Jahre später (1968) just dieser Zustand als die entscheidende Phase für die sog. Postmortale Organspende definiert. Im Klartext also: genau die Definition des Sterbeprozesses, die ein irreversibles Sterben und mithin den Imperativ für den Behandlungsabbruch markiert, stellt sich als entscheidende Phase für die postmortale Organentnahme heraus. Man kann sich dem Eindruck nur schwer entziehen, dass die Ambiguität dieser Todesdefinition mit der Folge von einerseits effizienzmaximierender Organentnahme und andererseits schlicht Behandlungsabbruch entscheidenden Anteil an der Entstehung der Patientenverfügungs-Kultur gehabt hat, die seit Ende der 70-er Jahre Einzug in die Medizinethische Debatte gehalten hat.

2. Formulare

Eine Reihe von Institutionen, z.B. Kirchen, staatlichen Stellen und gemeinnützigen Vereinen trägt heute zur Kultur der Patientenverfügungen bei. Auf drei bekanntere Beispiele von Formularen für die Patientenverfügung möchte ich im Folgenden genauer eingehen.

- a. Ihnen allen bekannt ist die Handreichung der Bayr. Lutherischen Kirche von 1992, die in überarbeiteter Form in der Reihe „Gemeinsame Texte“ von der Katholischen Bischofskonferenz und der EKD gemeinsam herausgegeben worden ist. Die Einführung weist auf das unverfügbare Geschenk des Lebens hin, das bis zuletzt als lebenswert gesehen werden könne. Der Wert des von Gott gegebenen Lebens werde durch die Patientenverfügung gestärkt, wodurch sowohl die Menschenwürdigkeit des Sterbens als auch die Selbstbestimmung in dieser Phase in den Vordergrund rücken würden. *„Die Patientenverfügung erleichtert es den Ärzten, Ärztinnen und Pflegenden, uns mit unseren Wünschen zu achten, ganz gleich, in welcher Bewusstseinslage wir uns befinden.“* Das Formular für die Patientenverfügung, das von Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung umrahmt ist, verfügt für den Fall der Bewusstlosigkeit/ Unfähigkeit zur Willensäußerung: *„An mir sollen keine lebensverlängernden Maßnahmen vorgenommen werden, wenn nach bestem ärztlichem Wissen und Gewissen festgestellt wird, dass jede lebenserhaltende Maßnahme ohne Aussicht*

auf Besserung ist und mein Sterben nur verlängern würde... Ich möchte in Würde und Frieden sterben können, nach Möglichkeit in Nähe und Kontakt mit meinen Angehörigen und nahe stehenden Personen und in meiner vertrauten Umgebung.“ Dieser Text fasst einen zeitgenössischen „common sense“ zusammen, bei dem heutzutage niemand widersprechen würde (das war nicht immer so). Das Bedürfnis nach Respekt der Persönlichkeits-Sphäre und nach Selbstbestimmung des Sterbens i.S. einer aktiven Stellungnahme oder auch Gestaltung dieses höchst passiven und heteronomen Prozesses kommt deutlich zum Ausdruck. Die passive Sterbehilfe, d.h. das Absetzen von lebensverlängernden Maßnahmen bei Eintritt in die unmittelbare irreversible Sterbephase ist nach Auffassung der Bundesärztekammer seit längerem erlaubt, ja unter dem Aspekt der Menschenwürde sogar geboten. *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 (Grundsätze der BÄK 2004).* Gleichmaßen ist die ausdrückliche Ablehnung von Formen der aktiven Sterbehilfe sowohl für die Christliche Patientenverfügung als auch für die Grundsätze der Bundesärztekammer kennzeichnend. Insofern drückt die Patientenverfügung ein Bedürfnis nach Therapiebegrenzung am Lebensende aus, das heute medizinisch, gesellschaftlich, und rechtlich als konsensfähig gelten kann.

- b. Ein zweites Beispiel: „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“ ist eine Handreichung des Bayr. Justizministeriums von 2003. Sie stellt einen juristisch geprägten Text dar, der trotz deutlicher Sympathien mit einem christlichen Ethos weltanschauliche Neutralität wahrt. So ist ein Freitext-Formular eingefügt, auf dem der Betreffende seine eigenen Wertevorstellungen explizit machen soll. Daran schließt sich eine präzise formulierte Patientenverfügung an, die im Unterschied zur Christlichen Patientenverfügung nunmehr 2 auslösenden Situationen umfasst: den Fall des unabwendbaren unmittelbaren Sterbeprozesses sowie den Fall einer irreversiblen Gehirnschädigung ohne unmittelbar bevorstehenden Sterbeprozess. Für beide Fälle wird die Forderung angeboten, einerseits Schmerzlinderung auch unter Verkürzung der Lebensdauer durchzuführen, weiterhin die Begleitung durch Seelsorge und Hospizdienst und schließlich die Unterlassung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen. Pointierterweise wird auch für den Fall des irreversiblen Bewusstseinsverlusts **ohne** den unmittelbar bevorstehenden Tod die künstliche Ernährung zur Disposition gestellt, also die passive Sterbehilfe ohne unmittelbare irreversible Sterbesituation angeboten. Daran anschließend finden sich Freitextformulare für individuelle Konstellationen chronischer Erkrankung, in denen der Patient seine eigenen Grenzziehungen gegenüber medizinischen Eingriffen artikulieren soll. Darauf folgen Vollmacht und Betreuungsverfügung. Im Vergleich zur Christlichen Patientenverfügung fällt eine wesentlich höhere Detailliertheit auf. Die Handreichung führt Möglichkeiten des Behandlungsabbruchs aus und verharret nicht

auf der übergeordneten regulativen Ebene der Personwürde stehen. Schließlich fällt ins Auge: der Text befasst sich mit einem Fall, der in der Christlichen Patientenverfügung ausgespart ist: das apallische Syndrom, bzw. das Wachkoma als Teilhirntod. Es sollte angemerkt werden, dass für diese Konstellation (Schiavo Case) bis vor 15 Jahren eine Lebenserhaltung durch künstliche Ernährung selbstverständlich war und erst die Rechtssprechung des Bundesgerichtshofes 1994 diese Praxis geändert hat. Allerdings werden an die Willenserklärung bei nicht unmittelbar Sterbenden erhöhte Anforderungen gestellt: Für das Auslösen des Behandlungsabbruchs beim apallischen Syndrom ist allerdings nach heutigem Stand neben Patientenverfügung die Erlaubnis eines Vormundschaftsgerichtes unabdingbar, unabhängig vom eingesetzten Betreuer. Bei irreversibel Sterbenden hingegen würde dem Arzt die Patientenverfügung und das Votum des Betreuers genügen, um einen Behandlungsabbruch durchzuführen. Ist der Arzt nicht überzeugt, oder besteht ein Konflikt in der Einschätzung der Situation, so wird das Vormundschaftsgericht eingeschaltet.

- c. Schließlich gibt es eine Reihe weniger formalisierter Vorschläge, hier noch ein Beispiel: Der Schweizer Verein Dignitas – Menschenwürdig leben Menschenwürdig sterben verlangt in seiner Patientenverfügung sich bei schweren, nicht besserbaren Organdysfunktionen, die ohne weitere medizinische Eingriffe direkt zum Tode führen, die *„Einstellung aller lebensverlängernden Maßnahme wie die Verlegung auf die Intensivstation, künstliche Beatmung, Ernährung, Bluttransfusionen, Antibiotika, Chemotherapeutika sowie alle belastenden Eingriffe zu Diagnose- und Therapiezwecken.“* Dagegen soll die Linderung von Schmerzen und Beschwerden optimal durchgeführt werden, auch wenn dadurch das Leben verkürzt würde. Dadurch soll die verbliebene Lebensqualität auf einem möglichst hohen Stand gehalten werden. Bei Nicht-Berücksichtigung dieses Willens durch den Arzt soll die Verantwortung auf einen Dignitas-nahestehenden Kollegen übertragen werden, und Dignitas wird bevollmächtigt, die Interessen des Patienten zu wahren. Diese Erklärung hat in der Formulierung des Auslösekriteriums eine große Ungenauigkeit: welche schwere Organfunktion führt ohne medizinischen Eingriff nicht zum Tode? Andererseits erscheint der irreversible Bewusstseinsverlust (apallisches Syndrom) eigentlich nicht abgedeckt, da er nicht unmittelbar zum Tod führt. Insofern ist der Text gewissermaßen ein unscharfes Dokument, das im Einzelfall der Prüfung bedarf.

Die vorliegenden Entwürfe zur Patientenverfügung haben in ihren Handlungsanweisungen ähnliche Intentionen, und zugleich ganz unterschiedliche Präzision. Während der Vorschlag des Justizministeriums, der in einer Arbeitsgruppe von Anästhesisten, Palliativmedizinern, Sozialpädagogen und Juristen interdisziplinär erstellt wurde, Ärzten tatsächlich auf einem Niveau begegnet, dass bei üblichen Zustimmungserklärungen zu medizinischen Eingriffen verpflichtend ist, bleibt die Christlichen Patientenverfügung tendenziell auf der Ebene einer Absichtserklärung. Auch in

dem Präambelteil ist beispielsweise zu dem Thema der künstlichen Ernährung nichts zu erfahren. Demgegenüber macht die Einführung der überarbeiteten Version der ev. Luth. Kirche Bayerns unter Verweis auf die Grundsätze zur Sterbebegleitung der Bundesärztekammer auf die Selbstverständlichkeit einer Basisversorgung incl. Künstlicher Ernährung aufmerksam. Im nächsten Satz konstatiert sie allerdings, niemand werde einen Todkranken zum Essen oder Trinken zwingen, wenn er das nicht möchte.

3. Rechtliche Rahmenbedingungen:

Genau um letzteres, den Respekt vor der individuellen Zustimmung oder Ablehnung medizinischer Maßnahmen, geht es für klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte in größtmöglichem Umfang. Der rechtliche Rahmen ärztlichen Handelns lässt keinen Zweifel daran, dass ohne „informed consent“ Eingriffe in die körperliche Individualität ausnahmslos Körperverletzung sind, wenn keine Notfallsituation vorliegt. Für die Verbindlichkeit einer Patientenverfügung bedeutet dies:

a. sie gilt bindend in dem Umfang und für die Fälle, für die sie zeitnah, schriftlich und glaubhaft ohne Fremdbestimmung erstellt wurde. Dieser Satz ist nicht trivial. Er bedeutet, dass die einschlägige Situation stabil und irreversibel eingetreten ist. Erste Hilfe, Notfallmaßnahmen sowie Erstversorgung auf Intensivstationen sind davon häufig ausgenommen, da in diesen Situationen typischerweise zunächst Unklarheit über Diagnose, und noch viel wichtiger, Prognose des Patienten herrscht. Anders liegt der Fall bei terminal erkrankten Personen, bei denen die medizinische Behandlung keine Aussicht auf Erfolg mehr zulässt. Hier ist eine plötzlich eintretende Notfallsituation, auch wenn sie unabhängig von der Grunderkrankung auftritt, anders zu werten und ggf. im Rahmen der Patientenverfügung unter Absehung von Wiederbelebungs- und Wiederherstellungsmaßnahmen zu behandeln.

b. Die Patientenverfügung ist an den rechtlichen Handlungsrahmen bei Sterbesituationen oder Situationen irreversiblen Bewusstseinsverlusts gebunden. Dies wurde in allen genannten Textbeispielen ausdrücklich bejaht. Keiner der hier ausgewählten Texte weist allerdings auf das Dilemma der Garantenpflicht des Arztes und die Problematik der unterlassenen Hilfeleistung hin. Man muss hier daran erinnern: kein Arzt kann einen Patienten zur Operation eines Blinddarmdurchbruchs zwingen. Aber: Wird der Patient bewusstlos, ist der beistehende Arzt in der Garantenpflicht, die Gesundheit des Patienten wiederherzustellen, soweit es ihm möglich ist (Passivität angesichts eines bewusstlosen, nicht zwingend im irreversiblen Sterbeprozess befindlichen Patienten ist strafbar). Diese Rechtsdogmatik entspricht der Verrechtlichung zweier unterschiedlicher Motive, nämlich der Selbstbestimmung der Individuen und des Schutzes Unversehrtheit des Körpers. Beide Motive, die in der jur. Diskussion aufeinander prallen, prägen allerdings auch die Praxis ärztlichen Handelns. Einerseits darf festgestellt werden, dass kein Arzt gleichmütig den Entschluss eines Patienten hinnimmt, sich selbst körperlich massiv z.B. durch Behandlungsverzicht zu schaden.

Andererseits ist die Selbstbestimmung unhintergebar ein hohes Rechtsgut, das zu respektieren ist, auch wenn die daraus resultierenden Handlungen z.B. dem ärztlichen Berufsethos zuwiderlaufen. Besteht allerdings in der Umsetzung der Patientenverfügung ein Konflikt mit Bezug auf die

Eindeutigkeit der Formulierung, die Einschlägigkeit des Sachverhaltes oder die Betreuungssituation, so ist nach gängiger Rechtsauffassung das Vormundschaftsgericht anzurufen.

Schließlich bleibt die Frage der Basisversorgung des Sterbenden: diese Kategorie meint eine ausgedehnte palliative Fürsorge des Patienten, die zur Linderung des Leidens maximal beiträgt, ohne jedoch das Leiden medizinisch zu verlängern. Strittig ist häufig die Frage, ob das Verweigern von Flüssigkeit zu dem erlaubten Behandlungsabbruch i.S. der passiven Sterbehilfe zählt oder einen minimal-Standard darstellt, der auch in der Sterbesituation nicht unterschritten werden darf. Auch hier formulieren die Autoren des Bayr. Justizministeriums Juristen eindeutig: eine Ablehnung der künstlichen Ernährung ist beim apallischen Syndrom bindend, sollte aber nach Auffassung von Juristen von einem Vormundschaftsgericht festgestellt werden.

4. Abschließende Bemerkungen:

Die kurze Geschichte der intensivmedizinischen Entwicklung hat gezeigt: in den letzten Jahren fand eine wichtige Akzentverschiebung statt, von der maximalen Lebensverlängerung zu der Optimierung von Lebensqualität und Respekt vor der Selbstbestimmung. Die Kontinuität medizinischer Prozeduren mit ihrer ganz eigenen Trägheit muss bei Irreversibilität des Sterbeprozesses überprüft und die Behandlungsziele neu definiert werden. Dieser Perspektivenwechsel verdankt sich unter anderem der Patientenverfügung und der Entwicklung der Palliativmedizin. Insofern ist die Reichweite von Patientenverfügungen im Krankenhaus generell als hoch anzusehen. Inwieweit die Reichweite durch ein neues Gesetz noch gesteigert werden kann, ist sicher diskussionswürdig – allerdings sollte bereits hier festgestellt werden, dass die wesentliche Leistung der Patientenverfügung darin liegt, den Respekt vor der Selbstbestimmung des Sterbenden und den Dialog von Ärzten und Betreuern zu fördern. Diese Aspekte können und müssen nicht unbedingt durch weitere Verrechtlichung gesteigert werden.