

# Patientenverfügung, Bestellung einer Vertrauensperson, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung – rechtliche Hilfsmittel in Grenzsituationen der Arzt-Patienten-Beziehung

Autoren:

Dr. med. Jürgen Bickhardt, Kreiskrankenhaus Erding

Dr. med. Thomas Binsack, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, München

Dr. med. Rudolf Burger, Bayerische Landesärztekammer, München

Bernadette Fittkau-Tönnemann, MPH postgrad., Akademie für  
Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit, München

Peter Kalb, Bayerische Landesärztekammer, München

Johannes Möller, Institut für Politik und öffentliches Recht, Universität  
München

Professor Dr. med. h. c. Walther Weissauer, Berufsverband Deutscher  
Anästhesisten, Nürnberg

Professor (em) Dr. med. Hans-Bernhard Wuermeling, Institut für Rechtsmedizin  
der Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen

# Patientenverfügung, Bestellung einer Vertrauensperson, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung – rechtliche Hilfsmittel in Grenzsituationen der Arzt-Patienten-Beziehung

## I. Wie ist der aktuelle Stand der Diskussion?

Der 51. Bayerische Ärztetag 1998 hatte in mehreren Entschlüssen gefordert, dass die Bayerische Landesärztekammer einen Vorschlag für eine Patientenverfügung ausarbeitet. Dr. Maria E. Fick, 1. Vizepräsidentin der Bayerischen Landesärztekammer hatte deshalb eine Runde von Experten zu einer Erörterung im Juni 1999 ins Ärztehaus Bayern eingeladen.<sup>1)</sup>

Unmittelbarer Anlass war der Beschluss des Landgerichts München I vom 18. Februar 1999 (13 T 478/99; NJW 1999, S. 1788 f.), über den in der Presse ausführlich berichtet worden ist: Der Betreuer eines tracheotomierten und über Sonde ernährten Patienten mit schwerem hirnrnorganischem Psychosyndrom nach Hirninfarkt, dessen Aufgabenkreis laut Betreuerbestellung die „Sorge für die Gesundheit des Betroffenen mit Zuführung zur ärztlichen Heilbehandlung“ war, hatte etwa vier Monate nach Eintritt des beschriebenen Zustandes des Betreuten beim zuständigen Vormundschaftsgericht den Antrag gestellt, die Entscheidung, die Ernährung des Betroffenen einzustellen und die Flüssigkeitszufuhr auf ein Mindestmaß zu beschränken, entsprechend § 1904 BGB („Ärztliche Maßnahmen“) zu genehmigen. Da der zuständige Vormund-

schaftsrichter diesen Antrag ablehnte, legte der Betreuer dagegen Beschwerde ein. Das Landgericht München I lehnte in dem oben angeführten Beschluss – anders als der Bundesgerichtshof (Urteil vom 13. September 1994 – 1 StR 357/94; MedR 1995, S. 72 ff.) und das Oberlandesgericht Frankfurt am Main (Beschluss vom 15. Juli 1998 – 20 W 224/98; MedR 1998, S. 519 ff.) – eine analoge Anwendung des § 1904 BGB ab. Nach dieser Vorschrift benötigt der Betreuer für seine Einwilligung in ärztliche Eingriffe, die lebensgefährdend sein können, die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts. Mit der Ablehnung der analogen Anwendung dieser Vorschrift auf die Therapieminimierung mit der bewussten Inkaufnahme des absehbaren Todes des Betreuten verneint das Landgericht München I seine Zuständigkeit für eine entsprechende Genehmigung. Vielmehr haben nach Auffassung des Landgerichts München I ausschließlich „Ärzte und Angehörige über lebensbeendende Maßnahmen in eigener Verantwortung zu entscheiden“. Ergebnis und Begründung dieser Entscheidung geben zu Zweifeln Anlass, denen nachzugehen hier kein Raum ist. Die Position des BGH und des OLG Frankfurt am Main hat das LG Duisburg in seinem Beschluss vom 9. Juni 1999 (NJW 1999, S. 2744 ff.) eingenommen und dabei mit eingehender Begründung die Argumente des LG München I zurückgewiesen.

Nachdrücklich muss daher vor der insbesondere in den Medien verbreiteten Auffassung gewarnt werden, die von Bundesgerichtshof und Oberlandesgericht Frankfurt am Main begründete Judikatur sei („zumindest in München“) gewissermaßen aufgehoben worden. Anders als der BGH und das OLG Frank-

furt am Main hat das Landgericht München I nämlich nicht als letzte Instanz entschieden. Solange kein letztinstanzliches Gericht von der bislang einhellig vertretenen Linie abrückt, kann allen Betroffenen nur geraten werden, vor einer Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung zu beantragen.

Der Beschluss des Landgerichts München I und die öffentlichen Reaktionen hierauf machen aber schlaglichtartig deutlich, dass ärztliches Handeln und auch dessen Unterlassen am entscheidungsunfähigen Patienten generell und besonders gegen Ende des Lebens in einem bislang nicht gekannten Maße hinterfragt wird. Dies muss keineswegs als Ausdruck des Misstrauens von Patienten in das ärztliche Handeln im Falle der eigenen Entscheidungsunfähigkeit interpretiert werden. Wesentliche Ursache ist die Meinungsvielfalt über den Sinn einer Lebensverlängerung mit den Methoden der modernen Medizin und über die Reichweite der ärztlichen Behandlungspflicht in den Grenzsituationen zwischen Leben und Tod am Ende einer progredienten Erkrankung, bei irreversibler Bewusstlosigkeit und schwerster geistiger Behinderung. Die Expertenrunde war sich einig, dass die Ärzteschaft aufgerufen ist, sich mit denjenigen Instrumenten zu befassen, die in Medizin, Ethik und Recht entwickelt worden sind, um dem Patienten in gesunden Tagen bei der Formulierung seines Willens zu helfen, damit im Falle der eintretenden Entscheidungsunfähigkeit nach diesem Willen sinnvoll verfahren werden kann bzw. der mutmaßliche Wille eines entscheidungsunfähigen Patienten eruiert wird, wenn keine bindenden Verfügungen getroffen worden sind.

<sup>1)</sup>Nach Erarbeitung dieses Papiers sind die „Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen“ des Ausschusses für medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer (Deutsches Ärzteblatt Nr. 43 vom 29. 10. 1999 S. A 2720) erschienen, auf die der eilige Leser verwiesen sei.

Einem möglichen Missverständnis soll an dieser Stelle vorgebeugt werden: Patientenverfügungen gehen notwendigerweise nicht nur in Richtung auf Unterlassung einer Maximaltherapie in „ausichtslosen“ Situationen, auch das Gegenteil kann der Fall sein. Ein Mitglied der Expertenrunde berichtete den Fall einer mehrfach behinderten Patientin, die mit einer Patientenverfügung Vorsorge gegen eine von ihr befürchtete „Untertherapie“ in Anbetracht ihrer offensichtlichen Behinderung treffen wollte.

Mag der eine oder andere ärztliche Leser das rechtliche Instrument der Patientenverfügung auch als Beeinträchtigung seines ärztlichen Heilauftrages empfinden, so bietet sie andererseits doch die Chance, sich eindeutiger am Willen des Patienten orientieren zu können und sich nicht aus Sorge vor rechtlichen Sanktionen zu einer Maximaltherapie veranlasst zu fühlen.

Die Patientenverfügung ist Ausdruck der grundgesetzlich garantierten Selbstbestimmung des Patienten. Diese Selbstbestimmung des Patienten ist einer der Grundpfeiler für das Handeln des Arztes. Die Entscheidung des Arztes gründet sich auf die medizinische Indikation, das heisst die Nutzen-Risiko-Abwägung für den Patienten. Aus rechtlicher Sicht bedarf aber auch der medizinisch indizierte ärztliche Heileingriff der selbstbestimmten Einwilligung des Patienten.

Während es für Mediziner und Juristen zunehmend selbstverständlich wird, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu achten und zu beachten, ist vielen Patienten ihr Recht, in diesem sensiblen Bereich selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen, nicht hinreichend bewusst. Jedem Patienten sollte empfohlen

werden, sich mit diesen Möglichkeiten gedanklich auseinanderzusetzen, sich vertrauensvoll mit seinem Arzt und/oder anderen Personen zu besprechen und für den Fall, dass seine Präferenzen klar feststehen, eine schriftliche, im Idealfall selbst verfasste Verfügung zu treffen.

## II. Welche rechtlichen Instrumente gibt es?

### Bestellung einer Vertrauensperson

Für den Fall, dass ein Patient seinen Willen nicht mehr bilden oder ausdrücken kann, soll eine im Voraus bestimmte Vertrauensperson dem behandelnden Arzt Informationen zur Ermittlung des in der konkreten Situation mutmaßlichen Willens geben, gegebenenfalls bei der Interpretation einer Patientenverfügung (siehe unten) helfen und vom Arzt die Begründung für sein Tun oder Unterlassen verlangen können. Dazu ist es sinnvoll, dass der Patient „in guten Tagen“ mit der Vertrauensperson seine Präferenzen und gegebenenfalls die in der Patientenverfügung getroffenen Entscheidungen erörtert.

Ein eigenes Entscheidungsrecht über ärztliche Maßnahmen am Patienten hat die Vertrauensperson nicht. Will der Patient einer bestimmten Person dieses Recht einräumen, muss er eine Vorsorgevollmacht (siehe unten) erteilen bzw. durch eine Betreuungsverfügung (siehe unten) dafür sorgen, dass das Vormundschaftsgericht diese Person zum Betreuer bestellt, wenn er seine Angelegenheiten nicht mehr selbst zu besorgen vermag (§ 1896 BGB).

In erster Linie dient die Vertrauensperson dazu, die wegen des Zustandes des Patienten unmöglich gewordene Kommunikation zwischen Patient und Arzt so gut wie möglich zu ersetzen. Dazu wird der Arzt der Vertrauensperson gegenüber von der Schweigepflicht entbunden, weshalb sich die Schriftform für die Bestellung der Vertrauensperson empfiehlt. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass der Arzt auch Angehörigen gegenüber grundsätzlich der Schweigepflicht, das heisst dem Verbot der unbefugten Offenbarung von Geheimnissen, unterliegt, er sich allerdings auf Grund stillschweigender Einwilligung des Patienten ge-

genüber nahen Angehörigen in der Regel als zur Offenbarung befugt betrachten mag. Doch sollte er die Frage seiner Befugnis in jedem Einzelfall prüfen.

Die Bestellung der Vertrauensperson ist ein wirksames Mittel gegen die Angst des Patienten davor, eines Tages gegenüber einer anonymen, routinemäßig ablaufenden und am Ende nur noch defensiv motivierten Medizin allein gelassen und ihr ausgeliefert zu sein.

### Vorsorgevollmacht

Unter diesem Begriff versteht man die Bevollmächtigung einer (meist nahestehenden) Vertrauensperson oder auch mehrerer Personen für bestimmte, meist sehr weitgefaste Angelegenheiten. Den Charakter der Vorsorge erhält diese Vollmacht dadurch, dass sie erst dann wirksam wird, wenn der Vollmachtgeber seine Geschäftsfähigkeit verliert. Im Zeitpunkt ihrer Erteilung setzt sie freilich auf Seiten des Vollmachtgebers Geschäftsfähigkeit voraus. Der Gesetzgeber hat mit der Neuregelung des Rechtsinstituts der Betreuung 1992 die Vormundschaft über Volljährige und die Gebrechlichkeitspflegschaft abgelöst sowie die Subsidiarität der Betreuung festgelegt: Nach § 1896 Abs. 2 Satz 2 BGB darf ein Betreuer dann nicht bestellt werden, wenn die Angelegenheiten des Volljährigen ebenso gut durch einen Bevollmächtigten besorgt werden können. Eine solche Bevollmächtigung in gesunden Tagen kann also bei Verlust der Fähigkeit, seinen Willen zu bilden oder zu äußern, die Bestellung eines Betreuers (das heisst insbesondere den Gang zum Vormundschaftsgericht) ersparen. Sie wird daher nicht nur vom Gesetzgeber, sondern insbesondere von vielen älteren Menschen als das gegenüber der Betreuung mildere und daher vorzuzugewürdigte Mittel angesehen.

Durch die am 1. Januar 1999 in Kraft getretene Einfügung des Abs. 2 in § 1904 BGB<sup>2)</sup> hat der Gesetzgeber einen schwelenden Meinungsstreit dahingehend beendet, dass die Vorsorgevollmacht auch und gerade für den gesundheitlichen Bereich Bedeutung haben kann. Allerdings muss die Bevollmächtigung zur Einwilligung in Heileingriffe schriftlich erteilt werden und sie muss die in § 1904 Abs. 1 BGB genannten Maßnahmen ausdrücklich umfassen – eine Generalvollmacht alleine genügt diesbezüglich nicht. Zudem bedarf die Einwilligung des Bevollmäch-

<sup>2)</sup>§ 1904 BGB lautet: „(1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.“

(2) Absatz 1 gilt auch für die Einwilligung eines Bevollmächtigten. Sie ist nur wirksam, wenn die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die in Absatz 1 Satz 1 genannten Maßnahmen ausdrücklich umfasst.“

tigten in risikoreiche Eingriffe – ebenso wie die des Betreuers – der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung.

### Betreuungsverfügung

Unter Betreuungsverfügung versteht man allgemein Regelungen, die in Zeiten uneingeschränkter Willensfreiheit für den Fall der Anordnung einer Betreuung getroffen werden. Dazu gehört insbesondere die Bestimmung, wer Betreuer werden soll. Im hier interessierenden Zusammenhang kommt der Betreuungsverfügung vor allem insofern Bedeutung zu, als eine Patientenverfügung im Falle der Bestellung eines Betreuers als Betreuungsverfügung *weitergelten* kann.

Zur Frage der Verbindlichkeit der Betreuungsverfügung darf auf die entsprechenden Ausführungen bei der Patientenverfügung (siehe unten) verwiesen werden. Der Adressat der Betreuungsverfügung ist allerdings primär der Betreuer, der nach § 1901 Abs. 3 BGB den Wünschen des Betreuten zu entsprechen hat, soweit dies nicht dessen Wohl zuwiderläuft und dem Betreuer zuzumuten ist.

Deshalb sei in diesem Zusammenhang auch an die Möglichkeit gedacht, zu Zeiten uneingeschränkter Willensfreiheit nicht nur Vorschläge für die Auswahl eines Betreuers, sondern auch Wünsche zur Wahrnehmung der Betreuung schriftlich festzuhalten, was für die Entscheidungsfindung des Betreuers im Interesse des Patienten sehr hilfreich sein kann. Der Gesetzgeber hat in § 1901 a BGB diese Form der Willensäußerung unter besonderen Schutz gestellt.

### Patientenverfügung

Unter einer Patientenverfügung versteht man eine meist schriftliche Willensäußerung des – späteren, potentiellen – Patienten an die – späteren, potentiellen – Ärzte, gegebenenfalls auch Vertrauenspersonen, Bevollmächtigte und Betreuer, die an die Stelle einer dann nicht mehr möglichen Entscheidung des Patienten treten soll. Die oft gehörte Bezeichnung „Patiententestament“ meint dasselbe, ist aber irreführend: Der Verfü-

gende will ja gerade regeln, was vor seinem Tod mit ihm – und nicht was nach seinem Tod mit seinem Vermögen – geschehen soll. Vor allem aber könnte die Bezeichnung „Patiententestament“ zu dem Schluss verleiten, dass die besonderen Formerfordernisse des Testamentes beachtet werden müssten. Dies ist aber nicht der Fall: Patientenverfügungen bedürfen keiner bestimmten Form, wenngleich sie meistens schriftlich abgefasst sein werden. Wirksam ist insbesondere auch eine vorgedruckte Erklärung, die handschriftlich unterzeichnet wird.

Zur Frage der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen<sup>3)</sup> führen die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (DÄBl Nr. 39/1998 S. A-2365) folgendes aus:

*„Patientenverfügungen sind verbindlich, sofern sie sich auf die konkrete Behandlungssituation beziehen und keine Umstände erkennbar sind, dass der Patient sie nicht mehr gelten lassen würde. Es muss stets geprüft werden, ob die Verfügung, die eine Behandlungsbegrenzung erwägen lässt, auch für die aktuelle Situation gelten soll.“*

Freilich bleiben bei der konkreten Entscheidung viele schwierige Probleme zu lösen, die mit der Auslegung der Patientenverfügung und der Frage, ob sie der Patient wirklich für diese Lage gelten lassen wollte, zusammenhängen. Sollte sich nämlich ergeben, dass die konkrete Situation *nicht* von der Patientenverfügung umfasst ist, gilt (wie in dem Fall, dass keine Patientenverfügung getroffen wurde) der *mutmaßliche* Wille des Patienten.

**Besondere Aufmerksamkeit verdienen daher die Auslegungshilfen, die in den „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ gegeben werden.**

*„Bei der Entscheidungsfindung sollte der Arzt daran denken, dass solche Willensäußerungen meist in gesunden Tagen verfasst wurden und dass Hoffnung oftmals in ausweglos erscheinenden Lagen wächst.“*

*„Bei der Abwägung der Verbindlichkeit kommt der Ernsthaftigkeit eine wesentliche Rolle zu. Der Zeitpunkt der Aufstellung hat untergeordnete Bedeutung“.*

Entscheidend bleibt danach, welchen Willen der Patient selbst mit seiner Erklärung verbunden hat; doch soll es denkbar sein, dass sich dieser Wille des

Patienten nach Abfassung der Erklärung noch geändert hat. Der Intention der Grundsätze, die insbesondere in der Betonung der „Ernsthaftigkeit“ zum Ausdruck kommen, entspricht es, vor jedem schematischen Vorgehen bei der Auslegung von Patientenverfügungen zu warnen. Unter diesem Vorbehalt wird man annehmen können: Je länger und besser der Patient die Abgabe seiner Patientenverfügung überdacht hat, desto eher ist diese beim Wort zu nehmen. Dem Patienten beim Abfassen seiner Verfügung zu helfen, kann auch ärztliche Aufgabe sein.

Um sicherzustellen, dass der behandelnde Arzt im gegebenen Falle von einer Patientenverfügung überhaupt Kenntnis bekommt, muss man sie bei sich tragen, zumindest aber einen Hinweis darauf, dass sie existiert und wo oder bei wem sie sich befindet. Darüber sollten auch Angehörige unterrichtet sein. In Bayern kann man eine Patientenverfügung beim Vormundschaftsgericht hinterlegen.

## III. Wie können Ärzte ihre Patienten beraten?

### Checkliste für Patientenverfügungen

Was sinnvollerweise zum Inhalt von Patientenverfügungen gemacht wird, hängt selbstverständlich maßgeblich vom Willen und den Vorstellungen des Patienten ab. Von daher sollen die Punkte 2 bis 9 der nachfolgenden „Checkliste“ nur als Hinweise verstanden werden, was in jeder Patientenverfügung geregelt werden kann. Keinesfalls muss zu jedem der Punkte 2 bis 9 eine Aussage getroffen werden, damit die Patientenverfügung wirksam ist.

- 1) Name und Anschrift des Patienten
- 2) Wesentliche Diagnosen (Prognosen), aktueller Gesundheitszustand
- 3) Beschreibung der „medizinischen“ Situationen, für die die Verfügung gelten soll (zum Beispiel „wenn medizinisch eindeutig festgestellt ist,
  - dass ich mich unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde, bei dem jede lebenserhaltende Therapie das Sterben oder Leiden ohne Aussicht auf Besserung verlängern würde oder

<sup>3)</sup>Vgl. Johannes Möller: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung. Angemühter Gespräche Medizin-Ethik-Recht, Hg. Hans-Rainer Buchmüller, Verlag Richard Rothe, Passau – erscheint demnächst.

- dass keinerlei Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins besteht oder
- dass ein Herz-Kreislauf-Stillstand eingetreten ist oder
- .....“)

4) Beschreibung der Art der Behandlungsbegrenzung (zum Beispiel „keine Organtransplantation“, „keine Reanimation“, „keine Dauerbeatmung“ etc.) und eine klare Aussage darüber, ob die Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen auch die Einstellung/Reduktion einer künstlichen Ernährung/und oder der Gabe von Flüssigkeit bedeuten kann.

5) Beschreibung der Art von Behandlung, die in dieser Situation wichtig ist (zum Beispiel „Ausschöpfung aller pflegerischen und lindernden medizinischen Behandlungsmöglichkeiten, selbst wenn durch die notwendige Schmerzbehandlung eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist“ etc.)

6) Ablehnung aktiver Sterbehilfe

7) Benennung von Vertrauenspersonen (eventuell auch eines vertrauten Arztes), mit denen der Inhalt der Patientenverfügung besprochen wurde. Diese Personen, unter Umständen auch ein weiterer Zeuge, sollen durch Unterschrift bestätigen, dass die Patientenverfügung die des Betroffenen ist, und dass zur Zeit der Abfassung keine Anhaltspunkte für Störungen der Einsichts- oder Entscheidungsfähigkeit, einer Depression oder Suizidanz vorgelegen haben. Auch eine Entbindung von der Schweigepflicht sollte bezeugt werden.

8) Ein Hinweis auf die Widerrufsmöglichkeit dieser Erklärung.

9) Ort, Datum, Unterschrift von Patient, Vertrauenspersonen und Arzt des Vertrauens.

Es kann sinnvoll sein, eine oder alle unter Punkt 7 aufgeführten Vertrauenspersonen als Bevollmächtigte zu bestellen (siehe Vorsorgevollmacht). Für den Fall der Bestellung eines Betreuers sollte dem Vormundschaftsgericht mindestens eine der genannten Personen schriftlich vorgeschlagen werden (siehe Betreuungsverfügung).

<sup>4)</sup>Mit freundlicher Genehmigung der Autoren R. Kielstein und H.M. Sass, (Zentrum für medizinische Ethik, Bochum, 1995). Für die Hand des Patienten s. a. von denselben Autoren: Die medizinische Betreuungsverfügung in der Praxis. Bochum, 5. Aufl. 1995.

### Bemerkungen:

1) Alle Unterzeichner (Patient, Vertrauenspersonen, Arzt) besitzen ein Exemplar dieser Verfügung. Der Patient sollte bei seinen Ausweispapieren einen Hinweis bei sich tragen, dass eine derartige Patientenverfügung existiert sowie die Adresse der Vertrauenspersonen und des Arztes seines Vertrauens.

2) In Bayern besteht die Möglichkeit, ein Exemplar der Patientenverfügung beim Vormundschaftsgericht zu hinterlegen.

3) Um die Ernsthaftigkeit zu unterstreichen, können die Unterschriften alle ein bis zwei Jahre aktualisiert werden, gegebenenfalls können dann auch Textveränderungen vorgenommen werden.

4) Je älter und kränker ein Patient, um so näher dürfte die Erstellung einer Patientenverfügung liegen. Für junge gesunde Menschen, vor denen potentiell noch Lebensjahrzehnte liegen, ist die Abfassung einer Patientenverfügung wesentlich schwieriger. Bei ihnen ist eine besonders gründliche Auseinandersetzung mit der Thematik notwendig. In diesem Zusammenhang wird die Erstellung einer Wertanamnese (siehe unten) empfohlen.

### Wertanamnese

Die Wertanamnese besteht darin, die persönliche Einstellung des Patienten zu den Themenkomplexen Gesundheit und Krankheit, Leben und Sterben, insbesondere seine Präferenzsetzung bewusst zu machen und kritisch zu reflektieren. Sie orientiert sich individuell unterschiedlich an religiösen oder weltanschaulichen Traditionen. Sie spielt aber auch prospektiv eine wichtige Rolle zur Reduzierung von Entscheidungskonflikten in der Gestaltung des Selbstentwurfes für die Zukunft. Wertanamnese ist in der Regel Selbstanamnese. Individuelle Wertanamnesen unterscheiden sich voneinander, sowohl durch Klarheit und Differenzierung als auch durch Konsistenz, natürlich auch durch unterschiedliche Schwerpunktsetzungen bei Werten, Wünschen, Zielen, Ängsten und Hoffnungen. Ihre Inhalte und Präferenzen ändern sich im Zusammenhang mit der Persönlich-

keitsentwicklung, erfreulichen und leidvollen Erfahrungen und in der Interaktion mit der kulturellen und sozialen Umwelt.

In den deutschen Sprachraum hat das Zentrum für medizinische Ethik, Bochum das Instrument der Wertanamnese eingeführt und wissenschaftlich begleitet. Aus den „Materialien zur Erstellung von wertanamnestischen Betreuungsverfügungen“<sup>4)</sup> ist nachfolgend – geringfügig verändert – das sich an den (potentiellen) Patienten wendende Kapitel „Werte“ wiedergegeben:

Es gibt mehrere verschiedene Werte, die bei Entscheidungen zu terminaler Behandlung und Pflege wichtig sind. Dieser Teil der Werte-Biographie lädt Sie ein, Ihre wichtigsten Werte zu kennzeichnen.

### Grundlegende Lebenswerte

Die grundlegendsten Werte in diesem Zusammenhang betreffen unserer Erfahrung nach die Lebenslänge im Verhältnis zur Lebensqualität.

Welche der folgenden zwei Aussagen ist wichtiger für Sie?

- 1 Ich möchte so lange wie möglich leben, unabhängig von der Lebensqualität, die ich erfahre.
- 2 Ich möchte mir eine gute Lebensqualität erhalten, auch wenn das eine Lebensverkürzung bedeutet.

### Werte der Lebensqualität

Viele Werte helfen die Lebensqualität, in der wir leben möchten, zu definieren. Die folgende Liste enthält einige der häufigsten.

- 1 Ich möchte meine Fähigkeit zu klarem Denken erhalten.
- 2 Ich möchte mich sicher und geborgen fühlen.
- 3 Ich möchte unnötige Schmerzen und Leiden vermeiden.
- 4 Ich möchte mit Respekt behandelt werden.
- 5 Ich möchte mit Würde behandelt werden, wenn ich nicht mehr für mich selbst sprechen kann.
- 6 Ich möchte meiner Familie keine unnötige Last sein.

- 7 Ich möchte im Stande sein, meine eigenen Entscheidungen zu treffen.
- 8 Ich möchte auf angenehme Art und Weise sterben.
- 9 Ich möchte mit meinen nächsten Angehörigen zusammen sein, bevor ich sterbe.
- 10 Ich möchte meinen Angehörigen in guter Erinnerung bleiben.
- 11 Ich möchte in Übereinstimmung mit meinem religiösen Glauben und Traditionen behandelt werden.
- 12 Ich möchte, dass mein Körper nach meinem Tod mit Respekt behandelt wird.
- 13 Ich möchte nach meinem Tode mit der Spende meiner Organe kranken Mitmenschen helfen.
- 14 Ich möchte anderen helfen, indem ich einen Beitrag zur medizinischen Ausbildung und Forschung leiste.

#### IV. Wie kann der mutmaßliche Wille eines entscheidungsunfähigen Patienten (bei Nicht-Vorhandensein einer Patientenverfügung) ermittelt werden?

Kein ärztlicher Eingriff darf gegen den freien Willen des Patienten vorgenommen werden. Die Menschenwürde des Patienten, seine Grundrechte auf körperliche Unversehrtheit und freie Ent-

<sup>5)</sup> „Andererseits darf der Arzt berücksichtigen, dass es keine Rechtsverpflichtung zur Erhaltung eines erlöschenden Lebens um jeden Preis gibt. Maßnahmen zur Lebensverlängerung sind nicht schon deswegen unerlässlich, weil sie technisch möglich sind. Angesichts des bisherige Grenzen überschreitenden Fortschritts medizinischer Technologie bestimmt nicht die Effizienz der Apparatur, sondern die an der Achtung des Lebens und der Menschenwürde ausgerichtete Einzelfallentscheidung die Grenze ärztlicher Behandlungspflicht.“ (BGH Urteil vom 4. Juli 1984 – 3 StR 96/84; MedR 1985, S. 40 ff. – „Krefelder Fall Wittig“)

<sup>6)</sup> Das Problem, ob es sich strafrechtsdogmatisch in allen drei Fällen um eine rechtfertigende Einwilligung oder um ein sogenanntes tatbestandsausschließendes Einverständnis handelt, soll hier nicht vertieft werden, zumal der Unterschied keine praktischen Konsequenzen hat.

faltung der Persönlichkeit schützen nicht in erster Linie eine medizinisch objektivierte Gesundheit<sup>5)</sup>, sie sind vorrangig Freiheitsrechte. Sie gewähren auch das Recht, an seinem schicksalhaften Sterben nicht gehindert zu werden, insbesondere nicht durch ungewollte medizinische Eingriffe oder lebenserhaltende Maßnahmen.

So unbestritten dieser Grundsatz ist, so wenig hilft er, wenn der betroffene Patient – wie meist in den problematischen Situationen – seinen Willen nicht frei bilden oder nicht kundtun kann, man also nicht weiß, ob er von seinem Recht, an seinem Sterben nicht gehindert zu werden, Gebrauch machen würde.

Wenn der Patient vor Eintritt der Entscheidungsunfähigkeit keine Vollmacht erteilt und keine unmittelbar auf die konkrete Situation zutreffende Verfügung getroffen hatte, muss grundsätzlich nach § 1896 BGB ein Betreuer durch das Vormundschaftsgericht bestellt werden. Wenn für diese juristische Prozedur wegen der Eilbedürftigkeit der ärztlichen Maßnahme keine Zeit zur Verfügung steht, kann der therapeutische Eingriff ebenso wie seine Unterlassung oder Beendigung durch eine mutmaßliche Einwilligung gerechtfertigt<sup>6)</sup> werden: Diese greift Platz, wenn die Einwilligung selber nicht vom Betroffenen eingeholt werden kann. Die mutmaßliche Einwilligung rechtfertigt einen Eingriff, wenn die Würdigung aller Umstände ergibt, dass der Betroffene, wenn er gefragt werden könnte, seine Zustimmung erklären würde.

Doch nicht nur für den Eilfall, in dem die Betreuerbestellung nicht abgewartet werden kann, spielt die Erforschung des mutmaßlichen Willens bei Fehlen eines erklärten Willens eine entscheidende Rolle: Anders als der eingangs referierte Beschluss des Landgerichts München I sehen der Bundesgerichtshof und das Oberlandesgericht Frankfurt am Main, aber auch unterinstanzliche Gerichte wie das Landgericht Duisburg, die Notwendigkeit, dass der Betreuer für den Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts einzuholen hat. Die Frage, welche Maßstäbe das Vormundschaftsgericht nun anwendet, wenn es über eine solche Genehmigung des Abbruchs (oder der Nichtaufnahme) lebenserhaltender Maßnahmen entscheiden muss, haben der BGH und das Oberlandesgericht Frankfurt am Main

dahingehend beantwortet, dass die mutmaßliche Einwilligung des Betroffenen ausschlaggebend ist.

Wie lässt sich der mutmaßliche Wille des Patienten eruieren?

Es kommt vor allem an auf

- die altersbedingte (und krankheitsbedingte) Lebenserwartung
- das Ausmaß von Schmerzen
- frühere Äußerungen
- die religiöse Überzeugung und
- persönliche Wertvorstellungen

Eine Beurteilung der altersbedingten und krankheitsbedingten Lebenserwartung ist letztlich immer ärztliche Aufgabe. In diesem Zusammenhang ergeben sich häufig Situationen, in denen schon auf Grund höchsten Alters oder des Eindrucks einer tödlichen Erkrankung von vornherein Begrenzung geboten ist und palliativmedizinische Versorgung in den Vordergrund rückt. In derartigen Situationen werden sich ärztliche Überlegungen zur Indiziertheit lebensverlängernder Maßnahmen mit solchen der Erforschung des mutmaßlichen Patientenwillens überschneiden.

Ähnliches gilt für extreme Schmerzsituationen unter der Voraussetzung, dass die Schmerzbehandlungsmöglichkeiten nach dem neuesten medizinischen Standard ausgeschöpft worden sind.

In der Regel sind die behandelnden Ärzte in Grenzsituationen darauf angewiesen, mit Angehörigen, Vertrauenspersonen, dem Hausarzt und/oder Freunden des Patienten Gespräche zu führen, um den mutmaßlichen Willen zu eruieren. Seitens der Angehörigen oder Freunde werden in derartigen Gesprächen häufig sehr divergierende Ansichten vertreten, insbesondere dann, wenn sie vom behandelnden Arzt nach ihrer eigenen Meinung und nicht nach dem mutmaßlichen Willen des betroffenen Patienten gefragt werden.

Die wichtigste Regel in derartigen Gesprächen besteht darin, den Angehörigen klarzumachen, dass sie weder ihre eigene Meinung zur Fortsetzung oder Unterlassung bestimmter medizinischer Maßnahmen mitteilen sollen, noch dass sie selbst eine verantwortliche

Entscheidung treffen können. Es darf immer nur darum gehen, von Angehörigen, Freunden oder dem betreuenden Hausarzt Anhaltspunkte zu erfahren, aus denen sich der mutmaßliche Wille des Patienten ableiten lässt. Zu diesen Anhaltspunkten gehören frühere mündliche Äußerungen des Patienten, seine religiösen Überzeugungen und seine persönlichen Wertvorstellungen. Folgende Fragen, die der behandelnde Arzt an Angehörige, Freunde oder den Hausarzt stellt, könnten derartige Gespräche erleichtern:

1. Hat sich der Patient früher schon einmal zu einer vergleichbaren Krankheitssituation geäußert, von der Dritte betroffen waren und hat er ausgesprochen, was er für sich selbst in dieser Situation wünschen würde? Wie hat er auf Behinderungen anderer reagiert?

(Da zunächst keine spontanen Antworten auf eine derartige Frage erfolgen, muss nachgefragt werden, ob Nachbarn, Bekannte oder Verwandte schon in einer ähnlichen Situation waren, ob im Rahmen einer Fernsehsendung vergleichbare Schicksale gezeigt wurden oder ähnliches).

2. Wie war die religiöse Einstellung des Patienten? Hat sie bei früheren Erkrankungen oder in anderen Lebenskrisen des Patienten eine wichtige Rolle gespielt? Welche Rolle?
3. Wovor hatte er Angst?
4. Hat der Patient über das Leben nach dem Tod gesprochen? Hat er sich bezüglich Bestattungswünschen, Nachruf, Nachlass geäußert oder etwas schriftlich festgelegt?
5. War der Patient so selbstständig, dass er fremde Hilfe nie annehmen konnte? Hat er unter vorübergehendem Nachlassen bestimmter Fähigkeiten

sehr gelitten? Oder konnte er fremde Hilfe gut annehmen?

6. Waren menschliche Beziehungen für den Patienten wichtig? Hat er sich wohlgefühlt im Kreis der Familie oder Freunde, gab es Spannungen? Gibt es nicht gelöste Spannungen innerhalb der Familie, die noch der Lösung bedürfen?
7. Wie verlief der Alltag im Leben des Patienten in den letzten Jahren?
8. Hat sich der Patient dazu geäußert, ob er möglichst lang leben möchte unabhängig von der Lebensqualität oder ob ihm die Lebensqualität so wichtig ist, dass er bei eingeschränkter Lebensqualität keinen Wert mehr auf lebenserhaltende Maßnahmen legen würde? Hat er sich zu Fragen der Selbsttötung und Euthanasie geäußert?

Diese Fragen sind nur als Anregung gedacht und müssen individuell erweitert oder verändert werden.

Es gibt eine Reihe medizinischer Situationen, in denen der Patient zwar weder einsichts- noch entscheidungsfähig ist, in der jedoch körpersprachliche Äußerungen noch häufig beobachtet werden können. Diese Äußerungen sind von allen Beteiligten (Ärzten, Pflegepersonal, Krankengymnasten, Angehörigen, Freunden etc.) ernst zu nehmen und zu beachten. Derartige körpersprachliche Äußerungen können im Widerspruch zu den Angaben der Angehörigen über den mutmaßlichen Willen des Patienten stehen oder ihn unterstreichen.

Es gibt Situationen, in denen die Mosaiksteine der Befragung von Angehörigen, Freunden und dem Hausarzt so gut zusammenpassen und mit den körpersprachlichen Äußerungen des Patienten übereinstimmen, dass der behandelnde Arzt auf den mutmaßlichen Willen des Patienten auch dann Rückschlüsse ziehen kann, wenn keine schriftlichen Äußerungen vorliegen. Es gibt aber auch Situationen, in denen auf Grund unterschiedlicher Interessenlagen die Aussagen so widersprüchlich sind, dass der mutmaßliche Wille des Patienten nicht konkret zu eruieren ist.

„Lassen sich auch bei der gebotenen sorgfältigen Prüfung konkrete Umstände für die Feststellung des individuellen mutmaßlichen Willens des Kranken nicht finden, so kann und muss auf Kriterien zurückgegriffen werden, die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen. Dabei ist jedoch Zurückhaltung geboten; im Zweifelsfall hat der Schutz menschlichen Lebens Vorrang vor persönlichen Überlegungen des Arztes, eines Angehörigen oder einer anderen beteiligten Person.“<sup>7)</sup>

## V. Inwieweit sind vorformulierte Patientenverfügungen hilfreich?

Die Expertenrunde hat nach ausführlicher Diskussion davon Abstand genommen, selbst ein Muster für eine Patientenverfügung zu verfassen. Zur Zeit existieren etwa 35 Muster dieser Art, die nicht nur von medizinischen und juristischen Fachzeitschriften, von Kirchen, Kommunen und Hospizvereinen, sondern neuerdings auch von Fernsehillustrierten verbreitet werden. In den Medien wird diese Vielfalt und der Umstand, dass keines der Formulare „verbindlich“ ist, schon als verwirrend kritisiert. Als Reaktion auf diese Kritik – ihre Berechtigung einmal unterstellt – einen 36. Formulierungsvorschlag zu entwerfen wäre sicher nicht sinnvoll. In der Konsequenz dieses Standpunkts läge vielmehr die Durchsetzung eines Vorschlags gegenüber allen anderen und damit die Etablierung eines „bundeseinheitlichen Formulars zur Patientenverfügung“. Abgesehen von der Frage, ob und wie eine solche Vereinheitlichung überhaupt realisiert werden könnte, erscheint dieses Ziel der Expertenrunde nicht erstrebenswert:

Je einheitlicher die verwendeten Patientenverfügungen werden, desto größer ist die Gefahr, diese auch uniform und nicht auf den individuellen Patienten bezogen auszulegen. Schon heute gibt es zu manchen der Verfügungsvordrucke kritische Kommentierungen und Interpretationsversuche; diese Tendenz würde sich bei der Existenz einer „bundeseinheitlichen“ Patientenverfügung mit Sicherheit verstärken. So wie die Verfasser solcher Formulare noch nicht wissen,

<sup>7)</sup>3. Leitsatz des Urteils des BGH vom 13. September 1994 – 1 StR 357/94; MedR 1995, S. 72 ff. – „Kemptener Fall“. S. a. H.W. Opderbecke und W. Weissauer: Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht bei irreversibler Bewusstlosigkeit. *Anästhesiologie & Intensivmedizin* 1996, 42.

wer sich diese tatsächlich zu eigen machen wird, wissen ihre Interpreten nicht, wer die Auslegungen und Anmerkungen dazu lesen und beherzigen wird. Wenn nur der Arzt das tut, nicht aber der Unterzeichner der Patientenverfügung (und das dürfte nicht unwahrscheinlich sein), können Missverständnisse mit gewaltigen Konsequenzen provoziert werden.

Schließlich könnte durch solche Vereinheitlichungsbemühungen in der Öffentlichkeit auch der Eindruck entstehen, dass hier eine „wasserdichte“ kautelarjuristische Absicherung gefunden werden solle, um insbesondere die Ärzte und die Angehörigen vor allen Risiken zu bewahren.

Sowohl für die essentielle Feststellung der Ernsthaftigkeit (vgl. oben) als auch für jede weitere Auslegung der Patientenverfügung dürfte der Arzt sehr viel

mehr Anhaltspunkte finden, wenn die Patientenverfügung aus einem eigenständig formulierten Text besteht. Dies bietet zunächst einmal die Gewähr dafür, dass überhaupt eine wirkliche gedankliche Auseinandersetzung mit diesem Thema stattgefunden hat. Einem unterschriebenen Ausschnitt aus der Fernsehillustrierten sieht man leider nicht an, ob der Unterzeichner eine Woche oder eine Minute darüber nachgedacht hat. Und gerade der „seriöse“ Vordruck aus amtlicher Quelle birgt die Gefahr, dass er im Vertrauen auf den Verfasser unterschrieben wird, ohne dass sich der Unterzeichner gründlich überlegt, ob er selber denn die beschriebenen Regelungen treffen möchte. Auch das Risiko, dass alte, kranke Menschen von ihren Angehörigen ein solches Formular zur Unterschrift vorgelegt bekommen, ohne richtig zu verstehen, worum es geht, ist nicht von der Hand zu weisen.

Wenn im Vordruck – wie meistens – mehrere Situationen beschrieben sind, in denen der Patient keine lebenserhaltenden Maßnahmen wünscht, ist die Annahme leider durchaus lebensnah, dass der Betroffene nur wegen einer einzigen Situation die Patientenverfügung unterschrieb, aber aus „Respekt vor dem Vordruck“ die anderen Alternativen nicht durchgestrichen hat. Nicht umsonst misst unsere Rechtsordnung der Unterschrift unter einen von Fremden vorformulierten Text tendenziell weniger Geltungskraft zu als der selbst formulierten Erklärung.

Daher sollten Ärzte wie Juristen alle diejenigen, die eine Patientenverfügung abgeben möchten, dazu ermuntern, dies mit eigenen Worten zu tun. Bereits vorhandene Formulare können ebenso wie die Ausführungen unter III. als Anregung und Formulierungshilfe oder als eine Art Checkliste genutzt werden.



## Einlegeblatt zum Sonderdruck

### **„Patientenverfügung, Bestellung einer Vertrauensperson, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung – rechtliche Hilfsmittel in Grenzsituationen der Arzt-Patienten-Beziehung“ (Bayerisches Ärzteblatt 2/2002)**

Die unter Ziff. I (Seite 2, 2. Spalte) angesprochene Frage, ob das Vormundschaftsgericht für die Genehmigung des Antrags eines Betreuers zuständig ist, die Ernährung des entscheidungsunfähigen Betreuten einzustellen, ist vom Bundesgerichtshof in seinem Beschluss vom 17. März 2003 (Az.: XII ZB 2/03) eindeutig mit „Ja“ beantwortet worden. Der Bundesgerichtshof ist zu dieser Auffassung zwar nicht durch analoge Anwendung des § 1904 BGB gekommen, sondern durch Fortbildung des Betreuungsrechts unter Anerkennung des Bedürfnisses, „mit den Instrumenten dieses Rechts auch auf Fragen im Grenzbereich menschlichen Lebens und Sterbens für alle Beteiligten rechtlich verantwortbare Antworten zu finden“ (Seite 20 des Urteils), doch ändert dies nichts am notwendigen Procedere:

„Ist für einen Patienten ein Betreuer bestellt, so hat dieser dem Patientenwillen gegenüber Arzt und Pflegepersonal in eigener rechtlicher Verantwortung und nach Maßgabe des § 1901 BGB Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Seine Einwilligung in eine ärztlicherseits angebotene lebenserhaltende oder –verlängernde Behandlung kann der Betreuer jedoch nur mit Zustimmung des Vormundschaftsgerichts wirksam verweigern. Für eine Einwilligung des Betreuers und eine Zustimmung des Vormundschaftsgerichts ist kein Raum, wenn ärztlicherseits eine solche Behandlung oder Weiterbehandlung nicht angeboten wird – sei es dass sie von vornherein medizinisch nicht indiziert, nicht mehr sinnvoll oder aus sonstigen Gründen nicht möglich sei“.

Der Bundesgerichtshof bekräftigt in diesem Beschluss das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und führt zum Verhältnis von erklärtem zu mutmaßlichem Willen folgendes aus:

„Ist ein Patient einwilligungsfähig und hat sein Grundleiden einen irreversiblen tödlichen Verlauf genommen, 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. Nur wenn ein solcher erklärter Wille des Patienten nicht festgestellt werden kann, beurteilt sich die Zulässigkeit solcher Maßnahmen nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten, der dann individuell – also aus dessen Lebensentscheidungen, Wertvorstellungen und Überzeugungen – zu ermitteln ist“.