Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (1996-1997)

Heft: 55

Artikel: Wie verbindlich sind Patientenverfügungen? : "Sterbebegleitung im Sinne des Patienten"

Autor: Reusser, Kathrin

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-790330

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 16.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Wie verbindlich sind Patientenverfügungen? - "Sterbebegleitung im Sinne des Patienten"

Zusammenfassung eines Vortrages, gehalten von Frau Dr. iur. Kathrin Reusser, an der Generalversammlung der Zürcher Vereinigung zur Begleitung Schwerkranker vom 27. März 1996)

"Verstehen, was Sterbende wollen" betitelte Elisabeth Kübler-Ross eines ihrer Bücher über Sterbebegleitung. Auch in Patientenverfügungen versuchen Gesunde und Kranke meist schriftlich - selten auch mündlich - zum Voraus mitzuteilen, wie sie später als Sterbende behandelt werden möchten. "Wird aber im Ernstfall tatsächlich nach dieser Willensäusserung gehandelt? Ist die Patientenverfügung ein geeignetes Kommunikationsmittel um zu verstehen, was Sterbende wollen?" So wird in der Praxis nach der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gefragt. Einleitend zwei Beispiele, die verdeutlichen, innerhalb welchen Spannungsfeldern der Patientenwille bzw. eine Patientenverfügung im Akutfall steht.

Beispiel 1: Frau K. (85 jährig) ist noch rüstig aber schwer herzleidend. Dies zwingt sie, ihr tägliches Programm dem momentanen Zustand anzupassen. Der Hausarzt schlug ihr deshalb vor, einen Herzschrittmacher einzusetzen. Ihre sechs Kinder ermutigten sie dazu. Sie selber geriet in grosse innere Unruhe, weil sie sich nicht im Klaren war, ob dies wirklich das Richtige für sie sei. Aussenstehende Freunde ermutigten sie, sich Zeit zu lassen und ohne Druck von aussen von innen heraus die richtige Entscheidung reifen zu lassen. Zwei Wochen später entscheidet sie sich gegen einen Herzschrittmacher und ist wieder ruhig und froh; denn im Grunde nehme sie ja jeden Tag als ein Geschenk und sei bereit zu gehen, wenn es Zeit sei. Ihre Kinder stellen sich hinter diese Entscheidung.

Beispiel 2: Frau X (90 jährig) im Pflegeheim, litt seit langem an chronischen Rückenschmerzen (Osteoporose), an Atem- und Herzbeschwerden und war sehbehindert. Geistig aktiv nahm sie noch regen Anteil an der Gesellschaft und am familiären Leben ihrer Tochter und der beiden erwachsenen Grosskinder. Bereits vor Eintritt ins Pflegeheim äusserte sie jedoch öfters den Wunsch zu sterben. Solches wiederholte sie im Pflegeheim gegenüber Pflegeperso-

nal und Aerzten mehrmals. Den verantwortlichen Arzt bat sie eines Tages auch um Medikamente zur Selbsttötung wegen ihrer chronischen Schmerzen. Fazit des Gesprächs - wie in der Krankengeschichte festgehalten - im Falle einer Verschlechterung der Gesundheit sollen keine lebensverlängernden Massnahmen mehr angeordnet werden. Zwei Tage später tritt eine massive Verschlechterung ein. Es besteht akuter Verdacht auf Lungenentzündung. Entsprechend dem mündlich geäusserten Patientenwunsch, werden nur palliative (schmerzlindernde) Massnahmen angeordnet. Die Patientin verneint nochmals explizit eine Spitaleinweisung und Behandlung mit Antibiotika. Damit sind die Angehörigen zunächst einverstanden. Die Tochter (im Ausland) möchte aber ihre Mutter nochmals sehen. Auf Druck des Ehemannes der Enkelin (Rechtsanwalt, Drohung mit Strafklage) wird erreicht, dass Frau X - in jenem Zeitpunkt nicht mehr ansprechbar - unverzüglich ins Spital verlegt, mit Antibiotika behandelt und später in ein anderes Pflegeheim verlegt wird. (Soweit die Beispiele)

Besonders das zweite Beispiel wirft zahlreiche Fragen auf, z.B.: Wer entscheidet schlussendlich über die richtige medizinische Behandlung: die Angehörigen oder der Arzt?
Wer schützt den Willen eines Patienten, der sich nicht mehr äussern kann?
Wir sehen, dass neben dem persönlichen Willen des Kranken und dem gesundheitlichen Wohl zahlreiche andere Interessen einen Einfluss auf Behandlungsentscheidungen ausüben können. Zum Schutz der Einzelpersönlichkeit des Patienten, der Bezugspersonen und zur Stärkung des sozialen Vertrauens zwischen ihnen müssen solchen Interessen durch ethische und rechtliche Grundsätze klare Grenzen gesetzt werden.

Die rechtlichen Normen dienen dabei als minimale, gemeinsame, verbindliche Ordnung, die aber immer in ethischen Werten und in einem Menschenbild wurzeln.
Ehrfurcht vor dem Leben, Würde und mehrdimensionale Ganzheit der menschlichen Person, persönliche Freiheit, Selbstverwirklichung und Verantwortung in sozialen Beziehungen: diese Begriffe beinhalten richtungsweisende ethische Grundsätze zur Auslegung und Anwendung der Rechtsnormen bei medizinischer Behandlung.

Wozu ist der Arzt im allgemeinen (rechtlich) verpflichtet?
"Grundsätzlich hat der Arzt die Pflicht, dem Patienten in jeder Weise beizustehen, sein Leiden zu **heilen** oder zu **lindern** und sich um die **Erhaltung menschlichen Lebens** zu bemühen[1].Aus diesem medizinisch-ethischen Grundsatz leiten sich die folgenden allgemeinen Rechte und Pflichten zwischen Arzt und Patienten ab, wie sie in der folgenden Tabelle zusammengefasst sind:

	ARZT	PATIENT
Pflichten:	**Diagnose** **Prognose** **Heilbehandlung** und **Schmerz- / Palliativbehandlung**[**a)] **Kontrolle**	**Honorar**
Neben-pflichten:	**Sorgfaltspflichten** gemäss: Berufsstandards Berufsethik **Aufklärungspflicht** **Treuepflicht**[**c)] (Weisungen des Patienten) **Dokumentations- und Rechenschaftspflicht**	**Informationspflicht** (bzgl. Gesundheitszustand und besonderen Krankheitsfaktoren) **Mitwirkungspflicht** (Befolgung d. Anweisungen)
Rechte:	**Honorar** **Widerruf der Behanlung**[**d)] (ausser im Notfall !)	**Weisung**[**b)] (=Persönliche Wünsche) **Widerruf d. Einwilligung**[**e)] zur Behandlung (ganz/teilw.)

Welche medizin-rechtlichen Pflichten bestehen gegenüber einem <u>sterbenden</u> oder <u>unheilbarkranken</u> Patienten?
Auch wenn bei der Behandlung eines Sterbenden grundsätzlich die gleichen Rechte und Pflichten weitergelten, erfordern solche Grenzsituationen - wie das Beispiel 2 deutlich zeigt - oft *besonders* schwierige Entscheidungen vom Arzt und allen Beteiligten; vor allem auch von den Angehörigen. Dabei spielen die in der Tabelle mit (**) versehenen Begriffe eine besondere Rolle. Dazu Folgendes:

a) Der Arzt soll nicht mehr eine unmöglich gewordene Heilung anstreben, sondern alles unternehmen, um dem Patienten eine bestmögliche *Schmerzfreiheit und Leidensminderung* zu ermöglichen. Das heisst, er hat sich zusätzlich in der Palliativmedizin aus- und weiterzubilden. Beim Sterbenden wandelt sich der Heilungsauf-

trag zusehends in einen Auftrag zur Schmerzbekämpfung und Erhaltung bestmöglicher Lebensqualität.

b) Im Rahmen seines Weisungsrechts kann und soll der Patient seine besonderen Wünsche und Bedürfnisse bei der Behandlung ausdrücken.

c) Dem Weisungsrecht des Patienten entspricht die Treuepflicht des Arztes. Er hat die Anliegen des Patienten ernstzunehmen und u.U. auch selber danach zu fragen. Seine Treuepflicht besteht aber nur so weit, wie sie mit dem ärztlichen Heil-/Behandlungsauftrag und dem Gewissen vereinbar ist.

d) Widerspricht eine Behandlung dem Heilungs- bzw. Linderungszweck und/oder dem Gewissen des Arztes, kann oder muss er sie ausdrücklich ablehnen (Widerruf der Behandlung). Bei ethischen Gewissenskonflikten hat er den Patienten u.U. an einen andern Arzt zu verweisen. Auf keinen Fall darf er gesundheitsschädigende Eingriffe vornehmen (auch nicht auf Wunsch des Patienten: wie z.B. Zähne ziehen ohne medizinische Indikation); ansonsten er für den Schaden haftet. Berufsethisch verboten ist es insbesondere, Rezepte für Selbsttötungsmedikamente zu verschreiben.

e) Widerruf der Behandlungseinwilligung durch den Patienten: Typisches Beispiel eines (teilweisen) Verzichtes auf Behandlung ist die Patientenverfügung. Darin verzichtet er hauptsächlich auf lebensverlängernde Massnahmen, nicht jedoch auf eine optimale palliative Behandlung.
Eine Verweigerung von lebensrettenden Massnahmen (z.B. Verweigerung von Bluttransfusionen) durch (nicht-sterbende!) Patienten kann u.U. rechtswidrig und ungültig sein, insbesondere dann wenn Patienten (z.B. als Eltern) soziale Pflichten haben. In solchen Fällen muss zwischen den Persönlichkeitsrechten des Patienten, denjenigen des Arztes, der Familie und der Gesellschaft abgewogen werden.

Gegenüber dem Strafrecht (besonders Tötungsverbot und Tatbestand "Im Stiche lassen einer Person in Lebensgefahr"[2] muss der Handlungsspielraum des Arztes beim Sterbenden durch besondere Merkmale abgegrenzt werden:

1) **Sterbebeistand / Sterbebegleitung:** Der Arzt lässt Sterbenden und zerebral schwerst Geschädigten stets eine angemessene Betreuung zukommen. Er ist verpflichtet, Schmerz, Atemnot, Angst

und Verwirrung entgegenzuwirken, insbesondere nach Abbruch von Massnahmen zur Lebensverlängerung[3].

2) **Passive Sterbehilfe:** Ausnahmen von der ärztlichen Verpflichtung zur Lebenserhaltung bestehen bei Sterbenden, deren Grundleiden einen unabwendbaren Verlauf zum Tode genommen hat und bei zerebral schwerst Geschädigten. Hier lindert der Arzt die Beschwerden. Der Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen und der Abbruch früher eingeleiteter Massnahmen dieser Art sind gerechtfertigt[4].
3) **Indirekte Sterbehilfe:** Der Arzt darf palliativ-medizinische Techniken (z.B. Schmerztherapie) anwenden, auch wenn sie in einzelnen Fällen (als unbeabsichtigter Nebeneffekt) mit dem Risiko einer Lebensverkürzung verbunden sein sollten[5].
4) **aktive Sterbehilfe:** Aktive Massnahmen (Eingriffe) zum Zwecke der Lebensbeendigung sind auch gegenüber Sterbenden und zerebral schwerst Geschädigten gesetzlich verboten[6].
5) **Anhörungsrecht** der Angehörigen: Der Arzt soll seine Entscheidung mit dem Pflegepersonal und mit den Angehörigen besprechen und ein Vorgehen anstreben, das auch von ihnen gebilligt werden kann[7]. Verantwortlich für den Behandlungsentscheid bleibt jedoch der Arzt.

Wo liegt die Grenze zwischen der Aufgabe zu medizinischem Lebensschutz und den natürlichen Lebensgrenzen (bzw. dem Sterbenlassen)?

Früher galten als Reaktion auf die Nazizeit mit ihrer Verachtung für "lebensunwertes Leben" die medizinischen Möglichkeiten der Lebenserhaltung generell als objektiver, wertneutraler Massstab für die Begrenzung einer Behandlung. Wie das Beispiel 1 veranschaulicht, kann jedoch medizinische Behandlung heute je länger je weniger bedeuten: *immer alles zu tun, was möglich ist*. Die Leitlinie sollte vielmehr lauten: '*Die Medizin ist für den Menschen da* (und nicht umgekehrt)!' Der *einzelne Mensch in seiner Ganzheit* setzt das Mass für eine *sinnvolle* medizinische Behandlung. Der Sterbeprozess (als Konsequenz der natürlichen Begrenztheit des Lebens) ist so ebenfalls als Lebensprozess ernstzunehmen, zu bejahen und mit seinen veränderten, besonderen Bedürfnissen und Bezügen (körperliche, seelisch-geistige, soziale und religiöse) in die Behandlung einzubeziehen. Dazu war und ist noch ein Prozess des Umdenkens not-

wendig. Wichtiger Bestandteil dieses Prozesses ist die *Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten und konkreter Patientenrechte*, die daraus abgeleitet werden, wie das Aufklärungsrecht sowie das Recht, den eigenen künftigen Patientenwillen bezüglich dieser Grenzsituationen (in Urteilsunfähigkeit, Bewusstlosigkeit, Koma, Demenz) in einer *Patientenverfügung* schriftlich festzuhalten und darin respektiert zu werden.

Wer bestimmt das sinnvolle Mass der Behandlung?
Vom Medizinisch-Fachlichen her ist es nach wie vor der *Arzt* (als Fachperson) oder ein Arzt-Kollegium, welche über Sinn und Zweck einer Behandlung entscheiden und dafür auch voll verantwortlich sind. Dieser Fachkompetenz stellt sich aber zunehmend der Anspruch des Patienten gegenüber, das *für ihn persönlich richtige* (sinnvolle) Mass an Medizin - aufgrund einer sorgfältigen fachlichen Aufklärung über Diagnose und Prognose! - selber zu bestimmen. Die Frage nach dem *persönlichen Mass und Sinn* stellt sich besonders häufig in der Grenzsituation der letzten Lebensphase.

Dieses *Selbstbestimmungsrecht* - als Kerngehalt der Patientenrechte - kann im allgemeinen nur der *urteilsfähige* Patient ohne weiteres und voll ausüben. "Verlangt ein **urteilsfähiger Patient** den Verzicht auf Behandlung oder auf lebenserhaltende Massnahmen oder den Abbruch bereits eingeleiteter Massnahmen, so ist dieser Wille zu respektieren (vgl. Beispiel 1). Dabei sorgt der Arzt dafür, dass der Patient über die damit verbundenen medizinischen Tatsachen und ihre Folgen in für ihn verständlicher Weise informiert wird."[8] Die Selbstbestimmung findet allerdings ihre Grenzen am verantwortlichen Handeln des Arztes und Pflegepersonals. So kann z.B. Beihilfe zum Suizid - z.B. durch Abgabe von entsprechenden Medikamenten - nicht Teil ärztlicher Behandlung sein[9].
Wegen der grundsätzlichen Lebensrettungspflicht des Arztes bestehen sodann Zweifel, ob und unter welchen Voraussetzungen der Wille eines Patienten (ausserhalb der Sterbephase!) durch medizinisches *Nichteingreifen oder Abbruch der Behandlung* zu respektieren ist; wenn er z.B. durch Verweigerung von Nahrung und Flüssigkeit, Bluttransfusionen oder einer Reanimation bei Herzversagen seinen Tod herbeiführen will. Soll der Patient in solchen Fällen gegen sei-

nen Willen behandelt und am Leben erhalten werden? Dazu bestehen grundsätzlich *drei Ansichten*:

a) Das Selbstbestimmungsrecht des urteilsfähigen (nicht depressiven!) Patienten hat *absolute Priorität*. Soweit also der Sterbewille eines (gesunden oder kranken) Patienten nachweisbar ist (mündlich oder schriftlich) ist er zu respektieren.

b) Eine Ablehnung medizinischer Lebensrettung (bzw.-erhaltung) erscheint *nur in der Sterbephase* als urteilsfähiger Wille nachvollziehbar und damit verbindlich.

c) Wo der Sterbewille des Patienten durch prekäre physische, psychische und soziale Lebensumstände als reiflich überlegt und gefestigt erscheint, ist er zu respektieren. In der Praxis wird diese Ansicht besonders gegenüber Chronischkranken oder Krebspatienten in den letzten Stadien ihrer Krankheit sowie bei Suizidpatienten (mit einer schriftlichen Erklärung und klaren Umständen) vertreten[10].

Dazu gibt es kein Patentrezept. Die Situation im Einzelfall muss vielmehr sorgfältig geprüft und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände ein persönlicher und allen Beteiligten gegenüber verantwortbarer Entscheid gefällt werden. Gerade in solchen Fällen spielt der Einbezug möglichst aller Beteiligter eine wichtige Rolle.

Welches ist der mutmassliche Patientenwille beim Urteilsunfähigen?

Beim urteils- oder äusserungsunfähigen Patienten (z.B. im Koma oder bei Alzheimer- oder anderen Demenz-Patienten) ist die tatsächliche und rechtliche Situation insofern ganz anders, als der Arzt seinen Entscheid nicht mehr unmittelbar mit dem Patienten konfrontieren kann. Er muss deshalb *primär* nach der *Diagnose* und *mutmasslichen Prognose* handeln[11].und hat dabei auch die konkrete Situation und persönliche Einstellung des Patienten zu vergegenwärtigen.

Gemäss Richtlinien (zur Sterbehilfe) ist vorerst entscheidend, ob *feststellbare Lebenszeichen* geäussert werden, die auf einen *gegenwärtigen Lebenswillen* schliessen lassen. Erst wo solche fehlen, hat er nach einem anderen persönlichen *mutmasslichen Willen* des Patienten zu fragen[12]. Ein solcher ist besonders ausschlaggebend,

- bei unsicherer Prognose,
- bei mehreren Behandlungsmöglichkeiten (Spital, Spitex, Operation, andere Therapie),
- wenn kaum oder keine Heilungsaussichten bestehen, der Tod jedoch nicht absehbar ist.

Demnach hat sich der Arzt zuerst an einer allgemeinen objektiven Vermutung (aufgrund medizinischer Lebenserfahrung) und subsidiär am individuell-persönlichen Wollen des betreffenden Patienten zu orientieren. Trotzdem wird auch jene Vermutung in den Richtlinien ebenfalls als "mutmasslicher Wille des Patienten" bezeichnet. Dies erscheint missverständlich. Von einem "mutmasslichen (= persönlichen) Willen des Patienten" sollte vielmehr nur dort gesprochen und ausgegangen werden, wo auf frühere Äusserungen des Patienten, diesbezügliche Angaben von Angehörigen und / oder auf eine schriftliche Erklärung des Patienten selber abgestellt werden kann.
Diese Reihenfolge der Entscheidungskriterien (1. allgemeiner Lebenswille, 2. persönlicher anderer Wille) ist insofern zu präzisieren, als nicht ohne Prüfung der persönlichen Lebensumstände und Lebensauffassungen des Patienten generell und ernsthaft von einem echten Lebenswillen ausgegangen werden kann.

Hier setzt das Prinzip der Patientenverfügung an. Dem *subjektiven* Ermessen und Vermuten *des Arztes* soll das *subjektive* Ermessen und Vermuten *des Patienten voran*gestellt werden. Dies rechtfertigt sich umsomehr, als bei der Bestimmung von "Anzeichen des Lebenswillens" und bei der Prognose für "ein Leben in zwischenmenschlicher Kommunikation" etc. ein grosser Ermessensraum für persönliche Wertungen offen bleibt, der auch vom Arzt her durch den eigenen Erfahrungshorizont (Lebenseinstellung, Menschenbild, eigene Angst vor dem Tod) geprägt wird[13].
Um den Schutz des subjektiven Patientenwillens zu verstärken, sollte der Patient in seiner Patientenverfügung selbst eine Vertrauensperson (auch Hausarzt) bestimmen, die später seinen mutmasslichen persönlichen Willen möglichst authentisch vergegenwärtigen kann. Ihr sollte die Respektierung der Patientenverfügung anvertraut werden.

Wesentlicher Inhalt einer Patientenverfügung

INHALT [14]	BEMERKUNGEN
Umschreibung der Sterbephase: z.B." Wenn keine Aussicht auf Heilung / auf ein bewusstes sozial-bezogenes Leben mehr besteht ...."	Die **Richtlinien** geben dazu besonders **zwei Kriterien** an: - **unumkehrbarer** Verlauf der Krankheit / Schädigung - mit absehbar **tödlichem Verlauf**
Ablehnung lebensverlängernder **Massnahmen** - allgemein (oder) - bestimmte Massnahmen . Spitaleinlieferung . Reanimationsverbot . Herzschrittmacher, . künstliche Beatmung / Ernährung [- Organentnahme / Obduktion]	Für die Sterbephase: **(absolut) verbindlich**
Forderung von **aktiven** Massnahmen / Eingriffen - Operation - Schmerzmittel (mit Massangaben) - Sterbebegleitung - "tödliche Spritze" (rechtswidrige Forderung)	**(relativ) verbindlich** Einwilligung / Mitwirkung notwendig: der verantwortlichen - Fachperson: Arzt bzw. - Bezugsperson: Angehörige / freiwillige Sterbebegleiter
Bestimmung einer **Vertrauensperson als Interessenvertreter** des Äusserungsunfähigen - z.B. Hausarzt / Spitexschwester - Verwandte (oft unfrei wegen Erbberechtigung) - Freunde / freiwillige Helfer/innen	Hat **Anhörungsrecht** / keine vertretungsweise Entscheidung (ausser Hausarzt / gesetzlicher Vertreter)
ZU FORM UND VORGEHENSWEISE:	
Unterschrift (handschriftlich)	
Urteilsfähigkeit des Autors (Bestätigung d. Zeuge)	
Datum der Erstellung und regelmässig **Erneuerungsdatum** setzen	
Hinweis auf die PV (bei den persönlichen Ausweisen, auf sich tragen) **Kopie** bei **Hausarzt** und **Vertrauenspersonen** hinterlegen **Bei Spitaleintritt** zur Krankengeschichte geben	
Besprechung der prov. Fassung mit Angehörigen, Freunden, Vertrauensarzt	

Seitdem die neueren kantonalen Gesundheitsgesetze die sogenannten "Patientenrechte" ausdrücklich schützen (insbesondere das Recht auf passive Sterbehilfe, Anhörungsrecht der Angehörigen), erscheint die Hauptforderung der meisten Patientenverfügungen,

der Anspruch auf passive Sterbehilfe, im Grundsatz anerkannt. Wenn es in der Praxis trotzdem Schwierigkeiten gibt, ist dies oft auf mangelnde, unsachliche oder missverständliche Information und Aufklärung auf Seiten des Patienten aber auch beim medizinischen Fachpersonal zurückzuführen. Sorgfältige Weiterbildung und Oeffentlichkeitsarbeit in diesem Bereich sind somit nach wie vor dringend gefordert.

Wann ist eine Patientenverfügung verbindlich?

1) Der behandelnde **Arzt muss sie kennen**. (z.B. beim Spitaleintritt der Krankengeschichte beizufügen, Mitteilung durch Angehörige, Hausarzt, Vertrauensperson)
2) Die Patientenverfügung muss **vom Patienten selbst** stammen.
3) Der Verfasser wusste und wollte, was er schrieb (**Urteilsfähigkeit** und ev. **Erfahrung**)
4) Der **Inhalt** muss **klar, verständlich** und **zulässig** sein.
5) **Die in der Patientenverfügung umschriebenen Voraussetzungen** müssen in der konkreten Situation **erfüllt und feststellbar sein.**
6) **Angehörige** oder **gute Freunde** sollten davon **Kenntnis** haben und einverstanden sein Die praktische (nicht rechtliche !!) Bedeutung dieser Voraussetzung wird in Beispiel 2 (leider in nicht nachahmenswerter Weise) veranschaulicht.

Notfallsituationen

Für Notfallsituationen ist die praktische Bedeutung von Patientenverfügungen sehr begrenzt. Hier kann der Arzt (zeitlicher Druck) **nur** dann auf einen früher geäusserten Willen des Patienten abstellen, wenn die **entsprechenden objektiven und persönlichen Voraussetzungen** für einen Verzicht auf Lebensrettung bzw. Wiederbelebung **sofort geklärt** werden können (aufgrund eigener Kenntnis des Krankheitszustandes oder durch eine sofortige Stellungnahme des Hausarztes). Denkbar ist dies z.B. bei einem chronisch-herzkranken Patienten, welcher für den (Not-)Fall eines Herzversagens jegliche Wiederbelebungsversuche ablehnt und dies an seiner Person sofort erkenntlich wird (z.B. durch entsprechenden Ausweis mit den nötigen Angaben).

Wann hat der Arzt den mutmasslichen Patientenwillen rechtsgenügend abgeklärt?

Checkliste (nach Priorität)	
1.	Diagnose und Prognose
2.	Voraussetzungen der Sterbephase gegeben?
3.	Aktuelle Willensäusserungen oder Anzeichen von solchen
4.	Der mutmassliche Patientenwille: Besteht eine gültige Patientenverfügung (schriftlich / mündlich d. Zeugen)? Neuere dokumentierte Willensäusserungen, die Patientenverfügung bestätigen / widerrufen? Z.B.: - in der Krankengeschichte, - nach Aussagen des Pflegepersonals - nach Aussagen der Angehörigen
5.	Allg. Aussagen der Angehörigen über Verhalten und Willen des Patienten
6.	Aussagen / Empfehlungen des Vertrauens- oder Hausarztes
7.	Sind die Angehörigen über früheren und aktuellen Patientenwillen orientiert?
8.	Wie stellen sich die Angehörigen zum aktuellen Patientenwillen? wenn negativ: aus welchen Gründen?
9.	Entscheidung aufgrund eigener Lebens- und Berufserfahrung

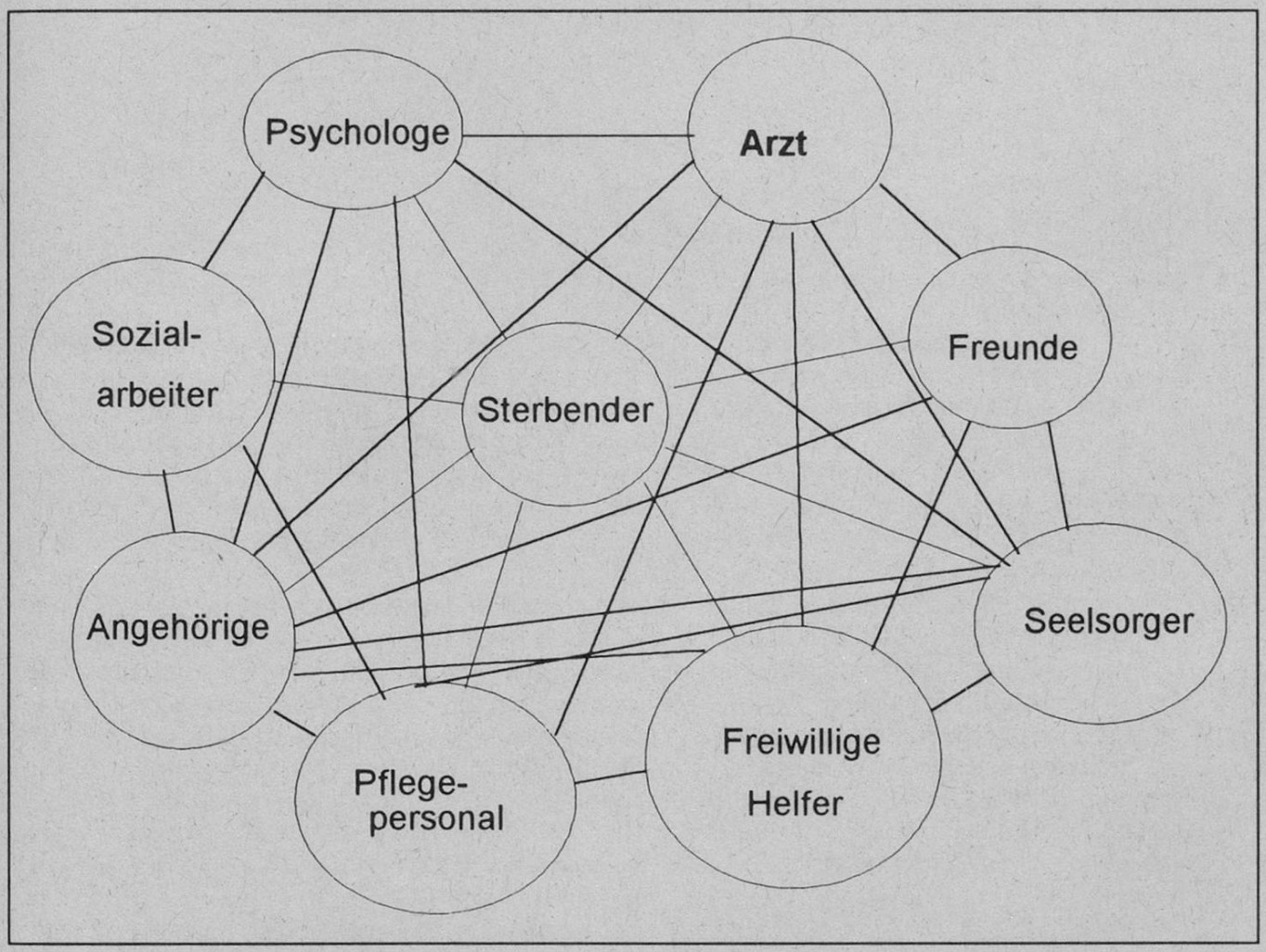
Solche Abklärungen sind - je nach konkreten Umständen - in grösserem oder kleinerem Umfang nötig oder möglich. Durch Beispiel 2 wird umgekehrt unterstrichen, dass ein vertrauensvoller Kontakt und ein offenes Gespräch mit den Angehörigen möglichst langfristig aufzubauen ist, solange die Entscheidungssituation noch nicht akut und dringlich ist.

Bedeutung von Kommunikation und Vertrauen unter allen Beteiligten

Wie durch Beispiel 2 ebenfalls illustriert, hängt die praktische Anerkennung einer Patientenverfügung nicht nur von der theoretisch-rechtlichen Verbindlichkeit, sondern auch von einer längerfristigen guten Kommunikation zwischen dem Patienten **und** seinen engsten Bezugspersonen (Verwandten, Freunden, Pflegepersonal und Arzt) ab.

Es bleibt deshalb zu wünschen und zu hoffen, dass wir die Perfektion, die wir beim Erstellen und Ausfüllen von Formularen zur schnel-

leren Abwicklung des Administrativen und Rechtlichen im medizinischen Behandlungsverhältnis entwickelt haben, ebenso intensiv beim Aufbauen von Vertrauen und Gesprächsfähigkeit anstreben.
Auf dem Weg zu diesem Ziel kann die Patientenverfügung durchaus ein geeigneter Einstieg für das Arzt-Patientengespräch sein. Dieses Hilfsmittel wird aber seine Funktion umso besser erfüllen, je mehr auch das zugrundeliegende Beziehungsnetz lebendig ist.



Was echte Beziehungen um den Schwerkranken und Sterbenden herum auch für die "helfenden" Beteiligten bewirken können, signalisiert die *Zürcherin Mathilde Escher*, in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts, nachdem sie sich ein Leben lang für verwahrloste Kinder und Strafgefangene eingesetzt und Asyle gegründet hatte, folgendermassen:
"Bei den Armen bin ich reich, bei den Kranken bin ich gesund, und bei den Sterbenden bin ich lebendig geworden."
Geht es nicht heute mehr denn je darum, durch Entwicklung unserer Kommunikationsfähigkeiten (mit oder ohne Hilfsmittel der Patienten-

verfügung !!) neu zu entdecken, was Kranke und Sterbende uns zu sagen und zu geben haben, um unsererseits besser zu verstehen, was sie tatsächlich wollen und brauchen und wirklich Sterbebegleitung im Sinne des Patienten leisten zu können.

1 Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten zur Sterbehilfe der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, in Schweizerische Ärztezeitung Band 76, Heft 29/39 1995 S. 1223 ff (zit. Richtlinien) Ziff. 1.1.
2 Art. 111 - 117 und Art. 127-129 StGB (Schweizerisches Strafgesetzbuch
3 Richtlinien Ziff. 1.3.
4 Richtlinien Ziff 1.2.
5 Richtlinien Ziff. 1.3.
6 Richtlinien Ziff. 1.4.; vgl. Art. 111 - 117 StGB
7 Richtlinien zur Sterbehilfe Ziff. 1.2. und 3.3. Abs. 3.
8 Richtlinien zur Sterbehilfe Ziff. 2.1.
9 Richtlinien zur Sterbehilfe Ziff. 2.2. "Der Arzt bemüht sich vielmehr, die körperlichen und seelischen Leiden, die einen Patienten zu Suizidabsichten führen können, zu lindern und zu ihrer Heilung beizutragen."
10 Richtlinien zur Sterbehilfe Ziff. 3.2.: "Intensität und Schwere der dem Patienten zugemuteten Eingriffe und Anstrengungen sollen zum mutmasslichen Behandlungserfolg und zur Lebenserwartung des Patienten in einem vertretbaren Verhältnis stehen."
11 Richtlinien zur Sterbehilfe Ziff. 3.1.: "Bei urteilsunfähigen, bei äusserungsunfähigen und bei bewusstlosen Patienten handelt der Arzt *primär* entsprechen der *Diagnose* und der *mutmasslichen Prognose:* er beurteilt die zu erwartenden Lebensumstände des Patienten nach seinem besten Wissen und in eigener Verantwortung. Er kann sich dieser nicht dadurch entziehen, dass er die Anweisungen Dritter befolgt."
12 Richtlinien Ziff. 3.3.: "Bei unbestimmter Prognose, die grundsätzlich voneinander abweichende Vorgehensweisen zulässt, orientiert sich der Arzt am mutmasslichen Willen des Patienten: wenn dieser Lebenszeichen äussert, die auf einen gegenwärtigen Lebenswillen schliessen lassen, sind diese entscheidend. Fehlt es an solchen Zeichen, so dienen frühere Äusserungen des Patienten, Angaben von Angehörigen und eine allenfalls vorhandene schriftliche Erklärung des Patienten selber als Orientierungshilfen. Ist in Zukunft ein Leben in zwischenmenschlicher Kommunikation zu erwarten, so ist in der Regel ein Wiedererstarken des Lebenswillens vorauszusehen; eine solche Aussicht ist für das ärztliche Vorgehen massgebend. Der Arzt soll ferner bestrebt sein, ein Vorgehen zu wählen, das von den Angehörigen des Patienten gebilligt werden kann."
13 Richtlinien Ziff. 3.4.:"Liegt dem Arzt eine Patientenverfügung vor, die der Patient in einem früheren Zeitpunkt als Urteilsfähiger abgefasst hat, so ist diese verbindlich; unbeachtlich sind jedoch Begehren, die dem Arzt ein rechtswidriges Verhalten zumuten oder den Abbruch lebenserhaltender Massnahmen verlangen, obwohl der Zustand des Patienten nach allgemeiner Erfahrung die Wiederkehr der zwischenmenschlichen Kommunikation und das Wiedererstarken des Lebenswillens erwarten lässt."
14 Unzählige Organisationen (Schweiz. Organisation, Caritas Schweiz, Exit etc.) und Ärztegesellschaften haben solche Vorlagen mit unterschiedlichen Detaillierungen, Formulierungen und Schwerpunkten herausgegeben, so auch die Vereinigung zur Begleitung Schwerkranker im Kanton Zürich.