

# Zwiespältiges Instrument

Patientenverfügungen sind ein zwiespältiges Instrument. Sie ermöglichen einen Behandlungsverzicht, bergen aber auch das Risiko der »Selbstentsorgung«. Für LebensForum beleuchtet der Würzburger Medizinrechtsexperte Rainer Beckmann Risiken und Nebenwirkungen einer gesetzlichen Regelung von Patientenverfügungen.

Von Rainer Beckmann

**D**er Deutsche Bundestag beabsichtigt, noch in der laufenden Legislaturperiode gesetzliche Bestimmungen zur Verbindlichkeit und Anwendung von Patientenverfügungen zu verabschieden. In einer ersten Grundsatzdebatte am 29. März 2007 war große Verunsicherung unter den Abgeordneten zu spüren, ob und gegebenenfalls wie der Gesetzgeber hier eine Regelung treffen soll. Mittlerweile liegen drei unterschiedliche Gesetzentwürfe vor. Eignen sich diese, problematische Situationen am Lebensende in den Griff zu bekommen oder werden Fürsorgegesichtspunkte nicht ausreichend beachtet? Ist eine gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen geboten oder birgt sie gesellschaftliche und rechtspolitische Gefahren?

## GROSSE BANDBREITE

Das Thema Patientenverfügungen wird vor allem deshalb kontrovers diskutiert, weil es eine erhebliche Bandbreite aufweist. Unstrittig ist, dass der entscheidungsfähige Patient selbst über den Umfang seiner ärztlichen Behandlung bestimmen kann. Ohne Einwilligung des Patienten sind medizinische Eingriffe rechtswidrig. Lehnt der Patient nach entsprechender Aufklärung eine bestimmte Maßnahme ab, darf sie nicht durchgeführt werden. Der Grundsatz der »Patientenautonomie« gebietet es, dass letztlich nur der Patient selbst entscheiden kann, welche körperlichen Eingriffe er im Rahmen einer ärztlichen Behandlung hinnehmen will. Dies gilt nach der geltenden Rechtsprechung auch dann, wenn die Entscheidung des Patienten aus der Sicht Dritter als »unvernünftig« bewertet wird und er sich durch den Behandlungsverzicht in Lebensgefahr begibt. In der Praxis dürften solche Fälle allerdings selten vorkommen.

Anders sieht es jedoch aus, wenn ein Patient in einer Vorausverfügung für den

Fall der künftigen Entscheidungsunfähigkeit (Patientenverfügung) erklärt hat, er lehne in einer bestimmten Situation einzelne oder alle lebenserhaltenden Eingriffe ab. Solche Verfügungen werden nicht einhellig als wirksam angesehen. Gerade bei schwerwiegenden Erkrankungen oder

wird, passiv zu bleiben und »zuzusehen«, wie der Patient stirbt.

Diese beiden Sichtweisen von Patientenverfügungen – einerseits als reine Behandlungsverzichtserklärung, die der Patientenautonomie gerecht wird, und andererseits als Mittel zur Durchsetzung



Patient auf der Intensivstation

starken gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Alter werden derartige Verfügungen zunehmend relevant. Die Ablehnung lebenserhaltender Maßnahmen scheint hier oft den Charakter einer »Selbsttötungs-Verfügung« anzunehmen. Zwar legt der Patient nicht direkt selbst Hand an sich. Durch die Verweigerung der medizinischen Behandlung wird jedoch in kurzer Zeit der Tod herbeigeführt. Ärzte und Pflegekräfte, die sich besonders dem Lebensschutz verpflichtet fühlen, empfinden es als belastend, wenn ihnen durch eine Patientenverfügung zugemutet

des »Rechts auf den eigenen Tod« – markieren die beiden Extreme in einer großen Bandbreite von Fallgestaltungen, die durch Patientenverfügungen erfasst werden können. Der Umgang mit einer schwerwiegenden und häufig tödlich verlaufenden Erkrankung, wie z. B. Krebs, kann sehr unterschiedlich bewertet werden. Wer bereits für das Anfangsstadium einer solchen Krankheit auf medizinische Behandlung verzichtet, vergibt offensichtliche Chancen der Lebensrettung. Ein solches Verhalten käme einer »Selbsttötung« näher als ein Behandlungsverzicht,

der im Endstadium der Erkrankung nach mehreren fehlgeschlagenen Therapieversuchen erfolgt. Hier wird man kaum von einem suizidalen Verhalten ausgehen, sondern von einem Sich-abfinden mit der Krankheit, deren unaufhaltbares Fortschreiten medizinisch ohnehin nicht verhindert werden kann. Bei vielen Erkrankungen besteht auch nicht einfach die Wahlmöglichkeit zwischen medizinisch eindeutig wirksamer Behandlung und schlichtem »Nichtstun«. Oft genug sind Behandlungsmaßnahmen nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erfolgreich, können nur der Symptomlinderung dienen und/oder gehen mit erheblichen unerwünschten Nebenwirkungen einher. Unter diesen Umständen kann man eine Verfügung, die einen Behandlungsverzicht fordert, kaum als »Selbsttötungsverfügung« bezeichnen.

### REICHWEITENBESCHRÄNKUNG?

Um »Selbsttötungsverfügungen« keine rechtliche Verbindlichkeit zu verschaffen, wird in der Diskussion um die gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen teilweise die Ansicht vertreten, man müsse den Anwendungsbereich von Patientenverfügungen auf Fallgestaltungen begrenzen, in denen eine irreversibel tödlich verlaufende Grunderkrankung vorliegt (Reichweitenbeschränkung). Die Schutzpflicht des Staates für das Leben erfordere es, dass die Ablehnung lebensverlängernder Maßnahmen nicht wirksam verlangt werden könne, wenn die Grunderkrankung nicht ohnehin zwangsläufig zum Tod führe.

Der Wunsch nach einer Verhinderung von Suizidverfügungen ist verständlich. Es stellt sich jedoch die Frage, mit welchen Mitteln der Staat seine Schutzpflicht umsetzen darf. Die Kehrseite der Reichweitenbeschränkung liegt schließlich darin, dass Patienten, die in einer Patientenverfügung bestimmte Behandlungsmaßnahmen abgelehnt haben, trotzdem diese medizinischen Eingriffe erdulden müssten. Dieses Vorgehen kann man mit dem plakativen und im Kern auch zutreffenden Wort von der »Zwangsbearbeitung« umschreiben. Zu Recht werden hiergegen verfassungsrechtliche Bedenken geltend gemacht. Aber auch rechtspolitisch erscheint dieser Weg nur kurzfristigen Erfolg zu versprechen. In der Praxis werden bei einer solchen einschränkenden Regelung Fälle auftreten, in denen Patienten gegen ihren erklärten Willen beatmet oder über Sonden ernährt werden, um dann nach wenigen Wochen oder Monaten doch zu sterben, ohne dass eine Bes-

serung ihres Zustandes eingetreten ist. Leicht wird man dies als rechtswidrige Missachtung des Patientenwillens und sinnloses »zu Todes quälen« alter Menschen brandmarken können. Es ist zu befürchten, dass mit plakativ herausgestellten Einzelschicksalen Stimmung gegen »unbarmherzige Lebensschützer« gemacht würde und dann die Forderung nach Zulassung der »Mitleidstötung« noch mehr Rückenwind erfahren könnte.

Man muss sich auch eingestehen, dass unsere Rechtsordnung keine echten Ansatzpunkte dafür bietet, Patienten eine Behandlung aufzuerlegen, die von ihnen abgelehnt wird. Von der rechtlichen Grundkonstruktion her sind ärztliche Eingriffe in den menschlichen Körper strafbare Körperverletzungen, die jeweils einer rechtfertigenden Einwilligung bedürfen. Warum das bei nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten, die ihren Willen in einer Patientenverfügung zum Ausdruck gebracht haben, anders sein soll, ist kaum zu begründen. Darüber hinaus spricht auch die Nichtstrafbarkeit des Suizids dafür, dass sogar die eher selten anzutreffenden echten »Selbsttötungsverfügungen« hingenommen werden sollten. Zwar kann man aus der fehlenden Strafdrohung für den Suizid nicht ohne weiteres auf ein »Recht auf Selbsttötung« schließen. Aber es stellt sich trotzdem die Frage, mit welchen Mitteln ein Rechtsstaat dem freiverantwortlich getroffenen Entschluss, aus dem Leben scheiden zu wollen, entgegenzutreten kann. Hier sollte das Einwirken auf die Motivation des Betroffenen im Vordergrund stehen, nicht jedoch die faktische Lebenserhaltung durch zwangsweise medizinische Eingriffe.

Hat der Betroffene selbst keinen Lebenswillen mehr, stößt die Rechtsordnung an ihre Grenzen. Es ist schon fraglich, ob es überhaupt so etwas wie eine »Pflicht zum Leben« geben kann, die »von Rechts wegen« eingefordert werden könnte. Umso mehr erscheinen Rechtsvorschriften ungeeignet, sterbewillige Personen zum Weiterleben zu zwingen. Es geht vielmehr darum, auch für alte, kranke und sterbende Menschen Bedingungen zu schaffen, die es ihnen ermöglichen, eine nur noch kurze und oft mit hohen Einschränkungen belastete Lebensspanne als lebenswert zu erkennen und anzunehmen.

Gerade diese Bedingungen sind in unserer Gesellschaft nur unzureichend gegeben. Behandlungsverzichtserklärungen, wie sie viele Patientenverfügungen enthalten, sind im Grunde Ausdruck mangelnder Fürsorge. Viele Menschen sehen sich in Alter und Krankheit nicht ausrei-

chend umsorgt und gut aufgehoben, sondern haben massive Ängste: die Angst vor Schmerzen, vor Einsamkeit und sozialer Isolierung; die Angst anderen zur Last zu fallen, als Person nicht mehr ernst genommen und in einem seelenlosen Medizinbetrieb als »Nummer« behandelt zu werden; und schließlich die Angst, durch eine sinnentleerte High-Tech-Medizin um ein menschenwürdiges Sterben betrogen zu werden.

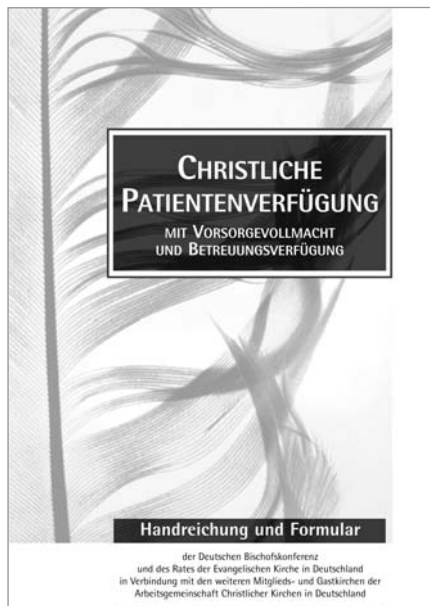
Hier liegt das eigentliche Problem. Die rechtliche Ausgestaltung der ohnehin nach allgemeinen zivilrechtlichen Grundsätzen wirksamen Patientenverfügung ist nicht vordringlich. Viel wichtiger wäre die Umgestaltung unseres Gesundheitswesens, damit die beschriebenen Ängste abgebaut werden können. Von wesentlicher Bedeutung sind hierbei ein Ausbau der Palliativmedizin und eine größere Unterstützung der Hospizbewegung. Zu lange stand das letztlich unerreichbare »Therapieziel« der Lebensverlängerung im Zentrum ärztlichen Handelns. Und zu selten wurde und wird erkannt, dass man das Sterben ab einem bestimmten Zeitpunkt zulassen muss. Das heißt natürlich nicht, dass der Arzt seine Verantwortung für den Patienten einfach aufgibt. Wenn das eigentliche Therapieziel der Heilung nicht mehr erreicht werden kann, bleibt die Verpflichtung zur Basisversorgung unter bestmöglicher Symptomkontrolle.

### FÜRSORGEPLICHTEN DES GESETZGEBERS

Unter diesem Blickwinkel ergeben sich Fürsorgepflichten des Gesetzgebers, die in der bisherigen Debatte noch zu wenig Beachtung gefunden haben:

- In erster Linie ist es notwendig, dass soziale Zwänge abgebaut oder zumindest reduziert werden. Der Wunsch nach Behandlungsverzicht ist oft genug durch äußere Einflüsse maßgeblich mitbestimmt. Schlechte Symptomkontrolle (insbesondere eine unzureichende Schmerzbehandlung), Einsamkeit und finanzielle Belastungen lassen Ängste aufkommen, die ein möglichst »rasches Ende« erstrebenswert erscheinen lassen. Gerade die Betreuung Sterbender findet in unserem Gesundheitswesen nicht ausreichend Berücksichtigung, Zeit für individuelle Zuwendung ist kaum vorhanden. Das demographische Ungleichgewicht tut ein Übriges, um alten und kranken Menschen das Gefühl zu vermitteln, dass sie für die Gesellschaft eine Belastung darstellen. Solche Fehlentwicklungen und Schiefgaben können natürlich nicht kurz-

fristig korrigiert werden. Sie müssen aber vom Gesetzgeber konsequent angegangen werden, damit der autonomieorientierte Ansatz der Patientenverfügung nicht in die massenweise Selbstentsorgung älterer Menschen mündet.



Eine von vielen Patientenverfügungen

- Während die Patientenverfügung allein ein Mittel zur Maßnahmenbegrenzung darstellt, erscheint der konzeptuelle Ansatz, der in Palliativstationen und Hospizen verfolgt wird, wesentlich besser geeignet, die Bedürfnisse schwer kranker und sterbender Menschen zu befriedigen. Hier wird nicht nur auf sorgfältige Behandlung der Krankheitssymptome Wert gelegt, sondern auch der individuellen Betreuung hohe Aufmerksamkeit gewidmet. Eine flächendeckende Versorgung mit derartigen Einrichtungen ist aber noch längst nicht gegeben und sollte baldmöglichst sichergestellt werden.

- Die Abfassung von Patientenverfügungen sollte weder direkt noch indirekt zur Pflicht werden. Erforderlich ist daher ein »Koppelungsverbot«: Versicherungen oder Altenheimen ist es zu untersagen, positive bzw. negative Konsequenzen daran zu knüpfen, dass jemand eine Patientenverfügung erstellt bzw. nicht erstellt hat. Patientenverfügungen müssen individuell verantwortete Entscheidungen bleiben und dürfen nicht gesellschaftlich »belohnt« werden. Sie sind keineswegs ein Modell zur Lösung von medizinischen Zweifelsfragen am Lebensende.

- Da sich eine gesetzliche Regelung – und damit zwangsläufig auch eine gewisse Aufwertung – von Patientenverfügungen wohl nicht vermeiden lässt, sollte der Ge-

setzgeber besonders darauf achten, dass es sich um ein Instrument handelt, das Stellvertreterentscheidungen erfordert. In allen Fällen, in denen eine Patientenverfügung existiert, obliegt deren Interpretation, Anwendung und Durchsetzung dem rechtlichen Vertreter des Patienten. Soweit keine Patientenverfügung vorliegt oder diese keine genaue Vorgabe für die aktuelle Entscheidungssituation macht, muss ebenfalls ein Stellvertreter des Patienten den so genannten »mutmaßlichen Willen« erforschen. Daher ist es wichtig, durch die gesetzliche Regelung den Dialog zwischen dem Arzt und dem rechtlichen Vertreter des Patienten (dem Betreuer oder Bevollmächtigten) zu stärken. Nur im Gespräch zwischen Patientenvertreter, Arzt und ggf. weiteren Personen, die dem Patienten nahe stehen, kann eine adäquate Entscheidung gefunden werden.

Gleichzeitig muss der Gesetzgeber auch Vorsorge für den Fall treffen, dass die Entscheidungsbefugnis missbraucht wird. Wie aus anderen Rechtsbereichen hinreichend bekannt ist, führt die Befugnis, für einen anderen Entscheidungen treffen zu können, immer wieder auch zum Missbrauch. Daher ist es notwendig, in den Prozess der Entscheidungsfindung wenn möglich eine soziale Kontrolle – etwa nach dem Modell des »Konsils« – einzubauen und in strittigen Fällen auch eine Kontrolle durch das Vormundschaftsgericht vorzusehen.

#### UNTERSCHIEDLICHE GESETZENTWÜRFE

Gemessen an diesen Kriterien fällt die Beurteilung der bislang vorliegenden Konzepte ernüchternd aus. Der von den Abgeordneten Stücker (SPD), Kauch (FDP) und Montag (Grüne) verfasste Gesetzentwurf (BT-Drs. 16/8442) sieht kaum Fürsorgeelemente vor. In der Mehrzahl der Fälle sollen ein bis zwei Personen endgültig und ohne weitere Kontrolle über den Behandlungsverzicht entscheiden können.

Dem steht ein alternativer Vorschlag der Abgeordneten Bosbach (CDU), Rösipel (SPD) und Winkler (Grüne) gegenüber, der auf zwei Ebenen Fürsorgeelemente berücksichtigt. Zum einen soll dem Arzt und dem rechtlichen Vertreter des Patienten bei der Entscheidungsfindung ein beratendes »Konsil« zur Seite stehen. Diesem sollen die Personen angehören, die zuletzt engen Kontakt mit dem Patienten hatten (Angehörige, Vertreter des Pflegepersonals und ggf. weitere Personen). Falls dieser Beratungsprozess zu einem Konsens über den Willen des Betroffenen führt, kann diesem

entsprochen werden. Besteht jedoch Uneinigkeit, soll das Vormundschaftsgericht entscheiden. Gegen diesen Gesetzentwurf bestehen allerdings auch gewisse Bedenken, da er eine Reichweitenbegrenzung (Grundleiden mit irreversibel tödlichem Verlauf) vorsieht.

Der dritte Gesetzentwurf von den Abgeordneten Zöller (CSU) und Dr. Faust (CDU) hat bislang am wenigsten Unterstützung gefunden. Er will die ärztliche Verantwortung stärken, sieht aber in jedem Einzelfall des Verzichts auf lebensverlängernde Maßnahmen eine Anrufung des Vormundschaftsgerichts vor.

#### VORRANGIGE AUFGABEN

Eine große Zahl von Bürgerinnen und Bürgern hat noch keine Patientenverfügung und wird auch in Zukunft vermutlich keine haben. Diese Menschen sollten nicht durch gesetzgeberische Maßnahmen auf ein ambivalentes Instrument hingewiesen werden, dessen massenhafter Gebrauch dazu führen kann, dass die notwendigen Veränderungen im Gesundheitswesen nicht auf den Weg gebracht werden, die wirklich geeignet sind, die Achtung vor dem Leben und der Würde alter, kranker und sterbender Menschen zu stärken. Jeder Mensch hat einen Anspruch darauf, menschenwürdig sterben zu dürfen, egal ob er eine Patientenverfügung hat oder nicht. Hierfür die Rahmenbedingungen zu schaffen, ist die vorrangige Aufgabe der Politik. Der Ausbau der Palliativmedizin und die Stärkung der Hospizbewegung könnte die Abfassung von Patientenverfügungen weitgehend überflüssig machen.

#### IM PORTRAIT

##### Rainer Beckmann

Jahrgang 1961. Studium der Rechtswissenschaften in Würzburg. Zwischen 1992 und 2000 Staatsanwalt in Nürnberg und Würzburg.



Seit 2000 Richter am Amtsgericht Kitzingen. Stellvertretender Vorsitzender der Juristen-Vereinigung Lebensrecht

e. V. und Chefredakteur der »Zeitschrift für Lebensrecht« (ZfL). Sachverständiger der Enquete-Kommissionen des Deutschen Bundestags »Recht und Ethik der modernen Medizin« (2000-2002) und »Ethik und Recht der modernen Medizin« (2003-2005). Rainer Beckmann ist verheiratet und Vater von vier Kindern.