

# Die Patientenverfügung: Was ändert sich mit dem neuen Gesetz?

Mehr Sicherheit oder gefährliche Illusion?

*Paolo Bavaastro*

Nach vielen Gerichtsurteilen, die zum Teil widersprüchlich waren, nach jahrelanger Diskussion ist am 1. September 2009 das Gesetz in Kraft getreten, das die Patientenverfügung regelt.

Formal ist nur die schriftliche Form vorgeschrieben, keine vorherige Beratung, keine Aktualisierung durch Unterschrift und keine sogenannte Reichweitenbegrenzung: Der geäußerte Wille gilt generell, nicht nur bei einem Erkrankungs-zustand, der bald zum Tode führt. Bisher verfasste Verfügungen behalten ihre Gültigkeit.

Inhaltlich sind die Hürden höher: Die Formulierungen müssen sich hinreichend konkret auf bestimmte Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe beziehen, es muss die konkrete Beschreibung der Anwendungssituation vorliegen. Allgemeine Formulierungen sind nicht bindend, haben lediglich Hinweischarakter. Der Arzt hat zunächst Diagnose, Prognose und notwendige Maßnahmen zu prüfen; der Betreuer prüft dann, ob Situation und schriftlich fixierter Wille übereinstimmen. Wenn sie sich einig sind, kann der Wille des Patienten respektiert werden. Kein Patient kann nicht-indizierte Maßnahmen verlangen. Sind sich Arzt und Betreuer nicht einig, so muss das Betreuungsgericht angerufen werden. Der Richter muss die Beteiligten anhören und ein schriftliches Gutachten eines nicht behandelnden Arztes einholen.

Mindestens 95% der bisher verfassten Verfügungen dürften die inhaltlichen Vorgaben des Gesetzes nicht erfüllen! In Notfallsituationen hat der Arzt zu handeln, da eine Verfügung nicht geprüft werden kann.

Aus ethischer Sicht ist eine Fülle von Aspekten und Antinomien zu berücksichtigen. Einige le-

ben in der Illusion, man müsse alles regeln, alles normieren, auch das Lebensende; im Namen von Autonomie und Selbstbestimmung sei der Wille zu beachten; der Wille eines Menschen/Patienten sei konstant – für all diese und andere Postulate, die von juristischer und politischer Seite angeführt werden, gibt es weder empirische, rechtsphilosophische noch ethische Begründungen.

Die meisten Verfügungen werden in der Verneinungsform verfasst, sie lehnen Maßnahmen ab. Dies geschieht aus Angst vor der sogenannten Apparatedizin, aus Angst man könnte lange in einem »menschenunwürdigen« Lebenszustand gehalten, gar am Sterben gehindert werden, aus Angst vor dem Alleine-Sein. Das natürliche Sterben, der sogenannte natürliche Verlauf einer Erkrankung seien besser. Nun, Angst ist prinzipiell kein guter Berater. Der mündige Bürger, der seine Selbstbestimmung und Autonomie in Anspruch nehmen will, muss sich informieren und kundig machen. Was heißt denn Apparatedizin? Ist der natürliche Verlauf einer Erkrankung wirklich der angenehmere Weg? Welche Folgen bringt es mit sich, wenn man alle Maßnahmen ablehnt? Man wird in einem Gesundheitssystem, dessen alleinige Maxime das Sparen ist, die Einsamkeit dadurch verstärken, ohne Hilfe, ohne Begleitung sein. War das so intendiert?

Wir können prinzipiell die Zukunft nicht voraussehen, ebensowenig den Verlauf einer Erkrankung. Es wird daher kaum möglich sein, dem Gesetz entsprechend hinreichend konkret die Situation zu formulieren.

Verfügungen werden meist »ex post«, also einer Sicht vom Ende her, formuliert, denn den

Endzustand einer Erkrankung will man für sich nicht. Der Arzt kann aber nur »ex ante« handeln, da er den Endzustand einer Erkrankung nicht sicher voraussagen kann. Die prognostische Fehlerquote bei Gehirnschädigungen beträgt mehr als 40%. Darauf einen Therapieverzicht zu basieren, ist abenteuerlich!

Die wenigen empirischen Daten, die uns vorliegen, sind deutlich: Das Betroffen-Sein ändert die Einstellung zu Krankheit, Therapie und Lebenswille meist radikal im Unterschied zur antizipierenden Vorstellung des Betroffenen-Seins, die am »grünen Tisch« einst formuliert wurde. Das müssen Juristen, Ärzte und die Verfasser einer Verfügung wissen und berücksichtigen!

Fragwürdige Begriffskonstruktionen sind der komplexen Materie nicht dienlich. Der »mutmaßliche Wille« soll ermittelt werden, wenn der formulierte Wille nicht vorliegt: Mutmaßungen öffnen aber den Weg zur Fremdbestimmung. »Indirekte Sterbehilfe« bedeutet, dass durch Gabe von Schmerzmitteln in Kauf genommen wird, dass der Patient möglicherweise dadurch früher stirbt. Die Realität sieht anders aus: Durch eine lege artis durchgeführte Schmerztherapie lebt der Patient länger und besser. Neuerdings ist der Begriff des »natürlichen Willens« eingeführt worden: Gemeint sind Äußerungen des scheinbaren Unmuts eines bewusstlosen Patienten, wenn bestimmte Handlungen an ihm durchgeführt werden – beispielsweise den Mund zukneifen bei Mundpflege oder Ernährungsversuchen. Solche Äußerungen sollen als »Wille zum nicht mehr Leben wollen« interpretiert werden. Jeder der auf diesem Gebiet Erfahrung hat, weiß wie absurd eine solche Interpretation ist.

Es ist ebenfalls merkwürdig, wie Erfahrungen aus dem Ausland ignoriert werden: In den USA wurde über 20 Jahre lang die Verfügung propagiert. Dennoch haben nicht mehr als etwa 20% der Bevölkerung eine solche verfasst. Das Ergebnis einer kürzlich durchgeführten Untersuchung zeigte, dass eine Verfügung sich als Instrument der Selbstbestimmung am Lebensende keineswegs eignet; es wurde daher abgeraten, solche zu verfassen.

Anhand eines prominenten Falls soll die Kom-

plexität verdeutlicht werden. Der kürzlich 99-jährig verstorbene Michael E. DeBakey war der Pionier der Herzchirurgie. Er hatte die Klassifizierung der Aortenaneurismatas vorgenommen. Er verspürte, 97-jährig, einen Zerreißungsschmerz im Brustkorb und stellte an sich selbst die korrekte Diagnose einer Aortendissektion. Er verweigerte die Operation und legte seinen Willen fest. Wenige Wochen später verschlechterte sich sein Zustand, er willigte ein ins Krankenhaus gebracht zu werden. Er verlor das Bewusstsein, sein Zustand verschlechterte sich weiter. Wegen Differenzen unter den Ärzten wurde eine Ethikkommission einberufen, die sich schließlich gegen den in der Patientenverfügung festgelegten Willen entschied: DeBakey wurde operiert und konnte, trotz einiger Komplikationen, nach Hause entlassen werden. Er äußerte sich glücklich darüber, operiert worden zu sein und zu leben. An seine Patientenverfügung, an seine Ablehnung von Behandlung und Wiederbelebung erinnerte er sich nicht. Er vertrat die Ansicht, dass Ärzte solche Entscheidungen ohne Ethikkomitee treffen sollten und sich auf ihre Fürsorgepflicht besinnen müssten. Nur der angelsächsische Pragmatismus hat ein solches verantwortungsvolles Verhalten der Ärzte ermöglicht. Nach dem verabschiedeten Gesetz wäre ein solcher Verlauf nicht möglich, der Patient wäre verstorben.

Der persönliche Entscheidungsspielraum am Lebensende ist sehr begrenzt, das Problem, ihn zu regeln hoch komplex; eine rechtlich-normative Lösung kann diesem primär ethischen Problem nicht gerecht werden. Die Grundfrage, wie mit der Autonomie des nicht mehr autonomen Patienten umzugehen ist, ist nicht annähernd gelöst. »Der in unserer Gesellschaft zunehmend auf die Bürger ausgeübte moralische Druck, auch noch die Umstände des eigenen Sterbens gedanklich präzise antizipieren und das Ende des Lebens lange im Voraus juristisch wasserdicht organisieren zu sollen, um andere von der Mitverantwortung zu entlasten, stellt im Grunde genommen eine inhumane und trostlose Zumutung dar« ( A. W. Bauer, *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 2009 ).

Die fehlende Reichweitenbegrenzung stellt ei-

nen Dammbuch dar: Von der logischen Argumentation aus öffnet sie Tür und Tor für die Einführung der Tötung auf Verlangen – so war die Argumentationskette in Holland; entsprechende Arbeiten sind bereits im deutschen Sprachraum erschienen.

Es ist vorauszusehen, dass das verabschiedete Gesetz die vielfältigen Probleme nicht lösen wird: Die ärztliche Fürsorge ist zum Schaden des Patienten und zugunsten des alleinigen Willens weit in den Hintergrund gedrängt worden. Insofern ist jede gesetzliche Regelung eine gefährliche Illusion. Entweder werden Ärzte in Nihilismus verfallen und resigniert ihre Fürsorgepflicht zum Schaden der Patienten aufgeben; oder sie werden weiterhin die Fürsorgepflicht ernst nehmen – dann wird es eine Überflutung der bereits überforderten Betreuungsgerichte geben.

In unserem Gesundheitssystem ist hingegen eine anders formulierte Patientenverfügung notwendig: »Ich möchte, dass die mich behandelnden Ärzte das medizinische notwendige tun...«

Da im Zustand der Einwilligungsunfähigkeit nur eine Stellvertretung möglich ist (Betreuer, Richter und Anwälte sind auch nur mehr oder weniger legitimierte Stellvertreter), ist dringend zu empfehlen, eine alleinige Vorsorgevollmacht zu verfassen. Nur diese garantiert, dass ein Mensch meines Vertrauens für mich das Beste versucht zu entscheiden – dieser Weg entspricht den Wünschen, die empirisch ermittelt wurden. Nur durch eine Vorsorgevollmacht kann jeder versuchen, Schaden von sich selbst als Patienten abwenden.

*Autorennotiz:* DR. PAOLO BAVASTRO, Internist, Kardiologe und Hypertensiologe in Stuttgart, mit der Zusatzqualifikation Anthroposophische Medizin, war lange Jahre Chefarzt der internistischen Abteilung der Filderklinik. Er hat eine 30-jährige intensivmedizinische Erfahrung. Seit vielen Jahren beschäftigt er sich mit ethischen Fragen in der Medizin; u.a. dafür ist ihm 2002 das Bundesverdienstkreuz verliehen worden. Er ist von der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg qualifiziert, Beratungen zur Patientenverfügung durchzuführen.



**Der Merkurstab**  
Zeitschrift für Anthroposophische Medizin  
*Journal of Anthroposophic Medicine*

- **Originalia**
- **Praxis Anthroposophische Medizin**
- **Anthroposophische Arzneimittel**
- **Initiativen und Berichte**
- **Rezensionen**

Herausgeber: Medizinische Sektion der Freien Hochschule für Geisteswissenschaft und der Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland e.V.

- **Abonnements:** Der Merkurstab Kladower Damm 221, D-14089 Berlin Fon 030/36501-463, Fax 030/36 803891 Sprachbox 030/36501-372 redaktion@merkurstab.de Jahresabo: € 80,- / Studenten: € 25,- [www.merkurstab.de](http://www.merkurstab.de)