

Gesundheitliche Vorsorgeplanung

Patientenverfügung





© Autonome Provinz Bozen Südtirol 2010
Assessorat für Familie, Gesundheit und Sozialwesen
Landesethikkomitee
Amt für Ausbildung des Gesundheitspersonals

Redaktion:

Dr. Massimo Bernardo
Dr. Carlo Casonato
Dr. Maria Vittoria Habicher
Dr. Herbert Heidegger
Dr. Thomas Lanthaler
Günther Rederlechner
Marta von Wohlgemuth

Gestaltung

Studio Schlemmer, Montan

Druck

La Commerciale Borgogno, Bozen

Inhaltsverzeichnis



Grußwort	4
Zu dieser Broschüre	6
Patientenverfügungen als Instrument der gesundheitlichen Vorsorgeplanung: Ein Konzept zur Stärkung der Patientenautonomie am Lebensende	8
Patientenverfügung	9
Die rechtliche Situation	14
Textbausteine für eine Patientenverfügung	19
Begriffe	28
Literatur und Informationen zum Thema Patientenverfügungen im Internet	35
Patientenverfügung: ein Modell	37

Diese Broschüre kann im Sekretariat des Landesethikkomitees angefordert oder im Internet heruntergeladen werden:

www.provinz.bz.it/gesundheitswesen/service/publikationen.asp

Adresse des Landesethikkomitees:

Amt für Ausbildung des Gesundheitspersonals
Sekretariat Landesethikkomitee
Kanonikus-Michael-Gamper-Straße 1
39100 Bozen
Tel. 0471 418145
maria.habicher@provinz.bz.it

Werte Leserin, werter Leser,

Was soll mit mir geschehen, wenn ich als Patient am Lebensende nicht mehr selber entscheiden kann? Kann und soll ich meinen Wunsch im Voraus kundtun, und was ist dabei zu beachten? Bei der Patientenverfügung geht um sehr heikle und sehr persönliche Fragen.



Erfahrungen zeigen, dass die Berücksichtigung von Patientenwünschen am Lebensende nicht allein durch das Ausfüllen eines Formulars gelingt. Auch ein Gesetz, das dieses Dokument zum Recht und zur Pflicht macht, kann das Gespräch nicht ersetzen. Eine so tief greifende Vorausentscheidung kann nur in Abstimmung zwischen Patient, Angehörigen, Ärzten und Betreuern reifen. Deshalb hat sich die Südtiroler Landesregierung auf Empfehlung der Fachleute im Landesethikkomitee darauf geeinigt, dass die schriftliche „Patientenverfügung“ ein wichtiges, aber nicht die ausschließliche Vorkehrung für ein würdiges Sterben sein soll. Ziel ist eine umfassende gesundheitliche Vorausplanung, in deren Mittelpunkt die geregelte und angeleitete Beratung steht. Die vorliegende Schrift fügt sich in das Konzept der gesundheitlichen Vorsorgeplanung ein. Sie ist ein Angebot zur Unterstützung bei der Bewältigung der vielfältigen Fragestellungen, die sich im Zusammenhang mit dem Lebensende ergeben. Den Autorinnen und Autoren sowie allen, die zum Gelingen dieser Broschüre beigetragen haben, sei dafür herzlich gedankt.

Der Landesrat für Familie, Gesundheit und Sozialwesen

A handwritten signature in blue ink that reads "Richard Theiner". The signature is written in a cursive, flowing style.

Dr. Richard Theiner



Zu dieser Broschüre

Dank den Fortschritten der modernen Medizin können heute viele Krankheiten geheilt oder zumindest in ihrem Verlauf positiv beeinflusst werden. Insbesondere sind die Möglichkeiten enorm gewachsen, menschliches Leben auch bei schwersten Unfällen und Erkrankungen zu erhalten.

Wenn Maßnahmen aber nur das Leiden und den Sterbeprozess verlängern, stellt sich die Frage, ob die sonst so segensreichen Errungenschaften der modernen Medizin noch im Interesse des Patienten sind.


Das macht vielen Menschen Angst. Besonders groß ist die Angst vor Situationen, in denen eigene Entscheidungen nicht mehr getroffen werden können, in denen Fremdbestimmung oder sogar Entmündigung drohen. Menschen möchten mitentscheiden über Beginn und Nichtbeginn, über Fortsetzung und Beendigung medizinischer Maßnahmen, und sie möchten Vorsorge treffen für den Fall, dass sie diese Entscheidungen nicht mehr selbst treffen können.

Für diese Situation gibt es die Patientenverfügung.

Sie bietet die Möglichkeit rechtzeitig die eigenen Wünsche im Hinblick auf schwerwiegende Erkrankungen und das eigene Sterben zu überdenken und schriftlich festzulegen. Darüber hinaus ist sie eine gute Gelegenheit mit vertrauten Menschen über die Zerbrechlichkeit unseres Lebens ins Gespräch zu kommen. Auf diese Weise können die Betroffenen trotz aktueller Entscheidungsunfähigkeit Einfluss auf die medizinische Behandlung nehmen und damit ihre Selbstbestimmung wahren.

Für Angehörige, Ärzte, Ärztinnen und Pflegende kann es eine große Erleichterung sein zu wissen, wie weit die Möglichkeiten zur Lebenserhaltung ausgeschöpft werden sollen.

Das Landesethikkomitee beschäftigt sich schon seit langem mit ethischen Fragen am Lebensende und hat immer wieder ausführlich zum Thema Stellung genommen, ausgehend von der Überzeugung, dass der Umgang mit unheilbaren Erkrankungen und Sterben sich nicht auf medizinische Entscheidungen reduzieren lässt, sondern vielfältige individuelle, soziale, gesellschaftliche und religiöse Herausforderungen bietet. Dabei die Selbstbestimmung des Einzelnen zu respektieren, stellt eine der grundlegenden Verpflichtungen des Personals im Gesundheitswesen dar.



Diese Broschüre soll eine Hilfestellung für diejenigen sein, die in einer Patientenverfügung festlegen möchten, wie sie im Falle ihrer Entscheidungsunfähigkeit behandelt werden möchten.

Dabei stellt die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit, Sterben und Tod für jeden eine persönliche Herausforderung dar. So vielfältig wie die Wertvorstellungen und Glaubensüberzeugungen der Menschen in unserem Land sind, so vielfältig fallen auch die Entscheidungen jedes Einzelnen aus.

Die Herausgeber sind sich bewusst, dass Leben und Tod nur begrenzt in unserer Hand liegen; vieles im Bereich des Sterbens ist nicht planbar. Entscheidend ist aber, dass die Würde des Menschen geschützt wird, gerade auch bei schwerer Krankheit und im Sterben. Durch den Respekt der Selbstbestimmung jeder/s Einzelnen möchten wir dazu beitragen, das Sterben menschlich zu gestalten.



Patientenverfügungen als Instrument der gesundheitlichen Vorsorgeplanung:

Ein Konzept zur Stärkung der Patientenautonomie am Lebensende

Erfahrungen aus anderen Ländern, insbesondere den USA, zeigen, dass die Berücksichtigung von Patientenwünschen am Lebensende nicht allein durch das Ausfüllen eines Formulars gelingt. Der Erstellung einer Patientenverfügung geht meist keine kompetente medizinische Beratung voraus, die Verfügungen sind häufig ungenau und wenig aussagekräftig formuliert, sie sind im akuten Krankheitsfall oft nicht auffindbar und werden, wenn sie doch verfügbar sind, häufig bei medizinischen Entscheidungen nicht genügend berücksichtigt.

Es hat sich deshalb die Erkenntnis durchgesetzt, dass die Patientenverfügung ein – wichtiges – Element in einem umfassenderen, kommunikativen Prozess der gesundheitlichen Vorausplanung sein sollte, in dem der/die Betroffene wiederholte Gespräche mit seinen Angehörigen führt und von einer medizinisch kompetenten Person beraten wird. Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Vorausverfügungen in Notsituationen verfügbar sind und von den zuständigen ÄrztInnen auch entsprechend berücksichtigt werden.

Die Patientenverfügung muss zu einem festen Bestandteil in unserem medizinisch-pflegerischen Versorgungssystem werden. Pflegepersonal, HausärztInnen, Altersheime, behandelnde ÄrztInnen im Krankenhaus usw. müssen dabei mit eingebunden werden.

Entscheidend für diesen Prozess ist die Patientenorientierung: Wünsche und Interessen der Patienten stehen im Mittelpunkt der Gespräche und Beratungen. Dies kann die Kultur des Umgangs mit Patienten über die Vorausplanung hinaus verändern.

In unserem Land werden derzeit die organisatorischen Voraussetzungen für die Umsetzung dieses Konzeptes geschaffen.

Um dieses Vorhaben bemüht sich eine Arbeitsgruppe in Zusammenarbeit von Landesethikkomitee, Sanitätsbetrieb, Ärztekammer, Verband der KrankenpflegerInnen, Verband der Altersheime, Caritas Hospizbewegung und VertreterInnen der ÄrztInnen in Allgemeinmedizin sowie KrankenhausärztInnen.

Patientenverfügung



Was ist eine Patientenverfügung?

Die Patientenverfügung enthält die Verfügungen einer Person über ihre Zustimmung oder Verweigerung von Therapiemaßnahmen im Fall von schwerer oder todbringender Krankheit, Wachkoma oder im Fall von zukünftiger Entscheidungsunfähigkeit. Durch das bewusste, reflektierte und freiwillige Aufsetzen einer Patientenverfügung erhalten auch die Angehörigen und das verantwortliche Gesundheitspersonal nützliche Hinweise über den Willen des/der Patienten/in in derartigen Situationen.

Die Patientenverfügung ist deshalb so wichtig, da sie es nicht nur ermöglicht, die zukünftige medizinische Behandlung dem Willen des Kranken anzupassen, sondern sie verringert auch das Risiko nicht ausreichender oder nicht notwendiger Behandlungen, vermindert den Entscheidungsdruck, dem die Angehörigen unterliegen, und beugt Konflikten zwischen diesen vor.

Warum ist die Patientenverfügung so wichtig?

In der Medizin wurden in den letzten Jahren enorme Fortschritte erzielt und weitere Innovationen werden in Zukunft folgen, sodass der Mensch seine Fähigkeit lebenswichtige Funktionen künstlich zu ersetzen, immer weiter ausbauen wird. Die Akteure des medizinischen Sektors werden über ein immer größeres Potential für außergewöhnliche medizinische Eingriffe verfügen. Es ist also notwendig, je nach Situation, in der wir uns befinden können, festzulegen, welche Mittel wir einsetzen sollen, und wem die Entscheidungsgewalt zusteht. Jede Situation erfordert Entscheidungen, die von den medizinischen Akteuren, die immer nach bestem Wissen und Gewissen vorzugehen haben, aber auch von der betroffenen Person zu treffen sind, die von der ihr zustehenden Freiheit, Autonomie und ihrem Recht auf Selbstbestimmung ausgehen kann.



Warum ist die Einwilligung des aufgeklärten Patienten ("Informed Consent") so wichtig?

Seit Jahren stellt niemand mehr die Verbindlichkeit des Informed Consent in Frage, auf dessen Grundlage der/die Kranke, mit Unterstützung des medizinischen Personals, entscheiden kann, ob er/sie seine/ihre Zustimmung zur Einleitung oder zur Fortführung der medizinischen Behandlungen gibt oder nicht. Gemäß den Bestimmungen der Verfassung und des ärztlichen Ehrenkodexes ist nunmehr klar, dass ein Arzt/eine Ärztin niemals etwas machen kann, ohne zuerst die Zustimmung des/der Patienten/in eingeholt zu haben.

Ein/e Patient/in im Vollbesitz seiner/ihrer Entscheidungsfähigkeit hat daher das Recht, jederzeit die medizinische Behandlung zu verweigern, auch wenn ein derartiges Verhalten sein/ihr Leben gefährdet.


Und wenn der/die Kranke nicht imstande ist, zu entscheiden?

Die Situation kompliziert sich, sobald der Kranke nicht mehr urteilsfähig ist und keine Beziehung zum medizinischen Personal mehr aufbauen kann. Die betroffene Person befindet sich somit in einem Zustand, in dem ihre Fähigkeit Entscheidungen zu treffen, aufgehoben ist. Freilich muss es auch in einer solchen Lage die Möglichkeit geben, auf effiziente Weise die eigene Zustimmung oder Ablehnung eventuell vorgesehener medizinischer Behandlungen auszudrücken. Eine logische Erweiterung des Informed Consent stellt die Patientenverfügung dar, die es erlaubt, a priori und zeitlich im Voraus jene Forderungen zu formulieren, die, sobald der/die Patient/in sich nicht mehr ausdrücken kann, zur Geltung kommen sollen.

Dem Staat kommt die Pflicht zu, die Vorsorge und den Schutz des Lebens des/der Einzelnen jederzeit zu gewährleisten. Die Erfüllung dieser Pflicht bedeutet aber nicht, dass jemand daran gehindert werden darf, im Voraus darüber zu entscheiden, was in bestimmten Situationen zu tun sei.

Wer hilft mir bei der Erstellung meiner Patientenverfügung?

Der Schutz, den der Staat den Menschen zusichert, zeigt sich in seiner besten Realisierungsform, wenn die Möglichkeit geboten wird, beim Verfassen einer Patientenverfügung qualifizierte medizinische Beratung in Anspruch zu nehmen. Bei der Erstellung der Patientenverfügung kommt besonders dem Arzt/der Ärztin in Allgemeinmedizin, dem Hausarzt/der Hausärztin eine grundlegende



Rolle zu, da er/sie die Personen über die möglichen klinischen Situationen aufklärt und dem/der Kranken dabei hilft, die Ziele der Behandlung zu verstehen und je nach seinen/ihren Überzeugungen zwischen den bestehenden Möglichkeiten zu entscheiden.

Dennoch ist es wohl unmöglich jeden denkbaren Verlauf zu prognostizieren und damit zu entscheiden, welche medizinischen Maßnahmen in jedem möglichen Fall in Betracht zu ziehen oder auszuschließen sind. In der Patientenverfügung sind daher auch persönliche Wertvorstellungen, die eigene Weltanschauung, die Auffassung von Menschenwürde und Lebensqualität darzulegen, die dann zu respektieren sein werden, wenn eine Erkrankung eintritt, die nicht genau den im Voraus angenommenen und genannten Situationen entspricht.

Welche Rechte werden durch eine Patientenverfügung geschützt?

Die Entscheidung auf eine medizinische Behandlung zu verzichten, bedeutet nicht mangelnden Respekt vor dem medizinischen System, sondern den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen, die den/die Patienten/in in eine für ihn/sie nicht akzeptable Lage bringen würden.

Das Recht möglichen Behandlungen im Vorhinein eine bestimmte Ausrichtung zu verleihen, bedeutet nicht das Recht auf Euthanasie oder auf den Tod, sondern das Recht der Person von den ÄrztInnen die Beendigung oder die Nicht-Aktivierung von therapeutischen Verfahren zu verlangen, welche der/die Betroffene selbst, bei noch vorhandener bewusster Handlungsfähigkeit, aus moralischen und rechtlichen Gründen ablehnen könnte.

Jede Entscheidung des/der Einzelnen betrifft nur ihn/sie selbst, und niemand sollte heute glauben, dass man die eigene Denkweise auf andere Menschen übertragen dürfte, denn jeder hat wohl seine eigene Auffassung von den Dingen, die wir in höchstem Maße zu respektieren angehalten sind.

Kann ich eine Vertrauensperson bestimmen?

Die Patientenverfügung ermöglicht es dem/der Kranken, eine Vertrauensperson (Angehörige, FreundIn, Arzt/Ärztin, Priester etc.) zu nennen, die seine/ihre Wertvorstellungen und Anschauungen kennt und sich dafür einsetzen kann, den Willen des/der Kranken zu wahren und so zu entscheiden, wie es der/die Betroffene selbst am ehesten getan hätte.



Was geschieht in Bezug auf künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr?


Die wissenschaftlichen Gesellschaften, die sich mit künstlicher Ernährung beschäftigen, haben festgelegt, dass diese Verfahren in die Zuständigkeit des Arztes/der Ärztin fallen, da zu deren Durchführung medizinisch-pharmazeutische und pflegerische Qualifikationen unerlässlich sind. Auch der Kassationsgerichtshof drückt in einem jüngst erlassenen Urteil aus, dass künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr als medizinische Behandlungen zu betrachten sind, die nach dem Willen des/der Patienten/in, vor allem dann wenn sie sich als nutzlos oder ungeeignet erweisen, unterlassen oder beendet werden können.

In welchem Maße sind Erklärungen als verlässlich zu betrachten, die für die Zukunft erstellt werden, also zu einem Zeitpunkt, da der Anwendungsfall noch nicht eingetreten ist?

Der/die Einzelne kann seinen Standpunkt jederzeit ändern. Daher kann eine Patientenverfügung mit neuem Wortlaut zu jeder Zeit erstellt werden. Man kann Änderungen vornehmen, wenn man seine Meinung erst dann ändert, wenn man erkrankt. Es ist davon auszugehen, dass der/diejenige, der/die eine Patientenverfügung verfasst, darüber nachgedacht hat, dass dies unabhängig von der tatsächlich bestehenden Situation, aber mit dem festen Willen geschieht, für die Zukunft vorzusorgen und dass er/sie das damit verbundene Risiko für die eigene Person bewusst in Kauf nimmt. Dem in einer Patientenverfügung im Voraus ausgedrückten Willen der Person ist daher der Vorrang gegenüber einer Annahme einzuräumen, die sich auf einen gegenteiligen Willen in einer späteren Phase der Krankheit bezieht.

Bin ich verpflichtet, eine Patientenverfügung zu verfassen?

Es darf keinerlei Pflicht zum Verfassen einer Patientenverfügung bestehen. Dem/der Einzelnen steht die Freiheit zu, eine solche Verfügung zu verfassen oder nicht zu verfassen, seine/ihre Entscheidungen dazu zu treffen, wie er/sie dem Ende seines Lebens entgegentreten wünscht. Wer das Risiko Entscheidungen zu treffen, die zum Zeitpunkt der Anwendung nicht aktuell sein werden, vermeiden will, wird sich uneingeschränkt der Kompetenz und Erfahrung der Ärzte anvertrauen können.



Liegt keine Patientenverfügung vor, und ist es nicht möglich den mutmaßlichen Willen festzustellen, so wird sich die Entscheidung immer nach dem objektiven Wohl des/der Patienten/in richten, mit der Gewährleistung aller möglichen lebenserhaltenden Maßnahmen.

Sind vordruckte Formblätter nützlich?

Gewiss wäre es wohl besser, keinen Vordruck zu verwenden, sondern die eigene Patientenverfügung auf persönliche Art zu erstellen, um sich selbst darüber klar zu werden, welche Wünsche man für sich selbst hegt, wenn denn einmal das eigene Leben zu Ende geht, und wie man den eigenen Lieben den Abschied erleichtern kann. Überdies wird es wohl gut sein, die Patientenverfügung von Zeit zu Zeit wieder zu lesen, um sich zu fragen, ob man nicht etwas ändern, das Ganze ersetzen oder gar verwerfen sollte.

Wer kann eine Patientenverfügung unterschreiben?

Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und die im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte sind.

Welche Rolle kommt dem/der Sachwalter/in zu?

Die im Staatsgesetz Nr. 5 von 2004 vorgesehene Figur des/der Sachwalters/in soll dem Schutz einer Person dienen, die aufgrund einer Krankheit oder einer körperlichen oder geistigen Behinderung unfähig ist, die eigenen Interessen wahrzunehmen. Ursprünglich nur als Schutz für Vermögensinteressen gedacht, wurde dem/der SachwalterIn in einigen neueren Urteilen auch die Möglichkeit zuerkannt, bei medizinischen Fragen einzugreifen. Der/die Sachwalter/in kann medizinische Behandlungen im Namen oder in Vertretung der Person, der er/sie beigelegt wurde und deren Willen er/sie verpflichtet ist, ablehnen, vorausgesetzt der/die Richter/in hat eine solche Eingriffsmöglichkeit in der Ernennungsverfügung vorgesehen.



Die rechtliche Situation

1. Die italienische Rechtsordnung erkennt den Informed Consent (Einwilligung des aufgeklärten Patienten) als einen der Menschenwürde innewohnenden Grundsatz an.

Wie auch der Verfassungsgerichtshof jüngst bestätigt hat, stellt der Informed Consent heute


„ein wahres und tatsächliches Recht der Person dar, das auf den in Art. 2 der Verfassung enthaltenen Grundsätzen, die dem Schutz und der Förderung der Person dienen, sowie auf den Grundsätzen der Artikel 13 und 32 der Verfassung beruht, aus denen hervorgeht, dass „die Freiheit der Person unverletzlich ist“ und dass „niemand, außer durch eine gesetzliche Verfügung, zu einer bestimmten medizinischen Heilbehandlung gezwungen werden kann“ (italienischer Verfassungsgerichtshof, Urteil Nr. 438 vom 23. Dezember 2008) ¹.

1) Die Freiwilligkeit der medizinischen Behandlungen ist außerdem aus einer Reihe anderer Rechtsquellen abzuleiten: Von internationalen Abkommen (siehe die Konvention von Oviedo, die allerdings in Italien noch nicht ratifiziert wurde) bis zum europäischen Recht (Charta der Grundrechte der Europäischen Union; in Kraft seit Dezember 2009), von der nationalen Gesetzgebung (Gesetze 833 und 180 von 1978) bis zum ärztlichen Ehrenkodex (überarbeitete Fassung 2006), und bis zur Anerkennung in der Rechtsprechung des Kassationsgerichtshofs (sowohl auf zivilrechtlicher Ebene, als auch, in eingeschränkter Form, im strafrechtlichen Rahmen).

2. Aber wie kann das Recht, Konsens oder Ablehnung auszudrücken, wahrgenommen werden, wenn die Person die Fähigkeit verloren hat, den eigenen Willen zu artikulieren?

In diesem Zusammenhang eröffnen sich zwei Alternativen: eine biologische und eine biographische Möglichkeit

Beim biologischen Ansatz wäre einer extremen Version des Vorsorgegrundsatzes, nach dem das Leben immer und in jedem Fall künstlich zu erhalten ist, der absolute Vorrang einzuräumen. Eine solche Lösung würde freilich die Möglichkeit ausschließen, den Willen der betroffenen Person zu berücksichtigen, der das Recht genommen würde, im Voraus zu verfügen, welche Behandlungen sie annehmen und welche ablehnen wolle. Angesichts einer solchen absoluten Annahme, dass der Erhaltung des Lebens der Vorrang einzuräumen sei, wäre also die Rekonstruktion des Willens des/der Betroffenen, im Rahmen des Möglichen, die einzige Lösung zur Wiedergewinnung der Würde sowie des rechtlichen und moralischen Potentials der Person. Diese Richtung, die wir als die biographische bezeichnen könnten, wurde nun mit einigen neuen gesetzgeberischen Komponenten eingeschlagen.



In der Konvention von Oviedo des Europarats, die ein in Italien noch nicht ratifiziertes internationales Abkommen darstellt, das allerdings als Interpretationshilfe herangezogen wird, wurde Folgendes festgelegt: „Kann ein Patient zum Zeitpunkt der medizinischen Intervention seinen Willen nicht äußern, so sind die Wünsche zu berücksichtigen, die er zu einem früheren Zeitpunkt im Hinblick auf eine solche medizinische Maßnahme geäußert hat.“ Im ärztlichen Ehrenkodex, der zwar keine Gesetzeskraft hat, aber für den medizinischen Berufsstand verbindlich ist, heißt es, dass der/die Arzt/Ärztin im Falle von Patienten, die nicht im Stande sind, den eigenen Willen auszudrücken, „angehalten ist, im Rahmen der eigenen Entscheidungen, den zuvor vom Patienten geäußerten Willen zu berücksichtigen, soweit eine solche Willensäußerung als sicher und dokumentiert gilt“. Im Ehrenkodex des Krankenpflegepersonals wird hinzugefügt, dass „die Krankenschwester/der Krankenpfleger in Fällen, in denen der betreute Patient nicht in der Lage ist, seinen Willen auszudrücken, dem zu entsprechen hat, was die/der Betroffene zuvor klar und in dokumentierter Form ausgedrückt hat“.

3. Was bedeutet „ist zu berücksichtigen“? ²

2) *Im italienischen Originaltext „tenere in considerazione“.*

Zunächst einmal schließt die Formulierung „Ist zu berücksichtigen“ das Nichtbeachten des zuvor ausgedrückten Willens aus. Es ist also nicht mehr möglich, so zu handeln, als wäre keine Patientenverfügung vorhanden, sondern es ist – eben - der einmal geäußerte Wille zu berücksichtigen. Andererseits verhindert diese Wortwahl, dass die Patientenverfügung als bindend gilt, denn „ist zu berücksichtigen“ bedeutet nicht zwingend eine unverrückbare Pflicht des/der handelnden Arztes/Ärztin, sich immer und in jedem Fall daran zu halten, was der/die Kranke zuvor verfügt hat. Die in der Konvention und im Ehrenkodex enthaltene Wortwahl kann also dazu dienen, die schwierigsten Aspekte des Problems abzuschwächen und damit dem/der Arzt/Ärztin einen Handlungsspielraum zu lassen, der tendenziell darauf ausgerichtet ist, den zuvor geäußerten Willen zu respektieren.

Bei dem Versuch, die getroffene Wortwahl mit weiterem Bedeutungsinhalt zu füllen, kann aus der Formulierung „ist zu berücksichtigen“ die Pflicht abgeleitet werden, dass eine auf den Fall bezogene, vernünftige Begründung in den Fällen anzuführen ist, in denen vom zuvor geäußerten Willen abgewichen werden soll. So




könnten also diejenigen, die sich eventuell nicht an Patientenverfügungen halten würden, dies nicht einfach willkürlich machen, sondern hätten die Pflicht, ihre Entscheidung zu begründen, um, abgesehen von Gewissensgründen, zumindest darzulegen, inwiefern sich die ursprünglichen Umstände, die den zuvor ausgedrückten Willen bedingt hatten, inzwischen geändert haben. In diesem Sinne hatte sich ja bereits das Nationale Komitee für Bioethik im Jahr 2003 geäußert.

„Gelangt der Arzt/die Ärztin nach bestem Wissen und Gewissen zu der festen Überzeugung, dass die Wünsche des/der Erkrankten nicht nur legitim, sondern auch aktuell sind, so stellt deren Erfüllung nicht nur einen Teil der mit seinem/r Patienten/in eingegangenen Allianz dar, sondern auch eine eindeutige, sich aus dem Ehrenkodex ergebende Pflicht. Wäre es doch eigenartig, würde man die Wünsche des/der Kranken dergestalt berücksichtigen, dass man, ohne dass eine Änderung seiner/ihrer Situation eingetreten wäre, seinen/ihren Wünschen zuwiderhandelte.“

Die Formulierungen der Konvention von Oviedo und des ärztlichen Ehrenkodexes können also in dem Sinn mit Inhalt erfüllt werden, dass die Patientenverfügung in dem Maße als verbindlich zu betrachten ist, als diese bewusst und in Übereinstimmung mit den tatsächlichen Umständen, in denen sich der/die Patient/in befindet, verfasst wurde. Mag auch eine gänzlich allgemein formulierte Patientenverfügung einen weiten Ermessensspielraum eröffnen, so scheint es doch im Gegensatz zu den geltenden Grundsätzen zu stehen, eine solche, die bewusst und klar formuliert wurde, nicht zu respektieren.

4. Ist es möglich eine Vertrauensperson zu nennen?

Unsere Rechtsordnung kennt noch keine klar definierte Vertrauensperson, die in Bezug auf das eigene Lebensende zu nominieren wäre. Einige Gerichte haben jedoch die allgemeiner definierte Figur des/der Sachwalters/in (Art. 404 ff. Zivilgesetzbuch) herangezogen, um so den Personen, die unfähig sind, die eigenen Interessen wahrzunehmen, eine/n Vertreter/in für den Bereich des medizinischen Behandlungsplans beizustellen. Eine solche Sachwalterschaft kann von der begünstigten Person selbst (Art. 406) beantragt werden, und es scheint keine überzeugenden Gründe dafür zu geben, bei Vorliegen einer der bestehenden Situation angemessenen Willensäußerung des/der Kranken, auszuschließen, seinen/ihren Sachwalter/in, auch im Hinblick auf die medizinische Behandlung an seinem/ihrer Lebensende zur Vertretung seiner Interessen zu bevollmächtigen. Die Figur des/der Sachwalters/



in könnte also so ausgestattet werden, dass bei Vorliegen einer spezifischen Bevollmächtigung, diese/r den Willen der unfähig gewordenen Person auch im Hinblick auf die Unterbrechung lebenserhaltender Behandlungen vertreten könnte. Dies wäre eine Annäherung an die Figur der bevollmächtigten Vertrauensperson, wie sie in den betreffenden Normen einiger anderer Rechtsordnungen vorgesehen ist.

5. Wie ist bei Nichtvorliegen einer Patientenverfügung zu verfahren?

Bei den bisher dargestellten Möglichkeiten geht man davon aus, dass der/die Patient/in, bevor er/sie in einen Zustand verfällt, in dem er/sie unfähig ist, den eigenen Willen zu artikulieren, seine Entscheidungen dazu getroffen hat, zu welchen medizinischen Behandlungen er/sie Zugang wünscht, zu welchen nicht und wen er/sie bevollmächtigen will, seinen/ihren Willen zu vertreten. Liegen solche Willenserklärungen nicht vor, oder sind diese so allgemein gehalten, dass keine klaren Forderungen des/der Patienten/in ablesbar sind, so stellt sich das Problem in einer noch komplizierteren Form. Diesbezüglich sei unter anderem auf ein Urteil der Ersten Zivilsektion des Kassationsgerichtshofs (Nr. 21748 von 2007) verwiesen, in dem eine Reihe von Bedingungen als Voraussetzungen für die Unterbrechung lebenserhaltender Behandlungen festgelegt wurden. Der Gerichtshof hat unter anderem den Grundsatz festgelegt, dass „auf Ersuchen des vertretenden Vormunds, wobei der Spezialkurator zu hören ist“, der/die Richter/in die Deaktivierung der Ernährung und der künstlichen Flüssigkeitszufuhr ausschließlich nur bei Vorliegen der folgenden zwei Voraussetzungen verfügen kann:

“(a) Der Zustand des Wachkomas ist aufgrund einer vollständigen klinischen Abklärung als irreversibel zu betrachten und es besteht nach den international anerkannten wissenschaftlichen Standards keinerlei medizinische Grundlage, die eine wie immer geartete minimale Möglichkeit zur Wiedergewinnung eines auch nur schwachen Bewusstseinszustandes und damit zur Rückkehr zu einem auch nur geringen Erkennen der externen Welt als möglich erscheinen ließe.

(b) Die genannte Forderung muss, auf der Grundlage klarer, eindeutiger und überzeugender Beweiselemente, der realen, verbalen Ausdrucksweise des/der Patienten/in, seinen/ihren früher abgegebenen Erklärungen, seiner/ihrer Persönlichkeit, seinem/ihrem Lebensstil, seinen/ihren Überzeugungen und seiner/ihrer Auffassung von Menschenwürde entsprechen, so wie sich diese darstellten, bevor er/sie in den Zustand nicht vorhandenen Bewusstseins verfallen ist.



Von diesen Grundsätzen ausgehend, die als streng gelten können und dem Prinzip der äußersten Vorsicht bei einem solchen Unterfangen entsprechen, das die Rekonstruktion des individuellen Willens zum Ziel hat, wird hervorgehoben, dass der/die Richter/in auch dann, wenn keine schriftlichen Unterlagen mit eindeutigen Willensäußerungen vorliegen, angehalten ist, die Entscheidung lebenserhaltende Behandlungen zu beenden, sorgsam zu prüfen hat.

6. Der Fall der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

Vom rechtlichen Standpunkt aus erscheinen künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr keineswegs als Ausnahmen von den allgemeinen bis hierher ausgeführten Regeln. Es kann wohl kaum geleugnet werden, dass Techniken der genannten Art medizinische Behandlungen darstellen, sodass derjenige, der kein/e Arzt/Ärztin ist und eine PEG vornimmt oder eine nasale Magensonde einführen oder klinisch steuern würde (wobei zum Beispiel eingebrachte Substanzen und Arzneimittel prozentuell zu dosieren sind), wegen widerrechtlicher Ausübung des ärztlichen Berufs belangt würde. Dazu ist auch ein kürzlich ergangenes Urteil des Kassationsgerichtshofs (Urteil 21748 von 2007) zu beachten, aus dem folgender Wortlaut zu entnehmen ist:

“Es besteht kein Zweifel, dass künstliche Flüssigkeitszufuhr und künstliche Ernährung mit Hilfe einer nasalen Magensonde den medizinischen Behandlungen zuzurechnen sind. Solche Behandlungsformen sind Bestandteile eines Verfahrens, das wissenschaftliche Kenntnisse voraussetzt, die von ÄrztInnen umgesetzt werden, auch wenn solche Behandlungen in der Folge von Nicht-Ärzten/Ärztinnen fortgesetzt werden. Die betreffenden Verfahren bestehen in der Verabreichung von Präparaten in Form von chemischen Verbindungen und können ohne Hilfe technischer aufwendiger Mittel nicht durchgeführt werden.

Diesen Überlegungen steht der Standpunkt derjenigen gegenüber, die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr als Pflichtbehandlungen betrachten, die aus der Patientenverfügung auszuschließen sind, was nun, in diesem Sinne, in einen Gesetzesentwurf aufgenommen wurde, der gegenwärtig in der Abgeordnetenversammlung zu Diskussion steht.



Textbausteine für eine Patientenverfügung

Die folgenden Textbausteine verstehen sich lediglich als **Anregungen und Formulierungshilfen**. Für eine bestimmte medizinische Situation finden Sie jeweils unterschiedliche Textbausteine.

Daneben sind auch andere Festlegungen möglich.

Setzen Sie sich ganz persönlich mit diesen Fragen auseinander und lassen Sie sich bei der Erstellung der Patientenverfügung beraten.

Die Textbausteine orientieren sich an der Broschüre „Patientenverfügung“ des Deutschen Bundesministeriums der Justiz.

1. Eingangsformel

Ich ... (Name, Vorname, geboren am, wohnhaft in) bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann.

2. Exemplarische Situationen in denen die Verfügung gelten soll

Wenn ich

- mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde...
- mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist...
- in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (können namentlich benannt werden) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir



bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist ¹.

- in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei einer Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zuzunehmen ².

1) Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patientinnen oder Patienten sind unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei Wachkoma-Patienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein weitgehend eigenständiges Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.

2) Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z.B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennt der Kranke selbst nahe Angehörige nicht mehr und ist schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.


3. Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung ärztlicher oder pflegerischer Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.
- auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte.

ODER

- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden.

- 
- Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.
 - Ich wünsche mir fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

Schmerz- und Symptombehandlung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.

ODER

- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung.
- die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Künstliche Ernährung ³

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird.

ODER

- dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) erfolgt.

3) Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten.



Künstliche Flüssigkeitszufuhr⁴

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.

ODER

- die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.

ODER

- die Unterlassung jeglicher künstlichen Flüssigkeitszufuhr.

4) Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden kann schädlich sein, weil sie u.a. zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann.

Wiederbelebung⁵

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung.

ODER

- die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.
- dass der eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

B. Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

ODER

- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen medizinischer Maßnahmen unerwartet eintreten.

5) Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebungsmaßnahmen sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z.B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.



Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

ODER

- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

ODER

- dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

ODER

- Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden.

Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

ODER

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung meiner Beschwerden.



Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

ODER

- wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

ODER

- wenn möglich in einem Hospiz/Palliativabteilung sterben.

Ich möchte

- Beistand durch folgende Personen:

- Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

- hospizlichen Beistand.


4. Ergänzende persönliche Angaben

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

- Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen (Lebenseinstellung, religiöse Überzeugung, Bewertung von Schmerzen und schweren Schäden...)
- Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

5. Aussagen zur Verbindlichkeit

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Mein(e) Vertreter(in) – z.B. Bevollmächtigte(r)/ soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.



In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein.

- Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/ Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.

6. Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Bevollmächtigte(r)

Name:

Anschrift:

Telefon:

Telefax:

7. Organspende

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender/in in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann

(Alternativen)



geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

ODER

- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

8. Information und Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei/durch

und beraten lassen durch

9. Ärztliche Aufklärung und Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau

wurde von mir am

bzgl. der Festlegungen und möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum

Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes

9. Schlussbemerkungen

- Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.
- Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.
- Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.
- Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

10. Aktualisierung

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

(Alternativen)

in vollem Umfang.

mit folgenden Änderungen:

Two horizontal light blue bars for entering details of the changes.

Datum

Light blue bar for entering the date.

Unterschrift

Light blue bar for entering the signature.

11. Aufbewahrung

Hausarzt/ärztin, Bevollmächtigte, Sachwalter? (Information an Verwandte)



Begriffe

Assistierter Suizid (Beihilfe zur Selbsttötung)

Selbsttötung mit Hilfe einer Person, welche ein Mittel zur Selbsttötung bereitstellt.

Ärztlich assistierter Suizid

Beihilfe zur Selbsttötung durch eine/n Arzt/Ärztin, üblicherweise durch die Verschreibung einer tödlichen Dosis eines Schlafmittels. In Italien ist assistierter und ebenso ärztlich assistierter Suizid verboten.

Ethik

Ethik ist eine Disziplin der Philosophie und befasst sich mit dem menschlichen Handeln, so bezeichnet man sie – und die von ihr abgeleiteten Disziplinen – auch als „praktische Philosophie“. Sie reflektiert wissenschaftlich moralische Prinzipien, Werte, Tugenden, Geltungsansprüche, Forderungen, Begründungen etc. und formuliert und begründet und auch Handlungs- und Verhaltensregeln.

Hirntod

Zustand des irreversiblen Erlöschenseins der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms, bei einer durch kontrollierte Beatmung noch aufrechterhaltenen Herz-Kreislauffunktion.

(Erste Hirntoddefinition 1968, Harvard)

Hospizidee

Schwerkranke und sterbende Menschen sollen unabhängig von ihrer Herkunft, Weltanschauung usw. bis zum letzten Augenblick des Lebens wichtig genommen werden und nicht nur in Würde sterben, sondern auch leben können bis zuletzt. Das Hospiz-Konzept besteht darin, ganzheitlich auf die Bedürfnisse schwerkranker und sterbender Menschen und deren Angehörigen einzugehen. Es soll weder künstlich Leben verlängert noch aktiv Sterbehilfe geleistet, sondern eine humane Begleitung bis zum Tod und darüber hinaus gewährt werden.



Informiertes Einverständnis

(consenso informato, ital.; informed consent, engl.)

Einwilligung eines/r urteilsfähigen Patienten/in in eine medizinische Maßnahme, nachdem er/sie seitens des/r Arztes/Ärztin entsprechend über Vor- und Nachteile informiert wurde.

Intensivmedizin („an Schläuchen hängen“...)

Die Intensivmedizin schafft Voraussetzungen, damit schwer erkrankte PatientInnen wieder gesund werden können.

Dies geschieht auf sehr hohem technischem Niveau, nach bestem Wissen und Gewissen, doch nicht nur um des technisch Machbaren, sondern auch des menschlich und ethisch Sinnvollen willen.

Methoden für einen vorübergehenden Ersatz ausgefallener Organe, um sie zu entlasten und zu regenerieren:

Künstliche Beatmung: Mit modernen Beatmungsgeräten kann eine kranke Lunge (Lungenschaden, Brustkorbverletzungen, Vergiftungen...) mit relativ gutem Komfort für den/die Patienten/in auch über längere Zeit ersetzt werden. An großen Zentren kann Blut auch außerhalb des Körpers über eine Herz-Lungen-Maschine mit Sauerstoff angereichert werden.

Nierenersatztherapie (allgemein als Nierenwäsche bekannt): Nierenversagen ist bei schwerer Erkrankung relativ häufig. Die Nierenfunktion kann heute technisch mit Pumpen und Filtern auch vorübergehend gut ersetzt werden, in der Intensivmedizin geschieht dies eher durch Hämofiltration als durch Hämodialyse.

Herzversagen: Die Unterstützung des Herzens geschieht in erster Linie immer medikamentös. In seltenen Fällen kann in Erwartung einer Herztransplantation auch eine Pumpe in der Hauptschlagader oder ein künstliches Herz die Aufrechterhaltung des Kreislaufs gewährleisten.

Viele Schläuche und Kabel in der Intensivmedizin dienen der Überwachung bzw. der Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung bzw. der Ableitung von Körperflüssigkeiten.



Künstliche Ernährung

Unter künstlicher Ernährung versteht man die Ernährung eines Menschen, der nichts essen kann, darf oder will, unter Einsatz von medizinischen Hilfsmitteln.

Bei der künstlichen Ernährung wird die Wegstrecke der Nahrung von der Aufnahme mit dem Mund bis zur Aufnahme der Nährstoffe im Darm bzw. dann ins Blut ersetzt.

Je nach Ersatz dieser Wegstrecke wird funktionell zwischen „enteraler“ und „parenteraler“ Ernährung unterschieden.

Enterale Ernährung bedeutet Ernährung über den Magen-Darm-Trakt. Dies geschieht heute vorwiegend über Sonden (Magensonde, PEG, s. unten)

Parenterale Ernährung bedeutet Ernährung unter Umgehung des Verdauungstraktes durch direkte Verabreichung der Nährstoffe ins Blut (als Infusion über Venenkatheter).

Lebenserhaltende Maßnahmen

Zu den lebenserhaltenden Maßnahmen im engeren Sinn gehören die Reanimation (Herz-Lungen-Wiederbelebung) und die Beatmung. Im weiteren Sinn gehören dazu auch die Verabreichung von Medikamenten, Transfusion von Blut, Dialyse, Sauerstoffzufuhr, künstliche Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr.


Lebensqualität

Mit dem Begriff Lebensqualität werden üblicherweise die Faktoren bezeichnet, die die Lebensbedingungen in einer Gesellschaft beziehungsweise für deren Individuen ausmachen. Im allgemeinen Sprachgebrauch wird mit Qualität des Lebens vorwiegend der Grad des Wohlbefindens eines Menschen oder einer Gruppe von Menschen beschrieben. Ein Faktor ist der materielle Wohlstand, daneben gibt es eine Reihe von weiteren Faktoren wie Bildung, Berufschancen, sozialer Status, Gesundheit etc...

Leichnam

Der Begriff Leichnam bezeichnet den toten menschlichen Körper.

Auch der tote Körper hat seine Würde. Würde und Achtung des toten menschlichen Körpers sind durch bestimmte Rechtsvorschriften geschützt und durch rituelle und kulturelle Bräuche geregelt.



Organspende: Ein Mensch kann zu Lebzeiten verfügen, dass er im Todesfall seine Organe, Gewebe oder Zellen kranken Menschen zur Verfügung stellen möchte. Der Leichnam wird dabei weiterhin intensivmedizinisch betreut, damit die Organe, Gewebe und Zellen bis zum Zeitpunkt der Entnahme ausreichend mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt werden können.

Autopsie / Obduktion: Darunter versteht man die medizinische Untersuchung eines Leichnams (Pathologie oder Gerichtsmedizin) aus wissenschaftlichen oder forensischen Gründen.

Magensonde

Sonde zur Nahrungs-, Flüssigkeits- und Medikamentenzufuhr für Menschen, bei welchen eine normale Passage der oberen Verdauungswege (Mund, Rachen, Kehlkopf, Speiseröhre) nicht möglich ist, z.B. bei Schluckstörungen, mechanischen Hindernissen wie Tumoren...Über eine solche Sonde kann auch Mageninhalt abgeleitet werden.

Eine Magensonde ist einfach zu legen und eher für kurzzeitige Anwendungen geeignet.

Moral

Moral bezeichnet meist die faktischen Handlungsmuster, -konventionen, -regeln oder -prinzipien bestimmter Individuen, Gruppen oder Kulturen, sofern diese wiederkehren und sozial anerkannt werden. Moral beschreibt demnach, was Menschen faktisch für richtig halten oder was sie gemäß ihrer Vorstellungen vom richtigen Handeln tun bzw. erwarten. So wird Moral auch als Sittlichkeit bezeichnet.

Mutmaßlicher Wille (living will)

Der mutmaßliche Wille entspricht dem Willen, den der/die Patient/in wahrscheinlich äußern würde, wenn er/sie noch einwilligungsfähig wäre. Er ergibt sich aus der Bewertung aller feststellbaren Informationen wie Patientenverfügung, Angaben einer ernannten Vertrauensperson, früher gemachten Äußerungen und anderen biographischen Hinweisen.



Palliative Care

Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von PatientInnen und deren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, zutreffende Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art (WHO 2002).

Palliative Sedierung

Unter palliativer Sedierung versteht man die Verabreichung von beruhigenden oder Schlaf machenden Medikamenten, um durch eine Bewusstseinsminderung oder Schlaf unerträgliche Symptome zu lindern, die auf keine andere Behandlung ansprechen. Dies muss in informiertem Einverständnis des/der Patienten/in (und seiner/ihrer Angehörigen) erfolgen.

Patientenverfügung

Patientenverfügungen sind schriftliche, mit dem Datum ihrer Erstellung versehene Willensbekundungen einer einwilligungsfähigen Person (betroffene Person), die diese im Hinblick auf medizinische oder pflegerische Maßnahmen abgibt, die im Fall ihrer Einwilligungsunfähigkeit vorgenommen oder unterlassen werden sollen.

PEG (perkutane endoskopische Gastrostomie)

Die PEG ist ein mittels Magenspiegelung (endoskopisch) angelegter direkter Zugang zum Magen, der die Bauchwand durchdringt und der bei PatientInnen mit Schluckstörungen unterschiedlichster Ursache die künstliche Ernährung über lange Zeit ermöglicht.

Sachwalterschaft

Mit dem Gesetz Nr. 6 vom 9. Jänner 2004 hat der Gesetzgeber eine neue Schutzmöglichkeit für vollständig oder teilweise handlungsunfähige Menschen eingeführt, die ihr tägliches Leben nicht mehr ohne Hilfe bewältigen können und für sie befristete oder unbefristete Sachwalterschaft vorgesehen.

Der wesentliche Unterschied im Vergleich zu den früheren Rechtsinstituten der Entmündigung ist der Umstand, dass

dem/der Betroffenen seine/ihre Handlungsberechtigung nicht entzogen, sondern so geringfügig wie möglich eingeschränkt wird.

Sterbehilfe

aktiv (Euthanasie, Tötung auf Verlangen)

...das aktive, bewusste ärztliche Eingreifen zur Beendigung des Lebens auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten/der Patientin. Ziel der Handlung ist es, den schnellen Tod des Patienten/ der Patientin herbeizuführen.

passiv

...die Entscheidung, bei einem schwer kranken und aussichtslos leidenden Menschen entweder auf eine lebensverlängernde Therapie zu verzichten oder eine bereits begonnene lebensverlängernde Therapie zu unterbrechen.

.....das dem Patientenwunsch entsprechende Weglassen / Beenden von lebensverlängernden / sterbensverlängernden Maßnahmen.

Sterben

Unter Sterben versteht man jene Zeit am Ende des Lebens, die den Übergang vom Leben zum Tod darstellt. Biologisch gesehen läuft das Sterben in mehreren Phasen ab, der Tod tritt ein, wenn alle Funktionen des Organismus definitiv still stehen.

Klinischer Tod

Herz-Kreislauf- und Atemstillstand, Wiederherstellung dieser Funktionen durch Herzmassage und Beatmung (Reanimation) für gewisse Zeit möglich.

Hirntod

Kompletter Funktionsausfalls des gesamten Gehirnes und somit Tod des Menschen. Der Hirntod gilt heute juristisch als Todeszeitpunkt.

Bei längerer schwerer Krankheit spricht man von weiteren Phasen, welche die Nähe zum Sterben beschreiben.

Terminalphase

Stadium einer Erkrankung, das dem Tod vorausgeht – es handelt sich um Tage und Wochen.

Finalphase

Stadium einer Erkrankung, das dem Tod unmittelbar vorausgeht – es handelt sich um Stunden und Tage (ca. 72 h).



Therapeutisches Beharren

(accanimento terapeutico, ital.; futile therapy, engl.)

Therapeutisches Beharren (therapeutischer Übereifer) stellt eine Haltung gegenüber sterbenden Menschen dar, die den Einsatz aller diagnostischen und therapeutischen Mittel umfasst, um eine Person, deren Sterbeprozess einen unaufhaltsamen Verlauf genommen hat, am Leben zu erhalten, ohne Rücksicht auf die individuelle und spezifisch klinische Situation.

Total pain

Gesamtheit des Schmerzes kranker Menschen, die zusätzlich zur körperlichen auch die psychische, soziale und spirituelle Dimension erfasst (nach Cicely Saunders).

Wachkoma (apallisches Syndrom, vegetative state)

Koma nach krankheits- oder verletzungsbedingter Hirnschädigung; funktioneller Ausfall der gesamten Großhirnfunktion oder größerer Teile, während Funktionen von Zwischenhirn, Hirnstamm und Rückenmark erhalten bleiben.

persistent vegetative state: zumindest teilweise rückbildungsfähiger Zustand.

permanent vegetative state: wenn nach medizinischem Ermessen mit keiner Änderung des Zustandes zu rechnen ist.



Literatur und Informationen zum Thema Patientenverfügungen im Internet

Internet

Webseite des Landesethikkomitees

www.provinz.bz.it/bioethik

Broschüre des deutschen Bundesministeriums der Justiz: Patientenverfügung. Leiden, Krankheit, Sterben: Wie bestimme ich, was medizinisch unternommen werden soll, wenn ich entscheidungsunfähig bin?

http://www.bmj.bund.de/files/-/3903/Patientenverfuegung_Broschuere_Oktober_2009.pdf

Textbausteine des deutschen Bundesministeriums der Justiz als Word-Dokument:

http://www.bmj.bund.de/files/-/1065/Textbausteine_Patientenvfg_Stand_September_2009.doc

Broschüre des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz: Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter (mit Formular einer Patientenverfügung)

<http://www.verwaltung.bayern.de/Anlage1928142/VorsorgefuerUnfall,KrankheitundAlter.pdf>

Informationsseite der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. zum Thema „Patientenautonomie am Lebensende“:

http://www.aem-online.de/index.php?new_kat=36&artikel_id=70&action=read

Aktuelle Liste mit Vordrucken für Patientenverfügungen mit Links zu den Volltexten (soweit frei im Internet verfügbar) von Dr. Arnd May

<http://www.medizinethik.de/verfuegungen.htm>

Internet-Seiten des Programms „Respecting Choices“ in La Crosse (Winsconsin, USA)

<http://www.respectingchoices.org/>



Literatur

Meier C., Borasio G.D., Kutzer K. (Hg.)

Patientenverfügung. Ausdruck der Selbstbestimmung - Auftrag zur Fürsorge. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer 2005.

Frewer A., Fahr U., Rascher W. (Hg.)

Patientenverfügung und Ethik. Beiträge zur guten klinischen Praxis. Würzburg: Königshausen & Neumann 2009.

Marckmann G.

Patientenverfügungen. Vorsorge für das Ende des Lebens. Ärzteblatt Baden-Württemberg 2005;60(8):332-336

Marckmann G.

Lebensverlängerung um jeden Preis? Ethische Entscheidungskonflikte bei der passiven Sterbehilfe. Ärzteblatt Baden-Württemberg 2004;59(9):379-82

Marckmann G.

PEG-Sondenernährung: Ethische Grundlagen der Entscheidungsfindung. Ärzteblatt Baden-Württemberg 2007;62(1):23-27