

Patientenverfügung - medizinische und ethische Aspekte -

Jürgen Bickhardt, München (D)

Einleitung:

Die moderne Medizin hat viel dazu beigetragen, dass die Lebenserwartung der Menschen in den westlichen Ländern angestiegen ist und dass die Lebensqualität vieler, gerade auch älterer Menschen besser geworden ist. Früher als unheilbar geltende Krankheiten können geheilt werden. Oder ein längeres Leben bei guter Lebensqualität ist mit ihnen möglich geworden. Die Kehrseite dieser Entwicklung darf dabei nicht übersehen werden: Es gibt immer mehr langwierig oder auch leidvoll chronisch Kranke. Und die Medizin ist seit wenigen Jahrzehnten dazu in der Lage, nicht nur Leben zu verlängern, sondern auch das Sterben mittels medizinischer Maßnahmen in die Länge zu ziehen. Hochleistungsmedizin bis zum bitteren Ende gibt es noch immer. Das macht vielen Menschen Angst.

Besonders groß ist die Angst vor Krankheitssituationen, in denen eigene Entscheidungen nicht mehr getroffen werden können und in denen die Gefahr von Entmündigung und Fremdbestimmung groß ist. Die Menschen möchten mitentscheiden dürfen über Beginn oder Nichtbeginn, über Fortsetzung oder Beendigung medizinischer Maßnahmen. Die meisten von ihnen möchten auch Vorsorge für den Fall treffen, dass sie nicht mehr entscheidungsfähig sind. Eine solche Vorsorge ist - in Deutschland - möglich. Die Instrumente dafür sind die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht.

Die Patientenverfügung ist Thema des heutigen Abends. Aus der riesigen Fülle von Aspekten kann ich nur wenige herausgreifen, die Sie zur Diskussion anregen sollen: (Folie)

1. Grundsätze ärztlichen Handelns
2. Die Würde des Menschen und sein Recht auf Selbstbestimmung
3. Der Wille des Patienten
4. „Sterbehilfe“
5. Der aktuelle Streit über eine gesetzliche Regelung in Deutschland
6. Zusammenfassung (8 Thesen)

1. Grundsätze ärztlichen Handelns

(Folie)

Ärztliches Handeln (Folie) orientiert sich am aktuellen medizinischen Standard, der schnellen Wandlungen unterworfen ist und permanente ärztliche Fortbildung erforderlich macht. Es orientiert sich an medizinethischen Leitwerten, an der Rechtslage, den jeweils aktuellen standesrechtlichen Normen und an den individuellen ärztlichen Fertigkeiten, der Berufserfahrung und dem persönlichen Gewissen des einzelnen Arztes.

Die medizinethischen Leitwerte (Folie) haben eine jahrhundertealte Tradition, was leicht an der lateinischen Nomenklatur zu erkennen ist. Die wichtigsten in unserem Zusammenhang sind die Autonomie (voluntas aegroti) und das Wohl des Patienten (salus aegroti). Beim Wohl des Patienten geht es darum, dem Patienten Gutes zu tun (bonum facere) und ihm nicht zu schaden (nil nocere). Auch diese Leitwerte unterliegen im Laufe der Zeit einem Wandel, zumindest, was die Gewichtung der einzelnen Werte betrifft. So kommt sicher erst seit der Aufklärung der Autonomie und dem Prinzip der Fairness eine größere Bedeutung zu.

Ärztliches Handeln bewegt sich nie im rechtsfreien Raum. Insofern ist die Rechtslage (Folie) immer ein wichtiger Orientierungspunkt. Die Menschenwürde, das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und auf körperliche Unversehrtheit gehören zu den wichtigsten von der Verfassung geschützten Güter. Die Tötung auf Verlangen (Folie) ist im deutschen Strafrecht – wie in Italien – ein strafbarer Tatbestand. Rechtsbildende höchstrichterliche Urteile und Beschlüsse des Bundesgerichtshofs (Folie) haben in den vergangenen Jahren dazu beigetragen, viele, aber nicht alle Fragen im Zusammenhang mit Patientenverfügung und der Ermittlung des mutmaßlichen Willens zu klären. So ist der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen im Vorfeld des Sterbeprozesses im Einzelfall zulässig (BGH 1994); Patientenverfügungen sind als verbindlich anzusehen (BGH 2003); das Wohl des Patienten ist vorrangig subjektiv zu verstehen (BGH 2003) und eine gegen den Willen des Patienten durchgeführte künstliche Ernährung wird als rechtswidrig bezeichnet (BGH 2005).

Die Bundesärztekammer hat in ihren erstmals 1998 veröffentlichten Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung (2 Folien) einen Paradigmenwechsel von einer paternalistischen Arzt – Patienten – Beziehung hin zu einem partnerschaftlichen Verhältnis vollzogen. Aktive Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung - letzteres ist in Deutschland nicht strafbar - werden abgelehnt. In Übereinstimmung mit dem Patientenwillen ist eine Therapiezieländerung (palliativ statt kurativ) möglich; allerdings ist der Arzt unabhängig vom Therapieziel immer zu Basismaßnahmen verpflichtet. Dazu gehören auch das „Stillen von Hunger und Durst“, was nicht immer Kalorien - und Flüssigkeitszufuhr bedeutet. Bei einem einwilligungunfähigen Patienten ist eine Patientenverfügung verbindlich, wenn die konkret eingetretene Situation der in der Verfügung beschriebenen entspricht und wenn keine Anhaltspunkte für eine nachträgliche Willensänderung erkennbar sind. Die Ermittlung des mutmaßlichen Willens soll nach Regeln erfolgen, die der BGH 1994 vorgegeben hat.

Bei Ihnen in Italien gibt es wie in Deutschland keine gesetzliche Regelung. Auch eine rechtliche Bindung von Patientenverfügungen gibt es nicht. Aber Ihr Ärztekodex sieht auch vor: „Der Arzt darf nicht, wenn der Patient im Falle einer lebensbedrohlichen Situation nicht in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, den vorher geäußerten Willen nicht beachten.“ Ich schließe daraus, dass hier ganz ähnliche Tendenzen zu erkennen sind wie bei uns.

2. Die Würde des Menschen und sein Recht auf Selbstbestimmung: (Folie)

Vorrangiges Ziel medizinischen Handelns bei tödlich Erkrankten und Sterbenden ist die Wahrung ihrer Menschenwürde. Wäre würdevolles Leben bis zuletzt die Regel und würdeloses Sterben die Ausnahme, dann wäre der Ruf nach aktiver Sterbehilfe in Europa nicht so laut und Hospizarbeit überflüssig. Leider ist oft das Gegenteil der Fall: Die Umstände des Sterbens sind so, dass sie weithin als würdelos empfunden werden. Was wird - zumindestens bei uns - als würdelos empfunden?

- Die entwürdigenden Umstände, unter denen Pflegebedürftige, Sterbende, Demente oder Hochbetagte häufig leben müssen;
- Die Leidens- und Sterbensverlängerung durch Einsatz der Maximalmedizin Auch in aussichtloser Situation;
- Die Entmündigung und Fremdbestimmung gebrechlicher alter und kranker Menschen;
- Die Nichtbeachtung des erklärten, vorausverfügten oder mutmaßlichen Patientenwillens;
- Das Vorenthalten angemessener lindernder, insbesondere schmerzlindernder Therapie.

Diese Liste ließe sich fortsetzen und sieht bei Ihnen in Italien vermutlich ganz anders aus.

Im Zusammenhang mit derart unwürdigen Umständen von Leben und Sterben fallen häufig Ausdrücke wie „Unwertes Leben“ oder „Unwürdiges Dahinvegetieren“. Ich meine (Folie): Es gibt kein würdeloses menschliches Leben. Jedem Menschenleben ist Würde zuzusprechen. Und sei es noch so kläglich und geschunden. Unwürdig kann aber unser Umgang mit menschlichem Leben und mit Menschen sein.

Alle sind sich einig, dass die Würde des Menschen das höchste Gut ist. Die Meinungen darüber, was diese Würde ausmacht, gehen aber weit auseinander: Für die einen ist das Selbstbestimmungsrecht der Kern der Menschenwürde, für andere wird die Würde des Menschen erst durch Fürsorge konstituiert. Die beiden ethischen Leitwerte *salus* (Wohl) und *voluntas* (Autonomie) werden in der Debatte oft gegeneinander ausgespielt. Dabei gehören beide untrennbar miteinander verbunden.

Ich denke (Folie): Zum Kern der Menschenwürde gehören sowohl seine Freiheit, Entscheidungen für und über sich zu treffen, als auch sein Angewiesensein auf die Fürsorge anderer; was zu Beginn des Lebens immer, am Ende des Lebens häufig der Fall ist. „Der Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten ist eine Implikation der Fürsorge“ (Folie). So hat es in diesem Sommer die Evangelische Kirche in Deutschland formuliert. Fürsorge, die sich nicht vorrangig am Willen und subjektiven Wohl des Patienten orientiert, verfehlt ihren Auftrag. Umgekehrt (Folie) wird Selbstbestimmung häufig erst durch Fürsorge möglich. So lässt unerträglicher Schmerz keinen Raum mehr für Selbstbestimmung; erst seine Linderung lässt freie Willensentscheidungen zu. Deshalb „ist die flächendeckende Bereitstellung von Palliativmedizin und hospizlicher Versorgung eine wesentliche Voraussetzung für die wirksame Ausübung des Rechts auf Selbstbestimmung am Lebensende“ (Arbeitsgruppe beim BMJ „Patientenautonomie am Lebensende“, 2004).

3. Der Wille des Patienten:

(Folie)

Wir unterscheiden zwischen dem aktuell erklärten, dem vorausverfügten und dem mutmaßlichen Patientenwillen. Aus einem Flussdiagramm (Folie) der Universität München ist klar ersichtlich, dass es eine Hierarchie dieser Willensformen gibt: Vorrang hat immer der aktuell verfügte Willen (Folie), den durchaus auch Patienten äußern können, die unter Betreuung stehen. Beim einwilligungsfähigen Patienten besteht Konsens darüber, dass jeder Eingriff in seine körperliche Integrität seiner Einwilligung bedarf. Er hat auch das Recht, lebenserhaltende Maßnahmen abzulehnen. Diese Entscheidung muss respektiert werden, auch wenn sie anderen unsinnig erscheint. Natürlich hat die Selbstbestimmung auch Grenzen (Folie): So muss der Eingriff, den ein Patient einfordert, auch medizinisch indiziert sein. Er darf nicht gegen Rechtsgrundsätze (Beispiel: Tötung auf Verlangen) oder standesrechtliche Regeln (Beispiel: Ärztliche Beihilfe zum Suicid) verstoßen. Selbstbestimmung kann auch begrenzt sein durch das persönliche ärztliche Gewissen. Kein Arzt kann dazu gezwungen werden, gegen sein Gewissen zu handeln, auch wenn der Wunsch des Patienten rechtens ist. Er soll aber in einer solchen Situation dafür sorgen, dass die Behandlung des Patienten durch einen anderen Arzt oder in einer anderen Einrichtung gemäß Patientenwunsch ermöglicht wird.

In einer Patientenverfügung (Folie) können für den Fall der eigenen Einwilligungsfähigkeit Wünsche zu Behandlung oder Nichtbehandlung in speziellen Krankheitssituationen im voraus festgelegt werden.

Unverzichtbare Bestandteile einer Patientenverfügung (Folie) sind neben einer Eingangsformel die möglichst präzise Beschreibung von Krankheitssituationen und von Wünschen, welche Maßnahmen in diesen Situationen ergriffen werden sollen und welche ausdrücklich nicht.

Darüberhinaus (Folie) sollte eine Patientenverfügung möglichst noch Folgendes enthalten: Aussagen zur Verbindlichkeit; Hinweise auf weitere Vorsorgemaßnahmen (wie das Erteilen einer Vollmacht an eine Vertrauensperson); Hinweise auf eigene Wertvorstellungen, Lebenshaltungen oder religiösen Anschauungen; Ergänzungen im Fall schwerer Krankheit sowie Wünsche zu Ort und Art der Begleitung. Die Patientenverfügung sollte möglichst regelmäßig aktualisiert werden. Und wenn bei der Erstellung eine Beratung erfolgt ist, sollte diese dokumentiert werden.

Die Vorsorgebroschüre des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz erfüllt all diese Bedingungen und gilt in Deutschland als eine der besten (von über 300 verschiedenen) Vorlagen.

Ist ein Patient nicht einwilligungsfähig und liegt keine Patientenverfügung vor, so sollte der mutmaßliche Wille ermittelt werden. Die Vorgaben (Folie) dazu wurden 1994 vom Bundesgerichtshof und 1998 von der Bundesärztekammer entwickelt. Es handelt sich dabei um wesentlich mehr als nur um das Zusammentragen früherer Willensäußerungen durch Dritte (Folie). Vielmehr sollen berücksichtigt werden: die Lebenserwartung, das Ausmaß leidvoller Symptome und die Toleranzfähigkeit des Betroffenen ihnen gegenüber. Darüber hinaus sind von Bedeutung Lebenseinstellungen, Wervorstellungen und religiöse Anschauungen. Letztlich geht es um die Ermittlung des subjektiven Wohls in der aktuellen Situation. Dabei sind körpersprachliche Äußerungen (bei größter Vorsicht in der Interpretation) mit zu berücksichtigen. Bei dieser Ermittlung geht es auch um Biographiearbeit, die nur im Miteinander aller wichtigen Bezugspersonen, in schwierigen Situationen auch durch ein Ethik-Konsil geleistet werden kann.

Ist auch der mutmaßliche Wille nicht ermittelbar, dann sollen sich Entscheidungen am objektiven Patientenwohl (Folie) orientieren. Das bedeutet nicht automatisch Entscheidung für Lebenserhalt. Zunächst müssen Nutzen (bonum facere) und Schaden (nil nocere) einer geplanten lebenserhaltenden Maßnahme gegeneinander abgewogen werden. Ergibt sich daraus keine handlungsleitende Entscheidung, dann gilt: „In dubio pro vita“.

4. „Sterbehilfe“: (Folie)

Der Begriff Sterbehilfe hat sich in Deutschland aus historischen Gründen eingebürgert. Ich persönlich halte ihn für außerordentlich problematisch. Werden doch so unterschiedliche Handlungen wie Tötung (auf Verlangen) auf der einen Seite und Sterben Geschehenlassen gemäß Patientenwunsch auf der anderen Seite mit dem gleichen Wort „Sterbehilfe“ bezeichnet.

Gerade in den zurückliegenden Monaten ist in Deutschland dieser Begriff in der Öffentlichkeit sehr undifferenziert benutzt worden. Rund 60 % der deutschen Ärzte und knapp 50 % der deutschen Vormundschaftsrichter können die verschiedenen Formen der Sterbehilfe nicht klar voneinander trennen und kennen die gültige Rechtslage nicht genau.

Was meint Sterbehilfe ? (Folie)

Wir unterscheiden in Deutschland zwischen aktiver Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen), assistiertem Suicid (Beihilfe zur Selbsttötung), passiver Sterbehilfe (Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen gemäß Patientenwunsch) und indirekter (aktiver) Sterbehilfe (Inkaufnahme eines früheren Todeszeitpunktes als unbeabsichtigte Folge lindernder ärztlicher Maßnahmen). Die aktive Sterbehilfe ist strafrechtlich verboten, der ärztlich assistierte Suicid ist in Deutschland nicht strafbar, wird aber von der Ärzteschaft abgelehnt.

Mir persönlich wäre es lieber, wenn wir auf den missverständlichen Begriff der Sterbehilfe verzichten könnten. Alternativ (Folie) sollte man Tötung auf Verlangen und assistierten Suicid als Euthanasie bezeichnen. Statt passiver Sterbehilfe sollte man von Sterbebegleitung sprechen. Darunter ist einerseits Palliativbetreuung und Hospizarbeit, andererseits die „Therapiezieländerung“ gemäß Patientenwunsch zu verstehen.

Therapiezieländerung (Folie) wird gern als Ersatz von „kurativen“ durch „palliative Maßnahmen“ beschrieben. Das kann als sehr statisches Modell missverstanden werden. Bei differenzierter Betrachtungsweise wird klar, dass der palliative Behandlungsansatz schon viel eher, letztlich bei allen chronischen Erkrankungen, praktiziert werden muss. Auch geht es nicht um die Beendigung „kurativer“ also heilender Maßnahmen, die bei chronischer Krankheit ohnehin oft nicht möglich erscheinen, sondern um das schrittweise Reduzieren lebenserhaltender Maßnahmen. Das beginnt beim Verzicht auf Organtransplantation und endet bei der künstlichen Ernährung. Von einem bestimmten Zeitpunkt an beschränkt man sich ausschließlich auf lindernde Maßnahmen.

5. Der aktuelle Streit über eine gesetzliche Regelung in Deutschland (Folie)

Die Verunsicherung der Gesellschaft, die mangelhafte Kenntnis der gültigen Rechtslage durch Ärzte und Richter, aber auch die missverständliche Rechtsprechung selbst waren Anlass für eine von allen Parteien gewünschte gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen in Deutschland (Folie). So hat die Bundesjustizministerin eine Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ ins Leben gerufen, die versucht hat, in ihrem Bericht (2004) die derzeit gültige Rechtslage in Gesetzesform zu fassen. Der inzwischen zurückgezogene Entwurf der Bundesjustizministerin hat sich wesentlich auf diesen Bericht bezogen. Wenig später hat sich die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“ in einer ausführlichen Stellungnahme dazu geäußert. Diese Vorschläge haben eine sehr emotional geführte Debatte in Deutschland ausgelöst.

Was sind die wichtigsten Streitpunkte ? (Folie)

Neben formalen Anforderungen (Beratungspflicht? Zwingende Schriftlichkeit?) sind die von der Enquetekommission geforderte Reichweitenbegrenzung, die ebenfalls geforderte verpflichtende Einschaltung eines Ethik-Konsils, die Ermittlung des sogenannten mutmaßlichen Willens und die Frage nach der Rolle des Vormundschaftsgerichts wichtige Streitpunkte.

Die meisten sind sich darüber einig, dass Beratung und Schriftlichkeit zwar dringlich zu empfehlen sind, aber nicht gesetzlich vorgeschrieben werden können. Ähnliches gilt für das Tätigwerden eines Ethik-Konsils, das in schwierigen Fällen als sinnvoll angesehen wird, nicht aber als Regelfall gesetzlich vorgeschrieben werden kann. Die Rolle des Vormundschaftsgerichts ist inzwischen höchstrichterlich geklärt: Nur im Konfliktfall. Auf die Problematik der Ermittlung des mutmaßlichen Willens soll an dieser Stelle nicht noch einmal eingegangen werden.

Als wichtigster Streitpunkt gilt die Frage nach der Reichweitenbegrenzung.

Die Befürworter einer Reichweitenbegrenzung möchten Patientenverfügungen nicht für alle Krankheitssituationen gelten lassen; einige von ihnen wollen, dass sich Patientenverfügungen nur auf den unmittelbaren Sterbeprozess beziehen sollen.

Dieser Standpunkt wird mit verschiedenen Argumenten begründet (Folie):

Man könne nie wissen, ob der Betreffende nicht seine Meinung geändert haben könnte; die Gefahr eines gesellschaftlichen Drucks, schon im Vorfeld des Sterbeprozesses auf lebenserhaltende Maßnahmen zu verzichten, könnte angesichts zunehmend knapper werdender Ressourcen im Gesundheitswesen durchaus real werden; die Grenze zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe sei ohnehin problematisch und die Grauzone so groß, dass eine gesetzliche Regelung ohne Reichweitenbegrenzung schnell zur Praxis aktiver Sterbehilfe führen könne; Selbstschädigung sei zwar erlaubt, Fremdschädigung nicht – und um eine solche würde es sich ja handeln wenn der Betroffene nicht mehr einwilligungsfähig ist.

Als Formel (Folie), wie eine solche Reichweitenbegrenzung gesetzlich formuliert werden könnte, wird neben dem unmittelbaren Sterbeprozess gern der Begriff der „irreversiblen tödlichen Erkrankung“ verwendet.

Aus medizinischer Sicht ist dieser Begriff aber sehr problematisch: Auf der einen Seite ist unser Leben von der Geburt an irreversibel tödlich angelegt; umgekehrt kann mit Sicherheit vom Sterbeprozess rückwirkend erst dann gesprochen, wenn der Tod eingetreten ist. Daneben darf nicht übersehen werden, dass es eine Anzahl irreversibel tödlicher Erkrankungen gibt, mit denen längeres Leben bei guter Lebensqualität möglich ist (Beispiel: HIV-Infektion, metastasierendes Mammacarcinom).

Ethisch gibt es sicher gute Begründungen für eine Reichweitenbegrenzung.

Verfassungsrechtliche und medizinische Einwände sprechen jedoch gegen eine gesetzlich festgeschriebene Reichweitenbegrenzung (Folie):

Grundgesetzliche Einwände:

Warum soll das, was für den aktuell erklärten Willen des entscheidungsfähigen Menschen gilt, nicht auch für den verbindlich vorausverfügten Willen gelten: **Kein Eingriff in die körperliche Integrität ohne Einwilligung des Betroffenen!**

Medizinische Einwände:

Sterben an „Altersschwäche“ z.B. muss erlaubt sein, ohne dass erst ein „irreversibel tödliches Grundleiden“ nachgewiesen werden muss.

Der vorausverfügte Verzicht auf Wiederbelebung muss möglich sein, auch wenn der Betroffene zuvor gesund war.

Der Verzicht auf aufwändige lebenserhaltende Maßnahmen wie Organübertragung, Dialyse, Heimbeatmung etc. muss auch in Krankheitssituationen erlaubt sein, die nicht die Bedingung des „irreversibel tödlichen Verlaufs“ erfüllen.

Selbst wenn es gelingen sollte (Folie), eine medizinisch plausible Formel für die gesetzlich vorzuschreibende Reichweitenbegrenzung zu finden, müsste dann noch definiert werden, wann welche lebenserhaltenden Maßnahme nicht mehr gewünscht werden darf.

Im Klartext: Wie soll die Reichweitenbegrenzung beispielsweise für die nicht mehr gewünschte Organtransplantation aussehen, wie für Dauerdialyse oder Heimbeatmung; und wie für Antibiotikagabe, diagnostische Verfahren und wie für die künstliche Ernährung, an die zwar alle denken, die aber nicht alleiniger Maßstab für gesetzliches Handeln sein kann. Ich glaube nicht, dass alle diese Einzelheiten gesetzlich lösbar sind, zumal ja - wegen der medizinischen Entwicklung - das Gesetz pausenlos umgeschrieben werden müsste.

Ich bleibe dabei (Folie): Auch wenn es honorige ethische Argumente für eine Reichweitenbegrenzung gibt, so ist sie verfassungsrechtlich außerordentlich problematisch und aus medizinischer Sicht sicherlich nicht praktikabel.

**7. Zusammenfassung: 8 Thesen
(9 Folien)**

- 1. „Die flächendeckende Bereitstellung von Palliativmedizin und hospizlicher Versorgung ist eine wesentliche Voraussetzung für die wirksame Ausübung des Rechts auf Selbstbestimmung am Lebensende.“
(Kommission beim BMJ “Patientenautonomie am Lebensende“)**
- 2. Die derzeitige Rechtslage in Deutschland lässt die wirksame Ausübung des Rechts auf Selbstbestimmung zu. Nichtwissen oder Ignoranz dieser Rechtslage haben zu einer allgemeinen Verunsicherung geführt, die eine gesetzliche Regelung zweckmäßig erscheinen lässt.**
- 3. Eine Patientenverfügung ist die Willensäußerung einer entscheidungsfähigen Person, die auch dann weiter gilt, wenn die Entscheidungsfähigkeit nicht mehr besteht. Schriftlichkeit wird dringend empfohlen, kann aber nicht Voraussetzung für ihre Wirksamkeit sein.**
- 4. Die medizinischen Situationen, in denen die in einer Patientenverfügung niedergelegten Behandlungswünsche zu beachten sind, sollen möglichst eindeutig beschrieben sein. Dabei können auch Situationen vor Einsetzen des eigentlichen Sterbeprozesses genannt werden, in denen das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen geboten sein kann, wenn dies dem Willen des Betroffenen entspricht.**
- 5. Die Abfassung einer Patientenverfügung sollte in Gespräche mit vertrauten Personen eingebettet sein. Die Beratung durch dafür qualifizierte Personen (z.B. Ärzte) ist dringend anzuraten, kann aber nicht Voraussetzung für die Wirksamkeit einer Patientenverfügung sein.**
- 6. Auch die Umsetzung einer Patientenverfügung sollte in Gespräche eingebettet sein (in erster Linie zwischen Bevollmächtigtem oder Betreuer und Arzt, gegebenenfalls unter Einbeziehung anderer wichtiger Bezugspersonen oder eines Ethik-Konsils).**
- 7. Die Ermittlung des mutmaßlichen Willens sollte (in Deutschland) entsprechend den Vorgaben des BGH (1994) und der Bundesärztekammer gesetzlich geregelt werden. Überall, also auch bei Ihnen, sollte es dabei letztlich um die Ermittlung des subjektiven Patientenwohles gehen.**
- 8. Eine Patientenverfügung sollte (in Deutschland) möglichst immer mit einer Vollmacht oder Betreuungsverfügung kombiniert werden.**

Schlussbemerkungen:

Adressat von Verfügungen dieser Art kann nie das Schicksal oder Gott sein, die ebenso unverfügbar sind wie Anfang und Ende unseres Lebens. Deshalb müssen wir uns auch bewusst sein, dass vieles nicht zu regeln ist. Der Tod wird immer ein Ärgernis bleiben.

Adressat unserer Patientenverfügungen sind Menschen, die an unserer Stelle Entscheidungen zu treffen haben, wenn wir dazu nicht mehr in der Lage sein sollten. Wir können Einfluss darauf nehmen, ob ausschließlich andere über uns als dereinst Sterbende verfügen oder nicht.

Wir Ärzte haben in erster Linie das Tun gelernt: Heilen, Leben retten, Leben verlängern. Zu wenig haben wir das Lassen gelernt. Auch das Geschehenlassen von Sterben. Wir waren oft zu wenig achtsam und einfühlsam, um zu erkennen, wann Lebensverlängerung in Sterbensverlängerung umschlägt.

Statt in aufwändigem Aktionismus dem zu Ende gehenden Leben Stunden, Tage oder Wochen zuzufügen, sollten wir – in aussichtsloser Situation – alles daran setzen, den verbleibenden Tagen Leben zu geben.