

Patientenverfügung oder Vertretungsperson? Und wie?

Ein Wegweiser mit Fokus auf ältere Menschen

Leistungsnachweis: Im Rahmen des Zertifikatsstudiengangs CAS 2014
Gerontologie heute
Psychologisches Institut der Universität Zürich
Zentrum für Gerontologie (ZfG)
August 2014 – Januar 2015 (13 Modultage)

von

Verena Keller, lic.iur.
Klarastrasse 10
8008 Zürich

Begleitet durch: Gabriela Bieri-Brüning, Dr. med.
Diskutantin und Jurymitglied

Mike Martin, Prof. Dr. phil., ZfG
Programmdirektion CAS, Sprechstunde, Jurymitglied

Geray Friederike, Dipl. Psych., ZfG
Programmleitung CAS, Jurymitglied

Eingereicht am: 31. Januar 2015

LITERATURVERZEICHNIS

ALBERS MARION, Inter- und intradisziplinäre Bausteine der gesetzlichen Regulierung von Patientenverfügungen, in: ALBERS MARION (Hrsg.), Patientenverfügungen, Baden-Baden 2008, S. 9 ff.

FIEHLER REINHARD, Sprache und Kommunikation im Alter, im Rahmen des CAS Gerontologie Heute, Zentrum für Gerontologie, Universität Zürich, 21. November 2014.

GETH CHRISTOPHER/MONA MARTINO, Widersprüche bei der Regelung der Patientenverfügung im neuen Erwachsenenschutzrecht: Verbindlichkeit, mutmasslicher Wille oder objektive Interessen? In: ZSR 2009, I. Halbband, S. 157 ff.

GRAF IRIS/STETTLER PETER/KÜNZI KILIAN ET AL., Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz, sozial-empirische Studie nach Konzept und im Auftrag von: Regina Aebi-Müller / Bianka Dörr / Andreas U. Gerber / Daniel Hürlimann / Regina Keiner / Bernhard Rütsche / Catherine Waldenmeyer, Bern 2014 (zit. NFP 67).

HAUSHEER HEINZ / GEISER THOMAS / AEBI-MÜLLER REGINA E., Das neue Erwachsenenschutzrecht, Bern, 2010.

HINRICHSEN K./SASS M./VIEFHUES H., Hsg., Materialien zur Erstellung von Wertanamnestischen Betreuungsverfügungen, Zentrum für Medizinische Ethik, Heft 84, Bochum, 1994.

MARTIN MIKE/KLIEGEL MATTHIAS, Psychologische Grundlagen der Gerontologie, 4. Aufl., 2014.

MERAN JOHANNES G./GEISSENDÖRFER SYLKE E./MAX ARND T./SIMON ALFRED (Hrsg.), Möglichkeiten einer standardisierten Patientenverfügung, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums der Gesundheit, Münster, 2002.

SAMW, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Patientenverfügungen, Basel, 2014, 4. Aufl. (zit. SAMW).

WIDMER BLUM CARMEN LADINA, Urteilsunfähigkeit, Vertretung und Selbstbestimmung – insbesondere: Patientenverfügung und Vorsorgeauftrag, Diss. Luzern 2010.

WUNDER MICHAEL in: ALBERS MARION (Hrsg.), Patientenverfügungen, S. 39 ff. , Baden-Baden 2008.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
Aufl.	Auflage
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (Deutschland)
BeKomm	Berner Kommentar
BGE	Amtliche Sammlung der Entscheidungen des Schweizerischen Bundesgerichts
BV	Bundesverfassung der schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101)
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heisst
Diss.	Dissertation
E.	Erwägung
etc.	et cetera
f./ff.	und (fort-)folgende Seite(n)
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum, Verbindung der Schweizer Ärzte und Ärztinnen
Hrsg.	Herausgeber
Kap.	Kapitel
lit.	litera
m.E.	Meines Erachtens
NFP	Nationales Forschungsprogramm
Rz.	Randziffer
S.	Seite(n)
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SJZ	Schweizerische Juristen-Zeitung (Zürich)
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
u.ä.	und ähnliches
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (SR 210)
Ziff.	Ziffer
zit.	zitiert
ZSR	Zeitschrift für Schweizerisches Recht
ZVW	Zeitschrift für Vormundschaftswesen (Zürich), neu: Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz (ZKE)

INHALTSVERZEICHNIS

I Zusammenfassung	1
--------------------------------	---

II Einleitung	1
----------------------------	---

Teil I

Ausgangslage

A) Erwachsenenschutzrecht	2
1. Das Selbstbestimmungsrecht	2
2. Die persönliche Vorsorge	3
3. Die Patientenverfügung	3
3.1 Gesetzlicher Schutz	3
3.2 Rechtliche Rahmenbedingungen	3
3.2.1 Voraussetzungen: Urteilsfähigkeit und Freiwilligkeit	3
3.2.2 Verbindlichkeit	3
3.2.3 Widerruf	4
3.2.4 Form	4
3.2.5 Inhalt	4
3.3 Vertretungsperson	5
3.3.1 Ausschliessliche Bezeichnung einer Vertretungsperson	5
3.3.2 Vertretungsperson in Verbindung mit schriftlichen Ausführungen	5
3.3.3 Aufgaben und Rolle der Vertretungsperson	5
3.3.4 Nichtannahme oder Kündigung durch die Vertretungsperson	6
3.3.5 Ersatzperson und Ersatzverfügung	6
4. Fazit	6
B) Fokus auf ältere Menschen	6
1. Ältere Menschen im Kontext der Patientenverfügung	6
2. Herausforderungen im Altersbereich ab 60ig	7
3. Sprache und Kommunikation im Alter	7
4. Bedürfnisse und Ängste mit Bezug auf das Lebensende	7
4.1 Bedürfnisse und Ängste alter und sterbender Personen	7
4.2 Bedürfnisse und Ängste der Bevölkerung	7
4.3 Unterschiede zwischen Kranken und Gesunden	8
5. Exkurs: Wach-Koma und Demenzerkrankung	8
6. Fazit	9
C) Erfahrungen aus der Praxis	9
1. NFP 67 „Lebensende“	9
1.1 Anlage und Dimension der empirischen Untersuchungen	9
2. Praxis und neues Erwachsenenschutzrecht	9
3. Erfahrungen bei der Umsetzung einer Patientenverfügung (PV)	10
3.1 Informationsstand	10
3.2 Häufigkeit	10
3.3 Direkte Umsetzung	10
3.4 Patientenverfügung als Indikator für den Patientenwillen	11
3.5 Patientenverfügung als Anlass und Grundlage für einen Klärungsprozess	11
3.6 Patientenverfügung als Instrument der Absicherung	11
3.7 Keine Berücksichtigung der Patientenverfügung	11

3.8 Schwierigkeiten	11
3.8.1 Interpretation	11
3.8.2 Patientinnen und Patienten haben zu wenig Kenntnisse	11
3.8.3 Wille kann prospektiv nicht eingeschätzt werden oder ist nicht stabil ..	12
3.8.4 Patientenverfügung ist im entscheidenden Moment nicht verfügbar ...	12
3.8.5 Probleme bezüglich Verbindlichkeit	12
4. Fazit	12

TEIL II

Errichten von Patientenverfügungen

A) Standardisierte Patientenverfügungen	13
1. Einleitung	13
2. Standardisierte Patientenverfügungen	13
3. Ziel und Zweck der Patientenverfügung	13
4. Qualität der Patientenverfügung	14
4.1 Willensbildungsprozess	14
4.2 Information und Beratung	14
4.3 Methoden	14
5. Fazit	14
B) Anforderungen an das autonome Errichten einer PV	14
1. Die wichtigsten Erkenntnisse	14
2. Empfehlungen	16
2.1 Informationsgrundlagen	16
2.2 Beste Form: Vertretungsperson und schriftliche Ausführungen in der PV	16
2.2.1 Vertretungsperson(en)	16
2.2.2 Schriftliche Form	16
a) Stellungnahme zu einzelnen medizinischen Massnahmen	17
b) Keine Stellungnahme zu einzelnen medizinischen Massnahmen	17
2.3 Fazit	17
C) Autodidaktische Auseinandersetzung	17
1. Methodenwahl	18
1.1 Idealtypische prospektive Situationen	18
1.2 Werteanamnestiche Methoden	18
1.2.1 Checklistenmethode	18
1.2.2 Narrative Methode	18
1.3 Fazit	18
2. Festlegen der Geschichten	19
2.1 Exkurs: Textbausteine für die Patientenverfügung	19
3. Autodidaktisches Instrument	19
3.1 Die fünf Geschichten nach KIELSTEIN/SASS	19
3.2.1 Aufbau	19
3.2. Festlegung von sechs Geschichten	19
3.2.1 Präsentationsform	19
3.2.2 Inhalte	19

Patientenverfügung oder Vertretungsperson? Und wie?

Ein Wegweiser mit Fokus auf ältere Menschen

I Zusammenfassung

In der Schweiz ist am 1.1.2013 das neue Erwachsenenschutzrecht in Kraft getreten, welches der Selbstbestimmung als Leitprinzip folgt. Danach können private Personen in einer Patientenverfügung festlegen - für eine allfällige und zukünftige Situation in der sie urteilsunfähig sein werden – welches ihre medizinischen Behandlungswünsche sind und wer sie vertreten soll.

Die erhöhte Anforderung an das Selbstbestimmungsrecht bedeutet, dass sich jede Person selbst und eigenständig mit der Patientenverfügung auseinandersetzen muss. Vorliegende Arbeit geht der Frage nach, wie ein Wegweiser für die **autonome Auseinandersetzung von potentiellen Patientinnen oder Patienten** aussehen könnte – mit Fokus auf den älteren Menschen ab etwa 60ig Jahren.

Als Ausgangslage werden erstens die gesetzlichen Vorgaben und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für das Errichten von Patientenverfügungen dargelegt. Zweitens wird der Fokus auf ältere Menschen erläutert und drittens - nach gut 2 Jahren Erwachsenenschutzrecht - ein Blick auf die Praxis und die Erfahrungen von Ärztinnen und Ärzten mit der Umsetzung von Patientenverfügungen geworfen. Daraus werden Schlussfolgerungen gezogen für das Errichten von Patientenverfügungen und das Einsetzen von Vertretungspersonen.

Mit Bezug auf die Anforderungen an das Errichten einer Patientenverfügung werden zwei Themen besonders beleuchtet: Zum einen die Frage, ob eine standardisierte Patientenverfügung eine Lösung wäre. Zum andern setzt die autonome Auseinandersetzung mit zukünftigen medizinischen Behandlungswünschen einen eingehenden **Willensbildungsprozess** voraus. Dazu wird eine **autodidaktische Methode** vorgeschlagen.

II Einleitung

Das **neue Erwachsenenschutzrecht** ist am 1.1.2013 in Kraft getreten. Es geht von der Selbstbestimmung als Leitprinzip aus. Neu kommt privatrechtlichen Vorkehrungen der Vorrang gegenüber behördlichen Massnahmen zu. Privatpersonen können eigene Vorkehrungen treffen mit Bezug auf medizinische Behandlungsentscheide im Falle von Urteilsunfähigkeit. Als Möglichkeit der privaten Vorsorge sieht das Gesetz die Patientenverfügung oder den Vorsorgeauftrag vor. Vorliegende Arbeit befasst sich mit der Patientenverfügung und soll der **autonomen Auseinandersetzung mit der Patientenverfügung von potentiellen Patientinnen und Patienten** dienen.

Die erhöhte Anforderung an das selbstverantwortliche Handeln setzt eine eingehende Auseinandersetzung voraus mit der eigenen Zukunft. Bei der Patientenverfügung handelt es sich um eine **antizipierte Willensbekundung** im Hinblick auf medizinische Behandlungsentscheide und das Lebensende. Welche relevanten Überlegungen sind mit Blick auf eine allenfalls eintretende Krankheits- oder Behandlungssituation anzustellen?

Wer Heute eine Patientenverfügung verfassen will, sieht sich einer Vielzahl von Mustern und ratgebenden Organisationen gegenüber. Bei der Frage nach der „richtigen Patientenverfügung“ geht es einerseits darum, wie eine Patientenverfügung zu verfassen ist und andererseits darum, ob es vorteilhafter ist, eine Vertretungsperson einzusetzen.

Im Fokus dieser Arbeit steht **der ältere Mensch ab zirka 60 Jahren**. Mit Blick auf die Lebenserwartung ist ab 60 Jahren mit rund 30-40 weiteren Lebensjahren zu rechnen. Insbesondere für ältere Menschen ist es wichtig, ihre Patientenverfügungen immer wieder zu überprüfen. Der ältere Mensch steht vor heftigen lebensverändernden Herausforderungen wie z.B. der Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit bis hin zum möglichen Autonomieverlust oder der Veränderung seines sozialen Umfelds – und sein Lebensende rückt näher.

Wir blicken auf fast 2 Jahre Erfahrung mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht zurück. Das Nationale Forschungsprogramm NFP 67 zum Thema „Lebensende“, mit Berichtsabschluss vom 10. Juli 2014, wirft einen **Blick auf die Praxis**. Erfragt wurden Erfahrungen mit Entscheidungsprozessen am Lebensende in Spitälern, Pflegeheimen, Hospizen oder auch Hausarztpraxen unter anderem mit Bezug auf die Patientenverfügung und das neue Erwachsenenschutzrecht. Die Erfahrungen der Ärztinnen und Ärzte bei der Umsetzung einer Patientenverfügung bilden eine wichtige Grundlage für die Frage, wie eine Patientenverfügung zu errichten ist oder worüber eine Vertretungsperson Bescheid wissen muss.

Mit Bezug auf die Anforderungen an eine Patientenverfügung werden zwei Themen beleuchtet. Zum einen, ob eine **standardisierte Patientenverfügung** eine Lösung sein könnte, um wenigstens als Leitplanke zu dienen. Zum andern interessiert der **Willensbildungsprozess** mit der Frage, welche relevanten Überlegungen anzustellen sind. Mit Blick auf die Schwierigkeiten in der Praxis beim Ermitteln des mutmasslichen Willens, sind die Ärztinnen und Ärzte auf ein möglichst ganzes und aktuelles Bild des Menschen angewiesen. Für das Ermitteln der Einstellungen eines Menschen mit Bezug auf medizinische Behandlungswünsche in einer zukünftigen Situation soll eine **autodidaktische Methode** vorgeschlagen werden.

Teil I Ausgangslage

A) Erwachsenenschutzrecht

1. Das Selbstbestimmungsrecht

Das neue Erwachsenenschutzrecht¹ ist am 1.1.2013 in Kraft getreten. Es geht von der Selbstbestimmung als Leitprinzip aus. Der Selbstbestimmung wird heute eine bedeutungsvollere Stellung eingeräumt als früher. Die allgemeine Sensibilität für Fragestellungen hat zugenommen, dies betrifft etwa die medizinischen Massnahmen, die dank dem Fortschritt der Wissenschaft und der neuen biologischen Erkenntnisse immer weitere Behandlungsmöglichkeiten und -erfolge möglich machen.² Das Selbstbestimmungsrecht folgt dem Bild einer „aufgeklärten, selbstverantwortlichen, gestaltungswilligen und -fähigen Bevölkerung“³ und „entspricht der Tendenz zu bewusster, autonomer Lebensgestaltung“.⁴ Neu kommt privatrechtlichen Vorkehrungen der Vorrang gegenüber behördlichen Massnahmen zu.⁵

Der vorliegenden Arbeit liegt folgende Definition von Selbstbestimmung zugrunde:⁶ „Das Recht auf Selbstbestimmung umfasst den Schutz der menschlichen Fähigkeit, **frei** bzw. **dem eigenen Willen gemäss** zu handeln und die Möglichkeit, die eigenen Überzeugungen und Interessen zum Ausdruck zu bringen, sie in einem als privat zu definierenden Lebensbereich **ohne Fremdeinwirkung** auszuleben und das Leben **eigenverantwortlich** aufgrund der eigenen besonderen Persönlichkeit zu führen“.

Die Idee der grösstmöglichen Selbstbestimmung, welche gesetzlich verankert wurde, führt dazu, „dass der Patient in aller Regel an seine Verfügung gebunden bleibt und die eigenen Anordnungen allein darüber entscheiden, welche Massnahmen durchgeführt werden und wer zur Vertretung berufen wird“. Es besteht damit die Gefahr, dass der Wille sich geändert haben könnte und nicht im Sinne der betroffenen Person gehandelt wird.⁷

¹ Es handelt sich um die Änderung des Zivilgesetzbuchs, zweiter Teil, dritte Abteilung.

² WIDMER BLUM, S. 8 f. mit Verweisen auf andere.

³ WIDMER BLUM, S. 8 mit Verweis auf BREITSCHMID PETER, Vorsorgevollmachten, Rz. 2 und BREITSCHMID, Behandlung, Rz.7.).

⁴ WIDMER BLUM, S. 8 mit Verweis auf BREITSCHMID PETER/REICH JOHANNES, Vorsorgevollmachten – ein Institut im Spannungsfeld von Personen-, Vormundschafts-, Erb- und Obligationenrecht, Rz. 1, in: ZVW 2001, S. 144 ff.

⁵ ZGB Art. 389 Abs. 1 Ziff. 2.

⁶ WIDMER BLUM, S. 17.

⁷ WIDMER BLUM, S. 191.

2. Die persönliche Vorsorge

Das Erwachsenenschutzrecht sieht vor, dass eine Person für den Fall von Urteilsunfähigkeit eine eigene Vorsorge treffen kann und stellt zwei Möglichkeiten zur Verfügung: Die Patientenverfügung oder den Vorsorgeauftrag. Vorliegende Arbeit befasst sich mit der Patientenverfügung.⁸ Die Erkenntnisse daraus lassen sich jedoch ohne weiteres auf die Personensorge des Vorsorgeauftrags übertragen. Der Vorsorgeauftrag ist allerdings viel umfassender und deshalb höheren formalen Hürden⁹ unterworfen. Mit dem Vorsorgeauftrag können nebst der Personensorge die Vermögenssorge und die Vertretung im Rechtsverkehr geregelt werden. Zudem kann auch eine juristische Person als Vertretung genannt werden.

3. Die Patientenverfügung (PV)

Mit der PV kann eine urteilsfähige¹⁰ Person festlegen, welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt oder nicht zustimmt. Sie kann auch eine natürliche Person bezeichnen, die im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt die medizinischen Massnahmen bespricht und in ihrem Namen entscheiden soll. Sie kann dieser Person Weisungen erteilen.¹¹ Diese Vertretungsperson erhält damit den Vorrang gegenüber den im Gesetz vorgesehenen vertretungsberechtigten Personen.¹²

3.1 Gesetzlicher Schutz

Jede der verfügenden Person **nahestehende Person**¹³ kann schriftlich die Erwachsenenschutzbehörde anrufen und geltend machen, dass erstens der Patientenverfügung nicht entsprochen wird, zweitens die Interessen der urteilunfähigen Person gefährdet oder nicht mehr gewahrt sind und dass drittens die Patientenverfügung nicht auf freiem Willen beruht.¹⁴ Die ausschlaggebende Nähe bei der „nahestehenden Person“ bezieht sich „auf die unmittelbare Kenntnis der Persönlichkeit der betroffenen Person und auf das Verantwortungsbewusstsein für deren Wohlergehen“.¹⁵

3.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

3.2.1 Voraussetzungen: Urteilsfähigkeit und Freiwilligkeit

Wer eine PV erstellt, muss urteilsfähig sein. Die verfügende Person muss die Fähigkeit besitzen, sich fundiert mit den Möglichkeiten auseinanderzusetzen, welche ihr in einer bestimmten zukünftigen, konkret vorhergesehenen Situation offenstehen würden. Sie muss abwägen können, welche dieser Möglichkeiten am ehesten ihrem späteren Wunsch entsprechen würde, und fähig sein, die jeweilige Präferenz frei und unverfälscht zum Ausdruck zu bringen.¹⁶ Die PV muss freiwillig, d.h. ohne äusseren Druck oder Zwang, verfasst worden sein.¹⁷

3.2.2 Verbindlichkeit

Die Patientenverfügung gilt als wirklicher (und aktueller Wille) der betroffenen Person im Moment des fraglichen Eingriffs.¹⁸ Damit geht das Recht vom Grundsatz der Verbindlichkeit aus, so-

⁸ Diese Form wurde bereits vor der neuen bundesrechtlichen Bestimmung praktiziert und vom damaligen Recht anerkannt.

⁹ ZGB Art. 361. Der Vorsorgeauftrag ist eigenhändig zu errichten oder öffentlich zu beurkunden.

¹⁰ ZGB Art. 161, lit. d. Urteilsfähig im Sinne des Gesetzes ist jede Person, der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln.

¹¹ ZGB Art. 370 Abs. 1 und 2.

¹² Nach ZGB Art. 378 sind folgende Personen der Reihe nach berechtigt, die urteilsunfähige Person zu vertreten und den vorgesehenen ambulanten oder stationären Massnahmen die Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern: allfälliger Beistand oder Beiständin, Ehegatte, Konkubinatspartner, Nachkommen, Eltern oder Geschwister.

¹³ Das neue Erwachsenenschutzrecht stellt auf die Beziehungsnähe ab und nicht mehr auf rechtliche Merkmale wie verheiratet, verwandt oder verschwägert.

¹⁴ ZGB Art. 373.

¹⁵ WIDMER BLUM, S. 223 f. mit Verweis auf die Lehre.

¹⁶ WIDMER BLUM, S. 157.

¹⁷ Eine Institution darf das Vorliegen einer Patientenverfügung auch nicht zur Bedingung für die Aufnahme oder für den Zugang zur medizinischen Behandlung und Betreuung machen, SAMW, Richtlinien, S. 8.

¹⁸ Vgl. WIDMER BLUM, S. 172 mit Verweis auf die Botschaft des Bundesrates, wonach dieser ausdrücklich Stellung nimmt gegen die Ansicht, dass die Patientenverfügung lediglich als Hilfsmittel in der Ermittlung des mutmasslichen Willens der urteilsunfähigen Person heranzuziehen sei.

fern sämtliche Voraussetzungen erfüllt sind.¹⁹ In Art. 372 Abs. 2 ZGB relativiert der Gesetzgeber diesen Grundsatz wie folgt: „Die Ärztin oder der Arzt entspricht der Patientenverfügung, ausser wenn diese gegen gesetzliche Vorschriften verstösst oder wenn begründete Zweifel bestehen, dass sie auf freiem Willen beruht oder noch dem mutmasslichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht“.

Keine Rechtswidrigkeit: Zwei wichtige Beispiele sind die aktive Sterbehilfe und die Forderung nach einer Freitodbegleitung im Falle von Urteilsunfähigkeit. Eine Freitodbegleitung ist nur möglich, wenn eine Person urteils- und handlungsfähig ist.

Freiwilligkeit: Hier handelt es sich um Fälle wie Gruppendruck oder Druck von Angehörigen aber auch das Ausfüllen einer Musterpatientenverfügung ohne vorherige Auseinandersetzung damit gehört dazu.

Mutmasslicher Wille entspricht der Patientin oder dem Patienten vermutlich nicht mehr: Mit dem Korrektiv des mutmasslichen Willens wird die Verbindlichkeit der Patientenverfügung gerade nicht erreicht. Damit hat der Gesetzgeber zweierlei Unsicherheiten geschaffen: Erstens muss der potentielle Patient mit einer für ihn nicht erwünschten Einschränkung oder Umwandlung rechnen. Zweitens schafft sie Verunsicherung beim medizinischen Personal, das zum Selbstschutz auf den „mutmasslichen Willen“ zurückgreift. Damit verkommt die Patientenverfügung doch zu einem blossen Indiz.²⁰

Die Verbindlichkeit der Patientenverfügung ist nicht befristet. Es empfiehlt sich, die Patientenverfügung von Zeit zu Zeit zu aktualisieren, neu zu datieren und zu unterschreiben. Dies gilt vor allem dann, wenn sich die Lebensumstände oder die gesundheitliche Situation der verfügenden Person wesentlich geändert haben.²¹

3.2.3 Widerruf

Die Patientenverfügung kann durch die urteilsfähige Person jederzeit schriftlich oder mündlich widerrufen werden. Am besten in dem die gültige Patientenverfügung vernichtet wird. Beim mündlichen Widerruf könnten sich Beweisprobleme ergeben.²²

3.2.4 Form

Die Patientenverfügung ist schriftlich zu errichten, zu datieren und eigenhändig zu unterzeichnen. Die Patientenverfügung ist aufzubewahren und der Hinterlegungsort bekannt zu geben. Der Hinterlegungsort kann auf der Versichertenkarte eingetragen werden.²³

Patientenverfügungen, die an einem Formmangel leiden, sind zwar ungültig, können jedoch als Indiz zur Ermittlung des mutmasslichen Willens dienen.²⁴

3.2.5 Inhalt

Die verfügende Person kann festlegen, welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall von Urteilsunfähigkeit zustimmt und welche Massnahmen sie ablehnt. Die Inhalte müssen aber genügend bestimmt und klar sein.

Das Bestimmtheitsgebot lässt sich in zwei Elemente gliedern:²⁵

- die **konkret vorhergesehene Behandlungs- bzw. Krankheitssituation**. Die verfügende Person sollte ihren Gesundheitszustand für den Fall der Anwendung der Patientenverfügung konkret vorhersehen können und in der Verfügung benennen; gefordert ist eine *situationsbezogene* Bestimmtheit;

¹⁹ WIDMER BLUM, S. 173.

²⁰ GETH CHRISTOPHER/MONA MARTINO, S. 164.

²¹ SAMW, S. 8.

²² ZGB Art. 371 Abs. 3; SAMW, S. 15.

²³ ZGB Art. 371.

²⁴ SAMW, S. 8.

²⁵ WIDMER BLUM, S. 205 sowie viele andere.

- den **konkreten medizinischen Eingriff**: Die verfügende Person sollte die gewünschte bzw. nicht gewünschte medizinische Massnahme genau bezeichnen; gemeint ist damit die *massnahmenbezogene* Bestimmtheit.

Diese Anforderungen an den Inhalt zeigen, wie problematisch eine antizipierte Willensäußerung ist. Inwieweit kann eine gesunde Person Anordnungen treffen, ohne auch nur zu ahnen, wie eine spätere Krankheit in ihr Leben eingreift?

3.3 Vertretungsperson

Die verfügende Person kann in ihrer Patientenverfügung festlegen, wer im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt die medizinischen Massnahmen besprechen und in ihrem Namen entscheiden soll. Sie kann der Vertretungsperson Weisungen erteilen.²⁶ Die Weisungen sind eng zu sehen, sie können sich z.B. auf die Beerdigung oder die Autopsie beziehen.

Es gibt zwei Möglichkeiten von Patientenverfügungen: Zum einen kann sich die verfügende Person darin schriftlich zu ihren medizinischen Behandlungswünschen äussern. Zum andern kann sie damit ausschliesslich eine Vertretungsperson bezeichnen und ihr die Entscheidung in der konkreten Situation überlassen. Die meisten Organisationen, welche Muster-Patientenverfügungen anbieten, empfehlen eine gemischte Form: Sowohl schriftliche Äusserungen zu zukünftigen Behandlungswünschen (und zur eigenen Persönlichkeit) als auch das Bezeichnen einer Vertretungsperson.

3.3.1 Ausschliessliche Bezeichnung einer Vertretungsperson

Die ausschliessliche Bezeichnung einer Vertretungsperson ohne schriftliche Ausführungen könnte drei **Gefahren** in sich bergen: Erstens könnte es zu Beweisschwierigkeiten kommen. Zweitens könnte einfach eine Vertretungsperson eingesetzt werden, ohne dass sich die verfügende Person mit der PV auseinandergesetzt hat. Drittens könnte die Vertretungsperson vorübergehend oder grundsätzlich nicht zur Verfügung stehen, sei es weil sie die Vertretung ablehnt oder selbst nicht mehr in der Lage ist, die Vertretung zu übernehmen. Dies gilt insbesondere, wenn ältere Menschen als Vertretungsperson eingesetzt werden.

3.3.2 Vertretungsperson in Verbindung mit schriftlichen Ausführungen

Das Einsetzen einer Vertretungsperson in Verbindung mit schriftlichen Ausführungen erhöht die Sicherheit, dass nach dem Willen der verfügenden Person entschieden werden wird. Die wichtigste Funktion der Vertretungsperson ist ihre Kenntnis der Persönlichkeit der verfügenden Person zur Verfügung zu stellen.

Schriftlich festgehaltene Anweisungen entlasten die Vertretungsperson.

3.3.3 Aufgaben und Rolle der Vertretungsperson

Die Vertretungsperson hat drei Aufgaben zu erfüllen: Erstens muss sie dafür sorgen, dass die genügend bestimmten Anweisungen ohne Wenn und Aber durchgesetzt werden. Zweitens muss sie die medizinischen Massnahmen mit der Ärztin oder dem Arzt besprechen und Auskünfte zur Persönlichkeit der betroffenen Person geben. Drittens muss sie im Sinne der verfügenden Person entscheiden.

Dies sind Aufgaben, die eine Vertretungsperson zeitlich und psychisch sehr belasten können. Sie muss wissen, was auf sie zukommt und ob sie sich eine solche Aufgabe zutraut. Eine Vertretungsperson sollte deshalb nicht nur einseitig bezeichnet werden sondern Ihr Einverständnis ist zum Voraus einzuholen. Sie wird für die verfügende Person eintreten müssen. Deshalb kommt ihr m.E. bereits nachdem sie ihr Einverständnis gegeben hat, eine Rolle zu: Die Bereitschaft sich an den Überlegungen zu zukünftigen medizinischen Behandlungswünschen zu beteiligen. Die autodidaktische Methode, welche unten skizziert wird, soll hierzu die Grundlage bilden.

²⁶ ZGB Art. 370.

3.3.4 Nichtannahme oder Kündigung durch die Vertretungsperson

Es handelt sich bei der Patientenverfügung nicht um einen (zweiseitigen) Vertrag sondern um eine Ermächtigung der verfügenden Person; damit wird lediglich eine Fähigkeit, kein Recht und keine Pflicht zum Tätigwerden begründet. Vertretungspersonen können die Vertretung entweder von Anfang an ablehnen oder jederzeit, selbst noch zum Zeitpunkt des Entscheidenmüssens, kündigen. Wer seine Aufgaben als Vertretungsperson niederlegt, tut dies grundsätzlich und dauerhaft.²⁷

3.3.5 Ersatzperson und Ersatzverfügung

Für den Fall, dass die Vertretungsperson **vorübergehend** ihr Vertretungsrecht nicht wahrnehmen kann, z.B. weil sie abwesend ist, sollte eine **Ersatzperson** bezeichnet werden.

Für den Fall, dass die bezeichnete Person **grundsätzlich nicht zur Verfügung** steht, d.h. für die Aufgaben nicht geeignet ist, den Auftrag nicht annimmt oder ihn kündigt, kann die verfügende Person **Ersatzverfügungen** treffen.²⁸

Es ist deshalb wichtig, dass **Funktion und Subsidiarität** in der PV genau bezeichnet werden. Dies auch, um allfälligen Konflikten vorzubeugen. Meines Erachtens reicht es aus, in der originären PV **Ersatzanweisungen** zu treffen anstelle des Verfassens einer zusätzlichen Verfügung.²⁹

4. Fazit

Mit Bezug auf die Patientenverfügung sind drei Aspekten besondere Beachtung zu schenken:

Erstens handelt es sich um eine prospektiven Willensäußerung, die sich sowohl auf eine konkret vorhergesehene Behandlungs- und Krankheitssituation als auch auf einen konkreten medizinischen Eingriff beziehen muss. Nur wer sich konkret in einer Krankheitssituation befindet, sollte solche direkten Anweisungen verfassen – nicht aber, ohne sich mit der Ärztin oder dem Arzt besprochen zu haben.

Zweitens besteht keine Sicherheit, dass nach dem tatsächlichen Willen der verfügenden Person gehandelt werden wird, weil Ärztinnen und Ärzte beim geringsten Zweifel, dass die Verfügung noch dem Willen der Patientin entspricht, nach dem mutmasslichen Willen handeln können. Dies bedeutet, dass das Einsetzen einer Vertretungsperson, einer Ersatzperson sowie subsidiär einer zweiten Vertretungsperson die bestmögliche Vorsorge ist.

Drittens ist die Patientenverfügung von Zeit zu Zeit zu überprüfen, insbesondere dann, wenn sich die Lebenssituation geändert hat, sei es durch eine Krankheit oder den Verlust einer nahestehenden Person oder aufgrund von Altersgebrechen.

B) Fokus auf ältere Menschen

1. Ältere Menschen im Kontext der Patientenverfügung (PV)

Die PV ist auf medizinische Behandlungswünsche im Falle von Urteilsunfähigkeit ausgerichtet und kann in jedem Alter³⁰ errichtet werden. Der etwas diffuse Begriff „ältere Menschen“ wurde bewusst gewählt, da sich „älter“ einer Bestimmung durch die Anzahl Jahre entzieht. Die Gerontopsychologie bezieht sich auf Entwicklungs- und Veränderungsprozesse und fokussiert dabei auf den Altersbereich der über 60-jährigen Menschen. Selbstredend finden Prozesse über die gesamte Lebensspanne statt. Prozesse des Alterns zeichnen sich aus durch mehr Lebenserfahrung, z.B. durch erworbene Fähigkeiten mit Problemsituationen anders umzugehen. Ältere Menschen sehen sich auch anderen Lebensaufgaben gegenüber, z.B. der Pflege ihrer alten Eltern oder eigenen

²⁷ WIDMER BLUM, S. 266 f.

²⁸ ZGB Art. 370 Abs. 3.

²⁹ So auch WIDMER BLUM, S. 268. Es gibt jedoch noch kein richtungsweisendes Urteil.

³⁰ Rechtliche Voraussetzung: Urteilsfähigkeit und Handlungsfähigkeit.

gesundheitlichen Problemen. Das Alter oder das Altern zeigen intraindividuell unterschiedliche Erscheinungsweisen und entziehen sich zum grössten Teil interindividuellen Merkmalen.³¹

2. Herausforderungen im Altersbereich ab 60ig

Beim Altern steht der ältere Mensch gegenüber dem jüngeren vermehrt Veränderungen gegenüber, die hier grob in drei grosse Herausforderungen eingeteilt werden: Erstens nimmt die körperliche Leistungsfähigkeit ab bis hin zum möglichen Autonomieverlust. Zweitens erlebt der alternde Mensch in seinem sozialen Umfeld viel häufiger und zunehmend Krankheit und Tod. Drittens können seine kognitiven Fähigkeiten abnehmen bis hin zum völligen Verlust der eigenen Identität. Die Verluste und die Auseinandersetzung mit dem eigenen Lebensende werden den alternden Mensch dazu zwingen, sich immer wieder mit seiner Lebensqualität neu auseinanderzusetzen. Sinn- und Zweckfragen nach dem Leben und eigenen Werthaltungen dürften dabei eine grosse Rolle spielen.

3. Sprache und Kommunikation im Alter

FIEHLER³² diagnostiziert ein wesentliches Defizit der Psychologie, Soziologie, Gerontologie, Geriatrie und nicht zuletzt auch der Sprachwissenschaft, den alten Menschen nicht als ein kommunizierendes Wesen zu verstehen und zu untersuchen. Nach ihm ist die gemeinschaftliche kommunikative Be- und Verarbeitung des Alterns eine wesentliche Voraussetzung für gelingendes Altern. Über Veränderungen reden, auch organisiert, ist zentral beim Altersprozess bzw. beim Verarbeiten von Veränderung und somit bei der Ausbildung einer eigenen Altersidentität.

4. Bedürfnisse und Ängste mit Bezug auf das Lebensende

Unter diesem Titel soll lediglich ein Stimmungsbild vermittelt werden, welches mir plausibel erscheint. Eine umfassendere Bestandesaufnahme würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

4.1 Bedürfnisse und Ängste alter und sterbender Personen

Eine Studie mit Fokus auf alte und schwerkranke Patienten zeigt bei den **Bedürfnissen** Sterbender folgendes Bild in folgender Reihenfolge:³³ Erstens, im Sterben nicht allein gelassen werden, an einem vertrauten Ort im Kreis vertrauter Menschen sterben. Zweitens, im Sterben nicht unter starken körperlichen Beschwerden, z.B. Schmerzen, leiden müssen. Drittens, Unerledigte Dinge regeln, z.B. Abschied nehmen. Viertens: Die Sinnfrage stellen und kommunizieren können.

Als vorherrschende **Ängste** wurden in der Studie in folgender Rangordnung genannt: Erstens, die Angst vor dem Allein gelassen werden. Zweitens, die Angst vor einer nicht würdevollen Behandlung. Drittens, die Angst vor Schmerzen und einem schmerzvollen Tod. Viertens, die Angst vor einer nicht mehr loslassenden Medizin.

Der Autor³⁴ weist darauf hin, dass eine Reihe von Fachstudien in Übereinstimmung mit diesen Ergebnissen stehen.

Die wesentlichen Wünsche bei der Behandlung am Lebensende sind zusammengefasst: Sozialer Kontakt, würdevolle Behandlung und Sinnhaftigkeit. Erst danach kommen Wünsche, welche die medizinische Behandlung betreffen, bei denen die Wünsche nach Schmerzfreiheit und der würdevolle Umgang im Vordergrund stehen.

4.2 Bedürfnisse und Ängste der Bevölkerung

Zu den **Ängsten** der Bevölkerung gibt es zwei neuere Umfragen, die zu nennen sind:

Zum einen ist eine Umfrage aus Deutschland zu nennen, die repräsentative Forsa-Studie im Auftrag der Krankenkasse DAK Gesundheit, erhoben vom Oktober bis November 2013.³⁵ Danach ha-

³¹ MARTIN MIKE/KLIEGEL MATTHIAS, S. 14.

³² FIEHLER REINHARD, im Rahmen des CAS Gerontologie Heute, Zentrum für Gerontologie, Universität Zürich, 21.11.2014.

³³ WUNDER MICHAEL, S. 39, mit Verweis auf die Studie des BAG Hospiz, veröffentlicht 2003.

³⁴ WUNDER MICHAEL, S. 39 f.

³⁵ <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/dak-umfrage-deutsche-haben-am-meisten-angst-vor-krebs-und-demenz-a-936413.htm>, Umfrage bei 3086 Frauen und Männern.

ben die Befragten gleich nach der Angst vor dem Krebs (67%) Angst vor Alzheimer oder Demenz (51%). Die Angst vor Alzheimer oder Demenz ist gegenüber dem Jahr 2012 um drei Prozentpunkte gestiegen. Bemerkenswert ist, dass bei den über 60-Jährigen die Angst vor Demenz inzwischen grösser ist als vor Krebs oder einem Schlaganfall. Die Autoren der Umfrage führen dies darauf zurück, dass die Zahl von an Demenz erkrankten Personen in den nächsten Jahren drastisch steigen wird. Nach dem Krebs und der Demenz folgten die Angst vor einem Schlaganfall, einem schweren Unfall oder einem Herzinfarkt.

Zum andern ist die Umfrage des Zentrums für Gerontologie Zürich, erschienen im Jahr 2012, zu nennen, welche sich allerdings ausschliesslich auf das Wissen der Bevölkerung über die Demenz befasst.³⁶ Daraus interessieren zwei Befunde: Erstens ist jede vierte Person besorgt, selber einmal an einer Demenzerkrankung zu leiden. Zweitens würde jede sechste Person mit einer Demenzerkrankung eher nicht mehr weiterleben wollen.

4.3 Unterschiede zwischen Kranken und Gesunden

Hier sei nur kurz auf den Befund der Studie von SAHM hingewiesen, die sich auf Fragen der Einstellung zu Patientenverfügungen bezog und auch Ergebnisse zeigt zu speziellen Behandlungspräferenzen, wobei Tumorpatienten mit gesunden Probanden, Pflegenden und Ärzten verglichen worden sind.³⁷ WUNDER MICHAEL zieht daraus zwei wichtige Schlüsse: Erstens unterscheiden sich die Behandlungspräferenzen von Erkrankten und Gesunden wesentlich, ebenso diejenigen von nicht medizinisch vorgebildeten Personen und medizinisch tätigen Personen; die Nähe der Krankheit scheint die Zustimmung zu invasiven Massnahmen zu erhöhen. Zweitens ist die Anzahl der Unentschiedenen in allen relevanten Bereichen sehr hoch, ausser in dem der Schmerztherapie.³⁸

5. Exkurs: Wach-Koma und Demenzerkrankung

Zum **Wach-Koma**: Wir wissen nach wie vor wenig darüber, was ein Mensch im Wach-Koma tatsächlich erlebt. Neuere Forschungen gehen davon aus, dass eine Reihe von Wachkomapatienten ihre Umwelt in einer gewissen Weise wahrnehmen. Niemand kann sich einen solchen Zustand wirklich vorstellen, deshalb ist es heikel, eine Aussage zu machen, wonach das Wachkoma ein aussichtsloser Zustand wäre, bei dem nach einer bestimmten Zeit die Basisversorgung unterlassen werden sollte, um Leiden zu vermeiden. Leiden ist vielleicht das, was der Wachkomapatient selber nicht empfindet. Leiden empfinden vor allem die nahestehenden Menschen.³⁹

Zur **Demenzerkrankung**: Auch hier ist Vorsicht geboten. Die heutige Vorstellung einer Demenzerkrankung geht davon aus, dass der dementive Abbau ein stufenweiser Prozess ist, in dem sich nicht nur die Wahrnehmung und das Erleben der Umwelt und der eigenen Person ständig verändern, sondern schliesslich auch die ganze Persönlichkeit. Mit andern Worten: Wenn eine von Demenz betroffene Person zu einem späteren Entwicklungszeitpunkt eine andere Persönlichkeit hat als früher und sich die Patientenverfügung auf die frühere Persönlichkeit bezieht, stimmt die Willensäusserung nicht mehr mit der krankheitsbedingten „neuen“ Persönlichkeit überein.⁴⁰

6. Fazit

Mit Bezug auf die Patientenverfügung sind zwei Aspekten besondere Beachtung zu schenken:

Einschätzungen mit Bezug auf Behandlungswünsche in der Zukunft sind situationsbezogen zu betrachten. Zum einen **unterscheiden** sie sich mit Bezug darauf, ob eine Person gesund oder krank, älter oder alt ist und zum andern **verändern** sie sich gegen das Lebensende hin. Dies bestätigen auch Studien und Umfragen.

³⁶ Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich, Demenzbarometer 2012, Telefonumfrage bei rund 1000 Personen aus der ganzen Schweiz, <http://www.zfg.uzh.ch>, Projekte, Demenzbarometer 2012.

³⁷ WUNDER MICHAEL, S. 42 f. mit Hinweis auf SAHM, Einstellung von Personen zur Behandlung am Lebensende und Akzeptanz von Patientenverfügungen, 2006.

³⁸ WUNDER MICHAEL, S. 43.

³⁹ WUNDER MICHAEL, S. 48.

⁴⁰ WUNDER MICHAEL, S. 48.

Der Befund von FIEHLER, wonach die gemeinschaftliche und organisierte Be- und Verarbeitung des Alterns eine wesentliche Voraussetzung für gelingendes Altern ist, kann auf die Anforderungen an das selbstbestimmte Errichten einer PV übertragen werden. Zudem erhöht das Sprechen über die eigene Zukunft, über Krankheit, Sterben und Tod das Bewusstsein mit Bezug auf Veränderungen der eigenen Vorstellungen und Werte.

C) Erfahrungen aus der Praxis

Dieses Kapitel wirft einen Blick auf die Probleme bei der Umsetzung von Patientenverfügungen in der Praxis. Es handelt sich um eine Betrachtung der aktuellen Situation in der Schweiz, eineinhalb Jahre nach Inkrafttreten des neuen Erwachsenenschutzrechts

1. NFP 67 „Lebensende“

Im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 67 zum Thema Lebensende, mit Berichtabschluss vom 10. Juli 2014, haben sich die Rechtswissenschaftlichen Fakultäten der Universitäten Zürich und Luzern in zwei empirischen Studien mit der juristischen Klärung der Entscheidungsprozesse im Bereich Behandlungsverzicht und Behandlungsabbruch befasst. Erfragt wurden Erfahrungen mit Entscheidungsprozessen am Lebensende in Spitälern, Pflegeheimen, Hospizen oder Hausarztpraxen. Ziel war, verschiedene mögliche Probleme zu erkennen. Unter anderem wurde auch nach der Erfahrung mit der Patientenverfügung und dem neuen Erwachsenenschutzrecht gefragt.

1.1 Anlage und Dimension der empirischen Untersuchungen⁴¹

Die Erhebung fokussiert auf das Lebensende in einer medizinischen oder sozial-medizinischen Institution. Nicht miteinbezogen wurde das Lebensende zu Hause. Die Zielgruppen der Erhebung bilden Ärztinnen und Ärzte und das Pflegepersonal. Mit ihnen wurden 45 semistrukturierte Interviews in verschiedenen Settings und aus unterschiedlichen Fachgebieten durchgeführt: Hausarztpraxis, Fachärzte und Pflegenden im Akutbereich, medizinisches und pflegerisches Personal in Heimen. Die Stichprobe erfolgte nach den Methoden des Theoretical Samplings,⁴² um die Situation in der Schweiz möglichst gut abzubilden.

Angestrebt war keine statistische Repräsentativität, sondern ein Erkennen der verschiedenen möglichen Problemlagen. Die Studie zeigt, dass bei Lebensendentscheiden in aller Regel die Ärztinnen und Ärzte Dreh- und Angelpunkt sind und das Vorgehen im Zusammenhang mit Lebensendentscheiden bestimmen. Der Miteinbezug des Pflegepersonals hängt in der Praxis mit festgelegten Vorgehensweisen oder mit der Persönlichkeit der Ärztin bzw. des Arztes zusammen.⁴³

Es geht im Folgenden um die Frage, wie eine PV abzufassen ist, damit sie die bestmögliche Grundlage bietet für die „richtige Einschätzung“. Sei dies für Ärztinnen und Ärzte, für das Pflegepersonal oder für die Vertretungsperson. Auf die Schwierigkeiten der Ärztinnen und Ärzte bei der Einschätzung, ob eine Person noch urteilsfähig sei, wird hier **nicht** eingegangen.

2. Praxis und neues Erwachsenenschutzrecht⁴⁴

Mit Bezug auf das Wissen über das neue Erwachsenenschutzrecht zeigte sich ein sehr heterogenes Bild, zum Teil ist das Wissen nicht korrekt vorhanden. Auffällig ist, dass sämtliche Pflegenden und fast die gesamte Ärzteschaft aus dem Langzeitbereich gut informiert sind, während die nur teilweise oder gar nicht Informierten schwerpunktmässig bei der Ärzteschaft im Akutbereich oder in Hausarztpraxen zu finden sind.

⁴¹ NFP 67, S. III Einleitung; S. 1.

⁴² Vgl. NFP 67, S. 2 ff. Das Theoretical Sampling wurde von Glaser/Strauss entwickelt. Zentrales Merkmal ist der Verzicht auf einen vorab bestimmten Auswahlplan zugunsten einer schrittweisen Entwicklung des Samples.

⁴³ Wenn in der Studie von Ärztinnen und Ärzten die Rede ist, bezieht sich dies auch auf das Pflegepersonal, soweit dieses in die Behandlungsentscheide miteinbezogen wurde.

⁴⁴ NFP 65, S. 80 ff.

In der Grundversorgung und im Akutbereich wird eine quantitative Zunahme an Patientenverfügungen festgestellt, was dazu führt, dass Entscheide zum Lebensende häufiger thematisiert werden. In der Praxis hat sich jedoch bislang nichts wesentlich geändert. In der Langzeitpflege haben die Neuerungen dazu geführt, dass die Institutionen zum einen die Patientenverfügung empfehlen und zum andern auch Beratung und Unterstützung anbieten.

Insgesamt wird das neue Erwachsenenschutzrecht als positiv eingeschätzt, da es zu mehr Klarheit und Handlungssicherheit führe. Als positiv wird hervorgehoben, dass neu nicht nur der Verwandtschaftsgrad zählt sondern auch diejenigen Personen, die tatsächlich mit der Patientin oder dem Patienten in engem Kontakt steht. Und weiter, dass Fragen nach dem „Wie“ am Lebensende enttabuisiert und Gespräche darüber gefördert werden.

Kritische Punkte wurden ausschliesslich von Ärztinnen und Ärzten genannt. Diese nannten die Überforderung der Vertretungsperson, mangelnde Kenntnisse des Patientenwillens oder eigenützige Entscheidungen von Angehörigen oder eine allzu starke Patientenautonomie.

3. Erfahrungen bei der Umsetzung einer Patientenverfügung (PV)⁴⁵

3.1 Informationsstand

Die grosse Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte ist über die Funktion der PV, die Willensbestimmung für den Fall von Urteilsunfähigkeit, informiert.

3.2 Häufigkeit

Die Interviewten wurden aufgefordert, eine Schätzung der bestehenden PV's zu machen. Daraus geht hervor, dass sich ältere Menschen häufiger mit der Erstellung einer PV befassen.⁴⁶

Eine PV liegt offenbar nur bei knapp einem Viertel der Patientinnen und Patienten vor.⁴⁷ Im Bereich der Langzeitpflege und in den Hospizen wird beim Eintritt in die Institution nach einer bestehenden PV gefragt, eine solche empfohlen und diesbezüglich Beratung angeboten. Im Bereich der Akutspitäler zeigt sich ein weniger einheitliches Bild. Die Gespräche mit den Ärztinnen und Ärzten aus der Grundversorgung zeigen, dass diese ihren Patientinnen das Ausfüllen einer PV nicht generell empfehlen. Teilweise empfehlen die Hausärztinnen und -ärzte eine PV auszufüllen, wenn eine Patientin „älter wird“ oder sich eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ankündigt. Es zeigt sich deutlich ein Trend, dass zunehmend PV's errichtet werden.⁴⁸

3.3 Direkte Umsetzung

Die Gespräche zeigten, dass nur in seltenen Fällen aus PV's direkt der Wille von Patientinnen oder Patienten abzulesen ist und die Entscheidungen direkt umgesetzt werden können. Direkte Umsetzung kam in folgenden Situationen vor:

- In Notfallsituationen, in denen Angehörte eine PV vorwiesen und damit eine Reanimation verhinderten (1 Nennung).
- Auf einer Intensivstation: Die Verfügung war klar und die Urteilsunfähigkeit gegeben. Die PV wurde gegen den Willen der Angehörigen befolgt (1 Nennung).
- Auf einer chirurgischen Abteilung wurde eine PV befolgt, solange noch keine Neueinschätzung (zusammen mit dem Patienten) erfolgte (1 Nennung).
- Bei PV's die eine Vertretungsperson bestimmten, wurden diese offenbar standardmässig beigezogen. (3 Nennungen). Als Vorteil wird erachtet, dass dabei auf die tatsächlich mit der Patientin in engem Kontakt stehende Person abgestellt wird.

⁴⁵ NFP 67 S. 75 f., Ziff. 6.2.

⁴⁶ NFP 67, S. 96 f., Tabelle.

⁴⁷ NFP 67, Anhang 10.1, S. 96. Der Tabelle sind die häufigsten Regelungen in PV's abzulesen. Dazu weiter vorne.

⁴⁸ NFP 67, S. 75.

3.4 Patientenverfügung als Indikator für den Patientenwillen

Aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte sind PV's häufig nicht direkt umsetzbar, weil sie entweder zu wenig konkret sind oder zu wenig auf die aktuelle Situation passen. Sie werden dann als Indikator für den tatsächlichen Patientenwillen genutzt, als eine unter mehreren Informationsquellen, die Auskunft über den Patientenwillen geben können.

3.5 Patientenverfügung als Anlass und Grundlage für einen Klärungsprozess

Als sehr vorteilhaft wird erwähnt, dass die PV als Anlass und Grundlage für einen Klärungsprozess dienen kann. Zum Beispiel Klärungen hinsichtlich akuter, lebensgefährlicher Entwicklungen, der Hospitalisierung, des Einsatzes von intensiv-medizinischen Mitteln, des Einsatzes von palliativen Massnahmen oder der medizinisch-pflegerischen Behandlung im Sterbeprozess. Als häufige Erfahrung wurde genannt, dass Aufklärung über die konkrete medizinische Situation, in der sich der Patient befindet, nötig ist, damit beim Patienten ein Klärungsprozess stattfinden kann und sich angemessen im Voraus für den Fall von Urteilsunfähigkeit entscheiden kann.

3.6 Patientenverfügung als Instrument der Absicherung

Die Absicherung wurde in mehreren Gespräche angesprochen. Sei dies, um den Patientenwillen gegenüber Angehörigen durchzusetzen, oder sei dies, um Klärung zu schaffen im Fall von Uneinigkeit über den Patientenwillen. Zudem helfe die PV, den Patientenwillen an personellen und institutionellen Schnittstellen zu übermitteln und rechtlich abzusichern z.B. bei einer Überweisung von einem Heim in ein Akutspital. Genannt wurde auch die Absicherung, für den Fall, dass eine medizinisch übliche Massnahme abgelehnt wird wie z.B. die Verweigerung von Bluttransfusionen bei Angehörigen einer religiösen Organisation.⁴⁹

3.7 Keine Berücksichtigung der Patientenverfügung

Niemand der interviewten Personen gab an, selbst einmal einen der PV widersprechenden Entscheid getroffen zu haben. Die Autoren der Studie vermuten, dass dies damit zusammenhängen könnte, dass die PV selten als genügend konkret und der Handlungsspielraum als entsprechend gross wahrgenommen wird.

3.8 Schwierigkeiten⁵⁰

3.8.1 Interpretation

- Häufig seien in PV's zu wenig konkret und spezifisch festgehalten, welche Massnahmen unter welchen Voraussetzungen getroffen oder eben nicht getroffen werden sollen.
- Als besonders problematisch werden Ausdrücke wie „hoffnungslos“, „keine Aussicht auf Besserung“, „lebensverlängernde Massnahmen“ angesehen. Heisst z.B. hoffnungslos, dass nicht mehr dasselbe Niveau an Lebensqualität wie zuvor erreicht werden kann oder ist als hoffnungslos einzuschätzen, wenn der Tod unmittelbar bevorsteht?
- Eine weitere typische Schwierigkeit zeigt sich bei Komorbiditäten bzw. dann, wenn zu einer langsam progressiven, unheilbaren Krankheit eine zusätzliche akute Krankheit dazukommt. Ein typisches Beispiel ist das Auftreten einer Lungenentzündung bei einem Demenzpatienten. Bezieht sich hier „hoffnungslos“ nur auf die Demenzerkrankung und die Lungenentzündung soll z.B. antibiotisch behandelt werden, aber soll absolut keine Behandlung mehr erfolgen, mit wahrscheinlicher Todesfolge.

3.8.2 Patientinnen und Patienten haben zu wenig Kenntnisse

Mehrere Interviewte bezweifeln, dass sich Patientinnen den medizinischen Implikationen der PV bewusst sind und über genug Wissen verfügen, um eine solche kompetent unterschreiben zu können. Genannt wurde auch die Gefahr, dass Muster-PV's ohne persönliche Auseinandersetzung

⁴⁹ NFP 67, S. 77.

⁵⁰ NFP 67, S. 77 ff.

aus dem Internet heruntergeladen und unterschrieben werden oder es wurde ein ungutes Gefühl geäußert mit Bezug auf die Art und Weise, wie und ob eine Person sich im Vorfeld informiert.

3.8.3 Wille kann prospektiv nicht eingeschätzt werden oder ist nicht stabil

Der Patientenwille kann sich je nach Situation verändern wie die Ausführungen der Interviewten zeigten.⁵¹ Viele Befragte legten dar, dass es sehr schwierig sei, prospektiv Entscheidungen zu treffen, bevor die entsprechende Situation konkret erlebt werde. Dabei wurden zwei Dimensionen angesprochen: Erstens die Dimension, dass die Patientin sich zu wenig konkret mit medizinischen Fragen für jeden Eventualfall auseinandersetzen kann oder will. Zweitens die Dimension, dass Patienten nicht im Voraus abschätzen können, was sie im entscheidenden Moment wollen werden. Als Beispiel wurde erzählt, dass eine Frau die künstliche Beatmung in der PV ausgeschlossen hat. Weil die PV zum Zeitpunkt der Behandlung nicht vorhanden war, wurde sie künstlich beatmet und äusserte sich nachher sehr dankbar darüber.

3.8.4 Patientenverfügung ist im entscheidenden Moment nicht verfügbar⁵²

Dieses Problem zeigt sich vor allem in Notfallbereich, vereinzelt auch auf der Intensivstation. Genannt wurde etwa, dass die PV zu spät eintrifft, weil sie aufgefunden werden muss oder Angehörige glauben zu wissen, dass es eine PV gibt. Einzelne Befragte berichteten auch von organisatorischen Mängeln in den Institutionen.

3.8.5 Probleme bezüglich Verbindlichkeit

Es wurde berichtet, dass es Zweifel gäbe mit Bezug auf die Verbindlichkeit:

- Die PV ist offenbar oder vermutlich nicht von der Patientin oder dem Patienten selbst verfasst worden.
- Die PV ist widersprüchlich, z.B. keine lebensverlängernde Massnahmen, aber gleichzeitig künstliche Beatmung gewünscht.
- Die Gültigkeit einer PV ist fragwürdig, z.B. wenn sie vor sehr langer Zeit ausgefüllt wurde.

Zusammenfassend stellten die Autoren der Studie fest, dass viel Skepsis seitens des medizinischen Personals gegenüber der PV zu spüren war. Zum einen gehöre das Umsetzen einer PV, ohne dass sie mit den Patientinnen (oder der Vertretungsperson oder den Angehörigen) besprochen werden konnte, kaum je zur alltäglichen Praxis. Zum andern könne daraus auch eine gewisse Abwehrhaltung gegenüber der Patientenautonomie interpretiert werden. Als Beispiel wird erwähnt, dass Ärztinnen oder Ärzte sich auch „beleidigt“ zeigen, wenn jemand in der PV eine mögliche Behandlung ausschliesst.

4. Fazit

Die Schwierigkeiten mit der PV in der Praxis widerspiegeln die Bedenken aus der Theorie. Beim Errichten einer PV ist deshalb folgenden Aspekten besonders Rechnung zu tragen:

Erstens den Schwierigkeiten mit der Interpretation einer PV. Zweitens der Tatsache, dass (potentielle) Patientinnen und Patienten über zu wenig medizinisches Wissen verfügen. Drittens der Einschätzung, dass der Wille nicht prospektiv eingeschätzt werden kann **ohne** die entsprechende Situation je konkret erlebt zu haben. Viertens den Zweifeln bezüglich der Verbindlichkeit. Fünftes muss die PV im entscheidenden Moment verfügbar sein.

⁵¹ NFP 67, S. 10 ff., Ziff. 3.

⁵² NFP 67, S. 77 f.

Teil II Errichten von Patientenverfügungen

Zuerst wird der Frage nachgegangen, ob standardisierte Patientenverfügungen eine Lösung wären, um wenigstens einen Teil der Schwierigkeiten in den Griff zu bekommen (Kap. A). Danach werden die Anforderungen an das autonome Errichten von Patientenverfügungen formuliert, in dem die wichtigsten Schlussfolgerungen aus Theorie und Praxis zusammengefasst werden (Kap. B). Zum Schluss soll - unter Zuhilfenahme werteanamnestischer Methoden - ein Instrument skizziert werden für die autodidaktische Auseinandersetzung mit der PV. (Kap. C).

A) Standardisierte Patientenverfügungen

1. Einleitung

Das deutsche Bundesministerium der Gesundheit hat ein **Gutachten** in Auftrag gegeben⁵³ zur Frage, ob standardisierte Patientenverfügungen hilfreich wären. Meines Erachtens wird in diesem Gutachten, obwohl aus dem Jahr 2002, die Problemlage nachvollziehbar dargestellt. Es werden Ansätze diskutiert, welche beim Errichten von Patientenverfügungen – vorliegend beim **autonomen Errichten** – als solide Grundlage herbeigezogen werden können. M.E. eignet sich Deutschland aus kulturellen Gründen gut als Vergleichsland.⁵⁴ Diesbezügliche Überlegungen aus der Schweiz sind mir keine bekannt.

2. Standardisierte Patientenverfügungen

Die Gutachtenden sind zum Schluss gelangt, dass eine standardisierte Patientenverfügung aus folgenden Überlegungen keine Lösung wäre:⁵⁵

Aufgrund der Vielzahl von individuellen Situationen und heterogenen weltanschaulichen Positionen ist eine standardisierte, allgemeingültige Verfügung keine Lösung. Patientenverfügungen werden in unterschiedlichen Phasen mit unterschiedlicher Krankheitserfahrung von Gesundheit bis hin zu schwerstkranken Zuständen angefertigt. Diese Ausgangssituation bedingt unterschiedliche Vorerfahrungen und Vertrautheit mit den zu entscheidenden Situationen und unterschiedlichen Zielsetzungen. Aus der Patientenverfügung sollten die Ausgangssituation, die Vorerfahrungen und die gewünschten Ziele hervorgehen. Hilfreich ist auch die Angabe, ob ein Ermessensspielraum für den Arzt bestehen soll und wer bei der Interpretation hinzuzuziehen ist.

Idealerweise entsteht eine Patientenverfügung aus einem längeren Reflexionsprozess, der auch durch zusätzliche Informationsmaterialien und Beratungsstellen unterstützt werden kann. Die Autorinnen und Autoren sehen dabei den Staat in einer Aufklärungspflicht etwa bezüglich Information, Schulung für spezialisiertes Personal oder Beratungsstellen.⁵⁶

3. Ziel und Zweck der Patientenverfügung

Die Gutachtenden rufen in Erinnerung, für welche Situationen vorausgedacht werden sollte oder muss: Sterbephase; nicht aufhaltbares schweres Leiden; dauernder Verlust der Kommunikationsfähigkeit; Notwendigkeit andauernder schwerwiegender Eingriffe (z.B. Beatmung, Dialyse, künstliche Ernährung, Organersatz). Für solche Situationen können Patientenverfügungen Aussagen machen zur Einleitung, zum Umfang und zur Beendigung ärztlicher Massnahmen, dies z.B. für folgende Optionen: Künstliche Ernährung, Beatmung oder Dialyse; Verabreichung von Medikamenten wie zum Beispiel Antibiotika, Psychopharmaka oder Zytostatika, Schmerzbehandlung, Art der Unterbringung und Pflege, Hinzuziehung eines oder mehrerer weiterer Ärzte.

⁵³ MERAN JOHANNES G./GEISSENDÖRFER SYLKE E./MAX ARND T./SIMON ALFRED.

⁵⁴ MERAN JOHANNES G./GEISSENDÖRFER SYLKE E./MAX ARND T./SIMON ALFRED, S. 59 ff., Ziff. 5, Patientenverfügungen im internationalen Vergleich.

⁵⁵ Anstatt vieler, MERAN JOHANNES G./GEISSENDÖRFER SYLKE E./MAX ARND T./SIMON ALFRED.

⁵⁶ Anstatt vieler, MERAN JOHANNES G./GEISSENDÖRFER SYLKE E./MAX ARND T./SIMON ALFRED.

4. Qualität der Patientenverfügung

Die Gutachtenden führen drei Aspekte auf: Den Willensbildungsprozess, die Information und Beratung und die Methoden zur Ermittlung der ganzen Persönlichkeit.⁵⁷

4.1 Willensbildungsprozess

Die Qualität der Patientenverfügung hängt von der vorausgegangenen Willensbildung und Entscheidungsfindung ab. Die Willensbildung sollte unter Einbeziehung von adäquaten Informationen über mögliche Krankheitsverläufe und unter Reflexion eigener Werte und Präferenzen erfolgen. Der Tatsache, dass der konkrete Krankheitsverlauf und die eigenen Wertvorstellungen miteinander verknüpft sind, messen die Gutachtenden grosses Gewicht bei. Vor der Erstellung einer Patientenverfügung soll sich der Patient sowohl seiner individuellen medizinischen Situation und deren vorhersehbaren Entwicklung sowie auch seiner individuellen Präferenzen und Wünsche klar werden. Es ist zu bemerken, dass der Fokus der Gutachtenden beim Patient liegt - nicht beim potentiellen Patient wie in vorliegender Arbeit.

4.2 Information und Beratung

Die Gutachtenden plädieren dafür, dass der Gesetzgeber Wirksamkeitsvoraussetzungen wie etwa Aufklärungs- oder Beratungsanforderungen an das Errichten von Patientenverfügungen knüpfen sollte. Damit wäre der Staat aufgefordert, entsprechende Fachstellen einzurichten, Fachliteratur und Aufklärungsliteratur zur Verfügung zu stellen.⁵⁸

4.3 Methoden

Die Methoden sollen auf das Erfassen der ganzen Persönlichkeit ausgerichtet sein. Die Gutachtenden gehen davon aus, dass der Willensbildungsprozess von aussen, d.h. durch Fachpersonen, unterstützt wird. Für sie stehen professionelle Beratungsgespräche im Vordergrund, insbesondere mit einer narrativen Methode. Es ist zu prüfen, wie weit eine narrative Methode auch auf den potentiellen Patienten für die autonome Auseinandersetzung hinzu gezogen werden kann.

5. Fazit

Standardisierte Patientenverfügungen sind wegen zu grosser Heterogenität keine Lösung. Die Qualität einer Patientenverfügung hängt vom Willensbildungsprozess ab. Dabei ist einerseits zu berücksichtigen, dass, falls vorhanden, eigene konkrete Krankheitsverläufe zu betrachten sind. Dazu sind spezifische Informationen und Beratungsgespräche durch medizinisches Fachpersonal unabdingbar. Andererseits vermitteln erst die Angaben über eigene Wertvorstellungen und Wünsche ein ganzes Bild der Persönlichkeit.

B) Anforderungen an das autonome Errichten einer PV

In diesem Kapitel werden zuerst die **wichtigsten Erkenntnisse** aus Theorie und Praxis zusammengefasst und danach **Empfehlungen** formuliert mit Bezug auf die Frage, auf welche Informationen und auf welche Mustervorlagen sich eine Person stützen soll. Dazu ist zu bemerken, dass sich die Anbietenden von Muster-PV's davor hüten, Empfehlungen abzugeben; sie führen lediglich die Vor- und Nachteile auf, die mit der einen oder andern Wahl verbunden sind.

1. Die wichtigsten Erkenntnisse

Eine PV zu errichten ist ein **Prozess**. Die PV bzw. die ihr zugrundeliegenden Einstellungen zu medizinischen Behandlungswünschen ist von Zeit zu Zeit zu überprüfen. Einerseits regelmässig, empfohlen wird alle zwei Jahre, und andererseits nach einem konkreten Ereignis, z.B. bei einer bestimmten Erkrankung oder beim Verlust einer geliebten Person. Der Prozess ist zu **dokumentieren**.

⁵⁷ MERAN JOHANNES G./GEISSENDÖRFER SYLKE E./MAX ARND T./SIMON ALFRED, S. 79 ff.

⁵⁸ Weder der deutsche noch der schweizerische Gesetzgeber hat Wirksamkeitsvoraussetzungen im Gesetz formuliert.

Es handelt sich um eine **prospektive Willensäußerung**, die sich sowohl auf eine konkret vorhersehbare Behandlungs- und Krankheitssituation als auch auf einen konkreten medizinischen Eingriff beziehen muss. Nur wer **sich konkret in einer Krankheitssituation** befindet, sollte – wenn überhaupt - direkte Anweisungen verfassen; nicht aber, ohne sich mit der **Ärztin oder dem Arzt zu besprechen!**

PV's enthalten nur in seltenen Fällen genügend bestimmte und konkrete Anweisungen, welche direkt umgesetzt werden können. Es ist davon auszugehen, dass die Ärztin oder der Arzt **nach dem mutmasslichen Willen** entscheiden wird. Die Entscheidenden sind auf ein möglichst ganzes Bild der Persönlichkeit angewiesen. Dies bedeutet, dass sowohl eine Vertrauensperson zu bezeichnen ist als auch schriftliche Äusserungen in der PV zu formulieren sind. Damit gibt es **zwei** Informationsquellen, die zur Persönlichkeit der betroffenen Person Auskunft geben können.

Die Äusserungen müssen **interpretationsfähig** sein. Erstens: Keine allgemeinen Ausdrücke verwenden wie „hoffnungslos“ oder „ohne Lebensqualität“ ohne diese auf den zu vergleichenden Zustand zu beziehen. Beispiel: Soll sich „hoffnungslos“ auf dasselbe Niveau an Lebensqualität wie zuvor beziehen oder darauf, dass der Tod unmittelbar bevorsteht? Zweitens: Äusserungen müssen sich klar auf die entsprechende Krankheit beziehen, dies ist vor allem bei zwei oder mehreren Krankheiten zu beachten. Typisches Beispiel: Kommt zu einer unheilbaren Krankheit, z.B. Demenz, eine zusätzliche akute Krankheit hinzu, z.B. eine Lungenentzündung, ist klar zu formulieren, worauf sich „hoffnungslos“ bezieht.

Das **Alter spielt eine Rolle** zum Zeitpunkt des Verfassens der PV. Ältere Menschen stehen gegenüber jüngeren vermehrt Veränderungen gegenüber. Erstens durch das Altern selbst, zweitens durch das erhöhte Risiko zu erkranken oder zu sterben und drittens durch Veränderungen in der persönlichen sozialen Umwelt wegen Krankheit und Tod. Die Einstellungen verändern sich laufend.

Generelle Äusserungen sind praktisch nicht möglich, weil jede Aussage **situationsbezogen** zu betrachten ist. Niemand kann seine Einstellungen (und Anpassungen) als geschwächter, alter oder sterbender Mensch voraussehen. Es wird dennoch von zwei **Einstellungen** gesprochen, **welche „erfahrungsgemäss den Wünschen eines Grossteils der Menschen entsprechen“**.⁵⁹ Erstens mit Bezug auf den Verzicht auf alle Massnahmen, die nur eine Lebens- und Leidensverlängerung zur Folge haben, falls der Tod sicher ist. Zweitens der Wunsch, dass Schmerzen und andere belastende Symptome wie Angst, Unruhe, Atemnot oder Übelkeit wirksam behandelt werden. Wie weit die Schmerzbehandlung auf Kosten der Wachheit und Kommunikationsfähigkeit gehen darf, ist allerdings auch eine Frage der Situation, z.B. ob die Patientin noch etwas Unerledigtes erledigen will und deshalb Schmerzen (vorübergehend) in Kauf nehmen will.

Detaillierte prospektive Forderungen nach dem Verzicht auf bestimmte Interventionen oder nach dem Wunsch nach bestimmten Interventionen sind **nicht möglich**. Niemand - auch keine Fachperson – kann sich langfristig prospektiv auf bestimmte Interventionen festlegen oder auf bestimmte Interventionen verzichten. Dazu kommt, dass die medizinische Wissenschaft fortschreitet.

Die Frage nach Unerledigtem ist eine der wichtigsten bei Todesnähe. Beim Errichten der PV ist diese Erkenntnis zu nutzen (z.B. Testament errichten, sich versöhnen u.ä.).

Aufbewahrung und Bekanntgabe der Patientenverfügung ist wichtig. Die PV muss **verfügbar** sein. Am besten in dem die verfügende Person einen Informationsausweis mit der Angabe des Hinterlegungsortes bei sich trägt.

Die PV ist nur **gültig**, wenn sie von der verfügenden Person **selbst** – ohne Druck von aussen - verfasst worden ist. Das Herunterladen und unterschreiben einer Muster-PV ohne vorherige Auseinandersetzung dürfte genügen, um die PV als ungültig zu erklären.

⁵⁹ FMH/SAMW, Erläuterungen zur Patientenverfügung.

2. Empfehlungen

2.1 Informationsgrundlagen

Von den vielen Anbietern via Internet sind die von der SAMW⁶⁰ erstellten medizin-ethischen **Richtlinien mit Wegleitung** im Anhang zu empfehlen. Als **Muster** (Kurzversion oder ausführliche Version) eignen sich die von der SAMW und der FMH gemeinsam erarbeiteten Vorlagen sehr gut. Zudem empfiehlt der SBK⁶¹ seinen Mitgliedern und allen Pflegenden, die Richtlinien zu achten und anzuwenden. Mit andern Worten: Die Vorlage ist aus medizin-ethischer Sicht entstanden und wird von einem ernst zu nehmenden Verband „auch aus pflegerischer Sicht“ als gut erachtet. Zu finden ist das Genannte wie folgt und kann gratis herunter geladen werden:

- SAMW-Richtlinien zur Patientenverfügung: www.samw.ch, Ethik, Richtlinien

- Weitere Informationen zum Thema Patientenverfügung: www.fmh.ch, Patientenverfügung.

Diese Empfehlung erfolgt nach einer Recherche im Internet⁶² und aus folgenden Gründen: Die SAMW bietet nicht nur Mustervorlagen an sondern auch Richtlinien, mit dem Ziel, Orientierung zu geben. Die Richtlinien gehen auf die Inhalte einer PV ein und zeigen auf, welche Punkte beim Verfassen zu beachten sind, damit die PV ihre Funktion als Instrument der Selbstbestimmung erfüllen kann. Die Richtlinien sind m.E. verständlich formuliert und nachvollziehbar und weisen auf die Klippen und Schwierigkeiten der PV hin.

Die Richtlinien sind sehr umsichtig und sorgfältig verfasst worden. Es wurde eine interdisziplinäre Kommission eingesetzt sowie eine Vernehmlassung durchgeführt.⁶³ Die Ausführungen sind somit fachlich und demokratisch breit abgestützt.

2.2 Beste Form: Vertretungsperson und schriftliche Ausführungen in der PV

2.2.1 Vertretungsperson(en):

Es ist **eine** Vertretungsperson und **subsidiär eine zweite** Vertretungsperson zu bezeichnen. Für den Fall, dass die Vertretungsperson vorübergehend nicht verfügbar ist, ist jeweils eine Ersatzperson zu bezeichnen. Das Einverständnis der beiden Vertretungspersonen und der Ersatzperson(en) ist vorab einzuholen. Die Vertretungsperson muss ihre **Rolle und Aufgaben** kennen und sich diese zumuten (Siehe oben, Aufgabe und Rolle der Vertretungsperson, S. 5).

Die **wichtigste Funktion** der Vertretungsperson ist, dass sie die verfügende Person kennt und Auskunft über sie geben kann. M.E. können zwei Qualitäten der Kenntnis über die Person unterschieden werden. Einerseits geht es um Informationen und Daten über die Person, z.B. über Beruf, Schulabschlüsse, Lieblingsfarbe, Wohnsituation oder Angehörige. Solche Informationen kann sich die verfügende Person in der schriftlichen PV ersparen. Andererseits geht es um die Kenntnis der persönlichen Bewertung der verfügenden Person zu zukünftigen Situationen und entsprechenden Behandlungswünschen.

Falls es eine Person gibt, welche die verfügende Person gerade **nicht vertreten** soll und keine Entscheidung in ihrem Namen treffen soll, ist diese Person **explizit auszuschliessen**.

2.2.2 Schriftliche Form

Die von mir empfohlenen Vorlagen werden von der SAMW und FMH angeboten. Die Richtlinien der SAMW und die Wegleitung im Anhang dieser Richtlinien sind zwingend zu lesen (siehe oben, Informationsgrundlagen, S. 16).

⁶⁰ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.

⁶¹ Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner.

⁶² Orientierung an Beobachter-Liste: http://www.beobachter.ch/leben-gesundheit/medizin-krankheit/artikel/letzte-entscheide_checkliste-fuer-ihre-patientenverfuegung/.

⁶³ Die Zentrale Ethikkommission der SAMW hat schon 2006 eine Subkommission mit der Ausarbeitung von Richtlinien und Empfehlungen beauftragt. Eine erste Fassung dieser Richtlinien wurde 2009 durch den Senat der SAMW nach einer Vernehmlassung genehmigt. Die Richtlinien sind 2012 an die in der Schweiz ab 1.1.2013 gültige Rechtslage angepasst worden. Die Subkommission ist mit namhaften Fachpersonen aus folgenden Disziplinen zusammengesetzt worden: Ärzte und Ärztinnen, Theologen und Theologinnen, Juristen und Juristinnen.

Meine Empfehlung: Die **ausführliche Version**. Sie umfasst 4 Seiten und ist damit nicht zu umfangreich. Sie enthält fast alles Wesentliche, m.E. fehlt im Vorgabetext ein Platzhalter für lebensnotwendige Angaben für das Behandlungsteam. Dies sind Angaben zu Unverträglichkeiten, Allergien, Medikamenten oder zur Blutgruppe.

Auf der dritten Seite, unter 3., Erklärungen zu Therapiezielen und bestimmten medizinischen Massnahmen, gibt es zwei Möglichkeiten: Entweder man will Stellung nehmen zu bestimmten Situationen (und diese ankreuzen) oder man will nicht (und kreuzt dies an).

a) Stellungnahme zu einzelnen medizinischen Massnahmen

In der Mustervorlage des SAMW/FMH werden Aussagen zu folgenden einzelnen medizinischen Massnahmen zur Verfügung gestellt: Aussagen zur Lebens- und Leidensverlängerung, zur Schmerz- und Symptombehandlung, zur künstlichen Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung und zur Reanimation. Solche Aussagen sind – wie schon mehrmals festgestellt – prospektiv praktisch nicht möglich, wenn sie nicht in Bezug auf eine konkrete Situation geäussert werden. Diese Aussagen können jedoch bei der autodidaktischen Auseinandersetzung, welche sich auf konkrete zukünftige Situationen bezieht, hinzugezogen werden.

b) Keine Stellungnahme zu einzelnen medizinischen Massnahmen

In der Muster-PV des SAMW/FMH lautet der Text dazu: „Ich möchte mich nicht abschliessend zu einzelnen medizinischen Massnahmen äussern, sondern bitte das Behandlungsteam, so zu handeln, dass damit meinem Willen bestmöglich entsprochen wird (siehe oben Ziffer 2, „Meine Motivation und meine persönliche Werthaltung).“

Diese Aussage samt Verweis auf die Sparte „Motivation und persönliche Werthaltung“ bedingt, dass die verfügende Person einerseits schriftliche Angaben zu Ihrer Persönlichkeit macht und andererseits eine Vertretungsperson bezeichnet, die über die betroffene Person und ihre persönlichen Werte Auskunft gibt. Vertretungsperson und PV können aber der Tatsache, dass zukünftige Behandlungswünsche situationsbezogen zu betrachten sind, nicht genügend Rechnung tragen.

2.3 Fazit

Behandlungswünsche und –entscheide haben mit Einstellungen einer Person zu tun, welche irgendwie zu erfassen sind. Es geht um das Erfassen der Persönlichkeit mit ihren individuellen Werthaltungen, Lebenszielen, Konzeptionen von Lebensqualität und der Bewertung von Alter, Schwachsein, Schmerz und Tod. Wie oben dargelegt, verändern sich solche Einstellungen laufend. Ohne Methode ist die Vielfalt an möglichen zukünftigen Situationen und Einstellungen nicht zu erfassen.

C) Autodidaktische Auseinandersetzung

Für die autodidaktische Auseinandersetzung mit der Patientenverfügung sind leitend:

- Erstens soll sich die Auseinandersetzung ausschliesslich auf **zukünftige Krankheits- und Behandlungssituationen** und auf die **entsprechenden medizinischen Behandlungswünsche** beziehen.
- Zweitens darf die Auseinandersetzung einerseits nicht zu komplex und andererseits nicht zu aufwändig sein, damit sie für den „Hausgebrauch“ praktikabel ist.
- Drittens muss die Auseinandersetzung wiederholbar sein, damit die Veränderung der eigenen Einstellungen nachvollzogen werden kann.
- Viertens ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass (potentielle) Patientinnen und Patienten über kein genügendes medizinisches Wissen verfügen.
- Fünftens muss die Auseinandersetzung so angelegt sein, dass sie entweder allein oder im Gespräch mit der Vertretungsperson bzw. den beiden Vertretungspersonen benutzt werden kann.

1. Methodenwahl

1.1 Idealtypische prospektive Situationen

Die Konstruktion von idealtypischen Situationen erlaubt es, die Vielfalt an möglichen individuellen Situationen auf eine überschaubare Anzahl an Situationen zu reduzieren. Modellhaft und stellvertretend für andere und ähnliche Situationen können für die PV relevante Aspekte und Fragen diskutiert werden mit dem Ziel, ein Bild der komplexen Persönlichkeit zu zeichnen.

1.2. Werteanamnestische Methoden

Werteanamnestische Methoden gehen davon aus, dass der ganze Mensch erfasst wird, mit seiner eigenen (Leidens-)Geschichte, welche ihn zur Persönlichkeit gemacht hat die er ist und woraus er seine Einstellungen konstruiert hat. Unter Anamnese ist - sehr verkürzt gesagt - das Ergebnis einer Erhebung im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit zu verstehen. Anamnese kommt aus dem griechischen und heisst „Erinnerung“.

Vorliegend beziehe ich mich auf Materialien zur Erstellung von werteanamnestischen Betreuungsverfügungen, welche von KIELSTEIN/SASS aus medizinethischer Sicht zusammengestellt wurden.

1.2.1 Checklistenmethode

Hier handelt es sich um **Listen** mit Fragekatalogen z.B. zu Einstellungen zur Gesundheit, zur Lebensqualität, zu bestimmten Interventionen usw. Da solche Listen situationsunabhängig sind, wird diese Idee nicht weiter verfolgt.

Es gibt auch **Listen in Verbindung zu Szenarien**. Da jede Einstellung an jedem Szenarium geprüft werden muss, kann dies zu einer sehr langen Übung werden. KIELSTEIN/SASS weisen darauf hin, dass bei einer solchen Methode festgestellt worden ist, dass die Probanden den Sinn werteanamnestischer Äusserungen durchaus einsahen, aber Schwierigkeiten hatten, sich festzulegen, weil sie nicht wussten, in welcher Situation solche Festlegungen durch stellvertretende Entscheidungen für sie selbst unerwünschte Konsequenzen haben würden. Die skizzierten Situationen waren ihnen zu blass, als dass sie sich durch Festlegungen für oder gegen bestimmte Interventionen entscheiden konnten.⁶⁴ Gestützt auf diese Erfahrungen und aufgrund des zeitlichen Aufwands wird diese Idee nicht weiter verfolgt.

1.2.2 Narrative Methode

Im Gegensatz zur Checklistenmethode arbeiten andere Ansätze mit Geschichten, verstanden als mündliche oder schriftliche Wiedergabe eines Geschehens.⁶⁵ KIELSTEIN/SASS beziehen sich hauptsächlich auf zwei wegweisende Personen, die in diesem Bereich Grundsätzliches entwickelt haben und die ihnen als Grundlage gedient haben für die Entwicklung von werteanamnestischen Methoden für gesunde Menschen zur Erarbeitung der Betreuungsverfügung bzw. der Patientenverfügung. Als erstes verweisen sie auf GRUNDSTEIN-AMADO (1992), der vor allem für die Entwicklung von Werteanamnesen bei geriatrischen Patienten zu nennen ist. Sie heben hervor, dass diese Methode bei teilweise dementen Patienten die Feststellung von Prioritäten für Behandlungs- und Betreuungsalternativen aus der Werteanamnese durch Geschichtenerzählen und Geschichtenbewerten erlaube. Als zweites verweisen sie auf SEHGAL (1991), der für werteanamnestische Befragungen von Dialysepatienten ein Drehbuch für den Arzt entworfen hat, welches die für diese Personengruppe typischen Entscheidungskonflikte bei Behandlungsabbruch oder –fortsetzung zur Sprache kommen lässt.⁶⁶

1.3 Fazit

Mit Blick auf die eingangs erwähnten Punkte für die autodidaktische Auseinandersetzung ist es zielführend, idealtypische Situationen als Geschichten zum Ausgangspunkt zu nehmen und sich

⁶⁴ HINRICHSSEN K./SASS M./VIEFHUES H., S. 6 f.

⁶⁵ Über „Geschichten“ als Methode kann im Rahmen dieses CAS nicht eingegangen werden.

⁶⁶ HINRICHSSEN K./SASS M./VIEFHUES H., S. 7.

daraus der eigene Werte und Einstellungen bewusst zu werden. Erst das Bewusstwerden und das sprachliche Erfassen ermöglichen die vertiefte Auseinandersetzung.

2. Festlegen der Geschichten

Das Festlegen von idealtypischen Geschichten aus werteanamnestischer Sicht stützt sich hauptsächlich auf die Materialiensammlung von KIELSTEIN/SASS, welche ähnlich wie GRUNDSTEIN-AMADO für den geriatrischen Patienten und SEHGAL für den dialysepflichtigen Patienten für die Vorsorgesituation einen narrativen Ansatz entworfen haben. Sie beziehen sich auf „den gesunden Bürger in der Vorsorgesituation mit fünf Geschichten von Demenz, infauster Prognose⁶⁷, schwerem Schlaganfall, Suizid und schwerem Trauma.⁶⁸ Diese fünf Geschichten mit ihren jeweiligen Fragen dazu bilden die Ausgangslage. Sie werden geprüft, ob sie passend sind, verändert oder ergänzt werden müssen. Danach wird geprüft, ob diese fünf Geschichten - mit Blick auf obige Ausführungen aus Theorie und Praxis - vollständig sind.

2.1 Exkurs: Textbausteine für die Patientenverfügung

Viel Zeit habe ich mit der Frage verbracht, ob aufgrund der Antworten ganze Sätze für die PV herausgefiltert werden könnten, welche sich auf konkrete Situationen beziehen bzw. sich von solchen ableiten lassen. Diesen Anspruch musste ich aus den gleichen Gründen verwerfen wie oben, unter Standardisierte PV's, bereits ausgeführt (S. 13 f.).

3. Autodidaktisches Instrument

3.1 Die fünf Geschichten nach KIELSTEIN/SASS⁶⁹

3.2.1 Aufbau

KIELSTEIN/SASS gehen nach folgendem **Aufbau** vor: Zuerst wird die Situation einer anderen Person geschildert. Danach werden einige Fragen gestellt, zum einen, damit die Beantwortung „in die richtige Richtung“ gelenkt wird und zum andern, um entsprechende situationsbezogene Antworten zu erhalten. Zum Beispiel bei der krebserkrankten Person die Frage nach der Intensität der Schmerztherapie und der geistigen Wachheit. Folgende zwei Fragen werden immer gestellt: Erstens die Frage, wie die entsprechende Person **entschieden hätte**, wenn sie selbst in dieser Situation gewesen wäre. Zweitens die Frage nach den eigenen **Behandlungswünschen**, verbunden mit der Aufforderung, sich in die Geschichte hinein zu versetzen.

Ein Probedurchlauf mit einer mir nahe stehenden Person zeigte, dass sich der Aufbau nicht für den „Hausgebrauch“ eignet. Zum einen, weil die Sequenzen zu lange dauern und zum andern zeigte sich, dass es schwierig ist, sich in eine andere Person hineinzusetzen und für diese zu entscheiden.

3.2 Festlegung von sechs Geschichten

3.2.1 Präsentationsform

Vorschlag: Pro A-4 Seite eine Geschichte die im Titel ausdrückt, worum es geht, dazu einige zusätzliche Fragen die sich aus der jeweiligen Situation aufdrängen. Auf jedem Blatt sind Platzhalter vorgesehen für den Namen, das Geburtsdatum und das Datum der Auseinandersetzung. Es soll Raum für eigene Notizen vorgesehen werden. Die Geschichten und die Seiten sind gleich zu nummerieren.

3.2.2 Inhalte

Aus den fünf Geschichten, welche KIELSTEIN/SASS vorschlagen⁷⁰ habe ich einige Titel anders gesetzt und inhaltlich, redaktionell und formal leicht verändert. Die erste Geschichte habe ich thematisch

⁶⁷ Der Begriff infaust (lat. infaustus = "ungünstig") wird in der Medizin verwendet, wenn die Vorhersage für den weiteren Krankheitsverlauf sehr ungünstig ausfällt. Infauste Prognose bedeutet in der Regel, dass aufgrund des Gesundheitszustandes des Patienten eine Heilung nicht möglich ist und mit dem Tod zu rechnen ist.

⁶⁸ HINRICHSSEN K./SASS M./VIEFHUES H., S. 7.

⁶⁹ HINRICHSSEN K./SASS M./VIEFHUES H., S. 42 ff.

⁷⁰ HINRICHSSEN K./SASS M./VIEFHUES H., S. 42 ff.

umgestaltet und anstelle ihres Themas „Wer soll jetzt entscheiden, und wie?“ das Thema der „abnehmenden Entscheidungskraft und vorübergehenden Verwirrung“ gesetzt. Der Fokus auf ältere Menschen und deren Themen widerspiegelt sich in den Geschichten.

Daraus sind folgende idealtypische Situationen mit folgenden Fragen entstanden:

Zu jeder Geschichte gehört zuerst die Frage: Wie alt sind Sie? (Zusätzlich zur Datumsangabe)

1) Abnehmende Entscheidungskraft, vorübergehende Verwirrung

Stellen Sie sich vor, Sie wären **79 Jahre alt** und benötigten für alle Verrichtungen des täglichen Lebens die Hilfe anderer. Sie hören und sehen schlechter und verlieren Ihr Interesse an Ihrer Umgebung. Sie sind auch häufig geistig verwirrt. Die Durchblutung Ihrer Beine ist gestört und Sie können nur wenige Meter ohne Schmerzen laufen. Durch eine grössere Gefässoperation könnten die Schmerzen beim Gehen behoben werden, die Bewegungsfähigkeit verbessert und die Hilfsbedürftigkeit reduziert werden. Sie sind aber nicht mehr in der Lage, sich zu den Vorteilen und Risiken des Eingriffs sinnvoll zu äussern. Ihre Vertrauensperson und weitere nahestehende Personen erachten den Eingriff als problematisch und neigen dazu, Ihnen die Risiken einer Operation zu ersparen; dies auch, weil ihres Erachtens die Lebensqualität dadurch nur unwesentlich verbessert werden würde.

Frage: Wie würden Sie entscheiden, wenn Sie in einer vergleichbaren Situation wären?

Welche **Lebensqualitäten** wären Ihnen wichtig?

2) Nicht heilbare Krebserkrankung

Sie haben eine unheilbare Krebserkrankung und es wurde auch schon ein Eingriff vorgenommen. Ausserdem erhalten Sie eine Strahlentherapie. Plötzlich treten dazu auch noch Rückenschmerzen und eine Gehbehinderung auf und es werden Geschwülste in der Wirbelsäule festgestellt. Sie stimmen einer Chemotherapie zu, obwohl Ihnen die Begleiterscheinungen wie Übelkeit, Erbrechen, Leistungsverlust und Haarausfall bekannt sind. Diese Behandlung konnte die Schmerzen vorübergehend lindern, aber nicht den Knochenkrebs heilen. Nach einiger Zeit können Sie das Bett nicht mehr verlassen, da sich der Knochenkrebs trotz der Behandlung weiter ausbreitet. Sie sterben nach sechs Monaten im Krankenhaus und nicht, wie Sie gewünscht hätten, zu Hause. Ohne die chemotherapeutische Behandlung wären Sie vermutlich eher verstorben.

1. Würden Sie wünschen, dass die Ärztinnen und Ärzte Sie über Ihren Zustand **voll aufklären**, auch darüber, dass eine Heilung nicht mehr möglich ist?
2. Würden Sie wünschen, durch eine intensive **Schmerztherapie** völlig beschwerdefrei gestellt zu werden, auch wenn dadurch Ihre geistige Wachheit beeinträchtigt wird?
3. Würden Sie intensive medizinische Behandlungen fortsetzen wollen, um ein bestimmtes Ereignis **noch zu erleben** oder selbst noch etwas zu erledigen? Was wäre Ihnen so wichtig?

3) Plötzliche Hirnschädigung

Sie brechen bewusstlos zusammen. Im Krankenhaus wird ein Schlaganfall festgestellt. Die ausgedehnte Hirnblutung kann ohne das Risiko zusätzlicher Hirnschädigung nicht operativ beseitigt werden. Die Hirnblutung kann aber über eine längere Zeit hin ganz oder teilweise abgebaut werden. In diesem Krankheitsstadium ist nicht mit Sicherheit vorauszusagen, welche Dauerschäden zurückbleiben werden. Diese können von einer leichten bis zu einer völligen Lähmung reichen und/oder den Verlust des Sprach-, Wahrnehmungs-, Erkennungs- und Denkvermögens einschliessen.

1. Mit welchen **Dauerschäden** würden Sie weiterleben wollen bzw. nicht mehr weiterleben wollen?
2. Wenn eine **zusätzliche und durchaus behandelbare Krankheit**, z.B. eine Infektion dazukommt, würden Sie die medizinische Versorgung dieser Infektion ablehnen, wenn dabei Schmerzen, Durst und Hunger, Angst, Unruhe und Atemnot angemessen behoben würden?
3. Welche Situation wäre für Sie so **unerträglich**, dass Sie auch nicht mehr **künstlich ernährt** werden wollen und nur wünschen, dass Schmerzen, Durstgefühl, Angst, Unruhe und Atemnot behandelt werden?

4) Schwerer Unfall und tiefe Bewusstlosigkeit

Sie erleiden einen schweren Unfall und überleben mit schweren Schädel-, Bein- und Beckenbrüchen. Die Milz und die rechte Niere sind abgerissen und müssen operativ entfernt werden. Zwei Tage später wird wegen einer schweren Infektion das rechte Bein am Oberschenkel amputiert. Jetzt - nach vier Monaten – sind Sie immer noch bewusstlos. Die statistische Wahrscheinlichkeit, dass sie aus diesem Koma wieder aufwachen, ist ziemlich gering. Sie werden künstlich ernährt und beatmet.

1. Würden Sie die **Fortsetzung von künstlicher Ernährung und Beatmung** wünschen, wenn nach einiger Zeit die statistische Wahrscheinlichkeit, dass Sie Ihr Bewusstsein je wieder erlangen, sehr gering ist? Wie begründen Sie Ihre Entscheidung?
2. Vorausgesetzt, Sie erlangen Ihr Bewusstsein wieder, mit **welchen Dauerfolgen** eines schweren Unfalls könnten Sie sich vorstellen, **Sinn und Inhalt** in Ihrem Leben zu finden und weiter leben zu wollen? Mit welchen nicht?

5) Den Zeitpunkt des Sterbens wählen

Stellen Sie sich vor, Sie wären **80 Jahre alt (oder älter) und leben zu Hause**. Sie sind geistig aktiv und urteilsfähig, jedoch stark gehbehindert und leiden an einer schmerzhaften aber gutartigen Darmerkrankung. Seit Sie vor zwei Jahren Ihren liebsten Menschen verloren haben, hat Sie Ihr Lebensmut verlassen. Ihrem Hausarzt haben Sie seither schon öfters gesagt, dass er Sie in Ruhe sterben lassen möge, wenn Sie einmal Ihrem Leben selbst ein Ende setzen würden. Jetzt ruft die Nachbarin den Arzt an und informiert ihn, dass Sie eine Überdosis Schlaftabletten genommen haben. Der Arzt findet sie bewusstlos auf dem Sofa, neben Ihnen ein Zettel mit dem Hinweis, dass Sie keiner Einweisung ins Krankenhaus und auch keiner lebenserhaltenden Massnahme zustimmen und sterben wollen. Der Arzt folgt ihren Wünschen.

1. Können Sie sich vorstellen, in der obigen oder in einer vergleichbaren Situation **Ihrem Leben ein Ende bereiten** zu wollen? Welches wären die Gründe? Gibt es einen Bezug zum hohen Alter?
2. Falls Sie in einer vergleichbaren Situation ähnlich handeln würden, aber **nicht mehr zu Hause sondern im Heim** wohnen, würde dies zu einem anderen Entscheid führen?
3. Wie beurteilen Sie das **Verhalten des Arztes**?

Folgende idealtypische Situation zur Demenz habe ich zum einen „aus den Materialien“ herausgelesen und zum andern den obigen Ausführungen entnommen.

6) Demenz

Stellen Sie sich vor, Sie hätten eine Demenzerkrankung in fortgeschrittenem Stadium. Sie wissen nicht mehr wer Sie sind und mit wem und worüber Sie sprechen. Sie können sich nicht mehr allein versorgen, allein anziehen oder allein essen. Sie brauchen intensive Betreuung und Pflege rund um die Uhr.

1. **Wo** würden Sie betreut und gepflegt werden wollen – in Ihrer häuslichen Umgebung oder in einem Heim? Und weshalb? Falls zu Hause: Welche nahestehende Person(en) käme(n) für eine Betreuung und Pflege zu Hause in Frage. Haben Sie ein solches Szenario schon mal besprochen? Würden Sie dieser Person oder diesen Personen solches **zumuten** wollen?
2. Nehmen Sie an, dass **zusätzlich ein Hüftgelenksleiden** hinzu kommt, das Ihnen grosse Schmerzen bereitet und Ihre Gehfähigkeit empfindlich einschränken würde. Die Einsetzung eines neuen Hüftgelenks würde sowohl die Schmerzen als auch die Gehbehinderung beseitigen. Diese **Operation** ist jedoch, wie jede Operation, nicht ohne Risiko. Wie würden Sie entscheiden?
3. Nehmen Sie an, es käme **zusätzlich eine durchaus behandelbare Krankheit**, z.B. eine Infektion des Atemwegs hinzu. Sie sterben daran, wenn Sie nicht behandelt werden oder an eine Maschine angeschlossen werden. Wie würden Sie entscheiden?

Die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Szenarien muss als erweiterter Teil der PV deklariert werden, am besten als **Anhang**. Die wichtigsten Überlegungen sind **schriftlich zu formulieren** und bei den entsprechenden Fragen einzutragen. Nach jeder Auseinandersetzung ist die **PV zu prüfen** und allenfalls zu ergänzen oder zu ändern.