

Zum Verhältnis der Patientenverfügung (PV) im neuen Erwachsenenschutzrecht und Advance Care Planning (ACP)

Christoph Häfeli^a

a Kindes- und Erwachsenenschutzexperte

Die Patientenverfügung ist neben dem Vorsorgeauftrag (VA) das zweite Rechtsinstitut, das einem zentralen Anliegen des neuen Erwachsenenschutzrechts, der Förderung der Selbstbestimmung in der Form der eigenen Vorsorge, entspricht und gleichzeitig im Sinne des Subsidiaritätsprinzips zu einer Entlastung des Staates führen soll. PV und VA sind Ausdruck eines Paradigmenwechsels vom paternalistischen Vormundschaftsrecht des 20. Jahrhunderts zum modernen Kindes- und Erwachsenenschutz. In dessen Zentrum steht die Achtung der Menschenwürde. Diese geht vom unverfügbaren Eigenwert jeder menschlichen Person aus. Diese Einzigartigkeit und Unverfügbarkeit des Menschen findet ihren Ausdruck in seiner Selbstbestimmung.

Es handelt sich zweifellos um eine begrüssenswerte Errungenschaft, dass die Patientenverfügung in Art. 370–373 ZGB gesamtschweizerisch abschliessend geregelt ist. Die Bestimmungen sind bemerkenswert prägnant und klar. Sie nennen die Urteilsfähigkeit als Voraussetzung für Anordnungen, die die medizinische Behandlung betreffen, und für die Bezeichnung einer Person, die an Stelle der verfügbaren Person in Zusammenarbeit mit dem medizinischen Personal die nötigen Entscheidungen im Interesse der betroffenen Person fällt, wenn diese dazu nicht mehr in der Lage ist (Art. 370 ZGB). Die Formvorschriften enthalten keine grossen Hürden: einfache Schriftlichkeit und Unterzeichnung genügen, dabei können Muster, von denen zurzeit Dutzende im Internet abrufbar sind, verwendet werden (Art. 371 ZGB). Eine PV ist von der behandelnden Ärztin oder vom behandelnden Arzt grundsätzlich zu befolgen, wenn diese nicht gegen gesetzliche Vorschriften verstösst (z.B. durch die Aufforderung zur aktiven Sterbehilfe), keine begründeten Zweifel bestehen, dass sie auf freiem Willen beruht oder nicht mehr dem mutmasslichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht. Wird der PV ganz oder teilweise nicht entsprochen, muss dies im Patientendossier festgehalten und begründet werden (Art. 372 ZGB). In diesem Fall kann jede der Patientin oder dem Patienten nahestehende Person schriftlich die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde anrufen und auch dann, wenn sie der Meinung ist, die Interessen der urteilsunfähigen Person seien gefährdet oder nicht mehr

gewahrt oder die PV beruhe nicht auf freiem Willen (Art. 373 ZGB) [1].

Die einfache Kodifizierung trägt der medizinischen und psychologischen Komplexität der Auseinandersetzung mit Krankheit und Tod, die immer mit Ambivalenzen und Widerständen verbunden ist, und der beschränkten Entscheidungsfreiheit in Bezug auf künftige «Grenzsituationen» zu wenig Rechnung. Die Einstellungen zu diesen existenziellen Fragen verändern sich im Laufe des Lebens, ein bestimmter Gesundheits- bzw. Krankheitszustand, Erfahrungen mit Krankheit und Tod von Angehörigen, tatsächlicher oder vermeintlicher Fortschritt der Medizin und gesellschaftliche Faktoren beeinflussen die individuelle Beschäftigung mit diesem Thema. Diesem Phänomen ist weder mit juristischen Überlegungen zum Begriff der Urteilsfähigkeit, und seien sie noch so differenziert, und schon gar nicht mit einer stärkeren Formalisierung bzw. Verrechtlichung des Prozesses zu begegnen.

Das hohe Gut der Autonomie ist zudem bei vielen Menschen durch kognitive und Sozialisationsdefizite eingeschränkt. Autonomie ist ausserdem nur eines von vier medizinischen Grundprinzipien, neben dem Gebot, nicht zu schaden, dem Gebot, zum Wohl des Patienten zu handeln, und dem Gebot der fairen Verteilung von Nutzen, Risiken und Kosten im Gesundheitswesen [2]. Eine automatische Privilegierung eines einzelnen Prinzips ist nicht vertretbar, auch nicht im Falle der Autonomie. Es geht vielmehr um eine Balance dieser ethischen Prinzipien. Das Autonomieprinzip muss konkretisiert und individualisiert werden. In Anlehnung an Kant, der Begriffe ohne Anschauung als leer und Anschauung ohne Begriffe als blind bezeichnet hat, warnt Paul Hoff vor einem Autonomiebegriff, der nicht mit klinischen Inhalten angereichert wird und damit unverbindlich, «leer» und allenfalls risikoreich wird, während klinisches Handeln ohne Reflektion über seine ethischen Grundlagen Einzelsituationen und -meinungen überbewertet, was «blind» und ebenfalls risikoreich werden kann. Er sieht deshalb drei (kumulative bzw. sich ergänzende) Wege zur Konkretisierung des Autonomieprinzips: die therapeutische Beziehung, in der sich Autonomie praktisch bewähren muss, die (klassische) Patientenverfügung als Fortschritt mit stark rechtlicher Prägung, ohne

übermässige Formalisierung und Verrechtlichung des Prozesses, und Advance Care Planning, bei der der Fokus eher auf der Kommunikation als auf spezifischen Interventionen oder Therapiezielen liegt [3].

ACP als vorausschauende Behandlungsplanung und zentraler Qualitätsprozess des Gesundheitswesens geht weiter als die klassische PV mit Zustimmung in medizinische Behandlungspläne und Notfallmassnahmen für zukünftige vorübergehende oder dauernde Zustände der Urteilsunfähigkeit. Dieser Prozess umfasst auch die Unterstützung von Angehörigen zur Dokumentation des Patientenwillens bei bereits urteilsunfähigen Patienten und die Möglichkeit, bereits vor Eintritt der Urteilsunfähigkeit bei Patienten, die niemanden haben, dem sie vertrauen können, den Kontakt zur Erwachsenenschutzbehörde bzw. zu Berufsbeiständen herzustellen.

ACP beim urteilsfähigen Patienten besteht darin, bei ihm in einem kontinuierlichen Informations- und Unterstützungsprozess die Auseinandersetzung mit seinen Haltungen gegenüber Krankheit und Tod zu fördern und ihn so zu befähigen, antizipierend Entscheidungen zu treffen für vier Konstellationen:

- Die geplante Urteilsunfähigkeit mit voraussehbarer Dauer bei Operationen und anderen Eingriffen mit Narkose,
- plötzliche unvorhergesehene Urteilsunfähigkeit mit ungewisser Dauer, Notfallsituationen nach Unfällen und akuten Erkrankungen,
- länger andauernde Urteilsunfähigkeit mit ungewisser Dauer in schweren Krankheitssituationen,
- bleibende Urteilsunfähigkeit mit lebenslanger Dauer in chronischen Krankheitssituationen und im Endstadium eines Lebens.

Diese verschiedenen «Lebenslagen» setzen eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit unterschiedlicher Aktualität und Intensität voraus. Sie ist nur möglich in

einem Austausch mit medizinischem Personal und unter Einbezug von Angehörigen bzw. einer in einer PV bezeichneten Vertretung.

ACP ist somit eine zweckmässige und notwendige Ergänzung bzw. «höhere Stufe» der klassischen PV, mit deutlich höherer Effektivität als die einseitig rechtlich orientierte PV [4].

ACP findet, soweit ersichtlich, in der bis heute erschienenen juristischen Literatur zur PV keinen Niederschlag; sie kann auch nicht direkt aus den Bestimmungen des ZGB abgeleitet werden, aber sie wird durch die bestehende rechtliche Regelung nicht verhindert. Diese muss vielmehr durch dieses erweiterte Verständnis angereichert werden. Dies ist in erster Linie eine Frage der Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung und in der Ausbildung der beteiligten Professionen sowie namentlich in der Praxis der Beratung und Begleitung von Personen, die bereit sind, sich aktiv mit diesen schwierigen Fragen in ihrem Leben zu befassen.

Korrespondenz

Christoph Häfeli
 Prof. em. FH, Jurist und Sozialwissenschaftler
 Kindes- und Erwachsenenschutzexperte
 Clemenzweg 24
 CH-5443 Niederrohrdorf
 E-Mail: jus.haefeli[at]bluewin.ch

Referenzen

1. Häfeli Ch. Grundriss Kindes- und Erwachsenenschutz. Bern: Stämpfli; 2016.
2. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics, 7. Aufl., New York; Oxford: Oxford University Press; 2013.
3. Hoff P. Was heisst Patientenautonomie? Referat am Jahreskongress SGPP und SGKJPP, Basel 17.–19. August 2016.
4. Krones T. Patientenverfügung aus der Sicht des Spitals, Referat am Seminar des Europainstituts der Universität Zürich, Zürich, 22. Juni 2016.