

Zwischen Glaube, Ethik und Gesetzbuch

Die Patientenverfügung ist und bleibt eine kritische, aber wichtige Angelegenheit

Am 18. Juni 2009 hat die Bundesregierung ein Gesetz zur Patientenverfügung beschlossen, das am 1. September 2009 in Kraft treten wird. Univ.-Prof. Dr. Norbert W. Paul von der Universität Mainz beleuchtet kritische Punkte, die bei der Umsetzung der Patientenverfügung auftreten könnten. Paul leitet das Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Universitätsmedizin Mainz und bietet einen Fernstudiengang für den Masterstudiengang Medizinethik an.

M&K: Was ist nach erfolgtem Gesetzesbeschluss für die Patienten wie für die behandelnden Ärzte jetzt besser geworden, was ist nach wie vor problematisch?

Univ.-Prof. Dr. Norbert W. Paul: Mit dem Gesetzesbeschluss wird die Bedeutung der Selbstbestimmung von Patienten am Lebensende betont. Damit erhalten Patienten die Möglichkeit, vorab zu erklären, welche Ziele sie persönlich mit einer medizinischen Behandlung in der letzten Phase ihres Lebens verbinden. Für Ärztinnen und Ärzte ist der Beschluss ein Signal, die Bindungskraft von Patientenverfügungen anzuerkennen und die Dokumente im Rahmen der Therapiezielfindung als erklärten Patienten-

willen einzubeziehen. Problematisch ist, dass existierende Patientenverfügungen unabhängig von ihrer Form nun mit erheblicher rechtlicher Reichweite versehen sind. Oftmals sind Dokumente – auch wenn sie unter anwaltlicher oder notarieller Beratung erstellt wurden – für eine klinische Anwendung nicht hinreichend differenziert, deutungs- offen oder widersprüchlich. Eine qualifizierte medizinische Beratung könnte hier Abhilfe schaffen. Auch eine explizite Bezugnahme auf persönliche Werthaltungen kann dazu beitragen, die Deutungsoffenheit des voraus verfügen Willens zu minimieren.

Wie kann oder sollte im konkreten Fall ein Patientenwille umgesetzt werden, wenn ein vorausverfügter Therapieverzicht vorliegt, es für die behandelnden Ärzte aber therapeutische Optionen gibt?

Paul: Pointiert formuliert bedeutet ein Therapieverzicht insbesondere bei einer nicht zum Tode verlaufenden Erkrankung die Verpflichtung zur Teilnahme an passiver Sterbehilfe. Eine häufige Formulierung in Patientenverfügungen sieht Behandlungsverzicht und die Einstellung von Maßnahmen der künstlichen Ernährung vor, wenn der Patient kognitiv eingeschränkt ist und absehbar nicht mehr in der La-



Univ.-Prof. Dr. Norbert W. Paul, Universität Mainz

ge sein wird, seinen Willen zu bilden und zu äußern. Dies ist z.B. im Rahmen einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung der Fall, obwohl Demenz-Patienten durchaus bei adäquater Zuwendung mit guter Lebensqualität leben können. Hier durch Einstellung der Ernährung – etwa durch eine Sonde – und weite-

rer indizierter Maßnahmen – etwa einer indizierten Antibiose – das Sterben eines Patienten zu induzieren, ist aus ethischer Sicht problematisch und widerspricht der ärztlichen Berufsauffassung.

Welche Möglichkeiten gibt es, einen mutmaßlichen Patientenwillen zu erfragen?

Paul: Die Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens ist vor allem auf die Rekonstruktion früherer Lebensentscheidungen angewiesen. Das Klinische Ethikkomitee der Universitätsmedizin Mainz etwa legt im Rahmen der klinisch-ethischen Beratung per se einen Ansatz der rekonstruktiven Ethik zugrunde. Dieser ist als Leitlinie für das gesamte Klinikum etabliert, sodass auch ohne Beratung durch Ethiker Ärztinnen und Ärzte die Grundzüge der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens beherrschen. Dies beinhaltet insbesondere Gespräche mit den Angehörigen, Analyse von Optionen und Präferenzen sowie eine Abwägung von Therapiezielen und persönlichen Zielen des Patienten.

Sollte es ein Zentralregister für Patientenverfügungen geben, damit im Notfall Ärzte und Kliniken und Betreuer darauf ohne Suche einen schnellen Zugriff haben?

Paul: Ein Zentralregister ist eine zweischneidige Sache. Zum einen würde es den Zugriff erleichtern, aber lediglich um den Zugewinn, dass keine Patientenverfügung länger unberücksichtigt bliebe. Dies kann auch durch die Einführung entsprechender Standards bei der Patientenaufnahme geschehen, im Notfall wäre eine Notfallkarte hilfreicher. Zielführender scheint ein Modell zu sein, in dem der Hausarzt einen Patienten bei der Erstellung der Verfügung berät und eine Kopie in den Krankenakten aufbewahrt. Der Hausarzt wird so zur wichtigen und authentischen Ressource bei der Ermittlung des Patientenwillens. Gleichzeitig kann eine Notfallkarte ausgegeben werden, auf der der Name des Hausarztes

Kongress

Auf dem Bundeskongress „vorjurlife“ am 27. und 28.11. in Darmstadt diskutieren Experten über die Auswirkungen, die das Gesetz zur Patientenverfügung zur Folge haben könnte. Es sollen Lösungen und Abläufe für alle am Prozess der Patientenverfügung Beteiligten erarbeitet werden. Der Kongress spricht Ärzte und Klinik-Management an.

► www.vorjurlife.de

und des Bevollmächtigten mit den entsprechenden Kontaktdaten aufgeführt ist. Dies überlässt die informationelle Selbstbestimmung ganz dem Patienten, er muss keine Daten in eine – womöglich kostenpflichtige – Datenbank weitergeben und kann jederzeit ohne Aufwand und ohne Zeitverzug Veränderungen inhaltlicher und formaler Natur vornehmen.

Sollte auf einer Notfallkarte vermerkt sein, dass eine Patientenverfügung vorliegt und wo diese zu finden ist? Und sollten die Bundesbürger diese Notfallkarte immer bei sich tragen?

Paul: Dies ist sicherlich eine gute Idee, die mit geringem Aufwand – wie etwa beim Organspendeausweis – realisierbar ist.

Welche Probleme stellen sich aus medizinethischer Sicht trotz Gesetzesbeschluss bei der Umsetzung eines Patientenwillens, u.a. bei religiösen und/oder ethisch beeinflussten Voraussetzungen?

Paul: Religiöse, spirituelle oder ethische Werthaltungen können die gleiche Wirkmächtigkeit bei der Umsetzung eines Patientenwillens entfalten wie andere Argumente für oder wider eine Therapie. Sie sind im Sinne der Wahrung der Selbst-

bestimmung ebenso zu beachten wie etwa medizinische Befunde. Gelegentlich erscheinen Entscheidungen, die auf der Basis solcher Werthaltungen oder Überzeugungen getroffen werden, als irrational, und es besteht eine Neigung, sie zu übergehen. Beispiele sind etwa die Verabreichung von ungewollten Transfusionen bei Zeugen Jehovas. Der weitaus häufigere Fall ist jedoch eine Nicht-Berücksichtigung von Grundbedürfnissen der Angehörigen von Glaubensgemeinschaften. Dies zeigt sich etwa immer wieder am Umgang mit muslimischen Patienten, die ja regional ca. 30% der Behandlungsfälle in einem Klinikum ausmachen können. In einer Studie konnten wir übrigens belegen, dass die Bereitschaft von Muslimen in Deutschland, eine Patientenverfügung anzufertigen, aus der religiösen Grundhaltung der Ergebnisse in den Willen Gottes heraus sehr gering ist. Hier wird möglicherweise eine spezifische Form der Benachteiligung entstehen.

Kontakt:

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Tel.: 06131/39-35868
mitzkat@uni-mainz.de
www.uni-mainz.de

Aus zwei mach' eins

Vom 26. bis 29. September wird Göttingen ganz im Zeichen der Nephrologie stehen und Schauplatz der 1. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) sein. Die DGfN hat sich im letzten Jahr aus den beiden Altgesellschaften Gesellschaft für Nephrologie und Deutsche Arbeitsge-

sellschaft gegründet und bündelt nun die nephrologische Kompetenz in Deutschland.

Der Kongress deckt ein breites Interessenspektrum ab – den Kongresspräsidenten, Prof. Dr. Gerhard Anton Müller, Göttingen, und Prof. Dr. Jörg Plum, Kassel, ist es gelungen, sowohl den Interessen der Kli-

nischen Forschung sowie des wissenschaftlichen Nachwuchses gerecht zu werden. Schwerpunkte wurden in den Bereichen der Nierenentwicklung, -physiologie, des akuten und chronischen Nierenversagens, der Organregeneration und zellbasierter Therapieverfahren sowie der Transplantation, nephrologischer Biomarker

setzt. Ferner werden auch die neuen KDIGO-Leitlinien vorgestellt. Des Weiteren werden medizinrechtliche Fragestellungen beleuchtet, nicht zuletzt, weil rechtliche und ethische Aspekte des ärztlichen Handelns auch in der Nephrologie zunehmende Bedeutung erlangen.

► www.aey-congresse.com/nephrokonferenz2009

Nobelpreisträger und Politik-Prominenz

Der erste Weltgesundheitsgipfel an der Charité Universitätsmedizin Berlin, der vom 15. bis 18. Oktober stattfindet, wird zum Treffpunkt der internationalen Politik. Er steht unter der Schirmherrschaft von Bundeskanzlerin Angela Merkel und dem französischen Präsidenten Nicolas Sarkozy. Ministerinnen und Minister sowie Staatssekretäre aus

ge Staatspräsidentin Irlands und derzeitige Präsidentin der Global Alliance for Vaccines and Immunisation (GAVI), hat ebenfalls zugesagt, wie auch Mark Walport, Direktor der britischen Stiftung Wellcome Trust. Ebenso geplant ist die Teilnahme von US-Gesundheitsministerin Kathleen Sebelius, die Präsident Obamas ambitionierte

sundheit voranzubringen. Drei Nobelpreisträger werden über aktuelle Themen berichten: Prof. Harald zur Hausen spricht über mögliche Impfstoffe gegen Krebs, und der britische Genetiker Sir John Edward Sulston stellt aktuelle Ergebnisse seiner Forschungen zum programmierten Zelltod vor. Der Franzose Luc Montagnier diskutiert mit Fes-