

# **Patientenverfügungen**

**Vortrag zur Vernehmlassung**

**„Patientenwille und Selbstbestimmungsrecht, Anforderungen an eine valide Patientenverfügung“**

**zu den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW vom 22. Januar 2009**

**Dr. med. Raimund Klesse**

**FMH Psychiatrie und Psychotherapie**

Sehr geehrte Tagungsleitung, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen aus Medizin und Pflege und anderen Berufsgruppen, die mit der heutigen Thematik befasst sind

Vieles zu Inhalt und Form einer Patientenverfügung ist schon gesagt worden. Ich möchte daher noch einige allgemeine Überlegungen zum Begriff der Patientenautonomie anstellen, um dann konkret zur Situation der psychisch Kranken und Demenzkranken überzugehen

## **Allgemeine Überlegungen**

Eine zentrale Stellung im Vernehmlassungsentwurf der vorliegenden Richtlinien nimmt der Begriff der Patientenautonomie ein. Der Begriff beinhaltet, dass Entscheidungen auch gegen die Erhaltung des eigenen Lebens als autonome Willensentscheidungen interpretiert werden. Diese Vorstellung von Autonomie lässt wichtige anthropologische Grundgegebenheiten des menschlichen Wesens ausser Acht, nämlich den natürlichen Lebenswillen und die soziale Natur des Menschen. Ich möchte dieses Problem kurz reflektieren, da sich die daraus ergebende Einstellung unmittelbar auf das Verfassen einer Verfügung bzw. die Beratung dabei auswirkt.

Der Lebens- und Überlebenstrieb ist eine Grundtatsache der menschlichen Existenz und wird begrenzt durch das Nachlassen der Kräfte im Alter oder bei schwerer Krankheit, was irgendwann zu natürlichem Tod führt. Nur das „biologisch Am-Leben-Sein bzw. der Anspruch darauf ist die

Grundvoraussetzung dafür, Würde und Rechte zu haben. Das Lebensrecht ist (daher auch) Kern und Basis der Menschenrechte“.<sup>1</sup> Der Mensch möchte leben, es sei denn, er ist durch Schmerz, Angst, Depression, Einsamkeit oder innere Distanz zu den Mitmenschen in einer seelischen Notlage. Die internationale Suizidforschung hat dies klar gezeigt. 85-100% der Menschen, die nach einem Suizidversuch gerettet wurden, starben auch später nicht an Suizid und waren überwiegend froh über ihre Rettung.<sup>2</sup> Auftretende Todeswünsche oder Vorstellungen, in bestimmten Situationen nicht mehr leben zu wollen, sind labil und hängen stark von psychischer Verfassung, Situation und Umfeld ab. Wenn ein Mensch daher in seiner Verfügung festhalten will, dass er in gewissen Situationen nicht mehr behandelt werden will, stellt sich also die Frage, auf welcher Grundlage ein solcher Wunsch entsteht.

Hier kommt eine zweite Grundtatsache zum Tragen, nämlich dass der Mensch ein soziales Wesen, ein Beziehungswesen ist. Er steht von Geburt bis zum Tod in einer natürlichen Abhängigkeit zu seinen Mitmenschen, wobei diese Abhängigkeit am Anfang und Ende des Lebens deutlicher zutage tritt. Eine wirklich freie Entscheidung ist nur in einem Umfeld möglich, in dem eine vertrauensvolle Bindung zu den Mitmenschen und damit eine Grundsicherheit besteht, dass auch im Fall von Krankheit und Leiden alles getan wird, um die Erkrankung zu heilen und wenn dies nicht möglich ist, die Symptome zu lindern und menschlichen Beistand zu leisten. Völlig vom Mitmensch unabhängige autonome Entscheidungen gibt es nicht. Deshalb spielt die Stellungnahme der Menschen, die jemanden begleiten oder beraten, eine zentrale Rolle. Hierbei müssen wir auch in Betracht ziehen, dass die Überlegungen, welche Mittel und Therapien angewendet werden sollen, heute stark von einer schon Jahre dauernden unsäglichen Kostendiskussion beeinflusst werden. Die Ökonomisierung der Medizin hat zu einem massiven Vertrauensverlust geführt und bewirkt bei vielen alten Menschen, dass sie der Gesellschaft oder ihren Angehörigen nicht zur Last fallen wollen.

Jeder medizinische Behandlungsentscheid muss daher auf einer sorgfältigen Diagnose und Prognose beruhen. Die darauf basierende medizinische Behandlung ist immer ein Abwägen zwischen Nutzen der Therapie und allfällig entstehenden Belastungen mit dem Ziel, ein würdiges

---

<sup>1</sup>Hippokratische Gesellschaft Schweiz, „Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in der Schweiz?“, Broschüre, November 1999, S. 35

<sup>2</sup> nach Klesse, R., „Der Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht“, *Imago Hominis* (2003); 10(1): 37-44

Leben bis zum natürlichen Tod zu ermöglichen. Dabei gilt „nil nocere“, nicht zu schaden, wozu der hippokratische Eid den Arzt verpflichtet. Ein Abbruch einer Behandlung sollte nur erfolgen, wenn sie medizinisch nicht mehr sinnvoll erscheint. Der noch ungenügend erfahrene Arzt soll in diesen Fragen den Beistand von reifen, erfahrenen Kollegen einholen. Eingebettet sein muss die medizinische Therapie in eine einfühlsame, kompetente pflegerische und menschliche Begleitung. Prof. Hell hat dies in einem Beitrag zur Tagung „Ganz Mensch bis zum Tod“ schön formuliert: „Die High-Tech.-Medizin erfordert als Ergänzung eine High-Touch-Medizin, denn gerade der alte, oft isolierte, sterbende Mensch braucht achtsame Zuwendung.“<sup>3</sup> Und an der gleichen Tagung hat es die Theologin Susanne Heine so formuliert: Weil der Mensch ein Beziehungswesen sei, gelte es auf der Bühne des Lebens kein Einpersonenstück zu spielen, sondern gemeinsam das Lernziel des Lebens zu verfolgen: die Kunst der Liebe und die Praxis der Solidarität<sup>4</sup>.

### **Patientenverfügungen bei Demenzkranken und psychisch kranken Menschen**

Psychische Erkrankungen sind grundsätzlich heilbar und heilen v.a in tragfähigen Vertrauensbeziehungen. Menschen mit psychischen Erkrankungen sind – wie ebenfalls auch Menschen mit Demenz - keine besondere Kategorie Mensch. Jeder von uns kann unter bestimmten Umständen psychisch erkranken, wie wir z.B. aus den Erfahrungen mit Menschen aus Kriegsgebieten wissen. Aber auch Reaktionen auf Einschnitte im Leben wie Trennungen, Verlust der Arbeit, Krankheit u.a. kann zu seelischen Reaktionen führen.

Urteilsunfähigkeit in Bezug auf medizinische Massnahmen tritt bei psychischen Krankheiten insgesamt selten und meist nur für kurze Zeiträume auf. Vorkehrungen für wiederholte Phasen von z.B. Psychosen werden allgemein in der psychiatrischen Therapie getroffen, soweit dies realistisch möglich ist. Durchführung von notwendigen Massnahmen bei Urteilsunfähigen gegen den Willen sind bereits in den Richtlinien der SAMW zu Zwangsmassnahmen geregelt. Daher gehören psychische Erkrankungen m.E. nicht als Sonderfall in die Richtlinien zur Patientenverfügung.

---

<sup>3</sup> Hell, Daniel, Beitrag am Symposium „Ganz Mensch bis zum Tod“, 12.9.2008, Aarau nach Reformierte Presse Nr. 38, 19.9.08, S.7

<sup>4</sup> Heine Susanne, Beitrag am Symposium „Ganz Mensch bis zum Tod“, 12.9.2008, Aarau nach Reformierte Presse Nr. 38, 19.9.08, S.7

Bezüglich der Demenzkrankheit bestehen oft ganz falsche Vorstellungen, die dazu führen können, auch hier andere Massstäbe für die Behandlung körperlicher Leiden anzulegen. Ein Beispiel:

Ein gebildeter, knapp 80jähriger Mann kam zu mir in die Praxis mit dem Verdacht an Alzheimer zu leiden. Er hatte einen Film über Demenzkranke im letzten Stadium gesehen und einen absoluten Horror vor dem Verlust seiner geistigen Fähigkeiten. Obwohl wir versuchten, ihm die durch die Untersuchung bestätigte Diagnose schonend beizubringen und er anschliessend psychologisch begleitet wurde, unternahm er einen Suizidversuch. Zum Glück konnte er gerettet werden. Es folgte eine schwere Zeit, die Ehe war belastet, der Patient depressiv. Mit dem Fortschreiten der Kurzzeitgedächtnisstörung gab es aber plötzlich eine grundlegende Änderung: Der Pat. realisierte seine Erkrankung nicht mehr und lebte fortan in den Tag hinein. Er spazierte durchs Dorf, bekam durch seine freundliche Art viel Echo und zeigte sich bei den Konsultationen sehr zufrieden. Nur der Streit mit der überforderten Ehefrau belastete ihn. Nach der dann folgenden Einweisung ins Pflegeheim löste sich auch dieser Problempunkt, der Pat. liess sich verwöhnen und hatte ein gutes Verhältnis zu den Schwestern. Die Frau war entspannter und die Beziehung verbesserte sich. Schliesslich konnte der Pat. nicht mehr in die Praxis kommen, schrieb aber alle halben Jahre eine Karte, aus der hervorging, dass es ihm gut ging. Dies bis nur noch Hieroglyphen erkennbar waren. Ein halbes Jahr nach der letzten Karte verstarb er. Nach Auskunft der Pflegenden bis zum Schluss freundlich und zufrieden.

Auf der Abteilung für Demenzkranke in einem Pflegeheim, das ich psychiatrisch betreue, finden sich alle Stimmungslagen, die wir auch sonst im Alltag kennen. Einig Pat. sind fröhlich und humorvoll, immer zu einem Spässchen aufgelegt, andere ängstlich, dritte aggressiv. Die einen sind bezüglich ihrer Defizite beunruhigt, andere tragen auftretende Probleme mit stoischer Ruhe. Ganz oft wechseln die Stimmungen, auch für längere Zeit aus unerfindlichen Gründen.

Demenzkrankte haben keine schlechtere Lebensqualität als nicht demente Menschen. Eindeutig ist allerdings die starke Abhängigkeit davon, wie die Stimmung bei den Betreuenden ist und wie gut die Pflegenden oder Angehörigen sich in ihre Situation einfühlen können.

Da der Demenzkranke sich oft nicht präzise äussern kann, braucht es bei körperlichen Leiden eine besondere Sorgfalt in Abklärung und Behandlung. Angst und Unverständnis medizinischer Massnahmen kann beim Demenzkranken zu Gegenwehr und Ablehnung führen, die nicht voreilig als Wille, nicht mehr behandelt zu werden, interpretiert werden dürfen. Ablehnung

irgendwelcher Behandlungen aus Lebenswertüberlegungen, auch durch den Patienten selber beim Abfassen einer Verfügung müssen wir entschieden entgegenzutreten.

Hierzu noch ein letztes Beispiel, das zeigt, wie gross die Gefahr ist, bestimmte Symptome als fehlenden Lebenswillen misszudeuten: Auf einer gerontopsychiatrischen Station lebte seit vielen Jahren ein über 80jähriger Mann mit einer chronischen Schizophrenie, mittlerweile war vermutlich eine mittelschwere Demenz dazugekommen. Am Rapport wurde berichtet, dass der Mann seit einiger Zeit nicht mehr ass und trank, apathisch war und sich kaum mehr rührte. Das Team deutete dies als Sterbewillen und wollte, dass alle medizinischen Massnahmen eingestellt würden. Nach Durchführung einer sorgfältigen körperlichen und Laboruntersuchung, die keine besonderen Befunde ergaben, entschied ich, dem Mann vorerst eine Subkutaninfusion zu stecken. Nach drei Tagen passierte ein „Wunder“: Herr B. blühte auf, begann wieder zu sprechen, ass und trank selbstständig und wechselte zum ersten Mal nach 5 Jahren beim Zmorge seinen Platz. Später konnte er noch in ein Pflegeheim verlegt werden, wo er sich gut eingewöhnte und bis zu seinem Tod drei Jahre später lebte.

### **Zusammenfassung:**

Patientenverfügungen stehen im Kontext unserer Zeit, wo die medizinische Diskussion geprägt ist durch ein Verständnis von Selbstbestimmung und Autonomie, das häufig ausser Acht lässt, dass der Mensch ein Beziehungswesen ist und von Natur aus leben will. Der Abbau des Gesundheitswesens unter dem Druck einer ökonomistischen Ideologie führt zur Unsicherheit, ob noch für alle selbstverständlich gesorgt wird. In dieser Situation ist die Vertretung durch eine Vertrauensperson bei Urteilsunfähigkeit sinnvoll und kann eine gewisse Beruhigung bringen. Angehörigen dürfen aber keine Entscheidungen über Leben und Tod aufgebürdet werden, und ich hoffe sehr, dass in der Neuauflage des ZGB dieser schwerwiegende Fehler nicht begangen wird. Behandlungsentscheide sollen auf der Grundlage einer sorgfältigen medizinischen Diagnose und Prognose in Absprache mit den Angehörigen/Vertrauensperson gefällt werden. Spezifische Krankheitssituationen können nur in Ausnahmefällen vorausgesehen und beurteilt werden. Für Behandlungsentscheide bei Kindern sollte immer ein Einvernehmen mit den Eltern gesucht werden. Für psychisch und demenzkranke Menschen gelten grundsätzlich keine anderen Überlegungen als für andere Menschen. Das Abfassen einer Patientenverfügung kann auch die Verpflichtung für alle im Gesundheitswesen Tätigen beinhalten, unter Anwendung des

vorhandenen medizinischen Wissens die optimale fachliche und pflegerische Begleitung bis zum natürlichen Tod zu gewährleisten.

„Die unmittelbarste Tatsache des Bewusstseins des Menschen lautet: 'Ich bin Leben, das leben will, inmitten von Leben, das leben will.' Als Wille zum Leben inmitten von Willen zum Leben erfasst sich der Mensch in jedem Augenblick, in dem er über sich selbst und über die Welt um sich herum nachdenkt. ... Zugleich erlebt der denkend gewordene Mensch die Nötigung, allem Willen zum Leben die gleiche Ehrfurcht entgegenzubringen wie dem seinen. Er erlebt das andere Leben in dem seinen. Als gut gilt ihm, Leben erhalten, Leben fördern, entwickelbares Leben auf seinen höchsten Wert bringen. Als böse: Leben vernichten, Leben schädigen, entwickelbares Leben niederhalten. Dies ist das denknotwendige, universelle, absolute Grundprinzip des Ethischen.“

Albert Schweitzer

„Schicksalsgefährte zu werden mit dem Kranken, Vernunft mit Vernunft, Mensch mit Mensch, in den unberechenbaren Grenzfällen einer zwischen Arzt und Patient entstehenden Freundschaft. (...) Die Gegenwart einer Persönlichkeit, die in ihrem Willen zum Helfen einen Augenblick ganz für den Kranken da ist, ist nicht nur unendlich wohlthuend. Das Dasein eines vernünftigen Menschen mit der Kraft des Geistes und der überzeugenden Wirkung eines unbedingt gütigen Wesens weckt im anderen, und so auch im Kranken, unberechenbare Mächte des Vertrauens, des Lebenwollens, der Wahrhaftigkeit, ohne dass darüber ein Wort fällt. Was der Mensch dem Menschen sein kann, erschöpft sich nicht in Begreiflichkeiten.“

Karl Jaspers