

RECHT **RdM** DER MEDIZIN

Schriftleitung Christian Kopetzki

Redaktion Gerhard Aigner, Erwin Bernat, Daniel Ennöckl, Meinhild Hausreither,
Thomas Holzgruber, Dietmar Jahnel, Matthias Neumayr, Magdalena Pöschl,
Reinhard Resch, Hannes Schütz, Lukas Stärker, Karl Stöger,
Felix Wallner, Johannes Zahrl

April 2015

02

41 – 84

Beiträge

Primärversorgung in Ö – rechtspolitische und juristische Aspekte

Helmut Ivansits und Stephanie Prinzing ➔ 44

Der Betriebsübergang ärztlicher Ordinationen

Matthias Klein ➔ 52

Interdisziplinäre Notfallaufnahme aus medizinrechtlicher Sicht

Michael Halmich und Klaus Hellwagner ➔ 58

Der praktische Fall

Die missverstandene Patientenverfügung

Thomas Wagner, Carl Nikolaus Homann und Jürgen Wallner ➔ 62

Gesetzgebung und Verwaltung

Einsatz der Pflegehilfe bei Schutzfixierungen ➔ 69

Editorial/Rechtsprechung

Private Sicherheitsdienste am Krankenbett/im Krankenhaus?

Christian Kopetzki ➔ 41, 71

Leitsätze

Arzneimittleigenschaft von „Poppers“ *Claudia Zeinhofer* ➔ 76

Informationspflicht über Höhe der Ärztehonore bei Aufnahme
in die Sonderklasse *Maria Huber* ➔ 78

Die missverstandene Patientenverfügung

RdM 2015/49

Sachverhalt

Herr Johann F., ein 74-jähriger Patient mit einer 6 x 4 x 5 cm großen intrazerebralen Hirnblutung, wird stationär in einer Zentral-krankenanstalt aufgenommen. Zum Aufnahmezeitpunkt ist der Patient benommen, jedoch auf Ansprache weckbar. Eine gerichtete Kommunikation ist vorerst nicht möglich. Als Ursachen für die Hirnblutung können eine zum Aufnahmezeitpunkt bestehende hypertensive Krise (Hochdruckentgleisung) und eine medikamentöse Blutverdünnung angenommen werden. Die Blutverdünnung war eingeleitet worden, da der Patient fünf Jahre zuvor einen Mediainsult links (Schlaganfall) mit konsekutiver, spastischer Hemiparese (Halbseitenlähmung) rechts erlitten hatte.

Während der weiteren Behandlung wird der Patient zunehmend kontaktfähig, kann einfache Fragen beantworten, wie welche Art von Pudding er essen möchte oder zu seinem Wohlbefinden. Bisweilen gibt es jedoch auch Phasen, in denen der Patient nicht zur direkten Kontaktaufnahme fähig ist und mit Abwehr und Wegdrücken oder Wegschieben auf Pflegemaßnahmen reagiert (dazu noch später). Im Rahmen der stationären Behandlung wird auch eine Physiotherapie durchgeführt, wobei der Patient bereits im Querbett sitzt und aktiv mitarbeitet. Der Patient hat einen schwer einstellbaren erhöhten Blutdruck, ist aber sonst medizinisch unauffällig und

frei von Zeichen einer Lungenentzündung, eines Nierenversagens oder einer anderen schwerwiegenden Begleiterkrankung.

Der begleitende Enkelsohn weist eine Patientenverfügung und eine Vorsorgevollmacht vor und wünscht ausdrücklich, von jeder Behandlung abzusehen. Die drei Jahre alte, schriftliche, vor einem Anwalt errichtete und eigenhändig unterschriebene Patientenverfügung hat folgenden Wortlaut: „Im Falle einer chronischen Erkrankung und einer anhaltenden Pflegebedürftigkeit wünsche ich keine Magensonde, künstliche Ernährung oder Beatmung und keine Anschlüsse an technische Geräte, um das Leben künstlich zu verlängern“. Die Vorsorgevollmacht beinhaltet auch medizinische Belange und bevollmächtigt den Enkelsohn, „die Rechte des Vollmachtgebers gegenüber Ärzten, Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen etc wahr[zunehmen] [...] und Entscheidungen über Untersuchungen, Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe [zu] treffen“.

Daher wird trotz der geringen Beeinträchtigung der Vigilanz und der offensichtlichen Besserung der klinischen Symptome während des stationären Aufenthaltes von der üblichen für diese Erkrankung vorgesehenen neurologischen Behandlung abgesehen. Physiotherapeutische Maßnahmen sowie logopädische und medikamentöse Maßnahmen werden reduziert und abgesetzt. Die intravenöse bzw nasogastrale Ernährung wird nicht mehr angeboten und schließlich

auch die normale orale Flüssigkeits- und Ernährungszufuhr eingestellt. In dieser Situation öffnet der Patient plötzlich die Augen und sagt leise aber deutlich „Wasser, Wasser!“. Dessen ungeachtet verstirbt der Patient letztendlich durch Mangel an ausreichender Ernährung und Flüssigkeit, palliativ betreut, dh unter schmerzlindernder, sedierender und distanzierender Medikation.

Juristische Stellungnahme

1. Vorbemerkungen

Damit eine medizinische Behandlung rechtmäßig ist, muss der Patient in die Behandlung einwilligen. Dieses Selbstbestimmungsrecht des Patienten leitet sich aus § 16 ABGB und § 110 StGB sowie zahlreichen anderen Regelungen ab.¹⁾ Der Arzt ist verpflichtet, vor jeder Behandlung eine entsprechende Einwilligung – nach vorheriger Aufklärung – des Patienten einzuholen. Unter den Begriff der Behandlung fallen alle diagnostischen, therapeutischen und prophylaktischen Maßnahmen sowie jede Schmerztherapie.²⁾ Die Einwilligung rechtswirksam erteilen kann nur ein einsichts- und urteilsfähiger Patient. Diese Einsichts- und Urteilsfähigkeit liegt dann vor, wenn der Patient Grund und Bedeutung einer Behandlung einsehen und nach dieser Einsicht seinen Willen bilden kann.³⁾ Die Beurteilung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit obliegt dem behandelnden Arzt. Auf die Sonderproblematik bei Kindern braucht hier nicht eingegangen zu werden. Liegt – so wie im gegenständlichen Fall – unbestritten eine Einwilligungsunfähigkeit bei einem erwachsenen Patienten vor, so ist zunächst zu prüfen, ob eine antizipierte Einwilligung in Form einer Vorsorgevollmacht (§§ 284 ff ABGB) oder eine Behandlungsablehnung in Form einer Patientenverfügung iSd PatVG vorliegt. Bei Patienten mit einer psychischen Erkrankung oder einer geistigen Behinderung ist auch an eine Sachwalterschaft (§§ 268 ff ABGB) oder eine Angehörigenvertretung (§§ 284 b ff ABGB) zu denken.

2. Patientenverfügung

Das Patientenverfügungsgesetz⁴⁾ wurde 2006 beschlossen. Ziel dieses Gesetzes ist es, Rechtssicherheit für Arzt und Patient bei Vorliegen einer Patientenverfügung herzustellen. Die Patientenverfügung ist eine Willenserklärung, mit der ein Patient bestimmte Behandlungen vorweg für den Fall ablehnt, dass er nicht mehr einsichts- und urteilsfähig ist oder sich nicht mehr äußern kann. Das Gesetz unterscheidet zwischen einer verbindlichen und einer beachtlichen Patientenverfügung (§ 1 Abs 2 PatVG). Eine Patientenverfügung kann gem § 3 PatVG nur höchstpersönlich errichtet werden und setzt die Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten voraus.

Die verbindliche Patientenverfügung wird in den §§ 4 ff PatVG geregelt. Demnach müssen medizinische Behandlungen, die vom Patienten abgelehnt werden, konkret beschrieben sein oder eindeutig aus dem Gesamtzusammenhang hervorgehen (vgl § 4 PatVG). Nach den Materialien ist die Ablehnung einer „künstlichen Lebensverlängerung“ wohl zu unbestimmt, doch kann es auch nicht auf die detaillierte Aufzählung aller erdenklichen Fälle, in denen bestimmte Maßnahmen unterbleiben sollen, ankommen.⁵⁾ Der Patient muss aber auch die Folgen seiner Ablehnung richtig einschätzen können, weshalb eine umfassende ärztliche Aufklärung einer verbindlichen Patientenverfügung vorausgehen muss (vgl § 5 PatVG).⁶⁾

Es ist nun zu prüfen, ob a) die Patientenverfügung formell richtig zu Stande gekommen ist und damit tatsächlich eine verbindliche Patientenverfügung besteht und b) der Inhalt der Patientenverfügung ausreichend detailliert abgefasst ist, sodass zweifelsfrei ein Patientenwille im konkreten Falle abzuleiten ist.

a) Ist die Patientenverfügung formell richtig zu Stande gekommen und besteht somit eine verbindliche Patientenverfügung?

Eine verbindliche Patientenverfügung ist rechtsgültig errichtet, wenn sie die in §§ 5 ff PatVG genannten Kriterien erfüllt. Dazu muss sie schriftlich, nach einer umfassenden Aufklärung durch einen Arzt, vor einem Rechtsanwalt, einem Notar oder einem rechtskundigen Mitarbeiter der Patientenvertretungen errichtet worden sein. Grundsätzlich verliert eine verbindliche Patientenverfügung nach fünf Jahren ihre Verbindlichkeit (vgl § 7 Abs 1 PatVG). Die hier vorliegende Patientenverfügung wurde vom Patienten schriftlich vor einem Rechtsanwalt nach ärztlicher Aufklärung vor etwa drei Jahren errichtet. Die Schriftlichkeit ist gegeben, die Unterschriften sowohl vom Patienten als auch vom beratenden Arzt sowie Rechtsanwalt sind vorhanden. Damit sind alle gesetzlich geforderten Formkriterien erfüllt und es liegt eine rechtsgültige verbindliche Patientenverfügung vor.

b) Ist der Inhalt der Patientenverfügung ausreichend detailliert abgefasst, sodass zweifelsfrei ein Patientenwille im konkreten Falle abzuleiten ist?

Nach § 4 PatVG müssen die Behandlungen, die Gegenstand der Ablehnung sind, konkret beschrieben sein oder eindeutig aus dem Gesamtzusammenhang hervorgehen. Nach den Materialien ist eine Patientenverfügung nur dann unmittelbar verbindlich, wenn die vorweggenommene Situation der aktuell vorliegenden entspricht.⁷⁾

Die vorliegende Patientenverfügung spricht von einer „chronischen Erkrankung und einer anhaltenden Pflegebedürftigkeit“. Unbestritten ist uE, dass beide Voraussetzungen kumulativ vorliegen müssen, um von der Patientenverfügung erfasst zu sein. Eine chronische Erkrankung ist eine „langsam sich entwickelnde, langsam verlaufende“ Erkrankung.⁸⁾ Obwohl ein Schlaganfall eine akute Erkrankung des Gehirns darstellt, sind die Folgen und Auswirkungen auf den Patienten wohl als chronisch zu bezeichnen. Die Pflegebedürftigkeit, definiert als ständiger Betreuungs- und Hilfsbedarf während voraussichtlich mindestens sechs Monaten⁹⁾, wird im gegenständlichen Fall jedenfalls zu bejahen sein. Es ist nun zu prüfen, welche konkreten Maßnahmen der Patient in dieser wohl aktuell vorliegenden Situation gerade nicht angewendet wissen wollte. Hier nennt der Patient als erste Maßnahme die „Magensonde“. Unklar bleibt, ob der Patient damit eine eingriff-intensive PEG-Sonde¹⁰⁾ vor Augen hatte oder auch die sog nasogastrale Sonde damit gemeint hat. Der Patient hat freilich auch eine „künstliche Ernährung“ abgelehnt, worunter im Allgemeinen eine Ernährung auf künstlichem Wege verstanden wird, wie über eine PEG-Sonde, einen Cava-Katheter¹¹⁾ oder eben auch eine nasogastrale Sonde. Unstrittig ist mittlerweile die Tatsache, dass Patienten eine Sondenernährung wirksam mittels Patientenverfü-

1) RV 1299 BlgNR 22. GP 2.

2) Bertel in WK² StGB § 110 Rz 2.

3) Vgl § 36 UbG aF und mwN Kopetzki, Einleitung und Abbruch der medizinischen Behandlung beim einwilligungsunfähigen Patienten, iFamZ 2007, 199.

4) PatVG, BGBl I 2006/55.

5) RV 1299 BlgNR 22. GP 6.

6) Kerschner, Patientenrechte und Behandlungsbegrenzung, in Resch/Wallner (Hrsg), Handbuch Medizinrecht (2011) 169 mwN.

7) RV 1299 BlgNR 22. GP 6.

8) Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch²⁶⁶.

9) Vgl § 4 Abs 1 BundespflegegeldG.

10) PEG = Perkutane endoskopische Gastrostomie.

11) Kopetzki, Der Abbruch der künstlichen Ernährung beim Wachkomapatienten, in Kröll/Schaupp (Hrsg), Eluana Englaro – Wachkoma und Behandlungsabbruch (2010) 61; Memmer, Patientenverfügungen, in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer (Hrsg), Handbuch Medizinrecht I/299.

gung ablehnen können.¹²⁾ Wie oben ausgeführt, wurde aber nicht bloß die „künstliche Ernährung“ eingestellt, sondern auch, wohl auf Drängen des Enkelsohns und gestützt auf seine Vorsorgevollmacht (dazu später), die normale orale Flüssigkeits- und Ernährungszufuhr. Letzteres war aber von der Patientenverfügung nicht erfasst, da der Ausschluss von Pflegemaßnahmen – dazu zählt gerade auch die orale Flüssigkeitszufuhr – in einer Patientenverfügung iSd PatVG nicht gültig verfügt werden kann.¹³⁾

Ergänzend sind folgende Überlegungen anzustellen: Der Patient hat zudem, nachdem ihm die trockenen Lippen mit Feuchtigkeit benetzt wurden, plötzlich die Augen geöffnet und leise aber deutlich „Wasser, Wasser!“ gesagt. Zu überlegen ist, ob darin ein rechtserheblicher Widerruf seiner Patientenverfügung erblickt werden kann. Nach § 10 Abs 2 PatVG braucht es keine Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten, um wirksam von seiner Patientenverfügung zurückzutreten, allerdings verlangt *Memmer* die Selbstbestimmungsfähigkeit als Voraussetzung für den Widerruf.¹⁴⁾ Auch wenn er die Schwelle für die Selbstbestimmungsfähigkeit sehr niedrig ansetzt, bleibt doch eine gewisse Unsicherheit zu Lasten des Arztes, dem damit die Entscheidung über Leben und Tod in die Hände gelegt wird, was der Patient mit seiner Patientenverfügung gerade vermeiden wollte. Anders sehen dies jedoch *Kerschner* und auch die Materialien, wonach die Einsichts- und Urteilsfähigkeit gerade nicht erforderlich ist.¹⁵⁾ Schließt man sich dieser Meinung an, hätte der Patient somit rechtswirksam seine (auf die normale Flüssigkeits- und Ernährungszufuhr freilich nach der hier vertretenen Ansicht ohnehin nicht anzuwendende) Patientenverfügung außer Kraft gesetzt.

3. Bevollmächtigungsvertrag – Vorsorgevollmacht

Die Vorsorgevollmacht wurde mit dem Sachwalterrechtsänderungsgesetz 2006 (SWRÄG 2006, BGBl I 2006/92) in das ABGB eingeführt. Eine Vorsorgevollmacht wird dann wirksam, wenn der Vollmachtgeber seine Geschäftsfähigkeit, Einsichts- und Urteilsfähigkeit oder seine Äußerungsfähigkeit verliert (vgl § 284 f ABGB). Der Vollmachtgeber muss die Angelegenheiten, die der Bevollmächtigte besorgen soll, bestimmt anführen. Gem § 284 f Abs 3 ABGB müssen Vorsorgevollmachten, die auch Einwilligungen in medizinische Behandlungen umfassen sollen, unter ausdrücklicher Bezeichnung dieser Angelegenheiten vor einem Rechtsanwalt errichtet werden.

Im gegenständlichen Sachverhalt wurde zeitgleich mit der Erstellung der Patientenverfügung auch eine Vorsorgevollmacht errichtet, wobei als Bevollmächtigter der Enkelsohn des Patienten eingesetzt wurde. Neben einer allgemeinen Versorgungsvollmacht in geschäftlichen und wirtschaftlichen sowie gerichtlichen Angelegenheiten (Prozessvollmacht iSd § 31 ZPO) wurden von der Vollmacht explizit auch medizinische Belange inkludiert.

Es ist nun zu prüfen, ob a) die Versorgungsvollmacht bzw der Bevollmächtigungsvertrag formell richtig zustande gekommen ist und alle Erfordernisse für das Wirksamwerden erfüllt wurden und b) der Inhalt der Versorgungsvollmacht ausreichend detailliert abgefasst ist, sodass zweifelsfrei ein Auftrag für das Handeln im konkreten Falle abzuleiten ist.

a) Ist die Vorsorgevollmacht bzw der Bevollmächtigungsvertrag formell richtig zustande gekommen und sind alle Erfordernisse für das Wirksamwerden erfüllt?

Eine gültige Vorsorgevollmacht muss gem § 284 f Abs 2 ABGB eigenhändig geschrieben und unterschrieben werden, wenn medizinische Behandlungen mitumfasst sein sollen, müssen diese explizit

genannt werden und die Vorsorgevollmacht vor einem Rechtsanwalt oder Notar errichtet werden (§ 284 f Abs 3 ABGB).

Diese Formvoraussetzungen für die Erstellung der Versorgungsvollmacht sind, soweit aus dem vorliegenden Schriftstück erkennbar, erfüllt.

b) Ist der Inhalt der Vorsorgevollmacht ausreichend detailliert abgefasst, sodass zweifelsfrei ein Patientenwille im konkreten Fall abzuleiten ist?

§ 284 f Abs 1 Satz 2 ABGB normiert, dass die Angelegenheiten, zu deren Besorgung die Vollmacht erteilt wird, bestimmt angeführt sein müssen. Zweck dieser Bestimmung ist, dass dem Vollmachtgeber klar ist, welche Befugnisse im Einzelnen er dem Vollmachtnehmer einräumt.¹⁶⁾ Eine weitere Interpretationshilfe bietet Abs 3, der festhält, dass Einwilligungen in medizinische Behandlungen, die gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden sind,¹⁷⁾ nicht nur durch eine in qualifizierter Form errichtete Vorsorgevollmacht erteilt werden müssen, sondern diese Angelegenheiten auch ausdrücklich bezeichnet werden.¹⁸⁾ Daraus wird von manchen abgeleitet, dass nicht einzelne medizinische Maßnahmen¹⁹⁾ genannt werden müssen, sondern eine allgemeinere Umschreibung genügt.^{20), 21)} Anders sieht dies etwa *Schauer*, der den Verweis auf schwerwiegende Behandlungen nach § 283 Abs 2 genügen lässt.²²⁾ Betrachtet man die gegenständliche Vorsorgevollmacht unter diesen Prämissen, so mag diese rechtlich genügen. Schwierig bleibt die Interpretation für den Vollmachtnehmer und den behandelnden Arzt, gilt es doch, sowohl den Willen des Vollmachtgebers bestmöglich zu berücksichtigen, als auch das Wohl desselben nicht aus den Augen zu verlieren.

Liegt gleichzeitig eine Patientenverfügung vor, so kann diese helfen, den Willen des Patienten zu ermitteln, obwohl – nach *Kerschner* – diese „nur“ als Orientierung dienen kann.²³⁾ Grundsätzlich ist der Arzt an die Entscheidung des Vorsorgebevollmächtigten gebunden. Fraglich ist, ob der Vorsorgebevollmächtigte wirksam die Grundversorgung des Vollmachtgebers verbieten kann, welcher selbst in seiner – für ihn verbindlichen – Patientenverfügung auf diese als Pflegemaßnahme gedeutete Intervention nicht rechtsgültig verzichten kann (arg § 2 Abs 1 PatVG: „[...] mit der ein Patient eine *medizinische* Behandlung ablehnt [...]“). Dagegen spricht uE auch § 284 g ABGB, wonach der Bevollmächtigte durch seine Tätigkeit das Wohl der behinderten Person nicht gefährden darf. Einen Patienten verhungern und verdursten zu lassen, kann nicht dem Wohl eines Patienten entsprechen, anders eine Therapiereduktion dort, wo der Sterbeprozess bereits eingesetzt hat.

12) Klarstellend AB 1381 BlgNR 22. GP 2. Die Sondenernährung kann daher nach PatVG abgelehnt werden.

13) RV 1299 BlgNR 22. GP 5. Zustimmung auch *Memmer*, Patientenverfügungen, in *Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer* (Hrsg), Handbuch Medizinrecht I/299.

14) *Memmer*, Patientenverfügungen, in *Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer* (Hrsg), Handbuch Medizinrecht I/317.

15) *Kerschner*, Patientenrechte und Behandlungsbegrenzung, in *Resch/Wallner* (Hrsg), Handbuch Medizinrecht 170; RV 1299 BlgNR 22. GP 9; s auch *Bernat*, Planungssicherheit am Lebensende? EF-Z 2006, 42 (45).

16) *Schauer*, Schwerpunkte des Sachwalterrechts-Änderungsgesetzes (SWRÄG 2006), ÖJZ 2007, 220.

17) § 283 Abs 2 ABGB.

18) *Weitzenböck* in *Schwimmann/Kodek*, ABGB I⁴ § 284 f Rz 3.

19) Beispielsweise „Setzen einer PEG-Sonde“.

20) *Weitzenböck* in *Schwimmann/Kodek*, ABGB I⁴ § 284 f Rz 3.

21) Beispielsweise „künstliche Ernährung“.

22) *Schauer*, ÖJZ 2007, 221.

23) *Kerschner* in *Resch/Wallner* (Hrsg), Handbuch Medizinrecht 177.

4. Ergründung des mutmaßlichen Patientenwillens

Der Enkelsohn erwähnte ausdrücklich, dass sein Großvater bereits nach dem Schlaganfall vor fünf Jahren geäußert hätte, dass er, wenn er gewusst hätte, dass er eine Lähmung davontragen würde, lieber gehabt hätte, während des Schlaganfalls zu sterben. Wenn sein Großvater schon damals, als er die Halbseitenlähmung von dem Schlaganfall davongetragen hatte, lieber gestorben wäre, dann würde er das sicher jetzt umso mehr wollen, so die Argumentation des Enkelsohns, zumal die Behinderung durch das neue Ereignis vielleicht sogar zunehmen wird. Dieser Wunsch zu sterben spiegelt sich auch in der Patientenverfügung wider, wo der Patient jede medizinische Maßnahme ablehnt, die sein Leben künstlich verlängern würde. Es ist jedoch dieser Verfügung – in Verbindung mit der Tatsache, dass der Patient fünf Jahre mit der zuvor bestehenden Behinderung gelebt hat und diesem Leben selbst kein Ende gesetzt hat – nicht zu entnehmen, dass er nun auf qualvolle Weise und ohne es zu beeinflussen, verhungern und verdursten wollte. Vielmehr ist anzunehmen, dass der Patient spätestens mit dem von ihm getätigten Ausruf: „Wasser, Wasser!“ selbst verhindern wollte, dass er auf diese Weise zu Tode kommt.

Fraglich ist, ob der Patient selbst – wie von manchen Pflegepersonen angenommen – durch vereinzelt Wegschieben und Verweigern der Pflege, sowie das Wegschieben der Logopädin beim Schluckversuch, seinen diesbezüglichen Willen zum Ausdruck bringen wollte. Allerdings kann medizinisch aus den vereinzelt Handlungen des Wegschiebens und des Verweigerns von Pflege nicht einfach auf einen Todeswillen geschlossen werden, da der Patient zu diesem Zeitpunkt stark sediert und daher nicht voll kontakt- und urteilsfähig war. Abwehr gegen Berührung ist bei bewusstseins- oder kognitiv beeinträchtigten Patienten häufig und wird dadurch erklärt, dass die Patienten diese Handlungen als Eindringen in ihre Privatsphäre und oft auch als Angriffe wahrnehmen und deswegen ablehnend, bisweilen auch aggressiv reagieren.

5. Zusammenfassung

Die Analyse der verbindlichen Patientenverfügung ergibt, dass deren Anwendungsbereich nicht eröffnet ist bzw die Verfügung vom Patienten widerrufen wurde und auch die Vorsorgevollmacht – und damit der Wille des Patienten – nicht verschieden von der Patientenverfügung interpretiert werden kann. Die Vorgehensweise im konkreten Fall stand daher mit den rechtlichen Vorgaben uE nicht im Einklang.

Nur dann, wenn der Patient tatsächlich im Sterben gelegen wäre – womit der Anwendungsbereich der Patientenverfügung eröffnet wäre (arg: „wünsche ich keine [...], um das Leben künstlich zu verlängern“) –, hätte nach hL keine Behandlungspflicht der Ärzte bestanden,²⁴⁾ abgesehen von der notwendigen palliativen Betreuung und Pflege des Patienten.

Thomas Wagner/Carl Nikolaus Homann

Ao. Univ.-Prof. Mag. jur. et Dr. med. Thomas Wagner, MSc MBA, Transfusionsmediziner, Track-Koordinator für „Ethik und Recht“ und Datenschutzbeauftragter an der Medizinischen Universität Graz.

Ao. Univ.-Prof. Dr. jur. et Dr. med. Carl Nikolaus Homann, MSc PhD, Neurologe und Lehrbeauftragter für Medizinrecht an der Medizinischen Universität Graz.²⁵⁾

Rechtsethische Stellungnahme

Patientenverfügungen enthalten häufig einen Passus, in dem eine „künstliche Ernährung“ abgelehnt wird. Eine solche Ablehnung resultiert nicht zuletzt aus persönlichen Erfahrungen im familiären Umfeld, wonach ein progredienter Krankheitsverlauf mit in-

fauster Prognose (zB eine weit fortgeschrittene Demenz) durch eine Sondenernährung verlängert wird, ohne dem betroffenen Patienten einen erkennbaren Nutzen jenseits der Aufrechterhaltung biologischer Körperfunktionen zu ermöglichen. Im geschilderten Fall dürfte der Patient seine Ablehnung einer künstlichen Ernährung vor dem Hintergrund eines vorangegangenen Schlaganfalls mit Halbseitenlähmung formuliert haben.

Der vorliegende Fall vermittelt aus unterschiedlichen Gründen, denen im Folgenden nachzugehen ist, eine gewisse Brisanz: Schließlich steht am Ende die Frage im Raum, inwieweit der Patient, ohne dass er es explizit wollte, sterben gelassen wurde – noch dazu, indem man ihm eine Grundversorgung mit Flüssigkeit und Nährstoffen vorenthielt. Um sich hierzu ein begründetes Urteil bilden zu können und nicht in vorschnelle, moralisierende Vorwürfe zu geraten, ist eine strukturierte rechtsethische Analyse nötig.

1. Arten der Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit

Die rechtsethische Urteilsbildung setzt zunächst ein hinreichend differenziertes Sachwissen voraus, im vorliegenden Fall hinsichtlich des Begriffs „künstliche Ernährung“ bzw „Grundversorgung mit Nahrung und Flüssigkeit“. Eine angemessene Begriffsdifferenzierung ist notwendig, um dem konkreten Patienten, seinen aktuellen und antizipierten Willensbekundungen, fachlich, rechtlich und menschlich gerecht zu werden.

Die Versorgung eines Menschen mit Nahrung und Flüssigkeit kann auf verschiedene Arten geschehen:

1. *Angebot von Nahrung und Flüssigkeit zur selbstständigen oralen Aufnahme*, indem dem Patienten Nahrung und Flüssigkeit zur Verfügung gestellt werden, wobei der Patient das Angebot selbst oral einnimmt; dies inkludiert spezielle Zubereitungen des Angebots (zB Pürieren, Eindicken), sodass der Patient das Angebot leichter oder ohne erhöhtes Risiko (zB des Aspirierens) aufnehmen kann.

2. *Angebot von Nahrung und Flüssigkeit zur unterstützten oralen Aufnahme* („Handreichung“),²⁶⁾ indem der Patient bei der oralen Aufnahme durch Handreichung von Nahrung und Flüssigkeit unterstützt wird, da er selbst aufgrund eingeschränkter Funktionalität oder Mobilität (zB nach einer OP) das Nahrungs- und Flüssigkeitsangebot sonst nicht wahrnehmen könnte.

→ Die Schilderung im vorliegenden Fall legt nahe, dass der Patient zunächst in einer dieser beiden Varianten mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt wurde (vgl die Frage, welche Art von Pudding er essen möchte). Beide Varianten stellen Angebote dar, welche die Selbstbestimmung des Patienten wahren, da er sie auch ablehnen oder in ihrer Intensität beeinflussen kann. Inwieweit diese Angebote nach der Entscheidung, auf eine medizinisch applizierte Ernährung zu verzichten, fortgesetzt wurden, geht aus den Schilderungen nicht klar hervor.

3. *Enterale medizinische Applikation von Nahrung und Flüssigkeit durch eine Sonde*, indem dem Patienten Nahrung und Flüssigkeit durch eine Sonde (NG, PEG, PEJ) appliziert werden, da der Patient (zB aufgrund von Dysphagie oder mangelnder Vigilanz) nicht in der Lage ist, Nahrung und Flüssigkeit (in einem für das Therapieziel ausreichenden Maß) oral aufzunehmen. →

24) *Kopetzki*, Einleitung und Abbruch der medizinischen Behandlung beim einwilligungsunfähigen Patienten, iFamZ 2007, 201.

25) Die Autoren bedanken sich bei Univ.-Prof. Dr. jur. *Karl Stöger*, Institut für Österreichisches, Europäisches und Vergleichendes Öffentliches Recht, Politikwissenschaft und Verwaltungslehre an der Karl-Franzens-Universität Graz für seine Unterstützung.

26) Der Begriff „Füttern“, der mitunter für diese Handlung verwendet wird, wirkt bei einem erwachsenen Patienten infantilisierend und nicht respektvoll. Dies erhöht das Risiko der Missachtung einer (eingeschränkten oder rudimentär vorhandenen) Selbstbestimmung des Patienten.

→ Eine solche Sondenernährung hat der Patient im vorliegenden Fall in seiner Patientenverfügung für bestimmte Situationen („chronische Erkrankung“ und „anhaltende Pflegebedürftigkeit“) abgelehnt. Vor Augen könnte er dabei das Szenario einer dauerhaften Sondenernährung gehabt haben – ein Szenario, welches heute oftmals Realität ist, obwohl die Sondenernährung ursprünglich als Überbrückungsmaßnahme für eine kritische Krankheitsphase gedacht war und dementsprechend auch wieder beendet werden kann, wenn diese Krankheitsphase überstanden ist oder aber eine Verschlechterung des Zustands die Weiterführung der Sondenernährung als nicht mehr medizinisch indiziert erscheinen lässt.

4. *Parenterale medizinische Applikation von Nährstoffen und Flüssigkeit durch einen venösen Zugang*, indem dem Patienten hochkonzentrierte Nährstoffe und Flüssigkeit durch einen peripheren oder zentralen venösen Zugang appliziert werden, da der Patient nicht in der Lage ist, Nahrung und Flüssigkeit (in einem für das Therapieziel ausreichenden Maß) oral bzw über den Magen-Darm-Trakt aufzunehmen. Im Gegensatz zum auch längerfristig möglichen Einsatz einer enteralen Sondenernährung hat die parenterale Zufuhr einen zeitlich begrenzteren Anwendungsbereich und dient damit noch mehr der bloßen Überbrückung kritischer Phasen.

→ Aufgrund der Textierung der Patientenverfügung („künstliche Ernährung“) ist davon auszugehen, dass der Patient auch eine parenterale Nährstoffzufuhr für bestimmte Situationen ausschließen wollte.

5. *Intravenöse oder subcutane medizinische Applikation von Flüssigkeit*, indem dem Patienten ausschließlich Flüssigkeit intravenös oder subcutan appliziert wird, da der Patient nicht in der Lage ist, Flüssigkeit (in einem für das Therapieziel ausreichenden Maß) oral aufzunehmen und keine anderen Applikationsformen (enteral/parenteral) vorhanden sind. Diese Form der Flüssigkeitsgabe wird gemeinhin nicht unter den Begriff „Ernährung“ subsumiert, sondern unter den Begriff der palliativen „Symptomlinderung“, da die bloße intravenöse bzw subcutane Flüssigkeitsgabe allein nicht ausreicht, um den Patienten mit Nährstoffen für das Weiterleben zu versorgen.

Die Arten 1. und 2. werden den pflegerischen Handlungen zugeordnet, die Arten 3., 4. und 5. den medizinischen, da sie zumindest eine ärztliche Anordnung benötigen.²⁷⁾ Die verschiedenen Arten der Versorgung mit Nahrung bzw Nährstoffen und Flüssigkeit können auch miteinander kombiniert werden (zB Angebot von Nahrung und Flüssigkeit mittels Handreichung plus parenterale Zufuhr von Nährstoffen). Inwieweit eine bestimmte Applikationsform von Nahrung bzw Nährstoffen und Flüssigkeit als sog „Grundversorgung“ zu bewerten ist, hängt nicht primär von der äußeren Form der Handlung ab, sondern vielmehr vom Therapieziel und der davon abgeleiteten Indikationsstellung. Aufgrund des reinen Angebotsscharakters, der die Selbstbestimmung des Patienten wahrt, wird man die Arten 1. und 2. in der Regel zur „Grundversorgung“ rechnen. Sofern die Arten 3., 4. und 5. in Hinblick auf ein bestimmtes Therapieziel indiziert und vom (mutmaßlichen) Patientenwillen gedeckt sind, stellen sie auch eine Art „Grundversorgung“ dar. Sind sie hingegen durch kein Therapieziel indiziert oder lehnt sie der (mutmaßliche) Patientenwille ab, so können sie nicht sinnvollerweise als „Grundversorgung“ verstanden werden. Dieser Argumentation ist im Folgenden nachzugehen.

2. Rechtsethische Prüfkriterien für die Rechtfertigung der Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit

Jede der soeben angeführten Arten der Versorgung eines Patienten mit Nahrung und Flüssigkeit muss sich für ihre rechtsethische

Rechtfertigung auf zwei Bezugspunkte beziehen: Indikation und Patientenwille. Der vorliegende Fall wirft angesichts der vorhandenen Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht etliche Fragen den Patientenwillen betreffend auf. Es ist jedoch auch notwendig, die Indikation in den Blick zu nehmen, da sie für die Situationsbeschreibung in der Patientenverfügung relevant ist.

a) Indikation

Die Indikation stellt ein auf naturwissenschaftlicher Basis erstelltes Urteil über die Wirksamkeit und Verhältnismäßigkeit einer Behandlungsmaßnahme in Hinblick auf ein definiertes Therapieziel dar. Dabei werden Nutzenpotenzial und Risiken bzw Belastungen einer Behandlungsmaßnahme und ihrer Alternativen miteinander abgewogen.

→ Im vorliegenden Fall war das Therapieziel allem Anschein nach zunächst auf die möglichst weitgehende Wiederherstellung der kognitiven und körperlichen Funktionen ausgerichtet (vgl physiotherapeutische Remobilisierung). Das Anbieten von Nahrung und Flüssigkeit zur selbstständigen oralen Einnahme durch den Patienten gehört in diesem Kontext zur Grundversorgung, die einerseits die Selbstbestimmung des Patienten respektiert und andererseits Voraussetzung für Therapiemaßnahmen ist. Ebenso wird eine womöglich unterstützende Handreichung von Nahrung und Flüssigkeit hierzu gehören, da auch in dieser Situation der Patient selbst isst bzw trinkt.

Bei den medizinisch applizierten Formen der Nahrungs- bzw Nährstoff- sowie Flüssigkeitszufuhr ist stets eine Indikationsstellung vorzunehmen, welche auf ein explizites Therapieziel abstellt. Wie bei jeder Indikationsstellung sind auch bei der medizinischen Applikation von Nahrung bzw Nährstoffen sowie Flüssigkeit der Nutzen dieser Behandlung und die damit verbundenen Risiken und Belastungen gegeneinander abzuwägen:

- In vielen Krankheitssituationen wird der wichtigste Nutzen darin bestehen, die vitalen Körperfunktionen des Patienten durch Energiezufuhr aufrechtzuerhalten, um dem Patienten eine Therapie bzw Rehabilitation seiner Grunderkrankung zu ermöglichen. Dann ist es uU auch verhältnismäßig, dem Patienten Unannehmlichkeiten (zB Reizung des Nasen-Rachen-Trakts durch einen NG-Tubus, Stechen eines peripheren Zugangs, chirurgischer Eingriff zum Platzieren einer PEG-Sonde) durch eine medizinisch applizierte Zufuhr von Nahrung bzw Nährstoffen sowie Flüssigkeit zuzumuten.
- In manchen Krankheitssituationen wird ein solcher Nutzen allerdings nicht feststellbar sein. In der medizinischen Literatur wird in diesem Zusammenhang insb auf die Situation der fortgeschrittenen Demenz hingewiesen, bei der keine Lebensverlängerung (oder andere signifikante, zB palliative, Vorteile) durch PEG-Sonden erkannt werden konnten.²⁸⁾ In diesem Kontext wäre eine Sondenernährung nicht mehr indiziert (wohl aber zB weiterhin das Angebot der handgereichten Nahrung und Flüssigkeit oder palliative Mundpflege).
- Im Fall eines apallischen Syndroms ist die Situation anders zu betrachten, da sich der Apalliker nicht in einem terminalen Krankheitsstadium befindet (sofern nicht zusätzliche Erkrankungen wie zB eine schwere Pneumonie hinzukommen). In diesem Sinn wäre es nicht zulässig, die Indikation für eine Sondenernährung einfachhin zu verneinen, da sie dem Betroffenen tatsächlich eine Lebenserhaltung bringen kann, wobei die Bewertung der Lebensqualität (zB unter Verweis auf die schweren, anhaltenden kognitiven Schäden) durch Dritte (zB

27) Vgl König in Barth/Ganner (Hrsg), Handbuch des Sachwalterrechts² 381.

28) Vgl Synofzik, PEG-Ernährung bei fortgeschrittener Demenz, Nervenarzt 2007, 418.

Angehörige, Behandlungsteam) die Therapiezielfindung und Indikationsstellung nicht determinieren darf.²⁹⁾ Die Sondenernährung könnte unter Hinweis auf die mangelnde Indikation nur dann unterbleiben, wenn sich im konkreten Fall eines Patienten herausstellt, dass die Sondenernährung kontraindiziert wäre, dh dem Patienten nur Belastungen und Schäden bringen würde (zB weil die Sonde aufgrund eines Upside-down-Magens nicht fachgerecht appliziert werden kann; oder weil der Körper die verabreichte Nahrung aufgrund einer metabolischen Störung gar nicht verarbeiten kann).

- Das Behandlungsteam dürfte im vorliegenden Fall ein Therapieziel der ersten Art vor Augen gehabt haben. Es geht aus den Schilderungen allerdings nicht eindeutig hervor, inwieweit eine medizinisch applizierte Ernährung für die Erreichung des rehabilitativen Therapieziels notwendig ist bzw welche (wenn auch uU nicht so effizienten) Alternativen der Energieversorgung es für den Patienten geben würde. Die Patientenverfügung geht hingegen tendenziell von einem Therapieziel der zweiten oder dritten Art aus, in dem eine Rehabilitation praktisch unmöglich geworden ist und der Krankheitszustand bestenfalls chronifiziert werden kann. Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, inwieweit das Behandlungsteam mögliche Therapieziele und damit den Anwendungsbereich der Patientenverfügung mit dem vorsorgebevollmächtigten Enkelsohn erörtert hat. Erst vor diesem Hintergrund ließe sich nämlich sagen, welche Indikation eine Sondenernährung überhaupt hat.

Kommt man aufgrund mangelnder Indikation oder ablehnenden Patientenwillens zum Schluss, dass auf eine medizinisch applizierte Ernährung zu verzichten ist, so stellt sich nichtsdestotrotz die Frage, welche Maßnahmen dennoch für die Betreuung des Patienten indiziert sind. Die Indikationsstellung erfolgt in diesem Kontext vor dem Hintergrund eines vornehmlich palliativen Therapieziels, welches ein Sterben zulässt, dabei aber belastende Symptome lindert. Zum einen handelt es sich dabei um das oben beschriebene Angebot von Essen und Trinken zur oralen Aufnahme durch den Patienten. Nicht die für ein kuratives Therapieziel ausreichende Energiezufuhr steht dabei im Zentrum, sondern die mit einem palliativen Therapieziel verbundenen Aspekte des Wohlbefindens des Patienten. Zu diesem Wohlbefinden tragen zum anderen bestimmte palliative Pflegemaßnahmen bei, die darauf abzielen, dem Patienten ein subjektives Durstgefühl zu nehmen. Mitunter wird die medizinische Applikation von Flüssigkeit mit dieser Begründung durchgeführt. Aus der Palliative Care ist mittlerweile jedoch bekannt, dass die intravenöse oder subcutane Flüssigkeitsgabe mehr der Beruhigung der Pflegenden bzw Angehörigen dient, als sie dem Patienten tatsächlich ein Wohlbefinden bringen würde.³⁰⁾ Was für das Wohlbefinden des Patienten hingegen notwendig ist, ist die palliative Mundpflege, dh die Befeuchtung von Mundhöhle, Rachen und Lippen, um die Trockenheit und damit das subjektive Durstgefühl zu lindern.

- Der im vorliegenden Fall artikulierte Wunsch des Patienten nach Wasser kann vor diesem Hintergrund mit hoher Sicherheit als Ausdruck des Durstgefühls gewertet werden, auf welches in jedem Fall – auch im Kontext eines rein palliativen Therapieziels – mit entsprechender Symptomlinderung reagiert werden muss. Neben einer fachgerechten palliativen Mundpflege wäre dies auch das Angebot von handgereicherter Flüssigkeit (uU in Form eines Eislutschers).

b) Patientenwille

Der Patientenwille ist neben der Indikation der zweite zentrale rechtsethische Bezugspunkt für die Rechtfertigung einer medizini-

schen, pflegerischen oder therapeutischen Behandlung. Seine Anerkennung setzt die Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten in Hinblick auf die konkrete Entscheidungssituation sowie die Freiwilligkeit seines Entschlusses voraus. Der Patientenwille muss daher ein gewisses Maß an Rationalität, nicht aber notwendigerweise eine (verallgemeinerungsfähige) Vernünftigkeit aufweisen.

aa) Patientenwille und Ernährung

Zunächst ist festzuhalten, dass der Patientenwille auch in Bezug auf die Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit Relevanz besitzt und Respekt verdient. Aus der Feststellung, dass medizinisch applizierte Nahrung bzw Nährstoffe sowie Flüssigkeit vom einsichts- und urteilsfähigen Patienten aktuell oder antizipierend verbindlich abgelehnt werden können, wird oftmals der Umkehrschluss gezogen, dass dies beim jedenfalls zur sog Grundversorgung zählenden Anbieten und Handreichen von Essen und Trinken nicht der Fall sei.

Dagegen ist zu sagen, dass Patienten auch das Recht haben, Pflegehandlungen wie zB die Grundversorgung mit Nahrung und Flüssigkeit abzulehnen. Eine solche bindende Ablehnung wird gesetzlich nur für eine Patientenverfügung ausgeschlossen.³¹⁾ Das Recht, angebotene oder handgereichte Nahrung und Flüssigkeit in einer aktuellen Willensbekundung abzulehnen, resultiert hingegen aus dem grundrechtlich abgesicherten allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Autonomie), welches eine Zwangspflege gegen den Willen des einsichts- und urteilsfähigen Patienten verbietet.³²⁾

Damit ergibt sich, dass eine medizinisch applizierte Versorgung mit Nahrung bzw Nährstoffen sowie Flüssigkeit (auch Flüssigkeit allein) durch eine antizipierte Willensbekundung verbindlich abgelehnt werden kann; ein bloßes Angebot von Essen und Trinken hingegen nur durch eine aktuelle Willensbekundung.

- Aus dem Zitat der Patientenverfügung geht eindeutig hervor, dass der Patient eine medizinisch applizierte Nahrungs- bzw Nährstoff- sowie Flüssigkeitsversorgung ablehnt. Von einer davon zu unterscheidenden palliativen Flüssigkeitszufuhr allein ist hingegen nicht die Rede. Soweit diese indiziert ist, wäre sie damit durch die Patientenverfügung jedenfalls nicht ausgeschlossen.

bb) Interpretationsbedürftige Reichweite der Patientenverfügung

Die in einer Patientenverfügung abgelehnten Maßnahmen müssen in ihrer Reichweite (dh ihrem Anwendungskontext) nicht begrenzt sein. Lediglich die medizinischen Behandlungen, die Gegenstand der Ablehnung sind, müssen gem § 4 PatVG „konkret beschrieben sein oder eindeutig aus dem Gesamtzusammenhang der Verfügung hervorgehen“. Daher sind auch kontextlose Ablehnungen (zB von Blutprodukten unter allen Umständen) rechtmäßig. Soweit eine Patientenverfügung hingegen Reichweitenbedingungen formuliert, ist deren Vorliegen zu prüfen, um feststellen zu können, ob der Kontext und damit die Voraussetzungen einer Ablehnung verwirklicht sind.

- Die Patientenverfügung des vorliegenden Falls lehnt medizinisch applizierte Ernährung in Situationen ab, die durch zwei Merkmale gekennzeichnet sind: das Vorliegen einer „chroni-

29) Inwieweit ein Leben in einem apallischen Syndrom wertvoll genug ist, um es zu erhalten, ist im Rahmen der österr Grundrechtsordnung nicht relevant; insofern wird hier von einem rein biologischen Lebensbegriff ausgegangen, den das Recht schützt.

30) Vgl *Camartin/Wieland*, Flüssigkeitsgabe am Lebensende, Z Palliativmed 2014, 22; *Bruera et al*, Parenteral hydration in patients with advanced cancer, J Clin Oncol 2013, 111.

31) So ist in § 2 Abs 1 PatVG davon die Rede, dass eine Patientenverfügung eine Willensbekundung sei, mit der ein Patient eine *medizinische* Behandlung ablehnt. In den ErläutRV 1299 BlgNR 22. GP 5 heißt es explizit: „Maßnahmen im Bereich der Pflege unterliegen nicht dem Anwendungsbereich dieses Gesetzes. Deshalb kann der Patient nicht vorweg seine Grundversorgung mit Nahrung und Flüssigkeit, die Teil der Pflege ist, ausschließen.“

32) Vgl *König in Barth/Ganner* (Hrsg), Handbuch des Sachwalterrechts² 382.

schen Erkrankung“ und eine „anhaltende Pflegebedürftigkeit“. Darüber hinaus werden diese Maßnahmen abgelehnt, soweit sie das Ziel verfolgen, „das Leben künstlich zu verlängern“.

- Alle diese Bedingungen sind interpretationsbedürftig und in Hinblick auf die nun vorliegende konkrete Situation zu überprüfen. Dabei wäre es mE eine zu enge Interpretation, wollte man die Reichweite auf die unmittelbare Sterbephase beschränken. Die Rede von chronischer Krankheit und anhaltender Pflegebedürftigkeit hat offenbar nicht die Sterbephase vor Augen, sondern eine davor gelagerte Phase, die gleichwohl von einer infausten Prognose ohne Rehabilitationspotenzial gekennzeichnet ist. Würde es sich um die unmittelbare Sterbephase handeln, wären eine medizinisch applizierte Ernährung ebenso wie intensivmedizinische Maßnahmen ohnedies nicht mehr indiziert und müssten daher unterbleiben.
- Aus den Schilderungen der Vorerkrankungen und der nunmehrigen Situation wird man gleichwohl das Vorliegen der beiden Bedingungen „chronische Erkrankung“ und „anhaltende Pflegebedürftigkeit“ bejahen können. Insofern sind die Voraussetzungen für die Ablehnung einer Sondenernährung gegeben. Ob die beiden Bedingungen klug³³⁾ formuliert wurden, muss dahingestellt bleiben; die Möglichkeit der (antizipierten) Selbstbestimmung inkludiert ethisch gesehen auch den Aspekt der Eigenverantwortung für die damit getroffenen Entscheidungen.
- Die weiterführende Bedingung – wonach solche Behandlungen (auch medizinisch applizierte Ernährung) abgelehnt werden, die „das Leben künstlich verlängern“ – stellt ebenfalls eine nicht selbsterklärende Voraussetzung dar. So ließe sich argumentieren, dass die medizinischen Interventionen, die nach der rezenten Hirnblutung gesetzt wurden, nicht das Ziel verfolgen, das Leben in dem Sinn „künstlich zu verlängern“, dass ein unumkehrbarer Sterbensprozess hinausgezögert werden soll, sondern das Ziel, eine Rehabilitation zu ermöglichen. Es ließe sich aber ebenso argumentieren, dass der Patient tatsächlich mit seinem Leben abgeschlossen hat und nur auf eine Gelegenheit gewartet hat, in der er ohne medizinische Intervention früher oder später versterben kann. Inwieweit eine solche Interpretation des Patientenwillens vernünftig, dh verallgemeinerungsfähig ist, spielt hierbei letztlich keine rechtliche Rolle.

cc) Antizipierter und aktueller Patientenwille

Aktuelle Willensäußerungen haben Vorrang vor antizipierten Willensäußerungen, wie sie etwa in einer Patientenverfügung oder durch die Bevollmächtigung eines Dritten artikuliert wurden. Dieser Grundsatz ist unbestritten, führt in der Praxis aber zu ambivalenten Situationen, wenn der aktuelle Wille scheinbar nicht im Vollbesitz der Selbstbestimmungsfähigkeit zum Ausdruck gebracht wird.

In der Medizinethik wird für solche Konstellationen die Frage diskutiert, inwieweit ein Patient auch gegen seinen aktuellen Willen zu schützen sei, wenn dieser antizipierten Willensbekundungen widerspricht. Zu denken wäre zB an einen Patienten, der im Zustand beginnender Demenzsymptome in einer Patientenverfügung eine Sondenernährung ablehnt, im Zustand fortgeschrittener Demenz aber nach Essen und Trinken verlangt. Solange die Nahrungsaufnahme oral funktioniert, wird man diesem Wunsch nachkommen müssen. Steht aufgrund zunehmender Dysphagie eine Sondenernährung zur Diskussion, wird es auf eine sorgsame Beobachtung der aktuellen Willensbekundungen des Patienten ankommen, um zu erkennen, inwieweit er seine antizipierte Ablehnung aufrechterhalten möchte.

Aktuelle Willensbekundungen können gerade in einem Zustand kognitiver und funktionaler Einschränkungen auch konkludent

durch leibliche Ausdrucksformen erfolgen.³⁴⁾ Bei der Anerkennung dieses sog natürlichen Patientenwillens ist allerdings Zurückhaltung geboten. Nur unmissverständliche leibliche Ausdrucksformen können als Artikulation der Selbstbestimmung gewertet werden. Dies erfordert eine genaue Abklärung möglicher alternativer Ursachen für leibliche Ausdrucksformen wie zB das Wegstoßen von Betreuungspersonen oder das Zusammenpressen der Lippen bei Nahrungsangebot.

- Im vorliegenden Fall zeigte sich der Patient nach Beginn der Akutversorgung offenbar mit der Ernährung einverstanden. Inwieweit dies eine bewusste Entscheidung oder zumindest eine willentliche Duldung darstellt, geht aus den Schilderungen nicht eindeutig hervor. Der Hinweis, wonach der Patient Pflegepersonen und Logopädin zeitweise abgewiesen habe, muss als bedeutungsoffene Willensbekundung wahrgenommen werden. Ob dadurch jede Behandlung pauschal abgelehnt werden soll oder ob der Patient nur mit einer bestimmten Art und Weise (zB der Tageszeit) der Behandlung nicht einverstanden ist, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Daher kann aus diesen leiblichen Ausdrucksformen nicht ohne weiteres geschlossen werden, dass der Patient mit der begonnenen Behandlung nicht (mehr) einverstanden ist.

dd) Ernährung und Vorsorgevollmacht

Die Entscheidung über eine medizinisch applizierte Ernährung kann durch eine Vorsorgevollmacht delegiert werden. Die Vorsorgevollmacht im vorliegenden Fall ist einerseits durch ihre Formulierung, andererseits durch inhaltliche Vorgaben aus einer verbindlichen Patientenverfügung konkretisiert.

- Der vorsorgebevollmächtigte Enkelsohn hat somit die Aufgabe, eine medizinisch applizierte Ernährung insoweit stellvertretend zu untersagen, als der Fall einer „chronischen Erkrankung“ und einer „anhaltenden Pflegebedürftigkeit“ eingetreten ist, wenn diese Behandlung das „Leben künstlich verlängert“.
- Durch die Bestellung eines Vorsorgebevollmächtigten hatte der Patient die Möglichkeit, die weiter oben beschriebenen Interpretationsspielräume der Reichweitenvoraussetzungen der Patientenverfügung durch eine autorisierte Instanz verbindlich auslegen zu lassen.

Nicht von einer Vorsorgevollmacht umfasst sein kann die Frage, ob dem Patienten Nahrung und Flüssigkeit zur oralen Aufnahme angeboten werden soll. Dies ergibt sich aus dem Umstand, dass die Wahrnehmung des Angebots ohnedies vom Patienten selbst entschieden werden muss und daher keine stellvertretende Entscheidung möglich ist.

- Es ist vor diesem Hintergrund nicht verständlich, warum auch die orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung eingestellt wurde.

3. Schlussfolgerung

Die gesetzlich verankerten Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten stellen wesentliche rechtliche Instrumente dar, um dem Respekt vor der Selbstbestimmung eines Patienten zum Durchbruch zu verhelfen. Die Verantwortung, die mit der Selbstbestimmung verbunden ist, ist dabei eine gemeinsame von Patient und Empfängern der antizipierten Willensbekundungen. Hinsichtlich der Patientenverfügung drückt sich die Verantwortung

33) „Klug“ ist hierbei nicht gleichzusetzen mit „vernünftig“, sondern bezeichnet eine Urteilsbildung, die eine für den jeweiligen Kontext adäquate Entscheidung trifft. Um „klug“ zu entscheiden, ist daher eine hohe Kontextsensibilität notwendig, die einzulösen in antizipierten Urteilen im Allgemeinen schwieriger ist als in aktuellen, konkreten Situationen.

34) Vgl Hofmann, Leibliche Ausdrucksformen als Zeichen der Selbstbestimmung, in Wiesemann/Simon (Hrsg), Patientenautonomie (2013) 355.

insb in der klaren Formulierung abgelehnter Maßnahmen sowie allfälliger Anwendungsvoraussetzungen aus. Hinsichtlich der Vorsorgevollmacht umfasst die Verantwortung nicht nur die formale Errichtung, sondern auch den inhaltlichen Dialog mit dem Vollmachtnehmer, um ihn in die Lage zu versetzen, der Selbstbestimmung des Patienten zum Durchbruch zu verhelfen. Die Empfänger von antizipierten Willensbekundungen haben die Verantwortung, die vorliegende Situation vor dem Hintergrund der Erklärungen zu beurteilen und dabei zu überprüfen, inwieweit der aktuelle Patientenwille frühere Äußerungen überholt.

→ Vor diesem Hintergrund bleibt aus den Informationen im vorliegenden Fall offen, inwieweit der Patient durch die Formulierung in seiner Patientenverfügung eine Ablehnung von medizinisch applizierter Ernährung für die nunmehr eingetretene Situation tatsächlich artikulieren wollte. Durch die bewusste Entscheidung, interpretationsbedürftige Aspekte in die Befugnis eines Vorsorgebevollmächtigten zu geben, hat der Patient aber eine klare Entscheidung getroffen, die vielleicht nicht allgemein verständlich, für den Patienten hingegen maßgeblich ist. Das

Behandlungsteam hat in einer solchen Situation jedenfalls die Verantwortung, dem Vorsorgebevollmächtigten jene Argumente zu vermitteln, die dafür sprechen, dass die in der Patientenverfügung artikulierten Situation noch nicht eingetreten ist.

→ Unverständlich bleibt hingegen, warum es zu einem offensichtlich vollständigen Verzicht auf Betreuung des Patienten gekommen ist. Das Angebot einer oralen Grundversorgung mit Nahrung und Flüssigkeit, welches der Patient zumindest zu Beginn der Behandlung angenommen hat, wäre dem Selbstbestimmungsrecht, wie es in der Patientenverfügung zum Ausdruck kam, nicht entgegengestanden. Ebenso wenig hatte der Patient palliative Maßnahmen, die zB gegen das Durstgefühl gerichtet sind, untersagt. Sein Bitten um Wasser mag vor diesem Hintergrund vielleicht nicht als Widerruf der Patientenverfügung interpretiert werden, wohl aber als Wunsch nach palliativer Sterbebegleitung.

Jürgen Wallner

Priv.-Doz. Dr. Jürgen Wallner, MBA, Lehrbeauftragter der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien und Leiter der Ethikberatung im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien