

Leiden, Krankheit, Sterben: die Beschäftigung mit existentiellen Fragen

Ist die Patientenverfügung geeignet, das Lebensende selbstbestimmt zu gestalten?

Es kann jeden treffen: Ein schwerer Unfall, und plötzlich wird aus einem gesunden jungen Menschen ein schwer kranker Mensch ohne größere Heilungschancen. Ein Hirnschlag oder Herzinfarkt, und plötzlich wird aus einem noch sehr rüstigen älteren Menschen ein schwerer Pflegefall ohne medizinische Aussicht auf Besserung. Segen und Fluch zugleich ist es, dass die moderne Medizin in Kombination mit einer hervorragenden Medizintechnik und Arzneimittelforschung heute auch in Fällen Leben erhalten kann, in denen man früher nichts mehr für den Betroffenen tun konnte. Doch wie gehen wir mit den weiter entwickelten medizinischen Möglichkeiten um? Rational betrachtet wollen die meisten für sich verhindern, dass sie an ihrem Lebensende nur noch von Apparaten am Leben gehalten zu werden, ohne eingreifen zu können. Allerdings sorgen die wenigsten wirklich durchdacht vor. Dabei gibt es durchaus Möglichkeiten der Vorsorge, zum Beispiel mit einer Patientenverfügung.

Seit wann gibt es die Patientenverfügung?

Gesetzlich verankert wurde die Patientenverfügung in Deutschland mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts im September 2009. Die Debatte um ihre Vor- und Nachteile wogte bereits seit den 1970-er Jahren. Und sie ist noch heute nicht abgeschlossen. Vielmehr gibt es nach wie vor gesellschaftliche Gruppierungen und religiöse Überzeugungen, die den Willen des Patienten einer medizinischen Option, das Leben zu verlängern, unterordnen wollen. Um so wichtiger ist es zu betonen, dass das Verfassen einer Patientenverfügung jedem als Möglichkeit frei steht, aber selbstverständlich niemand dazu gezwungen wird.

Lassen Sie sich vorher beraten

Was genau kann man mit einer Patientenverfügung erreichen? Das ist einfach und kompliziert zugleich: Man kann schriftlich für den Fall der eigenen Entscheidungsunfähigkeit im Voraus festlegen, ob und wie man in bestimmten Situationen ärztlich behandelt werden möchte. Wünscht man eine Wiederbelebung, Künstliche Beatmung, Lebensverlängernde oder nur -erhaltende Maßnahmen? Künstliche Ernährung oder nur Flüssigkeitszufuhr? Schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen mit oder ohne bewusstseinsdämpfende Mittel? An den wenigen Beispielen lässt sich schon erkennen, dass man sich vor dem Aufsetzen seiner Patientenverfügung beraten lassen sollte, am besten von seinem Hausarzt oder einem anderen Arzt seines Vertrauens. Denn eine wirklich passende und aussagekräftige Patientenverfügung ist immer individuell auf die Ansichten und Wünsche der sie verfassenden Person zugeschnitten.

Wo Sie Unterstützung finden

Unterstützung für das Abfassen einer Patientenverfügung gibt es darüber hinaus in Form von Broschüren, die auch Formulierungshilfen und Textbausteine enthalten. Zum Beispiel vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, dessen Broschüre „Patientenverfügung“ unter anderem den empfohlenen Aufbau einer Patientenverfügung enthält (siehe auch die beigegefügte Abbildung) sowie Textbausteine und Beispieltex-te. Hilfreicher Leit-faden kann außerdem die neu aufgelegte Broschüre „Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter“ des Bayerischen Justizministeriums sein (online abrufbar über die Webseite der Bayerischen Staatsregierung). Im Landkreis Konstanz hat der Kreissenioresenrat eine sehr informative „Vorsorge Mappe“ zusammengestellt, die zum Beispiel über den Pflegestützpunkt des Landkreises erhältlich ist (Kontakt-daten unter „Weiterführende Anlaufstellen“).

Überprüfen Sie Ihre Festlegungen regelmäßig

Doch Vorsicht: Mit dem einmaligen Verfassen einer Patientenverfügung ist es noch nicht getan. Manche Einstellungen und Sichtweisen ändern sich mit den Jahren. Deshalb ist es sinnvoll, die eigene Verfügung alle zwei bis drei Jahre zu überprüfen und gegebenenfalls zu aktualisieren. Ebenso wichtig ist es, den jeweiligen Vertrauenspersonen – wie dem Lebenspartner oder den Kindern – die Existenz und möglichst auch den Inhalt der Verfügung mitzuteilen, sie wissen zu lassen, wo das Original der Verfügung aufbewahrt wird und ihnen eventuell eine Kopie zur Verfügung zu stellen. Eine weitere Kopie sollte in die Obhut des Hausarztes gegeben werden. Damit eine Patientenverfügung beachtet werden kann, muss sie im Fall des Eintritts einer schweren gesundheitlichen Schädigung greifbar sein. Auch dafür ist es sinnvoll Vorsorge zu treffen.

Von der Form her sieht der Gesetzgeber vor, dass Patientenverfügungen schriftlich verfasst und eigenhändig unterschrieben sein müssen. Es empfiehlt sich, von einer externen Vertrauensperson – möglichst einem Arzt – bestätigen zu lassen, dass man zum Zeitpunkt der Festlegungen entscheidungsfähig war und diese auch wirklich verstanden hat. Ärzten fällt es leichter, bestimmte Festlegungen umzusetzen, wenn sie darauf vertrauen dürfen, dass ihr Patient genau wusste, was er festgelegt hat.

Benennen Sie eine Vertrauensperson und geben Sie ihr Vorsorgevollmacht

Noch lieber ist es allerdings vielen Ärzten, wenn in einer Patientenverfügung eine Vertrauensperson, das heißt ein Bevollmächtigter oder Betreuer, angegeben wird, den sie konsultieren können, bevor sie einschneidende medizinische Maßnahmen durchführen oder eben unterlassen. Spätestens hier kommen die Instrumente der Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung ins Spiel. In einer Vorsorgevollmacht kann eine Vertrauensperson mit der stellvertretenden Wahrnehmung einzelner oder sogar aller Angelegenheiten betraut werden. Das geht weit über rein medizinische Dinge hinaus und erstreckt sich in der Regel auch auf Vermögensangelegenheiten, Fragen der Unterbringung, gegebenenfalls der Pflege und vielem mehr. Während jeder in einer Vorsorgevollmacht selbst eine Person des Vertrauens als Bevollmächtigten einsetzen kann, wird ein durch eine Betreuungsverfügung

bestellter Betreuer von einem Gericht eingesetzt. Das geschieht beispielsweise bei psychisch kranken oder behinderten Menschen, die ihre Angelegenheiten nicht selbst erledigen können.

Probleme in der praktischen Umsetzung

Für die Vorsorgeplanung ideal erscheint eine Kombination aus Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, durch die sowohl die Angelegenheiten des Lebens geregelt als auch die medizinisch relevanten Festlegungen getroffen werden. – So weit die Theorie. Denn in der Praxis lässt die Umsetzung noch sehr zu wünschen übrig. Das mag daran liegen, dass junge, gesunde Menschen Wichtigeres kennen, als sich um letzte Dinge und Regelungen für den Fall der eigenen Entscheidungsunfähigkeit zu kümmern. Doch auch bei den Älteren verfügen maximal bis zu 25 Prozent über eine Patientenverfügung, die wiederum oftmals nicht hinreichend aussagekräftig ist. Wissenschaftler sprechen deshalb bereits davon, dass das Instrument der Patientenverfügung so, wie es bislang in Deutschland gehandhabt wird, gescheitert ist. Sie plädieren für einen Systemwandel hin zu einer aktiven gesundheitlichen Vorausplanung, die als lebenslanger Prozess jedes Einzelnen zu verstehen sei.

Der wesentliche Unterschied zwischen der aktuellen Handhabung von Patientenverfügungen und der von Medizinern und Medizinethikern vorgeschlagenen gesundheitlichen Vorausplanung besteht in einer systematischen Professionalisierung und Qualitätssicherung der Abläufe: Muss der Einzelne bislang die Initiative ergreifen, eine Patientenverfügung für sich aufzusetzen, wird ihm im System der gesundheitlichen Vorausplanung ab einem bestimmten Alter (zum Beispiel von 60 Jahren) ein Beratungsgespräch zum Verfassen einer Patientenverfügung angeboten. Die Beratung erfolgt durch geschulte Personen, die einzelnen Schritte sind unter den Protagonisten in einer Region abgestimmt und erfolgen einheitlich. Das heißt, dass die Hausärzte, Notärzte, Klinikärzte und Seniorenheimleitungen einer Region abgestimmte Musterformulare verwenden, sie auf die Qualität der Verfügungen achten und die Aufbewahrung sowie der Zugriff auf die Festlegungen nach abgestimmtem, standardisiertem Muster erfolgt.

Ein Problem für die breitere Umsetzung einer solchen systematischen Vorausplanung dürften die dabei entstehenden Mehrkosten sein. Schulung von Personal, zum Beispiel in Seniorenheimen, Beratungsstunden durch das Personal – das ist alles nicht zum Nulltarif zu haben. Vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung GKV war bereits zu hören, dass die gesetzliche Krankenversicherung zwar Patientengespräche von Hausärzten vergütet, und zwar auch dann, wenn es in diesen um existentielle Fragen geht. „Sich mit dem Ende des Lebens zu beschäftigen sowie sich über das eigene Wollen klar zu werden, ist ... jedoch nicht die Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung“, teilte Florian Lanz für den Verband mit. Wie sich die politischen Entscheidungsträger zu dem Vorstoß der Wissenschaftler verhalten werden, ist noch nicht klar. Professor Georg Marckmann von der Ludwig-Maximilians-Universität München, der im Team mit Kollegen jüngst das Pilotprojekt „beizeiten begleiten“ ausgewertet hat, möchte während der nächsten Monate auf die Politiker von Bund und Ländern zugehen und diese breit über die Ergebnisse des Projektes

informieren. „Es gibt keine Alternative zu den schriftlich vorab formulierten Behandlungswünschen. Doch wenn man nur eine wie auch immer formulierte Patientenverfügung hat und drumherum keine Beratung und kein System, was das Dokument enthalten muss und wie man damit umgehen soll, dann kann man auch mit einer Patientenverfügung nicht die Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase wahren“, so Marckmann. (Siehe dazu auch das Interview „Wir brauchen einen Systemwechsel in Deutschland“ mit Georg Marckmann.)

Die Selbstbestimmung auch in der letzten Lebensphase zu wahren, das ist allerdings genau das, worauf es den Menschen ankommt.

Myriam Hönig

Die zentralen Begriffe: Was ist was?

Drei Instrumente stehen zur Verfügung, um in gesunden Tagen selbstbestimmt festzulegen, wie man im Fall einer späteren Einwilligungsunfähigkeit behandelt werden möchte:

Die Patientenverfügung bezieht sich auf medizinische Maßnahmen wie ärztliche Heilbehandlungen oder Eingriffe. Sie steht meist im Zusammenhang mit der Verweigerung lebensverlängernder Maßnahmen im Falle einer sehr schweren Schädigung. Eine Patientenverfügung ist die schriftliche Vorausverfügung einer volljährigen Person für den Fall, dass sie ihren Willen nicht mehr wirksam erklären kann. Wer also nicht möchte, dass in einer solchen Situation andere für einen selbst entscheiden, sollte vorsorgen.

Die Vorsorgevollmacht wird oft gemeinsam mit einer Patientenverfügung verfasst. Damit bevollmächtigt man eine Person seines Vertrauens mit der Wahrnehmung einzelner oder aller Angelegenheiten für den Fall, dass man selbst dazu nicht mehr in der Lage sein sollte. Der Bevollmächtigte entscheidet und handelt dann an Stelle von einem selbst. Die Vorsorgevollmacht kann z.B. zur Bestimmung von Wohnsitz und Aufenthalt berechtigen, zur Klärung von Wohnungsangelegenheiten, zur Vermögenssorge, der Bevollmächtigte kann anstelle des Vollmachtgebers vor Gericht auftreten, den Postverkehr erledigen und auch über die Art und Weise von Pflege und Versorgung entscheiden.

Anstelle der Vorsorgevollmacht kann auch eine **Betreuungsverfügung** ausgestellt werden. Der Betreuer wird dabei vom Gericht bestellt, wobei man mit der Betreuungsverfügung schon im voraus festlegen kann, wen das Gericht als Betreuer bestellen soll. Genauso kann man festlegen, wer auf keinen Fall als Betreuer in Frage kommt. Möglich sind auch inhaltliche Vorgaben für den Betreuer, etwa welche Wünsche respektiert werden sollten oder ob im Pflegefall eine Betreuung zu Hause oder im Pflegeheim gewünscht wird.

Myriam Hönig

„Wir brauchen einen Systemwandel in Deutschland“

Der Medizinethiker Georg Marckmann im Gespräch mit Myriam Hönig

Dr. Georg Marckmann, Professor für Medizinethik an der Ludwig-Maximilians-Universität München, erklärt die konventionelle Patientenverfügung in Deutschland für gescheitert. Er beschäftigt sich seit mehreren Jahren mit Fragen der Entscheidungen am Lebensende. Mit einem Team von Kollegen hat er nun das Pilotprojekt „beizeiten begleiten“ ausgewertet. Auf Basis der Ergebnisse plädiert er für einen Systemwandel, der gesundheitliche Vorausplanung als lebenslangen Prozess jedes Einzelnen versteht. Myriam Hönig sprach mit Georg Marckmann:

Herr Marckmann, Sie erklären die Patientenverfügung, wie es sie heute in Deutschland gibt, für gescheitert. Warum?

Wir haben seit 2009 eine gesetzliche Verankerung der Patientenverfügung in Deutschland. Das hat aber nicht dazu geführt, dass alle Menschen aussagekräftige Patientenverfügungen verfassen, die im Ernstfall auch vom Gesundheitspersonal berücksichtigt werden. Wir haben bislang kein flächendeckendes qualifiziertes Beratungsangebot zur Erstellung von Patientenverfügungen. Deshalb bieten diese im konkreten Fall oft wenig Orientierung und es bleibt unklar, ob die Betroffenen die Festlegungen tatsächlich verstanden haben. Häufig liegen Patientenverfügungen auch nicht vor, wenn sie gebraucht werden. In vielen Seniorenheimen ist z.B. der Umgang mit Patientenverfügungen nicht klar geregelt: Wie und wo werden sie dort abgelegt? Wird die Verfügung automatisch mit dem Altenheimbewohner ins Krankenhaus geschickt oder nur auf Nachfrage weitergegeben? Überdies haben Ärzte nicht selten Vorbehalte eine Patientenverfügung zu berücksichtigen, weil sie unsicher sind, was der Patient genau festlegen wollte. Viele Ärzte bevorzugen deshalb eine Vorsorgevollmacht, in der sie einen Ansprechpartner benannt bekommen, mit dem sie aktuell besprechen können, was genau gemacht werden soll.

Vor dem Hintergrund der aufgezeigten Schwächen haben Sie mit Kollegen ein vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziertes Projekt zur gesundheitlichen Vorausplanung in Deutschland durchgeführt. Worin unterscheidet sich das Programm „beizeiten begleiten“ von der traditionellen Patientenverfügung?

Das Projekt zur gesundheitlichen Vorausplanung basiert auf zwei Säulen. Die erste Säule ist ein qualifiziertes und aktiv an ältere Menschen herangetragen Gesprächsangebot zur Erstellung einer Patientenverfügung. Mit diesem soll sichergestellt werden, dass die Menschen wirklich verstehen, welche Informationen sie in ihrer individuellen Patientenverfügung festgehalten sehen wollen. Wir haben in unserem Pilotprojekt „beizeiten begleiten“ Altenheimmitarbeiter geschult, entsprechende Beratungs- oder Begleitungsgespräche zu führen. D.h. die Altenheimbewohner wurden aktiv angesprochen, ob sie Interesse daran haben, eine Patientenverfügung für sich zu verfassen. Falls dem so war, wurde der Bewohner von dem geschulten Personal – wir nennen diese „Begleiter“ – bei der Erstellung seiner Patientenverfügung unterstützt.

War denn dafür Zeit bei dem Personal vorhanden?

Das ist tatsächlich eine große Herausforderung gewesen. Wir haben mit den Altenheimen, mit denen wir für die Studie kooperierten, vereinbart, dass die Begleiter für diese Aufgabe freigestellt werden.

Das war nicht ganz einfach und nur mit Unterstützung der Heimaufsicht und der Träger der Heime möglich.

Wie viele Stunden mussten dafür aufgewendet werden?

Wir haben für die komplette Begleitung einer Person bis zur Fertigstellung ihrer individuellen Patientenverfügung im Mittel 100 Minuten gebraucht. Meist wurden 2-3 Gespräche geführt. Wir glauben allerdings, dass sich der Zeitaufwand für qualifizierte Einzelgespräche zum Zwecke der Abfassung einer wirklich individuellen, aussagekräftigen Patientenverfügung lohnt. Wenn vorab mit allen Beteiligten besprochen ist, wie in medizinischen Krisen zu verfahren ist, müssen Ärzte beispielsweise im akuten Fall weniger schwierige Gespräche mit den Angehörigen führen.

Mit der zweiten Säule von „beizeiten begleiten“ verankern wir die Patientenverfügung im Versorgungssystem der Region um sicherzustellen, dass die dokumentierten Wünsche im Ernstfall auch tatsächlich berücksichtigt werden. Wir haben den Rettungsdienst und das regionale Krankenhaus darüber informiert, wie mit den im Projekt entstandenen Patientenverfügungen und Notfallbögen umzugehen ist. In den Altenheimen wurde festgelegt, wie die Patientenverfügungen abzulegen sind und wie im Bedarfsfall schnell auf sie zugegriffen werden kann. Darüber hinaus haben wir die Hausärzte mit einbezogen und entsprechend informiert, ebenso die Berufsbetreuer der Region. In der Folge kannten alle Beteiligten die Dokumente und konnten sie in ihren Zuständigkeitsbereichen angemessen anwenden. Durch das Projekt entstanden nicht nur mehr, sondern auch bessere, aussagekräftigere Patientenverfügungen, die im Ernstfall ohne Unklarheiten und Vorbehalte berücksichtigt werden konnten.

Schön und gut. Aber wer würde denn den Part, den die Forscher in dieser Studie abgedeckt haben – Schulung des Personals, Information aller beteiligten Gruppen – übernehmen sollen, wenn das System der gesundheitlichen Vorausplanung allgemein in Deutschland eingeführt werden würde?

Das ist tatsächlich ein Problem, weil sich niemand so richtig dafür verantwortlich fühlt. Wir haben in Deutschland ein fragmentiertes Gesundheitssystem. Da gibt es die Krankenhäuser, die niedergelassenen Ärzte, die Alten- und Pflegeheime, und alle agieren weitgehend unabhängig voneinander. Es gibt folglich bislang niemanden, der eine übergeordnete Verantwortung hat. Ich könnte mir vorstellen, dass die regionalen politischen Verantwortungsträger eine koordinierende Funktion übernehmen. Konkret könnten die Fäden z.B. bei dem Gesundheitsdezernat der Kreisverwaltung zusammenlaufen. Gegen die Vorstellung, dass die Krankenkassen eine solch koordinierende Funktion übernehmen, spricht, dass die Krankenkassen untereinander im Wettbewerb stehen. In München beispielsweise könnte die Stadt eine koordinierende Funktion übernehmen. Denkbar ist aber auch, dass einer der beteiligten Akteure im System die Verantwortung übernimmt. So hat z.B. der Ärztliche Kreis- und Bezirksverband München eine Arbeitsgruppe zu diesem Thema eingerichtet und damit seiner Überzeugung Ausdruck verliehen, dass die gesundheitliche Vorausplanung der Bürger gefördert werden sollte. Ausgehend von solchen Arbeitsgruppen könnten künftig die Pflegeheime, die Krankenhäuser, die Hausärzte und die Notärzte einer Region geschult und informiert sowie mit diesen gemeinsam standardisierte Formulare entwickelt werden, die dann von allen Beteiligten verwendet werden.

Mit welchen Ergebnissen wollen Sie die genannten Entscheidungsträger überzeugen?

Durch den Vorteil von mehr und besseren Patientenverfügungen. In der Region unserer Studie stieg der Anteil der Senioren, die nach der Projektlaufzeit von 16 Monaten eine Vorausverfügung hatten, von 16,2% auf 52,2%. Mir ist keine andere Region in Deutschland bekannt, in der es eine ähnlich hohe Anzahl von Patientenverfügungen gibt. Gleichmaßen ist auch die Qualität der dort entstandenen Patientenverfügungen erheblich besser geworden. Bei den im Projekt neu entstandenen Verfügungen waren 94% von einem Arzt unterschrieben. Wir können also davon ausgehen, dass diese Verfügungen verlässlich sind und auch die tatsächlichen Wünsche des Betroffenen enthalten. In der Kontrollregion waren nur 16,7% der Patientenverfügungen von einem Arzt mit unterschrieben. Ein weiteres Kriterium für die Qualität einer Patientenverfügung besteht darin, wie aussagekräftig sie ist. Das haben wir daran beurteilt, ob die Frage der Reanimation, d.h. der Herz-Lungen-Wiederbelebung im Notfall, geregelt ist. 98% der in unserer Studie entstandenen neuen Patientenverfügungen enthielten einen Notfallbogen, d.h. in fast 100% der Fälle war geregelt, welche Maßnahmen im Notfall noch ergriffen werden sollten. In der Kontrollregion war das nur in 44,4% der neuen Patientenverfügungen der Fall. Darüber hinaus ist die Benennung eines Stellvertreters wichtig. In fast 95% der während unserer Studie entstandenen neuen Verfügungen war das der Fall, in der Kontrollregion nur in 50%. Die inhaltliche Qualität einer Patientenverfügung ist ebenso elementar wie ihre Existenz und ihr Vorhandensein im Notfall. Wir brauchen keine Flut von Patientenverfügungen, die nicht oder nur eingeschränkt brauchbar sind; aussagekräftige und verlässliche Patientenverfügungen aber helfen uns allen.

Sprechen Sie auf Basis Ihrer Ergebnisse Handlungsempfehlungen aus für die politischen Entscheidungsträger, die Ärzte, die Seniorenheime?

Ich kann nicht beurteilen, ob es gelingt, durchgängig einen koordinierenden Verantwortungsträger im System zu benennen. Ziel sollte aber sein, die gesundheitliche Vorausplanung in Deutschland breiter zu implementieren. Wir haben im Moment erste Kontakte zu Politikern auf Bundes- und Landesebene und informieren breit über unser Projekt. Das Problem bei dem Vorhaben ist, dass man zunächst einmal in Vorleistung gehen muss. D.h. man muss zunächst investieren, um die Begleiter zu schulen, und man muss anschließend das geschulte Personal für die Beratungsgespräche freistellen. Aus anderen Ländern wissen wir, dass sich ein solches Vorgehen aber insgesamt auch ökonomisch gesehen rechnen würde. Denn man kann durch das Vorhandensein von qualifizierten Patientenverfügungen die Zahl von nicht gewünschten Krankenhauseinweisungen insbesondere bei hochbetagten Menschen verringern. Die routinemäßigen Krankenhauseinweisungen, die automatisch erfolgen, wenn keine Patientenverfügung vorliegt, können durch eine gesundheitliche Vorausplanung vermieden werden. Im Gesundheitssystem könnten also unter dem Strich die Gelder eingespart werden, die zuvor für die Schulung des Personals und den Zeitaufwand des Personals aufgewendet werden mussten.

Sollten die Kosten für die gesundheitliche Vorausplanung von den Krankenkassen übernommen werden?

Ja, das sollten sie. Diese Lösung wäre besser als eine steuerfinanzierte Regelung, da es um Entscheidungen für den Einsatz medizinischer Behandlungen geht, und medizinische Behandlungsmaßnahmen sind im Bereich der GKV, der gesetzlichen Krankenversicherung, angesiedelt. Ich glaube, dass die Krankenkassen gesundheitliche Vorausplanungskosten übernehmen sollten, zumal die Krankenkassen dann auch diejenigen sind, die am Ende einen ökonomischen Vorteil davon haben können, wenn sie weniger Krankenhausaufenthalte finanzieren müssen. Wir

sind deshalb auch im Gespräch mit Krankenkassen und werden versuchen, die Krankenkassen zu motivieren, in ein weiteres Pilotprojekt mit zu investieren. Auch der GKV-Spitzenverband wäre ein sehr guter Ansprechpartner für uns. Wahrscheinlich wäre es am besten, wenn es zentral von oben eine Initiative und entsprechend eine einheitliche Regelung gäbe.

Was empfehlen Sie den Menschen in der Zwischenzeit?

Jeder von uns sollte sich aktiv um eine Beratung bei der Erstellung einer Patientenverfügung bemühen und diese nicht alleine im stillen Kämmerlein erstellen. Eine der ersten Ansprechpersonen dabei sollte der eigene Hausarzt sein. Es ist wichtig, dass die Hausärzte merken, dass es auf diesem Gebiet eine Nachfrage ihrer Patienten gibt. Das kann stimulierend sein, damit sich die Hausärzte z.B. für eine Fortbildung zur Thematik entscheiden, wenn sie sich noch nicht wirklich auskunftsfähig fühlen. Eine gute Anlaufstation sind auch unabhängige Patientenberatungsstellen, Altenberatungsstellen, Hospizvereine. Für die Erstellung einer Patientenverfügung braucht man hingegen nicht zum Notar zu gehen. Man braucht für diese keinen Notar, sondern eine medizinisch kompetente Person. Danach ist es wichtig, dass man andere Menschen – seine Vertrauenspersonen – darüber informiert, dass man eine Patientenverfügung erstellt hat und wo sie hinterlegt ist. Man sollte diese Menschen instruieren, wie sie sich verhalten sollen, wenn einem etwas passiert. Ebenso sollte man dem Hausarzt eine Kopie der Patientenverfügung geben und ihn bitten, dass er sich im Fall einer schweren Gehirnschädigung durch einen Unfall oder eine Erkrankung dafür einsetzt, dass die Verfügung umgesetzt wird. Diese Maßnahmen ersetzen zwar noch nicht das gesamte Programm der gesundheitlichen Vorausplanung, aber sie helfen, dass wir so gut wie möglich informiert sind und selbstbestimmt festlegen können, welche medizinischen Maßnahmen wir bei Verlust der Entscheidungsfähigkeit noch wünschen oder nicht mehr wünschen. Dadurch kann jeder dazu beitragen, dass die Schwachstellen unseres heutigen Systems etwas ausgeglichen werden.