



Modell für die Umsetzung der gesundheitlichen Vorausplanung (GVP)

Version für die öffentliche Vernehmlassung

Datum: 17.05.2022

Stellungnahme eingereicht durch:

Institution: <input checked="" type="checkbox"/>	Einzelperson: <input type="checkbox"/>
Absender Name/Institution/Organisation: DIGNITAS - Menschenwürdig leben - Menschenwürdig sterben Abkürzung Institution/Organisation: DIGNITAS Adresse: Postfach 17, 8127 Forch Kontaktperson: Ludwig A. Minelli / Michael Schermbach E-Mail: dignitas@dignitas.ch Datum: 14. Juli 2022	

**Bitte retournieren Sie den ausgefüllten Fragebogen bis am 15. Juli 2022 an
ethics@samw.ch. Vielen Dank.**

1. Fazit zum vorliegenden Entwurf:

- grundsätzliche Zustimmung
 grundsätzliche Ablehnung

Kommentar: Die Erfahrung zeigt, dass Überregulierung Abwehrverhalten begünstigt und verstärkt. Entsprechend ziehen allzu engmaschige Vorschriften eher kontraproduktive Wirkungen nach sich.

Die von der GVP vorgegebene Richtung darf nicht zu einer «Zwangsberatung» führen, da dies dem liberal-freiheitlichen Gedanken der Schweiz diametral widerspricht. Vielmehr brauchen wir eine Sensibilisierung aller Menschen für das Thema Vorsorge auf Absehbares (so wie Sterben und Tod) und Ungewisses (wie z.B. einen Unfall) und eine freiwillige Aufklärung, wie dies nun nach der Abstimmung über die Organtransplantation durchgeführt wird. Selbiges gilt analog für die GVP: Wieso wird den Hausärzten nicht mehr Zeit eingeräumt, ihre Patienten umfassend aufzuklären, wenn es um Vorsorge und Lebensendfragen geht? Warum werden die Ärzte und weiteres medizinisches Personal nicht umfassender geschult und unterstützt? Warum macht das BAG keine entsprechende Aufklärungskampagne zur GVP?

2. Bemerkungen zum Modell der gesundheitlichen Vorausplanung

Kapitel	Kommentar/Bemerkung	Antrag für Änderung (Textvorschlag)
II. Modell der gesundheitlichen Vorausplanung		
Modul A. Einstieg in die Auseinandersetzung:	Es ist wichtig, die vertretende Person, wenn möglich gleich mehrere in gemeinsamer Kaskade, frühzeitig zu bestimmen und sich mit ihr/ihnen nach Möglichkeit auch über den Inhalt einer Patientenverfügung auszutauschen	keine
Modul B. Die vertiefte Auseinandersetzung:	<p>Beratung ist sinnvoll insbesondere wenn Hinweise auf ein entsprechendes Bedürfnis bestehen. Allerdings sind bei der Bezeichnung der Fachpersonen bereits thematische Einschränkungen solcher Beratungen klar ersichtlich: «speziell geschulte Fachpersonen», die über «medizinische Interventions- und Behandlungsmöglichkeiten» sowie über Palliative Care beraten sollen. Und weshalb sollten dabei «Werte erklärt werden» müssen? Vor allem wessen Werte?</p> <p>Alles andere als ein freiwilliges, niederschwellig zugängliches Beratungsangebot ist hier fehl am Platz. Beratung soll keinesfalls zur Pflicht werden: Wer eine Patientenverfügung erstellen will, soll das Recht haben, dies unkompliziert und kostenlos tun zu können. Gleichzeitig soll diejenige Person, die sich mit dem Thema Lebensende gar nicht erst beschäftigen und somit auch keine Patientenverfügung erstellen will, in Ruhe gelassen werden. Die im Entwurf verlangte «Werteerklärung» zeigt, worum es geht: Es sollen hier eine bestimmte Moral (Ethik), bestimmte Weltanschauungen – also die der «speziell geschulten Fachpersonen» – übertragen werden, womit für diese eine Deutungshoheit erlangt werden will. In einem freiheitlichen,</p>	<p>Empfehlung 2: Ermöglichung von nicht nur umfassender sondern vor allem neutraler, nicht fachmedizinisch geprägter, ergebnisoffener Beratung: Damit eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Thema stattfinden kann, die zu medizinischen Behandlungsentscheidungen in Fällen von Urteilsunfähigkeit führen, ist eine ergebnisoffene Beratung zu empfehlen.</p>

	laizistischen Staat ist das problematisch. Ergebnisoffene Beratung bedeutet anderes.	
Modul C. Die krankheitsspezifische Auseinandersetzung	Dies ist ein unnötiges Modul mit einer unnötigen Empfehlung: Wer sich in einer – wie beschriebenen – Situation befindet, wird all derlei grossartige Empfehlungen von krankheitsspezifischer Auseinandersetzung bereits mehr als einmal durchgemacht haben. Daher nochmals: Weniger ist mehr.	Kein Antrag auf Änderung der Formulierung, da das gesamte Modul zu streichen ist.

3. Kommentare zu den einzelnen Empfehlungen

Empfehlungen: Zustimmung?	Ja, Ergänzungen/Kommentare	Nein, Warum?
Empfehlung 1: Benennung und Information der Vertretungsperson	Ja; wenn immer möglich nicht nur eine Person benennen, sondern mindestens eine Stellvertretung. Die Anzahl der stellvertretenden Personen sollte einer freiwilligen Wahl entspringen, wie dies in vielen Vorlagen für Patientenverfügungen längst vorgesehen ist.	
Empfehlung 2: Werteerklärung mit geschulten Fachpersonen		Wie vorne bereits erwähnt, wird nicht klar, welche «Werte» dort erklärt werden müssten. Der gesamte Abschnitt kommt eher einem Überstülpen bestimmter medizin-«ethischer» Wertevorstellungen und einer Bevormundung, denn einer unterstützenden Beratung gleich, zumal eine Person, die sich in einer solcher Lage befindet, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bereits alle individuell notwendigen Schritte unternommen hat, um zu einer selbstbestimmten Entscheidung zu kommen. Irgendwelche «Werte», die in irgendeiner Moralvorstellung fussen, müssen hier nicht mehr erklärt werden, sondern

Empfehlungen: Zustimmung?	Ja, Ergänzungen/Kommentare	Nein, Warum?
		tatsächliche und juristische Möglichkeiten und Grenzen; jede Person kennt den Wert ihres eigenen Lebens am besten.
Empfehlung 3: Betreuungs- und Behandlungsplanung für komplexe Situationen		<p>Wenn eine Person sich in diesem Zustand (chronisch körperliche / psychische Mehrfacherkrankungen und dauerhafte Beeinträchtigungen, sowie zunehmende Gebrechlichkeit und Absehbarkeit des Lebensendes) befindet, dann ist das Letzte, was sie braucht, eine vorgeschriebene detaillierte Planung in einem vorgefassten Rahmen (spirituell, medizinisch, pflegend und psychosozial). Dass immer dieselben Organisationen mit einschlägig bekannten und teils umstrittenen Exponenten der Meinung sind, dass eine Person, die zeitlebens ihre Entscheidungen in eigenen Angelegenheiten stets selbst getroffen hat, plötzlich eine Vielzahl von Beratern aufbieten wollte, die ihre letzten Wochen und Tage durchorchestriert, zeigt deren obrigkeitspaternalistische Haltung «wir wissen besser, was für die Patienten gut ist, als diese selbst». Wie eingangs bereits erwähnt braucht es vielmehr das Angebot von freiwilliger Beratung, und es wird die Aufklärung und Schulung der Hausärzte, Medizinstudierenden und Pflegefachkräften benötigt.</p>

Empfehlungen: Zustimmung?	Ja, Ergänzungen/Kommentare	Nein, Warum?
Empfehlung 4: Kommunikative und methodische Kompetenzen	Diese Empfehlung ist mit Blick auf das Vorgesagte zustimmenswert, da es einem Grossteil des medizinischen Personals an Sonderwissen über Patientenverfügungen und Palliative Care fehlt. Erweitert sollten diese Kurse um Vorlesungen über weitere Lebensendhilfe-Optionen wie die Sterbebegleitung, der Freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, die Suizidhilfe sowie darüber hinaus die Suizidversuchsprävention.	
Empfehlung 5: Adressatenspezifische Sensibilisierung und Information	Auch dieser Empfehlung kann zugestimmt werden. Je mehr Menschen um die Notwendigkeit einer Patientenverfügung wissen, desto mehr werden das medizinische Personal und die Angehörige entlastet.	
Empfehlung 6: Leitfragen für die Auseinandersetzung	Die Leitfragen sind geeignet und gegebenenfalls individuell zu ergänzen.	
Empfehlung 7: Regelmässige Aktualisierung der Dokumentation		Dieser Empfehlung könnte eigentlich zugestimmt werden. Da sie aber Raum offen lässt, um einen fixen Zeitraum regulierend einzuführen, ist sie abzulehnen. Einmal aufgestellt, soll eine Patientenverfügung zeitlich unbegrenzt gelten, so wie es jetzt vom Gesetz vorgesehen ist, es sei denn sie wird – so wie es bei einem Testament der Fall ist – durch eine neuere Version ersetzt.
Empfehlung 8: Minimalstandards für Patientenverfügungen		Die vorgeschlagenen Mindeststandards geben den Anschein, ins Uferlose ausgeweitet zu werden. Es ist unmöglich, ein sämtliche Eventualitäten erschöpfendes Dokument zu verfassen. Hinzu

Empfehlungen: Zustimmung?	Ja, Ergänzungen/Kommentare	Nein, Warum?
		<p>kommt, dass beim Erstellen einer solchen Verfügung die Umstände nicht stets gleich sind. Daher gilt: Jede Willensäußerung ist zu beachten; unabhängig davon wie präzise sie formuliert ist. Die Gültigkeit des Aussagegehalts darf nicht von wie auch immer gearteten eingehaltenen oder nicht eingehaltenen Formvorschriften, persönlichen Wertehaltungen oder Mindestinhalten abhängig gemacht werden.</p>
<p>Empfehlung 9: Institutionsübergreifend zugängliche Betreuungs- und Behandlungspläne</p>		<p>Dieser fromme Wunsch sollte eine Selbstverständlichkeit sein und bedarf daher keiner gesonderten Erwähnung.</p>
<p>Empfehlung 10: Einheitliches Formular der ärztlichen Notfallanordnung (ÄNO)</p>		<p>Ein derartiges Formular ist unnötig. Im Notfall, bzw. in einer Akutphase ist sowieso zunächst der volle Fokus auf Lebensrettung ausgerichtet und erst im Anschluss an eine erste Stabilisierung und mögliche Prognose – dann aber zwingend – ist Zeit, sich dem Inhalt einer Patientenverfügung zuzuwenden. Eine solche ÄNO erzeugt nur Handlungsunsicherheiten und degradiert einen lebensrettenden (Notfall-)Arzt zu einen unselbstständigen Checklistenbefolger. In der Akutsituation besteht keine Zeit, Checklisten zu lesen; jede Sekunde zählt.</p>
<p>Empfehlung 11: Integration in das elektronische Patientendossier</p>	<p>Selbstverständlich ist eine solche Empfehlung wünschenswert, damit wertvolle Zeit gespart werden kann.</p>	

4. Spezifische Fragen

Thema	Frage	Antwort / Begründung
Begriff «Gesundheitliche Vorausplanung»	Ist der Begriff «Gesundheitliche Vorausplanung» gut gewählt? Falls nicht, welchen Begriff würden Sie vorschlagen (evtl. inkl. Begründung)	Immerhin hat das englische Wort «advanced care planning», ein unnötiger Anglizismus, keinen Eingang in die deutsche Version gefunden. Nach den obigen Erläuterungen ist allein am Begriff nichts auszusetzen.
Qualifikation und Kompetenzen von Fachpersonen	Wer soll Personen bei der vertieften Auseinandersetzung mit Werteerklärung und zu medizinischen Interventionen begleiten und beraten? Braucht es dazu zwingend eine medizinisch bzw. pflegerisch geschulte Fachperson oder können auch andere Fachpersonen diese Beratung übernehmen?	Diese Frage soll allein die betroffene Person beantworten. Es ist zu unterstellen, dass sie sich solcher Unterstützer bedient, die ihr aufgrund eigener Prädisposition, Hintergrund und Bedürfnisse am nächsten stehen.

5. Allgemeine Bemerkungen zum vorliegenden Entwurf

Abermals wird versucht, eine Sphäre der Höchstpersönlichkeit durch hoheitlich übergestülpte Wertevorstellungen zu reglementieren. Der Vergleich zur Herausforderung der formfehlerfreien Abfassung eines eigenhändigen Testaments drängt sich auf: Dieses ist zeitlich unbeschränkt gültig, wenn es von Hand niedergeschrieben worden, datiert und unterschrieben ist (Artikel 505 Absatz 1 ZGB). Auch der Vorsorgeauftrag kann eigenhändig niedergeschrieben, datiert und unterzeichnet werden, um gültig zu sein (Artikel 361 Absätze 1 und 2 ZGB). Alles – insbesondere inhaltlich – Weitere ist der verfassenden Person überlassen. Die hier formulierte Vorschlag GVP führt aber in eine Welt – etwas überspitzt formuliert –, in der auf dem Weg zum Supermarkt oder Wochenmarkt zwecks Lebensmitteleinkauf zunächst ein Ernährungsberater kontaktiert werden muss, damit mit Gewissheit die der Gesundheit zuträglichste Nahrung erworben wird. Überdies ist es höchst inkonsequent, Bürgerinnen schutzlos bspw. dem rasenden Lauf der digitalen Welt zu überlassen und einer am Ende an etlichen – womöglich durch diesen Einfluss verursachten – physischen und psychischen Einschränkungen leidenden Person paternalistisch vorzuschreiben, wen sie an ihrem Lebensende zu kontaktieren und wie sie sich dann genau zu verhalten habe. Entsprechend lautet unsere Empfehlung: Weg von hoheitlich übergestülpter wohlmeinender medizin-«ethischen» (Pflicht-) Beratung so wie z.B. dem «advanced care planning» und vielmehr hin zur Ermunterung der Menschen, sich auch mit dem eigenen Ende nach eigener Façon, nach der sie schliesslich seit dem Edikt von Nantes hoffentlich glücklich leben, auseinander zu setzen. Etwas ketzerisch könnte man sich an dieser Stelle auch mit Blick auf die nunmehr geltende Rechtslage bei der Organtransplantation durchaus die Frage stellen, ob – nach Abschluss der Notfallbehandlung – nicht generell von einer Vermutung des «Nichtbehandeltseinwollens» ausgegangen werden könnte, die durch eine entsprechende Patientenverfügung nach Bedarf zu modifizieren wäre.