

# Zur gesetzlichen Regelung von Patientenverfügungen

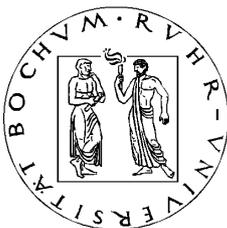
Stellungnahme  
zur Anhörung des Rechtsausschusses des  
Deutschen Bundestages am 04.03.2009

Dr. Arnd T. May

Medizinethiker

Ruhr-Universität Bochum  
Institut für Philosophie

Mitglied des Klinischen Ethik Komitees  
am Universitätsklinikum Aachen



Diese Stellungnahme zur Vorbereitung der Anhörung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages zur gesetzlichen Regelung von Patientenverfügungen am 04.03.2009 nimmt schwerpunktmäßig die ethischen Aspekte der vorliegenden Gesetzesentwürfe in den Blick.

## 1 Selbstbestimmung und Autonomie

Das Selbstbestimmungsrecht des Menschen ist im Grundgesetz verankert. Immanuel Kant hatte Selbstbestimmung in einer langen Traditionslinie erstmals 1786 programmatisch verwendet und zugleich Autonomie zum Grundbegriff philosophischen Denkens erhoben. Das Prinzip der Selbstbestimmung ist der Freiheitsidee bei Thomas von Aquin und der *Philosophie der Aufklärung* verbunden.

Der Begriff der Autonomie wurde wesentlich von Kant geprägt und primär als Bestimmung der Freiheit im Sinne der moralischen Autonomie gesehen. In der praktischen Vernunft gibt sich der Mensch als Vernunftwesen selbst das Gesetz, nach dem er handeln soll<sup>1</sup>. Autonomie ist die Fundamentalausstattung und Verfasstheit des Menschen, und Selbstbestimmung stellt die aktive Manifestation der Autonomie dar.

Selbstbestimmung ist die Fähigkeit des Menschen nach eigener Einsicht zu handeln. Immanuel Kant leitete in seiner „Grundlegung zur Metaphysik der Sitten“ (1785) die Würde des Menschseins aus der menschlichen Vernunft- und Freiheitsfähigkeit ab und folgerte: Jeder Einzelne, der hierzu fähig und willens ist, besitzt das Recht, von seiner praktischen Vernunft und Autonomie tatsächlich aktiv Gebrauch zu machen.

*Ein autonomer Mensch kann selbstbestimmt handeln, muss es aber nicht.* Autonomie darf nicht als Eigenschaft im Sinne eines Ausschlusskriteriums angesehen werden, die der gesunde Mensch besitzt und der kranke Mensch nicht hat.

Medizinethik beschreibt keine Sonderethik, sondern eine *Ethik vielfältiger besonderer Situationen*. „Diese „angewandte Ethik“ oder im eigentlichen Sinne „medizinische Ethik“ kann aber nur teilweise als akademische philosophische Disziplin bezeichnet werden. Medizinethik wird als ethische Reflexion auf bestimmte Themen im Zusammenhang mit dem Gesundheitssystem verstanden. Der Gegenstandsbereich der Medizinethik übersteigt die ärztliche Perspektive auf Wertfragen im medizinischen Handeln und umfasst allgemeine *Fragen des Gesundheitswesens*. Medizinisches Handeln besitzt Komponenten der Reflexion zu weltanschaulichem, politischem, moralischem und ökonomischem Bewusstsein. Konzepte des Krankheitsbegriffs mit der Ausdifferenzierung in individuelle, am Gemeinwesen oder am medizinisch-professionellen Handeln orientierte Ansätze müssen auf ihre Auswirkungen auf die Selbstbestimmung des Patienten überprüft werden. Als Voraussetzungen für die gegenwärtige „westliche“ Medizinethik führt Schöne-Seifert an: 1. Verfügbarkeit zunehmend vielfältiger medizinischer Eingriffsmöglichkeiten, 2. wachsende Pluralität der Lebensstile und Moralauffassungen innerhalb der

---

<sup>1</sup> Vgl. Kant I: *Kritik der praktischen Vernunft*, AA Bd. V, 44

Gesellschaften, 3. Verlust moralischer Autorität und Unanfechtbarkeit von Ärzten und Forschern allein kraft ihrer Profession<sup>2</sup>.

Würde, Freiheit und somit Autonomie im Sinne von Unverfügbarkeit und Selbstbestimmung des Menschen sind nach Beckmann „nicht von Alter, Fähigkeiten oder Leistungen“<sup>3</sup> abhängig.

Autonomie muss sich auf die *Person* beziehen. Es wird zwischen der inneren oder Grundfreiheit und der äußeren oder Wahlfreiheit unterschieden. Jeder Mensch ist für Kant Selbstzweck und jeder Mensch muss in seiner Person-Würde und damit in seiner Menschenwürde geachtet werden. *Keine äußere Instanz darf dem Einzelnen vorschreiben, was der Einzelne denken soll.* Kant leitet die individuellen Freiheitsrechte aus dieser Idee der Menschenwürde ab. Der Mensch ist nur an sein Gewissen und damit an sittliche Pflichten gebunden.

Für den Berliner Philosophen Volker Gerhardt ist Selbstbestimmung „das Grundprinzip des menschlichen Lebens“ und weiter: „In ihr verwandelt der Mensch den Grundimpuls des Lebendigen überhaupt, nämlich die *Selbstorganisation*, in einen bewussten Umgang mit seinem eigenen Dasein“ und stellt zusammenfassend fest: **„In der Selbstbestimmung kommt die Freiheit des Menschen zu ihrem praktischen Ausdruck“**.<sup>4</sup>

Die Würde des Menschen wird rechtsstaatlich in Artikel 1 Absatz 1 Satz 1 GG (Schutz der Menschenwürde) garantiert und der Gleichheitsgedanke jeder Person durch ihre Würde im Sinne von Fries ist in Artikel 3 Absatz 1 Satz 1 GG (Gleichheit vor dem Gesetz) kodifiziert.

In der Philosophie seit Kant hat Autonomie mit *Selbstbindung* zu tun und hat sich als „die Eigenschaft des Willens, sich selbst ein Gesetz zu sein“<sup>5</sup>, manifestiert. Nach Kants Lehre von der Autonomie des Menschen unterliegt der Mensch als Körper- und Sinnenwesen den Gesetzen der Natur und ist teilweise fremdbestimmt. Dieser *Heteronomie* kann sich der Mensch nicht entziehen, und er kann sie auch nicht unter das Gesetz des eigenen Willens unterordnen.

In Abgrenzung dazu ist der *Mensch als Vernunftwesen* selbstbestimmend, autonom und frei jedweder Fremdbestimmung. Allerdings muss er sich *der eigenen Gesetzgebung unterwerfen* und kann nicht machen, was er möchte. Kant beschreibt das Verhältnis der beiden Begriffe wie folgt: „Freiheit und eigene Gesetzgebung des Willens sind beides Autonomie, mithin Wechselbegriffe“<sup>6</sup>. Der sich dem Prinzip der praktischen Vernunft verpflichtende Mensch ist frei und kann seine Maximen nach seinen vernünftigen Einsichten richten. Der Mensch stellt sich damit unter die allgemeine *Selbstgesetzgebung der Vernunft*. Nach Fries sind alle vernünftigen Wesen „unter der Idee eines Reiches der Zwecke vereinigt, indem ihre Wechsel-

---

<sup>2</sup> Schöne-Seifert B: Medizinethik, in: Nida-Rümelin J (Hg.): *Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung*, 2. Auflage 2005, 693

<sup>3</sup> Beckmann JP: Patientenverfügungen: Autonomie und Selbstbestimmung vor dem Hintergrund eines im Wandel begriffenen Arzt-Patient-Verhältnisses *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 1998, 149

<sup>4</sup> Gerhardt V: Selbstbestimmung in der Biopolitik, *vorgänge* 2006, Heft3, 38

<sup>5</sup> Kant I: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, AA Bd. IV, 440

<sup>6</sup> Kant I: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, AA Bd. IV, 450

wirkung durch das Gesetz der Würde der Person bestimmt werden soll“<sup>7</sup>. Der Akzent liegt für Fries auf der Würde des Menschen als integraler Bestandteil der Person.

Bei lebensbedrohlichen Verletzungen oder einer Erkrankung ist es nach Auffassung der Bundesärztekammer *Aufgabe des Arztes*, „unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen“.<sup>8</sup>

Der Arzt hat jedoch in den seltensten Fällen seines beruflichen Handelns im Versorgungsalltag die zeitlichen Kapazitäten, um generell über Begriffskonzepte wie Würde und Autonomie des Patienten zu sinnieren. Sein Beruf ist insbesondere durch *Handeln und Aktion* geprägt, nicht durch Zuschauen und Kontemplation. Aktives Handeln ist durchgängiges Muster der Arztethik in allen Kulturen und wird als solches auch von Patienten und medizinischen Laien erwartet und nachgefragt. In Tugendkatalogen für Ärzte werden Einsatzbereitschaft, Verantwortungsbereitschaft, bis hin zur Selbstaufopferung, gefordert und durch historische Beispiele vorbildlicher Ärzte dokumentiert. **Ärztliches Handeln aber ist nicht blinder Aktionismus, nicht Handeln um des Handelns willen, sondern gebunden an den Heil- und Hilfsauftrag zum Wohle des Patienten, der sich ihm anvertraut hat oder für den er Verantwortung übernommen hat.**

Ethische Theorien reflektieren daher Entscheidungen von Akteuren im Gesundheitswesen. Im Bereich der *Medizinethik* sind eine Reihe von Ansätzen der Strukturierung und Lösung ethischer Probleme in der Diskussion. Es hat sich keine klassische Theorie der Moralphilosophie durchsetzen können und angesichts des gesellschaftlichen Wertpluralismus wird häufig auf die Notwendigkeit der Vielfalt von Begründungsansätzen hingewiesen.

In Wahrnehmung der unterschiedlichen Begründungsansätze für Medizinethik stellen die beiden amerikanischen Medizinethiker Beauchamp und Childress erstmalig 1979 vier Prinzipien mittlerer Reichweite vor, die als normative Leitgedanken von vielen Menschen geteilt werden, obwohl sich diese auf eine einzige Moraltheorie nicht werden einigen können. **Respekt vor der Autonomie des Patienten gilt unabhängig von der jeweiligen Begründung als zentrales (medizin-)ethisches Prinzip. Die Prinzipien mittlerer Reichweite des Vier-Prinzipien-Ansatzes lauten 1. Respekt vor Selbstbestimmung (autonomy), 2. Nicht-Schaden (non-maleficence, primum nil nocere), 3. Gutes tun (beneficence, bonum facere, Hilfsgebot) und 4. Gerechtigkeit (justice)**<sup>9</sup> nach Beauchamp und Childress.

Diese vier Prinzipien stellen den ersten Versuch einer Beschreibung jener Prinzipien dar, die das breite Spektrum der Entscheidungen in der Biomedizin abdecken können sollen<sup>10</sup>. Respekt vor der Selbstbestimmung, Nichtschadensgebot, Gutes tun und Gerechtigkeit spiegeln die angeblich universalistischen Prinzipien wider. Beauchamp und Childress kombinieren ihre vier Prinzipien mit der „common morality“, einer Moralität, die von allen rational moralisch reflektierenden Menschen

---

<sup>7</sup> Fries JF: Philosophische Rechtslehre, In: König G, Geldsetzer L (Hg.) *Jakob Friedrich Fries. Sämtliche Schriften* Band 9, 1971, 27

<sup>8</sup> Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Deutsches Ärzteblatt* 2004, 1298-1299

<sup>9</sup> Vgl. Beauchamp TL, Childress JF: *Principles of Biomedical Ethics* 2009

<sup>10</sup> Vgl. Beauchamp TL, Childress JF: *Principles of Biomedical Ethics* 1979, xi

geteilt wird, mit der medizinischen Tradition zu einem kohärenten Paket<sup>11</sup>. „Common morality“ bindet jeden zu jeder Zeit und basiert auf einer universalistischen, kulturübergreifenden Basis<sup>12</sup> durch den Rückgriff auf transnationale Menschenrechte<sup>13</sup>. Die Prinzipien sind auf der einen Seite „prima facie“ generell bindend, aber auch situationsbezogen „Gegenstand der Überprüfung“<sup>14</sup>. Die Prinzipien unterliegen einer individuellen Prüfung der sie auf den aktuellen Fall anwendenden Personen und stehen je nach Fall auch zur Disposition. Es findet so eine Verschiebung der Moralität von einem imperativen Moralverständnis von prinzipiellen Vorgaben zu intersubjektiven Setzungen statt. Die normative Bindung der medizinethischen Prinzipien an das Wohl des Patienten (*salus aegroti suprema lex*) und Selbstbestimmungsrecht des Patienten (*voluntas aegroti suprema lex*) ist die Herausforderung ärztlichen Handelns. In der konkreten Entscheidungssituation muss eine gegenstandsbezogene Abwägung der vier Prinzipien vorgenommen werden.

Aufgrund des Selbstbestimmungsrechts ist es mindestens jedem entscheidungsfähigen Erwachsenen erlaubt, selbst über seinen Körper zu entscheiden;<sup>15</sup> d.h. eine medizinische Behandlung zu gestatten oder auch zu verweigern, und sei die Verweigerung aus der Sicht anderer noch so unvernünftig<sup>16</sup> bzw. unmittelbar lebensbedrohlich.<sup>17</sup> Ferner kommt es nicht auf die Frage an, ob die Situation für den Patienten „hoffnungslos“ ist, oder ob er unter „qualvollen Schmerzen“ leidet.<sup>18</sup> **Jede gegen den Willen des Patienten durchgeführte Maßnahme ist eine begründungsbedürftige Fremdbestimmung.**

**Das Selbstbestimmungsrecht garantiert auch *unkonventionelle Wertentscheidungen*.** Nach Ansicht des Bundesgerichtshofs in der Myom Entscheidung<sup>19</sup> besitzen einwilligungsfähige Patienten zu medizinischen Maßnahmen ein Vetorecht, das der Arzt „selbst bei großer Unvernunft respektieren [muss], nachdem er vergeblich versucht hat, Einsicht in das Notwendige zu wecken“.<sup>20</sup> Der BGH führt aus: „Denn ein selbst lebensgefährlich Kranker kann triftige Gründe haben, eine Operation abzulehnen, auch wenn er durch sie und nur durch sie von seinem Leiden befreit werden könnte“.<sup>21</sup>

**Die individuelle Bewertung einer Entscheidung als vernünftig oder unvernünftig geschieht vor dem Hintergrund der *persönlichen Wertvorstellungen*.**

Menschen nehmen häufig Bewertungen von Verhaltensweisen ihrer Mitmenschen vor. Dazu dienen oft moralische Intuitionen als Maßstab für Werturteile. In diesem

---

<sup>11</sup> Vgl. Beauchamp TL, Childress JF: *Principles of Biomedical Ethics* 2001, 23

<sup>12</sup> Vgl. Beauchamp TL, Childress JF: *Principles of Biomedical Ethics* 2001, 397

<sup>13</sup> Vgl. Beauchamp TL, Childress JF: *Principles of Biomedical Ethics* 2001, 407

<sup>14</sup> Übersetzung des Verfassers: „subject to revision“; vgl. Beauchamp TL, Childress JF: *Principles of Biomedical Ethics* 1994, 105

<sup>15</sup> BVerfGE 52, 131, 168, 173 ff.; Deutsch E: *Archiv für die civilistische Praxis* 1992, 161, 166

<sup>16</sup> BGHZ 90, 103, 105 f.; RGSt 25, 375, 378 f.; BGHSt 11, 111, 113 f.; BVerfGE 85, 1, 14 f.: „das Differenzierungsverbot untersagt es dem Staat, die Grundrechtsausübung des Bürgers zu bewerten“

<sup>17</sup> BGHSt 11, 111, 113 f.; 32, 367, 378

<sup>18</sup> Taupitz J (Hrsg.) *Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens – Eine internationale Dokumentation*, 2000, Dokumentation Taupitz, 275

<sup>19</sup> Vgl. BGH 28.11.1957, Az. 4 StR 525/57 = *Neue Juristische Wochenschrift* 1957, 267-368

<sup>20</sup> Laufs A: *Arztrecht* 1993, Rdnr. 148

<sup>21</sup> BGH *Neue Juristische Wochenschrift* 1957, 268

Sinne nimmt der Autor die Unterscheidung von Moral und Ethik vor, bei der *Moral* gelebte Überzeugungen von Subjekten einer Gesellschaft oder Gemeinschaft beschreibt und Güter und Pflichten umfasst, die das Zusammenleben einer Gemeinschaft garantieren. *Moral* ist das handlungswirksam verinnerlichte Grundverständnis davon, wie „wir alle“ die Auswirkungen unseres Handelns – alles Tun und Lassen – auf relevante Andere im Guten wie im Schlechten ernst nehmen sollten.

*Ethik* untersucht die Gesetzmäßigkeiten der Moralentwicklung mit der Aufgabe, moralische Werte und Normen in Übereinstimmung mit den objektiven gesellschaftlichen Erfordernissen zu entwickeln, zu begründen und zu beschreiben. Ethik taucht dort auf, wo überkommene Lebensweisen und Institutionen ihre Geltung verlieren, und gibt als besondere Art der Kommunikation Hinweise auf deren Achtung oder Missachtung. Ethik kann auch als Reflexion über den Phänomenbereich der Moral verstanden werden. Es ist die Aufgabe der Ethik, unseren moralischen Urteilen (z.B.: „Die künstliche Nahrung zu beenden ist moralisch verwerflich, weil es die Menschenwürde missachtet“) auf den Grund zu gehen, d.h. sie auf ihre Stichhaltigkeit, Verallgemeinerbarkeit, Einsichtigkeit und Vereinbarkeit mit unseren übrigen moralischen Urteilen und Urteilsstandards zu untersuchen. Schweizer beschreibt Ethiker als „Menschen, die in einem moralischen Zwiespalt nicht nur den Bauch, sondern obendrein eine umfängliche Theoriepalette konsultieren“<sup>22</sup>.

**Vor diesem Begriffskonzept können Wertungen zu individuellen moralischen Positionen unterschiedlich ausfallen und die Kennzeichnung einer Position als „unvernünftig“ muss in den Kontext der normativen Überzeugung des Wertenden gestellt werden.**

„Selbstbestimmung und Fürsorge durchdringen und bedingen sich [für die Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland] auch im Blick auf das Lebensende gegenseitig“<sup>23</sup>. Der Nationale Ethikrat betont die „Fürsorge für und Solidarität mit Patienten“ und betont das Gebot der Mitmenschlichkeit für andere da zu sein. Diesen Ansprüchen muss eine „humane Gesellschaft“ in ethischer und rechtlicher Hinsicht gerecht werden<sup>24</sup>.

Der Nationale Ethikrat in Deutschland postuliert: „Der Anspruch auf Selbstbestimmung der Person, aber als Kehrseite die Zumutung von Selbstbestimmung prägen das Ethos moderner Lebensführung. Menschen können und müssen selbst entscheiden, wie sie leben wollen. Allerdings bleibt das Individuum auf die Solidarität der Gemeinschaft angewiesen. Niemand kann alleine leben. Dass Selbstbestimmung der Stützung durch Solidarität bedarf, durch die sie in bestimmten Fällen überhaupt erst möglich wird, dürfte auch in der modernen Zivilgesellschaft unstrittig sein“<sup>25</sup>.

Es sind also zweifelsohne in der aktuellen Diskussion *unterschiedliche moralische Wertungen* der Beendigung künstlicher Ernährung anzutreffen und diese „moralische Ungeklärtheiten und Ungereimtheiten“ führen nach Gillen „zu Energieverlusten bis

---

<sup>22</sup> Schweizer G: Moralische Taschenrechner *Die Zeit* Nr. 47, 2000

<sup>23</sup> Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland: *Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht*, 2005, 6

<sup>24</sup> Nationaler Ethikrat: *Stellungnahme Patientenverfügung. Ein Instrument der Selbstbestimmung*, 2005, 10

<sup>25</sup> Nationaler Ethikrat: *Stellungnahme Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende*, 2006, 8

hin zur Handlungssohnmacht im therapeutischen Team und mit dem Patienten“<sup>26</sup>, wenn sie nicht bewusst thematisiert werden.

## 2 Definition und Voraussetzungen von Patientenverfügungen

Nach der Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer und des Vorstands der Bundesärztekammer ist eine Patientenverfügung „eine individuelle, schriftliche oder mündliche, formfreie Willenserklärung eines entscheidungsfähigen Menschen zur zukünftigen Behandlung im Fall der eigenen Einwilligungsunfähigkeit. Sie sollte Angaben zu Art und Umfang der medizinischen Behandlung in bestimmten Situationen enthalten. Adressat der Verfügung ist nicht nur der behandelnde Arzt, sondern jeder (z. B. Pflegepersonal), der an der Behandlung und Betreuung teilnimmt.“<sup>27</sup>

Für die Arbeitsgruppe um den Abgeordneten Stünker sind Patientenverfügungen schriftliche Festlegungen eines einwilligungsfähigen Volljährigen für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung) (§ 1901 a Abs. 1 Satz 1 BGB-E Stünker)<sup>28</sup>.

Im Bosbach-Entwurf sind Patientenverfügung Wünsche zur Behandlung und Entscheidungen über die Einwilligung oder Nichteinwilligung in bestimmte oder bestimmbare medizinische Maßnahmen, die eine einwilligungsfähige Person in schriftlicher Form für den Fall ihrer Einwilligungsunfähigkeit geäußert hat (Patientenverfügung) (§ 1901 b Absatz 1 Satz 1 BGB-E Bosbach)<sup>29</sup>.

Für die Gruppe um den Abgeordneten Zöllner sind Patientenverfügungen Erklärungen zur Behandlung und Entscheidungen über die Einwilligung oder Nichteinwilligung in bestimmte oder bestimmbare medizinische Maßnahmen, die eine einwilligungsfähige, natürliche Person geäußert hat (Patientenverfügung) (§ 1901 b Absatz 1 Satz 1 BGB-E Zöllner). Dabei soll eine Patientenverfügung in schriftlicher Form abgefaßt sein (§ 1901 c BGB-E Zöllner)<sup>30</sup>.

---

<sup>26</sup> Gillen E: *Wie Ethik Moral voranbringt!*, 2006, 174

<sup>27</sup> Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, Bundesärztekammer: Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis, *Deutsches Ärzteblatt* 2007, A 891-896

<sup>28</sup> Gesetzentwurf der Abgeordneten Stünker, Kauch, Jochimsen, Montag und weiterer Abgeordneter: Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts, Bundestagsdrucksache 16/8442

<sup>29</sup> Gesetzentwurf der Abgeordneten Bosbach, Röspel, Göring-Eckhardt, Terpe, Winkler, Fricke und weiterer Abgeordneter: Entwurf eines Gesetzes zur Verankerung der Patientenverfügung im Betreuungsrecht (Patientenverfügungsgesetz – PatVerfG), Bundestagsdrucksache 16/11360

<sup>30</sup> Gesetzentwurf der Abgeordneten Zöllner, Faust, Däubler-Gmelin, Knoche, Aydin, Bauer und weiterer Abgeordneter: Entwurf eines Gesetzes zur Klarstellung der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen (Patientenverfügungsverbindlichkeitsgesetz – PVVG), Bundestagsdrucksache 16/11493

Die zur Entscheidung über Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsversorgung erforderliche kognitive Kompetenz ist die *Einwilligungsfähigkeit*. Diese kann bereits bei Minderjährigen vorliegen und ist im Einzelfall ebenso wie bei Volljährigen zu prüfen.

Die Voraussetzung zum Abfassen einer Patientenverfügung an das Kriterium der Volljährigkeit zu koppeln ist nicht zwingend und vermutlich der Ansiedelung einer gesetzlichen Regelung im Bereich des Betreuungsrechts für Erwachsene geschuldet. Ein Eintrittsalter zur Abfassung einer Patientenverfügung mit Vorliegen der Volljährigkeit festzulegen hat die Folge, dass Minderjährigen das Rechtsinstrument der Patientenverfügung nicht zur Verfügung steht.

***Durch die Fokussierung des Bosbach-Entwurfs, des Stünker-Entwurfs und des Zöller-Entwurfs auf eine Regelung von Patientenverfügungen im Betreuungsrecht für Erwachsene sollten Äußerungsmöglichkeiten von einwilligungsfähigen Minderjährigen zu Behandlungswünschen nicht aus dem Blick geraten.***

Die *Schriftform* zur Darstellung von Patientenwünschen als Patientenverfügung ist im Stünker-Entwurf und dem Bosbach-Entwurf als Wirksamkeitsvoraussetzung gefordert und beim Zöller-Entwurf als Empfehlung genannt. Der Stünker-Entwurf weist auf mögliche Wertungswidersprüche hin, die durch formfreie aktuelle Einwilligungen oder Verweigerungen von Behandlungsoptionen durch einen einwilligungsfähigen Patienten entstehen können<sup>31</sup>. Ohne die Verwendung der Schriftform geäußerte Patientenwünsche sind bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens durch den Betreuer im Stünker-Entwurf an exponierter erster Stelle genannt.

Der Bosbach-Entwurf ordnet die unmittelbar vor Beginn einer Operation erteilte Einwilligung oder Nichteinwilligung in bestimmte Behandlungsmethoden der Entscheidung des Patienten vor der Operation zu und nimmt so diese Situation aus der Anwendungsnotwendigkeit der Kriterien für eine Patientenverfügung heraus<sup>32</sup>. Diese Sichtweise unterstellt eine Situation der klar zuzuordnenden Willensäußerungen zu einem Eingriff oder einer Entscheidungssituation. In der Praxis wird dies aber den komplexen Behandlungssituationen nicht gerecht, die der Bosbach-Entwurf als klare Entscheidungs-, Wirkungs- und Anwendungsrelation unterstellt.

***Es bleibt im Bosbach-Entwurf offen, wann die einem Eingriff klar zuzuordnende Willensäußerung nicht mehr als Handlungsgrundlage ausreicht und die Entscheidung eines legitimierten Stellvertreters (Bevollmächtigter / Betreuer) erforderlich ist, für den dann die Patientenverfügung maßgeblich ist. Die zeitlichen und inhaltlichen Kriterien, wann eine der Situation klar zuzuordnende Willensäußerung nicht mehr vorliegt, werden nicht genannt. Somit ist durch die fehlende Abgrenzung keine Handlungssicherheit geschaffen.***

---

<sup>31</sup> Gesetzentwurf der Abgeordneten Stünker, Kauch, Jochimsen, Montag und weiterer Abgeordneter: Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts, Bundestagsdrucksache 16/8442, 13

<sup>32</sup> Gesetzentwurf der Abgeordneten Bosbach, Röspel, Göring-Eckhardt, Terpe, Winkler, Fricke und weiterer Abgeordneter: Entwurf eines Gesetzes zur Verankerung der Patientenverfügung im Betreuungsrecht (Patientenverfügungsgesetz – PatVerfG), Bundestagsdrucksache 16/11360, 13

**Anders als der Bosbach-Entwurf schlagen der Zöller-Entwurf und der Stünker-Entwurf keine überzogenen Anforderungen vor.**

**Die Beachtung des Willens ist bei diesen beiden Entwürfen nicht von einer bestimmten Form abhängig. Im Stünker-Entwurf ist der in einer Patientenverfügung geäußerte Wille unter bestimmten Voraussetzungen wie bei einer aktuellen Entscheidung bindend, dafür wird allerdings die Schriftform vorgeschrieben.**

### 3 Reichweite

Einen wesentlichen Unterschied zwischen den vorliegenden Entwürfen machen die Regelungen zur Reichweite einer Patientenverfügung aus. Nach der Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer und des Vorstands der Bundesärztekammer sind Patientenverfügungen „auch außerhalb der eigentlichen Sterbephase zu beachten“<sup>33</sup>. Als Situationen, für die eine Patientenverfügung gelten kann, nennt die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer und der Vorstand der Bundesärztekammer folgende Situationen:

- „Sterbephase,
- nicht aufhaltbare schwere Leiden,
- dauernder Verlust der Kommunikationsfähigkeit (z. B. Demenz, apallisches Syndrom, Schädelhirntrauma),
- akute Lebensgefahr,
- irreversible Bewusstlosigkeit“.<sup>34</sup>

Für den Nationalen Ethikrat ist die Begrenzung des Rechts auf Selbstbestimmung auf bestimmte Erkrankungen oder bestimmte Krankheitsstadien nicht möglich<sup>35</sup>. Dennoch ist für Mieth die Passivität des Sterbenlassens bei Abbrechen einer verordneten lebenserhaltenden Maßnahme ohne Vorliegen eines absehbaren, irreversiblen Sterbeprozesses „schwer nachvollziehbar“<sup>36</sup>. Er sieht dadurch die Gefahr, dass Lebenserhaltung „nur noch bedingt Ziel ärztlichen Handelns“<sup>37</sup> ist. Die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ der 15. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages empfiehlt in ihrem Zwischenbericht zu Patientenverfügungen „die Gültigkeit von Patientenverfügungen, die einen Behandlungsabbruch oder -verzicht vorsehen, der zum Tode führen würde, auf Fallkonstellationen zu beschränken, in denen das Grundleiden irreversibel ist und trotz

---

<sup>33</sup> Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, Bundesärztekammer: Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis, *Deutsches Ärzteblatt* 2007, A 893

<sup>34</sup> Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, Bundesärztekammer: Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis, *Deutsches Ärzteblatt* 2007, A 894

<sup>35</sup> Nationaler Ethikrat: *Stellungnahme Patientenverfügung. Ein Instrument der Selbstbestimmung*, 2005, 18

<sup>36</sup> Mieth D: Patientenverfügung ohne Reichweitenbegrenzung: eine Überforderung der Selbstbestimmung, *ICEP argumente*, 2005, 2

<sup>37</sup> Mieth D: Patientenverfügung ohne Reichweitenbegrenzung: eine Überforderung der Selbstbestimmung, *ICEP argumente*, 2005, 2

medizinischer Behandlung nach ärztlicher Erkenntnis zum Tode führen wird.“<sup>38</sup> Weiter sollen Maßnahmen der Basisversorgung nicht auszuschließen sein<sup>39</sup>.

Grundlegend für die Beschränkung der Reichweite von Patientenverfügungen ist für die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ der 15. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages die konstatierte objektivrechtliche *Verpflichtung des Staates zum Lebensschutz*, „die ihm die Pflicht auferlegt, die Entstehung eines Klimas zu vermeiden, in dem Druck auf ältere und/oder schwerkranke Menschen ausgeübt werden kann, ihr Leben mittels einer Patientenverfügung willentlich beenden zu lassen, und ihn [den Staat] dazu anhält, Missbrauchsrisiken in der Anwendung von Patientenverfügungen so weit wie möglich zu minimieren“<sup>40</sup>.

**Eine drohende *Mißbrauchsgefahr* der Abfassung einer Patientenverfügung durch äußeren Druck damit verhindern zu wollen, dass der Gestaltungsspielraum begrenzt wird, ist verfehlt und nicht zu rechtfertigen. Die Forderung nach selbstbestimmungsermöglichender Fürsorge wird bereits durch qualifizierte Beratungsangebote und interdisziplinäre Beratungsstellen erfüllt.**

***Der Zöller-Entwurf hebt unterstützenswert hervor, „dass ein Klima vermieden wird, in dem die Gesellschaft auf schwerstkranke und sterbende Menschen Druck dahingehend ausübt, die Behandlung am Lebensende mithilfe einer Patientenverfügung zu beenden.“***<sup>41</sup>

***Der Bosbach-Entwurf fordert ergänzend die Bekämpfung des Aufkommens „einer Erwartungshaltung gegenüber gebrechlichen oder schwerkranken Menschen, durch Behandlungsverzicht der Gesellschaft ab einem bestimmten Punkt nicht weiter zur Last zu fallen.“***<sup>42</sup>

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass eine patientenorientierte Behandlung nur durch Abfrage der Patientenwünsche möglich ist und die Frage nach der Existenz einer Patientenverfügung routinemäßig zu Beginn einer Behandlung gestellt werden muss. In dieser Situation kann dann spätestens mit dem einwilligungsfähigen Patienten die Patientenverfügung besprochen werden.

Der Abschlussbericht vom 10.06.2004 der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ des Bundesministeriums der Justiz bekräftigt das Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper als zum Kernbereich der durch das Grundgesetz geschützten Würde und Freiheit des Menschen gehörend<sup>43</sup>. Das auch am

---

<sup>38</sup> Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Bundestages (2004): *Zwischenbericht Patientenverfügungen*, Bundestagsdrucksache 15/3700, 39

<sup>39</sup> Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Bundestages (2004): *Zwischenbericht Patientenverfügungen*, Bundestagsdrucksache 15/3700, 39

<sup>40</sup> Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Bundestages (2004): *Zwischenbericht Patientenverfügungen*, Bundestagsdrucksache 15/3700, 39

<sup>41</sup> Gesetzentwurf der Abgeordneten Zöller, Faust, Däubler-Gmelin, Knoche, Aydin, Bauer und weiterer Abgeordneter: Entwurf eines Gesetzes zur Klarstellung der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen (Patientenverfügungsverbindlichkeitsgesetz – PVVG), Bundestagsdrucksache 16/11493

<sup>42</sup> Gesetzentwurf der Abgeordneten Bosbach, Röspel, Göring-Eckhardt, Terpe, Winkler, Fricke und weiterer Abgeordneter: Entwurf eines Gesetzes zur Verankerung der Patientenverfügung im Betreuungsrecht (Patientenverfügungsgesetz – PatVerfG), Bundestagsdrucksache 16/11360, 8

<sup>43</sup> Bundesministerium der Justiz (2004), Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“: *Bericht „Patientenautonomie am Lebensende: ethische, rechtliche und medizinische*

Ende des Lebens geltende Selbstbestimmungsrecht schützt Menschen vor Fremdbestimmung. Menschen leben als interaktive Wesen auf diesem Planeten. Die Selbstbestimmung des Einzelnen endet an der Selbstbestimmung des Anderen. Soziale Wesen leben in einer „sozialen Einbettung“<sup>44</sup>.

Die Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland spricht sich für eine „offene, ehrliche und angemessene Kommunikation“ aus zwischen Angehörigen und Freunden des Sterbenden sowie den behandelnden Ärzte, Seelsorger und Pflegenden. Dieses Gesprächsangebot soll nach christlicher Ansicht den Anspruch des Kranken auf Solidarität und Hilfe der Gemeinschaft verdeutlichen. Der Nationale Ethikrat unterstreicht dies in seiner Stellungnahme zu Patientenverfügungen, wenn er feststellt, dass sich Selbstbestimmung in sozialen Kontexten entfaltet<sup>45</sup>. **Dennoch besitzen Menschen das Recht zur Abwehr einer ihnen angebotenen Therapie. Das Abwehrrecht kommt tagtäglich durch das medizinrechtlich und medizinethisch geforderte Prinzip der Einwilligung nach Aufklärung zum Ausdruck.**

Jedem Menschen kommt in jeder Lebensphase das Entscheidungsrecht zu, eine medizinische Behandlung zu gestatten oder zu verweigern. „Jede gegen den Willen des Patienten durchgeführte Maßnahme (sei es eine Operation oder auch nur das Legen einer Magensonde) stellt nach geltendem Recht eine Körperverletzung dar.“<sup>46</sup>

Eine möglicherweise lebensbedrohliche Entscheidung gegen ein Behandlungsangebot mag „unvernünftig“ erscheinen. Für den Nationalen Ethikrat ist das „Selbstbestimmungsrecht des Menschen über seinen Körper, das es ihm erlaubt, einem Krankheitsgeschehen bis zum Tod seinen Lauf zu lassen [...] höher zu bewerten als die Schutzpflicht anderer für sein Leben“<sup>47</sup>.

Nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung soll ein Arzt „Kranken, die eine notwendige Behandlung ablehnen, helfen, die Entscheidung zu überdenken“<sup>48</sup>. **Diese Hinwendung des Arztes zum Kranken ist Ausdruck der ärztliche Fürsorge, welche nicht zur moralischen Nötigung werden darf.** Der ehemalige Vorsitzende Richter am Bundesgerichtshof Kutzer fasst dies so: „Ohne ärztliches Engagement und ohne Zuwendung an den erkrankten, auf Hilfe angewiesenen Patienten würde der Selbstbestimmung im Arzt-Patienten-Verhältnis die ethische Grundlage fehlen. Der Arzt und das Behandlungsteam sind nicht bloße Vollstrecker des Willens des Patienten, sondern selbst mit dafür verantwortlich, dass der Patient seine Entscheidungen ohne äußeren Druck und ohne Irrtum trifft, hierbei sein recht verstandenes Wohl nicht außer Acht lässt und die ge-

---

*Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen*, 6, online unter: <http://www.bmj.bund.de/media/archive/695.pdf>

<sup>44</sup> Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland: *Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht*, 2005, 13

<sup>45</sup> Nationaler Ethikrat: *Stellungnahme Patientenverfügung. Ein Instrument der Selbstbestimmung*, 2005, 9

<sup>46</sup> Nationaler Ethikrat: *Stellungnahme Patientenverfügung. Ein Instrument der Selbstbestimmung*, 2005, 9

<sup>47</sup> Nationaler Ethikrat: *Stellungnahme Patientenverfügung. Ein Instrument der Selbstbestimmung*, 2005, 10

<sup>48</sup> Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Deutsches Ärzteblatt* 2004, 1298-1299

wählte Behandlung oder Nichtbehandlung in einer seinen Interessen gerecht werdenden Weise ausgeführt wird.“<sup>49</sup>

Die Reichweitenbegrenzung von Patientenverfügungen ist für Borasio „medizinisch unsinnig und realitätsfern“ und Ausdruck eines neuen ethischen Paternalismus<sup>50</sup> durch „Zwangsbehandlungen“, wohingegen sie von anderen Diskussionsteilnehmern als ethisch geboten und im Interesse des Lebensschutzes als zwingend angesehen wird. Diese „heteronome Entscheidung Dritter“<sup>51</sup> liefe bei einem durch eine Patientenverfügung mitgeteilten Patientenwillen auf eine Zwangsbehandlung hinaus. Würde die Verbindlichkeit einer Patientenverfügung beschränkt, so würde für den Nationalen Ethikrat an die Stelle der Selbstbestimmung Fremdbestimmung gesetzt und „eine Pflicht zum Weiterleben statuiert“<sup>52</sup>.

**Die Möglichkeit der Hilfeleistung darf nicht Maßstab der Entscheidung sein. Für Therapeuten stellt die Verweigerung des Behandlungsvorschlages manchmal eine Kränkung dar, da der Therapeut nach seinen Maßstäben die optimale Versorgung für den Patienten erreichen möchte.** Aber der nicht vorgenommene Perspektivwechsel zwischen der eigenen Ansicht über die „sinnhafte“ und „aussichtsreiche“ Behandlung muss sich nicht zwingend mit jener des Betroffenen decken. Für den Nationalen Ethikrat würden Wertvorstellungen des Betroffenen verletzt, die „seine Auffassungen von einem sinnvollen Leben“ verletzen und zu einer „Verletzung seiner Identität“ führten, da man den „Betroffenen zu einer Existenz [zwingt], die seinen persönlichen Vorstellungen vom Gelingen seines Lebens und seines Sterbens zuwiderläuft“<sup>53</sup>.

**Medizinische Therapieoptionen stellen stets ein Angebot an den Patienten dar, zu dem er sich verhalten muss. Der Arzt trägt die Verantwortung für die Indikationsstellung, der Patient kann das Therapieangebot annehmen, muss es aber nicht. Der Staat hat die Verpflichtung sich schützend und fördernd für das Leben einzusetzen.** Für Gerhardt hat die Gesellschaft die Pflicht zur Sicherung der Selbstbestimmung des Einzelnen auch bei „langfristigen Dispositionen“<sup>54</sup>.

Der Verzicht auf eine medizinisch sinnvolle Behandlung ist für einwilligungsfähige Patienten zur Wahrung ihrer Entscheidungsfreiheit und Patientenselbstbestimmung garantiert. Dabei wird bei einwilligungsfähigen Patienten eine Bewertung ihrer Motive nicht vorgenommen. Zu unterscheiden sind formulierte *Anspruchsrechte* gegen Mediziner, die ihre Grenze aber in der medizinischen Indikation finden. Selbst eine individuell an den Wertvorstellungen des Patienten ausgerichtete Bestimmung des

---

<sup>49</sup> Kutzer K: Der Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ des Bundesjustizministeriums vom 10. Juni 2004, In: May A, Charbonnier R (Hg.) *Sterbehilfe zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge*, 2005, 62

<sup>50</sup> Borasio GD, Selbstbestimmung im Dialog. Die Beratung über Patientenverfügungen als Ausdruck ärztlicher Fürsorge, In: Meier C, Borasio GD, Kutzer K (Hg.): *Patientenverfügung: Ausdruck der Selbstbestimmung – Auftrag zu Fürsorge*, 2005, 150

<sup>51</sup> Nationaler Ethikrat: *Stellungnahme Patientenverfügung. Ein Instrument der Selbstbestimmung*, 2005, 21

<sup>52</sup> Nationaler Ethikrat: *Stellungnahme Patientenverfügung. Ein Instrument der Selbstbestimmung*, 2005, 19

<sup>53</sup> Nationaler Ethikrat: *Stellungnahme Patientenverfügung. Ein Instrument der Selbstbestimmung*, 2005, 18

<sup>54</sup> Volker Gerhardt, in: Nationaler Ethikrat (2004) Veranstaltung am 24.11.2004 in Münster zu „Selbstbestimmung am Lebensende“, online unter: [http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/pdf/Wortprotokoll\\_Muenster\\_2004-11-24.pdf](http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/pdf/Wortprotokoll_Muenster_2004-11-24.pdf)

Wohls wird in der Formulierung eines Therapiezieles durch einen Anspruch an Ärzte ihre Grenze finden, wenn diese Behandlungswünsche nicht einer klassischen Beschreibung eines Behandlungszieles entsprechen. Beispielsweise wird gelegentlich der Wunsch nach einer Amputation geäußert, um seinen Körper einem idealisierten und gewünschten Körperschema anzupassen. Diese Behandlungswünsche finden sich unter der Beschreibung Body Integrity Identity Disorder (BIID). Eine Unterlassung des Patientenwunsches nach einer Operation ließe sich mit Blick auf das fehlende Therapieziel und Verweis auf andere nichtinvasive Behandlungsmöglichkeiten begründen. Selbst wenn ein Operateur zu dieser nicht medizinisch indizierten Wunschbehandlung bereit wäre, was mit Blick auf Schönheitsoperationen ohne Therapieziel durchaus möglich wäre, so sind die Anforderungen an die Überprüfung des Patientenwillens umso höher. Die Wunscherfüllung durch eine Handlung als Anspruch an eine andere Person ist von der Bereitschaft des Anderen zur Erbringung der gewünschten Maßnahme abhängig.

**Das individuelle Gewissen kann Ärzte an der Erbringung einer Leistung hindern, zu der sie nicht bereit sind.** Dieser Umstand ist bei der Frage des Schwangerschaftsabbruchs weitreichend akzeptiert und aus dieser eigenen Entscheidungsfreiheit wird die Weigerung der Beteiligung am Schwangerschaftsabbruch hergeleitet. In der rechtlichen Bewertung ist ein Handlungsrahmen gegeben, der aber aus individuellen moralischen Gründen des Arztes nicht ausgeschöpft wird.

**Die Gewissensfreiheit des Pflegepersonals kann nicht hinreichend sein, dass ein Patient gegen seinen erklärten Willen behandelt wird.** Dies bestätigte der Bundesgerichtshof in seinem Beschluss vom 08.06.2005 (XII ZR 177/03): „Verlangt der Betreuer in Übereinstimmung mit dem behandelnden Arzt, dass die künstliche Ernährung des betreuten einwilligungsunfähigen Patienten eingestellt wird, so kann das Pflegeheim diesem Verlangen jedenfalls nicht den Heimvertrag entgegensetzen. Auch die Gewissensfreiheit des Pflegepersonals rechtfertigt für sich genommen die Fortsetzung der künstlichen Ernährung in einem solchen Fall nicht (im Anschluss an BGHZ 154, 205)“.

Wie sieht es nun mit Abwehrrechten gegen eine medizinische Therapieempfehlung aus? Weitreichend akzeptiert scheint ein derartiges Abwehrrecht bei einwilligungsfähigen Patienten, die im Fall der Zeugen Jehovas einer lebensrettenden Bluttransfusion nicht zustimmen. **Eine graduelle Abstufung als Kriterium für die Akzeptanz des Abwehrrechts gegen eine empfohlene Therapieoption vorzunehmen ist problematisch und Ausdruck von individuellen Wertvorstellungen oder denen einer Gruppe mit übereinstimmenden Wertvorstellungen.** Die Gruppe (community) ist der zentrale Begriff des an einer Gemeinschaft mit einer einheitlichen Wertbasis ausgerichteten Kommunitarismus. Die Gruppe oder Ethikgemeinschaft bestimmt intersubjektiv die Sittlichkeit einer moralischen Handlung. Eine vergleichsweise nebenwirkungsarme oder sogar nebenwirkungsfreie Maßnahme durchführen zu wollen erfordert auch in einer solchen Situation die Einwilligung des Patienten, der seine individuell nachvollziehbaren guten Gründe zur Verweigerung haben kann. **Aber auch wenn die Verweigerungsgründe nicht nachvollzogen werden können, so müssen sie als Zeichen eines zugengebenermaßen unkonventionellen Lebensentwurfes geachtet werden. Die Akzeptanz eines Abwehrrechts ist Ausdruck des Respekts eines individuellen Entwurfes gelingenden Lebens.** Psychologisch scheint in der Entscheidungssituation der Nichtbeginn einer

Maßnahme konsensfähiger zu sein als die Beendigung einer in Unkenntnis des Patientenwillens bereits begonnenen Maßnahme.

Die ethische Bewertung der Beendigung einer Behandlung als direkte Todesursache läßt Mieth an der Richtigkeit der Bewertung einer Behandlungsbeendigung als passive Sterbehilfe zweifeln. Mieth sieht weiter in der Akzeptanz der Beendigung einer Behandlung einen Angriff auf das Paradigma der lebenserhaltenden (und zugleich leidensvermindernden) Medizin zugunsten eines Paradigmas des Vollzuges vorausverfügten oder mutmaßlichen Wollens<sup>55</sup>.

Der Nationale Ethikrat nimmt zum Themenkomplex des Unterschieds von Tun und Unterlassen in seiner Stellungnahme „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ Stellung: „Von Sterbenlassen statt von „passiver Sterbehilfe“ wird in dieser Stellungnahme gesprochen, wenn eine lebensverlängernde medizinische Behandlung unterlassen wird und dadurch der durch den Verlauf der Krankheit bedingte Tod früher eintritt, als dies mit der Behandlung aller Voraussicht nach der Fall wäre. Das Unterlassen kann darin bestehen, dass eine lebensverlängernde Maßnahme erst gar nicht eingeleitet wird; es kann auch darin bestehen, dass eine bereits begonnene Maßnahme nicht fortgeführt oder durch aktives Eingreifen beendet wird. In manchen Fällen kann es sinnvoll sein, dies durch eine unterschiedlich tiefe palliative Sedierung zu begleiten.“<sup>56</sup>

Der Verzicht auf die Fortsetzung einer Handlung, der in einem aktiven Abbruch besteht, ist dem Respekt vor dem Patientenwillen geschuldet, der einen solchen Abbruch fordert. Misslich ist die Tatsache, dass eine solche Maßnahme gegen den Patientenwillen überhaupt begonnen wurde. Aber auch in Situationen, in denen für eine bestimmte Zeit zur Beobachtung der Folgen eine Maßnahme akzeptiert wurde können Kriterien für die Beendigung der zeitweise gewünschten Behandlungsoption genannt sein. **Mit dem damit formulierten Entzug der Erlaubnis zur weiteren Behandlung wird der behandelnde Arzt nicht zum Erfüllungsgehilfen der Patientenwünsche, sondern muss sich nach der Berechtigung der Weiterführung der Behandlung fragen, damit diese nicht zur Zwangsbehandlung des Patienten gegen seinen Willen wird.** Diesen Wechsel des Therapieregimes vorzunehmen kann im Einzelfall einen aktiven Eingriff bedeuten. Ursächlich für den Tod kann der Abbruch der Maßnahme nicht sein, da der Tod vom Arzt nicht intendiert ist. In der Situation der initialen Entscheidungsfindung kann aus vielfältigen Gründen (Unkenntnis der Patientenverfügung, zeitkritische Notfallbehandlung) die ungewollte Behandlung begonnen worden sein. Jetzt den Patienten zum Erdulden der ungewollten Behandlung zu zwingen würde das Problem der Behandler mit dem Abbruch der Behandlung lösen. Der Preis für diese Lösung würde in der Mißachtung des Patientenwillens bestehen. **Die persönlichen Gewissenkonflikte der Behandler dürfen dem Patienten aber nicht „angelastet“ werden.** Fraglich ist auch die Grundlage für moralische Skrupel beim Abbruch der Behandlung, da sowohl die Fortführung als auch die Beendigung legitimationsbedürftig sind. Selbst wenn dann

---

<sup>55</sup> Mieth D: Sterben lassen oder Verfügen über das beschränkte Leben? Zur Diskussion über die Patientenverfügungen, in: May A, Charbonnier R (Hg.) *Patientenverfügungen. Unterschiedliche Regelungsmöglichkeiten zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge*, 2005, 97

<sup>56</sup> Nationaler Ethikrat: *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende (Stellungnahme)*, Berlin 2006, 54

im Fall einer maschinellen Beatmung nicht die Entscheidung zum „Abschalten“ der Maschine getroffen würde, sondern diese Maschine nur für eine bestimmte Zeitdauer eingestellt würde, nach welcher sich die Maschine abschaltet, so wäre auch die Entscheidung zur Indienststellung der Maschine begründungsbedürftig. Im Moment des Aussetzens der Funktion der Maschine muss keine aktive Maßnahme wie beim „Abschalten“ getan werden aber es bleibt eine bewusste Entscheidung, nun keine weitere künstliche Beatmung erneut zu beginnen. ‚Nicht-Handeln‘, ‚Nicht-Entscheiden‘ oder Unterlassen stellt die Wahl einer Handlungsalternative dar und ist als geistiger Akt zu bewerten, für den der Entscheider Verantwortung trägt.

***Der Bosbach-Entwurf konstatiert eine Schutzpflicht des Staates bei einer „Lebensbeendigung bei Lebenden“ ohne Vorliegen einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit.***

Das Selbstbestimmungsrecht kann nach dem Bosbach-Entwurf wieder stärker in den Vordergrund treten, wenn es um das Sterbenlassen von Sterbenden geht<sup>57</sup>. Das Risiko einer Entscheidung, einem Therapieversuch nicht zu folgen, ist im Vorfeld der Sterbephase möglicherweise höher. Wenn aber in der Finalphase kurative Behandlungsmaßnahmen nicht mehr indiziert sind und die Behandlung von ihrer Zielsetzung auf Palliation und damit auf Schmerzlinderung und die Erhaltung der Lebensqualität ausgerichtet ist, dann beschreibt eine Patientenverfügung mit der Ablehnung von kurativen Behandlungsoptionen etwas Selbstverständliches und wäre lediglich als Bestätigung zu werten. Patientenverfügungen in der Finalphase würden demnach einzelne palliative Maßnahmen thematisieren.

***Die im Bosbach-Entwurf gewählte Differenzierung von Lebenden und Sterbenden legt nahe, dass eine Sorge um Sterbende weniger bedeutsam ist als die Sorge um Lebende.***

***Wenn der Bosbach-Entwurf eine unheilbar, tödlich verlaufende Krankheit an die Bedingung von schwersten, zerebralen Schädigungen und anhaltende Bewusstlosigkeit koppelt, so nimmt er damit eine Bewertung von menschlichen Lebensformen vor. Auch bei schwersten, zerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit sind die Voraussetzungen zur Feststellung des Hirntodes nicht gegeben und eine Restaktivität des Gehirns liegt vor. Die medizinischen Verbesserungsmöglichkeiten bei diesen Krankheitsbildern sind sicher eingeschränkt aber der Entwurf legt eine ungleiche Beurteilung von Krankheitsstadien nahe: Einmal Krankheitsbilder, bei denen ein vergleichsweise höheres Risiko durch die Ablehnung von Behandlungsoptionen besteht und daher erhöhte Wirksamkeitskriterien erforderlich sind und dann Krankheitsstadien, in denen der Prozess der Willens- und Meinungsbildung nicht stark ausdifferenziert sein muss, da die menschliche Existenz im Zustand der schwersten, zerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit weniger Schutz genießt und daher auch einfache Patientenverfügungen Akzeptanz finden können.***

---

<sup>57</sup> Gesetzentwurf der Abgeordneten Bosbach, Röspel, Göring-Eckhardt, Terpe, Winkler, Fricke und weiterer Abgeordneter: Entwurf eines Gesetzes zur Verankerung der Patientenverfügung im Betreuungsrecht (Patientenverfügungsgesetz – PatVerfG), Bundestagsdrucksache 16/11360, 15

Der Deutschen Bischofskonferenz und dem Rat der EKD fehlt nach Feststellung des Hirntodes die „unersetzbare und nicht wieder zu erlangende körperliche Grundlage für sein geistiges Dasein in dieser Welt“. In der gleichen Stellungnahme findet sich: „Ein hirntoter Mensch kann nie mehr eine Beobachtung oder Wahrnehmung machen, verarbeiten und beantworten, nie mehr einen Gedanken fassen, verfolgen und äußern, nie mehr eine Gefühlsregung empfinden und zeigen, nie mehr irgendetwas entscheiden.“<sup>58</sup>

***Trotz irreversibler Bewusstlosigkeit besteht bei Patienten im Zustand der schwersten, zerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit eine Restaktivität des Gehirns. Die geringeren Anforderungen an die Erstellung einer Patientenverfügung nach dem Bosbach-Entwurf stellen eine Bewertung dieser Lebensphase dar und können als Geringschätzung aufgefasst werden. Diese Ungleichbehandlung kann als Entsolidarisierung mit Patienten im Zustand der schwersten, zerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit interpretiert werden.***

***Eine Bewertung der im Bosbach-Entwurf vorgenommenen zwei Lebensstadien darf nicht dazu führen, dass zwei unterschiedliche Situationen gegeneinander aufgewogen und zu Lasten der Sterbenden verglichen werden.***

***Der Bosbach-Entwurf verringert die Gefahr einer Ablehnung einer lebensrettenden oder lebenserhaltenden Behandlungsoption in jener der Sterbephase vorgelagerten Phase um den Preis gesteigerter Anforderungen an die Erstellung einer Patientenverfügung.***

Im Bosbach-Entwurf wird an mehreren Stellen auf die Zulässigkeit passiver Sterbehilfe (Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen) an die Bedingung des Vorliegens eines Grundleidens mit irreversiblen tödlichem Verlauf geknüpft. Wenn dies im Umkehrschluss bedeutet, dass Maßnahmen vor Feststellung eines Grundleidens mit irreversiblen tödlichem Verlauf in Übereinstimmung mit dem Patientenwillen nicht unterlassen oder eingestellt werden dürfen, so steht dies im Widerspruch zur Interpretation der derzeitigen Rechtslage durch andere Gruppen. ***Sollten denn derzeit einwilligungsunfähige Menschen vor Beginn der Sterbephase den Bestimmungen der behandelnden Ärzte hilflos und entrechtet ausgeliefert sein? Dies wäre dann ein Zustand der Fremdbestimmung, den viele Menschen als Motivation zur Erstellung einer Patientenverfügung nennen.***

In einer medizinethischen Bewertung würde die Einengung des Entscheidungsspielraumes zu Ungereimtheiten führen. Als einwilligungsfähiger Mensch wird eine Entscheidung mit möglicherweise weitreichenden Folgen akzeptiert auch ohne dass der geforderte Beratungsaufwand vom Patienten absolviert wird.

***Die Kriterien für eine unheilbare, tödlich verlaufende Krankheit im Bosbach-Entwurf bleiben unklar und werden Anlass für Spekulationen geben. Der Patient kann in einen Zustand der Einwilligungsunfähigkeit geraten durch Komplikationen oder durch weitere Krankheitsbilder. Die inhaltliche Ausfüllung***

---

<sup>58</sup> Deutsche Bischofskonferenz und Rat der EKD: *Erklärung zu Organtransplantationen*, 1990

**des Begriffs „unheilbare, tödlich verlaufende Krankheit“ wird in der Praxis zu Unsicherheiten führen.**

Bestimmte Krankheitsbilder wie ein Lungenkrebsleiden oder eine Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) können als unheilbare, tödlich verlaufende Krankheit gelten ohne, dass die Lebenserwartung damit automatisch auf eine Zeitspanne auf wenige Wochen reduziert vorgegeben wäre. Bei einer ALS als degenerativer Erkrankung des motorischen Nervensystems kommt es durch die Lähmungen der Muskulatur unter anderem zu Sprech- und Schluckstörungen in Kombination mit einer langsam voranschreitenden Atemlähmung. Bei ALS-Patienten stellt sich die Frage der künstlichen Beatmung in einer dramatischen Deutlichkeit, wobei oft die Einwilligungsfähigkeit bis in späte Krankheitsstadien erhalten ist.

Borasio sieht in der Reichweitenbegrenzung von Patientenverfügungen einen Ersatz „des alten medizinischen Paternalismus durch einen neuen, und schlimmeren, **ethischen Paternalismus**“ und sieht somit das wichtige Prinzip des Lebensschutzes „zum **Dogma des Lebenszwangs** umgedeutet und damit entwertet“<sup>59</sup>.

Die globale Aussage des Ausschlusses von Patientenwünschen, die einen Verstoß gegen die guten Sitten darstellen, ist begründungsbedürftig, da nach dem Bosbach-Entwurf ein Ausschluss der Basisversorgung (Schmerzlinderung, Körperpflege, menschenwürdige Umgebung, menschliche Begleitung, Stillung von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen) einen Verstoß gegen die Menschenwürde darstellen würde und somit nicht akzeptiert werden kann. (§ 1901b Abs. 2 Satz 2 BGB-E Bosbach).

***Eine Begrenzung der Reichweite des Bosbach-Entwurfs ist abzulehnen. Dies gilt ebenso für die Änderungsanträge der Abgeordneten Volkmer und der Abgeordneten Göring-Eckardt.***

***Der Stünker-Entwurf und der Zöller-Entwurf sehen eine Begrenzung der Reichweite nicht vor und daher sind beide Entwürfe vorzugswürdig.***

## **4 Beratung**

Eine fachkundige Beratung zu Patientenverfügung wird der Aussage der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ der 15. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages zu anthropologischen Konstanten zu Selbstbestimmung gerecht werden. Nach Aussage der Enquete-Kommission soll ein konkreter Mensch nicht mit einem „Ideal der Selbstbestimmung“<sup>60</sup> konfrontiert werden, sondern dort abgeholt werden soll, wo er ist. Vor diesem Hintergrund ist eine Verbesserung der Informationsbasis für Ratsuchende anzustreben, womit die Befähigungsmöglichkeiten zur eigenen Meinungsbildung und die Informationsbeteiligung für unterschiedliche Zielgruppen verbessert werden wird. Damit würden dann auch all diejenigen durch in der Diskussion befindliche weitere Wirksamkeitskriterien von Patienten-

---

<sup>59</sup> Borasio GD, Selbstbestimmung im Dialog. Die Beratung über Patientenverfügungen als Ausdruck ärztlicher Fürsorge, In: Meier C, Borasio GD, Kutzer K (Hg.): *Patientenverfügung: Ausdruck der Selbstbestimmung – Auftrag zu Fürsorge*, 2005, 151

<sup>60</sup> Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Bundestages (2004): *Zwischenbericht Patientenverfügungen*, Bundestagsdrucksache 15/3700, 39

verfügungen nicht benachteiligt, die reflektiert nah am Ideal des mündigen Bürgers sind.

Die Forderung von Michael Peintinger nach Förderung der Autonomie „als konkreter Beitrag zur Heilung“<sup>61</sup> über den gesamten Behandlungsverlauf ist Sinnbild für ein patientenorientiertes Arzt-Patienten-Verhältnis.

Eine Arbeitsgruppe unter dem Dach der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) hat 2005 „Standards für die Beratung zu Patientenverfügungen“<sup>62</sup> vorgestellt, um damit einen Beitrag zur Qualitätsdiskussion von Beratung zu leisten. Ausgehend von diesen Standards wurden allein von den Initiatoren der Standards 12 Kurse mit bis zu 20 Teilnehmern je Kurs und einer Dauer von zwei Schultagen zur Qualifizierung von fachkundigen Beratern zu Patientenverfügungen durchgeführt. Ein Teil der Dozenten der Kurse steht für die Beratung und Unterstützung der ausgebildeten Berater für Nachfragen kontinuierlich zur Verfügung<sup>63</sup>.

Qualifizierte Berater müssen über die kommunikativen Fähigkeiten verfügen, Motive, Einstellungen sowie Wertvorstellungen zu erkennen und im Gespräch mit Ratsuchenden zu ermitteln; hierbei ist die persönliche Situation der Ratsuchenden zentral zu berücksichtigen. Berater zu Patientenverfügungen müssen im Gespräch die Sichtweisen und die Interessen anderer Beteiligter – auch anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen – erkennen und berücksichtigen können. Der Einfluss von Patientenverfügungen auf das gesellschaftliche Verständnis von Gesundheit und Krankheit darf nicht ausgeblendet werden. Dabei sind mögliche ökonomische Auswirkungen von Behandlungsentscheidungen mit und ohne Patientenverfügungen im gesellschaftlichen Umfeld aufmerksam zu beobachten.

**Beratung zu Patientenverfügungen kann nicht allein durch Ärzte erfolgen und zur fachkundigen Beratung können auch interdisziplinäre Beratungsstellen einbezogen werden<sup>64</sup>. Interdisziplinäre Beratungsmöglichkeiten können auch durch Krankenhäuser angeboten werden, wenn dort Fachleute aus unterschiedlichen Perspektiven (u.a. Intensivmedizin, Rettungsdienst, Palliativmedizin, Pflege, Rechtswissenschaft, Seelsorge, Sozialdienst, Ethik) zur Einzelberatung zur Verfügung stehen<sup>65</sup>. Die örtlichen Betreuungsbehörden / Betreuungsstellen der Kommunen sollten mit einem entsprechenden Beratungsauftrag zur Information und Beratung der Öffentlichkeit ausgestattet werden.**

Der Zöller-Entwurf verweist auf die Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) und des Vorstands der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2007<sup>66</sup>. Diese anspruchsvollen Empfehlungen der ZEKO formulieren in

---

<sup>61</sup> Peintinger M: *Therapeutische Partnerschaft. Aufklärung zwischen Patientenautonomie und ärztlicher Selbstbestimmung*, 2003, 98

<sup>62</sup> May A, Niewohner S, Bickhardt J, Kreß H, Rothärmel S: Standards für die Beratung zu Patientenverfügungen, *Ethik in der Medizin* 2005, 332–336

<sup>63</sup> Siehe <http://www.ethik-in-der-praxis.de/vorsorgeberatung.htm>

<sup>64</sup> Meran J, Geißendörfer S, May A, Simon A: *Möglichkeiten einer standardisierten Patientenverfügung*, Münster 2002, 82-83

<sup>65</sup> Exemplarisch: Markus Krankenhaus Frankfurt/Main; Universitätsklinikum Aachen

<sup>66</sup> Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, Bundesärztekammer: *Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der*

manchen Fällen ein Initiativwerden zu einem Gespräch über Vorsorgedokumente durch den Arzt beispielsweise „wenn bei einer bevorstehenden Behandlung oder in einem absehbaren Zeitraum der Eintritt der Entscheidungsunfähigkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist und der Patient ohne Kenntnis von den Möglichkeiten der antizipierten Willensäußerung seine Sorge über den möglichen Zustand fehlender Selbstbestimmung angesprochen hat“<sup>67</sup>. Die Bundesärztekammer sollte dann auch für spezielle Fortbildungen und Schulungen zu Patientenverfügungen sorgen. In der Pflichtlehre nach der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) werden Fragen der Patientenverfügung als Ausbildungsinhalt nicht explizit angesprochen.

Der Stünker-Entwurf empfiehlt eine fachkundige Beratung, da bei ungenauen und nicht hinreichend konkreten Formulierungen wie z.B. „wenn keine Aussicht auf Besserung im Sinne eines für mich erträglichen und umweltbezogenen Lebens besteht, möchte ich keine lebensverlängernden Maßnahmen ...“ das Risiko einer fehlenden Bindungswirkung der Patientenverfügung aufgrund nicht hinreichend konkreter Formulierungen beim Verfasser bleibt<sup>68</sup>.

Der Bosbach-Entwurf sieht die medizinische Beratung als Wirksamkeitsvoraussetzung für eine qualifizierte Patientenverfügung ohne Begrenzung der Reichweite vor. Dabei muss der Errichtung der Patientenverfügung eine ärztliche Aufklärung über die Möglichkeiten medizinischer Behandlung und die Folgen eines Abbruchs oder der Nichtvornahme der medizinischen Maßnahme, die das eingetretene Krankheitsbild umfasste, zeitnah vorausgegangen sein. Die Finanzierung der ärztlichen Beratung zu Patientenverfügungen soll über einen neuen § 24 c SGB V-E-Bosbach geregelt sein: „Versicherte haben zur Erstellung einer Patientenverfügung Anspruch auf eine ärztliche Beratung über Krankheitsbilder, Möglichkeiten ihrer medizinischen Behandlung und Folgen des Abbruchs oder der Nichtvornahme von Behandlungsmaßnahmen. Zu der Beratung gehört die Dokumentation des Beratungsumfangs und -ergebnisses durch den Arzt.“

Im Rahmen des „START-Projekts Patientenverfügung in der präklinischen Notfallmedizin“ am Universitätsklinikum Aachen fanden im Zeitraum von März 2008 bis Januar 2009 Beratungsgespräche zu Vorsorgemöglichkeiten (Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung) mit insgesamt 48 Ratsuchenden statt. Die Beratungsgespräche wurden vom Projektteam (Dr. phil. A. May, Dr. med. J. Brokmann und T. Grützmann M.A.) durchgeführt. Aus der vorläufigen Auswertung ergibt sich folgendes Bild: Die Erwartungen bei Terminabsprache erstreckten sich von allgemeinen Informationen (18; 37,5%) bis hin zur Detailberatung (30; 62,5%), Hilfe beim Ausfüllen von Mustern (13; 27,1%) und Prüfung vorformulierter Texte (17; 35,4%). Ein Beratungsgespräch dauerte durchschnittlich 49 Minuten mit einer

---

*Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis, Deutsches Ärzteblatt 2007, A 891-896*

<sup>67</sup> Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, Bundesärztekammer: *Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis, Deutsches Ärzteblatt 2007, A 894*

<sup>68</sup> Gesetzentwurf der Abgeordneten Stünker, Kauch, Jochimsen, Montag und weiterer Abgeordneter: Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts, Bundestagsdrucksache 16/8442, 14

Spannweite von 98 Minuten, einem Minimum von 22 Minuten und einem Maximum von 120 Minuten. Der Inhalt des Beratungsgespräches bezog sich bei 40 (83,3%) Interessenten auf rechtliche, bei 33 (68,8%) auf medizinische, bei 25 (52,1%) auf familiäre, bei zehn (20,8%) auf psychosoziale, bei jeweils sechs (12,5%) auf ethische und pflegerische und bei zwei (4,2%) auf religiöse Fragen. Weitergehend hatten acht (16,7%) Ratsuchende Fragen zur Organspende, vier (8,3%) zur Hirntoddiagnostik, zwei (4,2%) zum Erbrecht und einer (2,1%) zu Bestattungen<sup>69</sup>.

**Die Erwartungen an die Beratung zu Patientenverfügung war vielschichtig und hinsichtlich von familiären Gesichtspunkten und anderen Fragen der Familiendynamik nicht allein im Kompetenzbereich von Medizin und Rechtswissenschaft zu verorten, was die Notwendigkeit eines umfangreichen und interdisziplinären Beratungsangebots unterstreicht.** Ein weiteres von der Stiftung Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen gefördertes Projekt zu Beratung zu Patientenverfügung (Sterbebegleitung in der offenen und ambulanten Altenpflege, 2006-2009) in Langenfeld<sup>70</sup> mit inzwischen knapp 200 durchgeführten Beratungen zeigt ein ähnliches Bild.

**Anreize zur qualifizierten Beratung zu Patientenverfügungen sind zu unterstützen.**

**Der Stünker-Entwurf und der Zöller-Entwurf sehen die Beratung zu Patientenverfügungen als vom Ratsuchenden selbst zu finanzierende Leistung an.**

**Der Bosbach-Entwurf sieht eine durch die Solidargemeinschaft finanzierte ärztliche Beratung vor, was zu unterstützen ist.**

Weitere Beratungsmöglichkeiten sollten durch die Ärztekammern gefördert und durch staatliche Zuschüsse oder ggf. die Integration in die Aufgaben der Pflegestützpunkte unterstützt werden.

## 5 Umsetzung und Auslegung von Patientenverfügungen

Patientenverfügungen müssen in der konkreten Anwendungssituation einer Überprüfung unterzogen werden. Ein wesentliches Element dieser Prüfung stellt die Übereinstimmung der Anwendungssituation mit jener Situation dar, für welche die Patientenverfügung erstellt wurde.

In der medizinethischen Diskussion ist die Verbindlichkeit einer Patientenverfügung oft mit der folgenden Frage verknüpft: „Kann ich heute wissen, was ich morgen will?“. Für Quante gehört es zum Wesen des Lebens als Person, „sich wertend mit der eigenen Zukunft zu identifizieren“<sup>71</sup>. Neben der generellen Frage, ob ich heute wissen kann, was ich morgen will, zeigt sich für die Situation der Demenz die Problematik, wie die Personen in den mindestens zwei Situationen des Erstellens (P1) und der Anwendung (P2) der Patientenverfügung zueinander stehen. **Das Kontinuitätsargument geht von einer Verbindung beider Personen P1 und P2 aus und legt die Akzeptanz des vorher geäußerten Willens für die Phase der Demenz nahe im Sinne der Verlängerung der Selbstbestimmung.**

---

<sup>69</sup> May A, Grützmann T, Brokmann J: Patientenverfügungen in der präklinischen Notfallmedizin, Veröffentlichung in Vorbereitung

<sup>70</sup> Projektträger: esCor AWO-Begleitsdienste in Abschiedszeiten; siehe <http://www.esCor-hospizverein.de/projekt.php>

<sup>71</sup> Quante M: *Personales Leben und menschlicher Tod*, 2002, 286

Die Unterschiedlichkeit von P1 und P2 wird durch die der Person inhärenten kognitiven Leistungen wie u.a. Denken, Fühlen, Kommunikationsfähigkeit deutlich. Somit wären Demente nach der anspruchsvollen Definition von Engelhardt keine Personen mehr<sup>72</sup>. Die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ der 15. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages sieht in ihrem Zwischenbericht „Patientenverfügungen“ in einer Erkrankung oder Schädigung „eine so schwerwiegende Diskontinuität in der Persönlichkeit des oder der Betroffenen, dass sie die Verbindlichkeit der Patientenverfügung aufzuheben geeignet ist.“<sup>73</sup> Folglich ist die Beschränkung der Reichweite einer Patientenverfügung für die Mehrheit der Enquete-Kommission keine Einschränkung des aktuellen Selbstbestimmungsrechts, sondern „eine wohlbegründete Einschränkung des Rechts zur Selbstbindung“<sup>74</sup>. Wenn nun in die Überlegungen die Position des Vorrangs der Persönlichkeit gegenüber personaler Persistenz aufgenommen wird, so wird damit anerkannt, dass eine kompetente Person ihre Autonomie durch eine Patientenverfügung in mögliche Stadien von Nichteinwilligungsfähigkeit und Nichtentscheidungsfähigkeit verlängern kann. **Selbst wenn die psychologische Kontinuität nicht mehr gegeben ist, besitzt der Mensch neben seiner eindeutigen Körperlichkeit eine durch Biographie erworbene Persönlichkeit. Diese Persönlichkeit wird nun dadurch geschützt, indem den informierten selbstbestimmten Willenserklärungen der biographischen Persönlichkeit eine größere Bedeutung zukommt als aktuellen Äußerungen, wobei damit an dieser Stelle bewusst zwischen reflektierten Willenserklärungen und basalen Äußerungen unterschieden wird.** Liegt nun die Lösung des holzschnittartig skizzierten Problems in der Begrenzung des Entscheidungsspielraumes? Die Eingrenzung der Reichweite von Patientenverfügungen auf bestimmte Situationen würde zur Folge haben, dass damit für die Phase der außerhalb und vermutlich damit vor der Reichweite einer Patientenverfügung liegenden Situationen eine Behandlungsleitlinie auf die medizinisch indizierten Maßnahmen festgelegt würde. Ob der betreffende Patient dies auch tatsächlich gewünscht hat und in der aktuellen Situation wünscht, bleibt situationsbezogen unterschiedlich.

---

<sup>72</sup> Die Bindung des Personstatus an kognitive Fähigkeiten wird für das Lebensende konstituiert und Engelhardt liefert in den „Foundations of Bioethics“ eine Definition von Personen [Vgl. Holzem C: *Patientenautonomie. Bioethische Erkundigungen über einen funktionalen Begriff der Autonomie im medizinischen Kontext* 1999, 81-84] im engeren Sinne: Solche Wesen sind moralische Subjekte, rational und fähig in Übereinstimmung mit einem rationalen Plan des Lebens auszuwählen. Personen im engeren Sinne werden durch die Sittlichkeit gegenseitigen Respekts und Wohltätigkeit geschützt. Sie sollen nicht ohne ihre Einwilligung behandelt werden oder an Experimenten teilnehmen, wenn sie dieses Recht nicht abgetreten haben („Persons strictly. Such entities are moral agents, rational, able to choose freely according to a rational plan of life, and are possessed of a notion of blameworthiness and praiseworthiness. Persons strictly are protected by the moralities of mutual respect and of beneficence. They may not be treated or experimented on without their consent (unless they have ceded that right)“) [Vgl. Engelhardt HT: *The Foundations of Bioethics* 1986, 145, Übersetzung des Verfassers]. Diese Definition stellt hohe Anforderungen an eine Person, und es bleibt fraglich, welcher Grad an Rationalität des Planes des Lebens hier gemeint ist. Engelhardt unterscheidet zwischen *striktem Personsein* und *sozialem Personsein*.

<sup>73</sup> Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Bundestages (2004): *Zwischenbericht Patientenverfügungen*, Bundestagsdrucksache 15/3700, 39

<sup>74</sup> Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Bundestages (2004): *Zwischenbericht Patientenverfügungen*, Bundestagsdrucksache 15/3700, 39

In der Diskussion wird die Situation einer behandlungsablehnenden Patientenverfügung der einwilligungsfähigen Person dargestellt, welche in der Anwendungssituation der Patientenverfügung *Anzeichen von Lebenswillen* zeigt. Dabrock räumt leiblichen Ausdrucksgesten als Anzeichen von Lebenswillen den Vorrang vor vormals vorausverfügten Willensäußerungen ein<sup>75</sup>. Sagt ein Blick wirklich mehr als tausend Worte? Ist das Lächeln eines Demenzkranken stets zweifelsfrei als Zeichen der Lebensfreude interpretierbar? Selbst wenn es Situationen und Erfahrungen gibt, in denen wir Gefühle und Interessen an andere besser durch eine leibliche Geste mitteilen können als durch Sprache so bleibt damit die Frage, ob diese leibliche Geste trennscharf und zwingend als Wahrnehmung von Interessen gegen die behandlungsablehnende Patientenverfügung der einwilligungsfähigen Person gewertet werden kann und wer dazu im Zweifelsfall die Deutungshoheit besitzt. Ideal wäre die Problematisierung des Vorrangs zugunsten der reflektierten Willenserklärung oder der basalen Äußerung in der Patientenverfügung wie dies als pointierte Äußerung „Ich möchte nicht, dass mein debiles Lächeln als Ausdruck meines Lebenswillens interpretiert wird“ eines Medizinrechtlers berichtet wird.

Die entgegengesetzte Situation von *Zeichen von Lebenssattheit* und Abwehr gegen bestimmte Maßnahmen in Form z.B. des Zusammenpressens der Lippen beim Nahrungsanreichen fordert vom Betreuer bei einer zur fraglichen Maßnahmebehandlungszustimmenden Patientenverfügung eine Abwägung und Positionierung zur weiteren Versorgung des Patienten.

Sind verbale oder nonverbale Äußerungen einwilligungsunfähiger Personen wie in der Situation P2 zwingend als Widerruf einer Patientenverfügung durch Person P2 anzusehen?

**Worin liegt die Rechtfertigung der generellen Einschränkung des Gestaltungsspielraums des einwilligungsfähigen Menschen P1? Ist diese Wertentscheidung nicht vielmehr Ausdruck eines übertriebenen Staatspaternalismus gegenüber der individuellen Wertentscheidung eines Menschen? Oder impliziert dies die Grundannahme, dass im Falle der Diskrepanz zwischen Äußerungen von P1 und P2 immer zugunsten der Behandlung von P2 entschieden wird? Damit würde nach Auffassung des Autors der Grundsatz des Bundesgerichtshofes „in dubio pro vita“ auf die falsche Situation bezogen und unzutreffend angewendet, denn der Bundesgerichtshof geht ja mit dieser Position bekanntlich nur von der Situation nicht zu ermittelnder individueller Patientenwünsche aus. Aber genau dies liegt nicht vor, wenn man auf reflektierte bewusste Werthaltungen abhebt.**

**Der Analogieschluss von Patientenverfügungen mit sog. Odysseus-Verträgen oder Behandlungsvereinbarungen würde gerade nicht den automatischen Widerruf der Willensäußerungen von P1 durch Äußerungen von P2 nahelegen.**

---

<sup>75</sup> Dabrock P: Formen der Selbstbestimmung Theologisch-ethische Perspektiven zu Patientenverfügungen bei Demenzerkrankungen, *Zeitschrift für medizinische Ethik* 2007, 137

Nicht nur die Zeitspanne zwischen Erstellung und Anwendung einer Patientenverfügung ist in einer Abwägung zu beachten, sondern auch die Bewertung von Äußerungen in der Krankheitsphase. Neben vorgeschlagenen prozeduralen Lösungen in der Überprüfung einer Patientenverfügung mit dem Einbeziehen eines Konsils oder der Genehmigungspflicht durch das Vormundschaftsgericht wird an dieser Stelle der Diskussion eine generelle Abwägung von Selbstbestimmung und Fürsorge erforderlich.

Mit Erscheinen des Buches „In a Different Voice“ von Gilligan<sup>76</sup> im Jahr 1982 wurde der Ausdruck „Care“ (Sorge oder Fürsorge) Gegenstand breiter bioethischer Diskussionen<sup>77</sup>. Es entwickelte sich eine Ethik der Fürsorge in der Bioethik<sup>78</sup>, die kaum die tiefreichenden Wurzeln<sup>79</sup> des Begriffs „Care“ (lat. Cura<sup>80</sup>) oder Fürsorge wahrnahm.

Goethe lässt im Faust II fragen: „Hast Du die Sorge nie gekannt?“<sup>81</sup> und beschreibt die Sorge als ewig ängstliche Gesellin, die dem Menschen die Entschlusskraft nimmt. Bei der Gegenüberstellung des Prinzips der Selbstbestimmung und der Ethik der Fürsorge und deren Überschneidungen ist für Reich das Prinzip der Selbstbestimmung nicht ausreichend, da zuviel von Rechten und nicht genug von Verantwortung gesprochen werde<sup>82</sup>. **Die Diskussion über das besondere Verhältnis von Arzt und Patient spiegelt die Schwierigkeiten vieler Ärzte mit der uneingeschränkten Akzeptanz der Selbstbestimmung der Patienten wider. Die Ethik der Fürsorge tritt an, die bestehenden Asymmetrien in der Patientenversorgung in Symmetrien zu überführen. Hierzu ist die Beteiligung von Patienten von Bedeutung.**

Das grundlegende Problem für die Care-Ethik sieht Körtner in der Frage, „wie das Prinzip der Fürsorge mit demjenigen der Autonomie des Patienten bzw. der Patientin und demjenigen der Gerechtigkeit (Fairness) in Einklang zu bringen ist.“<sup>83</sup>

Eine Ethik der Fürsorge äußert sich als inhärente Beziehung der Ungleichheit zwischen dem leidenden, kranken, auf die Hilfe des Arztes angewiesenen Patienten und dem Arzt. Die Ethik der Fürsorge besteht auch in der Gestaltung von *Beziehungsstrukturen* wie der Beziehung von Eltern (Arzt / Pflegepersonal) und Kindern (Patienten / Laien).

Auf anderer Ebene kommt Fürsorge auch als Schutzpflicht des Staates zum Ausdruck. In der viel beachteten Entscheidung des Bundesgerichtshofes 1994 ist in Abwesenheit von individuellen Patientenwünschen und der nicht möglichen Feststellung des individuellen mutmaßlichen Willens des Kranken trotz gebotener sorgfältiger Prüfung auf Kriterien zurückzugreifen, die allgemeinen Wertvorstellungen ent-

---

<sup>76</sup> Vgl. Gilligan C: *In a Different Voice: Psychological Theory and Woman's Development* 1982; Gilligan C: *Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau* 1984

<sup>77</sup> Vgl. Tong R: The Ethics of Care: A Feminist Virtue Ethics of Care for Healthcare Practitioners *Journal of Medicine and Philosophy* 1998, 131-152. Tong unterscheidet feministische Tugendethik von narrativer Ethik, Careethik und Tugendethik.

<sup>78</sup> Vgl. Little MO, Veatch RM (Hg.): Themenheft The Chaos of Care and Care Theory *Journal of Medicine and Philosophy* 1998

<sup>79</sup> Einen ausführlichen Überblick dazu vermittelt: Reich WT: Art. Care, I. History of the Notion of Care, In: Reich WT (Hg.) *Encyclopedia of Bioethics* 1995, 319-331

<sup>80</sup> Vgl. Cura Sage in: Reich WT: Art. Care, I. History of the Notion of Care, In: Reich WT (Hg.) *Encyclopedia of Bioethics* 1995, 320

<sup>81</sup> Goethe JW: Faust. Der Tragödie zweiter Teil, In: Trunz E (Hg.) *Goethe. Faust* 1989, 344 Zeile 11432

<sup>82</sup> Vgl. Flöhl R: Gegen den Hochverrat an der Fürsorge *FAZ* 18.10.97

<sup>83</sup> Körtner U: *Grundkurs Pflegeethik*, 2004, 92

sprechen. Hierbei ist für den Bundesgerichtshof Zurückhaltung geboten: „Im Zweifel hat der Schutz menschlichen Lebens Vorrang“<sup>84</sup>. In der Debatte ist neben dem Begriff Fürsorge auch Lebensschutz zu finden.

Die *Hermeneutik von Willensbekundungen* kommt in erster Linie dem vom Patienten selbst beauftragten Stellvertreter (Vorsorgebevollmächtigten) zu und in zweiter Linie dem vom Vormundschaftsgericht bestellten Betreuer, auf den der Betroffene mittels einer Betreuungsverfügung Einfluss nehmen kann. Der vermuteten Nähe von Vollmachtgeber und Bevollmächtigtem gegenüber dem Betreuer trägt nach Ansicht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ des Bundesministeriums der Justiz die Ausnahme von vormundschaftgerichtlicher Kontrolle bei der Verweigerung der Einleitung oder Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen im Einzelfall Rechnung<sup>85</sup>. **Unterstützend können hier ethische Fallberatungen und Klinische Ethik Komitees sein.** Zu den Aufgaben eines Klinischen Ethik Komitees gehören: 1. die Weiterbildung in medizinischer Ethik; 2. einzelfallbezogene Beratung, entweder im Rückblick oder bezogen auf aktuelle Behandlungsentscheidungen, die die Betroffenen als moralisch problematisch wahrnehmen und 3. die Entwicklung von Leitlinien, die die moralische Integrität der Institution gewährleisten sollen.<sup>86</sup> In ihrer Stellungnahme zu Ethikberatung weist die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer auf die entlastende Funktion bei moralischen Konflikten durch eine interdisziplinäre Beratung eines Einzelfalls (Ethik-Fallberatung) hin<sup>87</sup>. Die letztliche Verantwortung verbleibt jedoch beim zur Entscheidung befugten und beauftragten Menschen, der die stellvertretende Entscheidung des betroffenen Patienten umzusetzen sucht. Gremien zum Diskurs und Austausch unterschiedlicher Ansichten sind mit Klinischen Ethik Komitees an manchen Kliniken eingerichtet. Dort besteht die Möglichkeit, die unterschiedlichen Wahrnehmungen auszutauschen und Argumente zu diskutieren. **Eine wesentliche Aufgabe Klinischer Ethikberatung wird in Zukunft die Unterstützung bei der Auslegung von Patientenverfügungen und damit die Ermittlung des mutmaßlichen Willens sein.**

Nach dem Stünker-Entwurf obliegt es dem Betreuer zu prüfen, ob „diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen“ (§ 1901a Abs. 1 Satz 1 BGB-E Stünker). Weiter betont der Stünker-Entwurf die Sinnhaftigkeit des Dialogs „mit den Angehörigen und Vertrauten des Betroffenen und gegebenenfalls dem Pflegeteam“<sup>88</sup>.

---

<sup>84</sup> BGH Urteil vom 13.09.1994 – 1 StR 357/94 (LG Kempten) = BGHSt 40, 257-272

<sup>85</sup> Bundesministerium der Justiz, Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“: Bericht „Patientenautonomie am Lebensende: ethische, rechtliche und medizinische Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen“, 2004, 12, online unter: <http://www.bmj.bund.de/media/archive/695.pdf>

<sup>86</sup> May A: Ethische Entscheidungsfindung in der klinischen Praxis, *Ethik in der Medizin* 2004, 244

<sup>87</sup> Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer: Stellungnahme zur Ethikberatung in der klinischen Medizin, *Deutsches Ärzteblatt* 2006, 1704

<sup>88</sup> Gesetzentwurf der Abgeordneten Stünker, Kauch, Jochimsen, Montag und weiterer Abgeordneter: Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts, Bundestagsdrucksache 16/8442, 11

Nach dem Bosbach-Entwurf hat der Betreuer der Patientenverfügung gemäß der Bedingungen an die Form der Errichtung (einfache Patientenverfügung oder qualifizierte Patientenverfügung) Geltung zu verschaffen. In der Situation der Überprüfung der Patientenverfügung durch den Betreuer wird der Betreuer mit dem behandelnden Arzt sprechen. Dies Gespräch im Vorfeld einer Behandlung ist aber bereits in der Zentralnorm des Betreuungsrechts [§ 1901 Absatz 3 BGB: Der Betreuer hat Wünschen des Betreuten zu entsprechen, soweit dies dessen Wohl nicht zuwiderläuft und dem Betreuer zuzumuten ist. Dies gilt auch für Wünsche, die der Betreute vor der Bestellung des Betreuers geäußert hat, es sei denn, dass er an diesen Wünschen erkennbar nicht festhalten will. Ehe der Betreuer wichtige Angelegenheiten erledigt, bespricht er sie mit dem Betreuten, sofern dies dessen Wohl nicht zuwiderläuft.] zu finden, denn zur Abwägung zwischen Wünschen und Wohl ist das Gespräch mit dem behandelnden Arzt erforderlich. Die im § 1904 Abs. 4 E-Bosbach genannten Personen (Pflegepersonen sowie Ehegatten, Lebenspartner, Eltern, Pflegeeltern und Kinder sowie vom Betreuten schriftlich benannte nahestehende Personen) sollten vom Betreuer bei seiner Entscheidungsfindung auch ohne besonderen Hinweis berücksichtigt werden. Somit ist der Hinweis auf den regelhaft in einem beratenden Konsil zu berücksichtigenden Personenkreis deklaratorisch und bestätigt die bereits jetzt gesetzlich geforderte Praxis.

Wünsche und Entscheidungen einer Patientenverfügung sind nach dem Bosbach-Entwurf nicht verbindlich, wenn sie erkennbar in Unkenntnis der Möglichkeiten medizinischer Behandlung oder späterer medizinischer Entwicklungen abgegeben wurden und anzunehmen ist, dass der Betroffene bei deren Kenntnis eine andere Entscheidung getroffen hätte. Wünsche und Entscheidungen einer Patientenverfügung, die auf eine unerlaubte Handlung gerichtet sind oder gegen die guten Sitten verstoßen, sind nichtig; Maßnahmen der Basisversorgung können nach dem Bosbach-Entwurf nicht ausgeschlossen werden.

Für eine generelle Ablehnung einer Maßnahme wie z.B. der künstlichen Ernährung aus nachvollziehbaren und an dieser Stelle nicht weiter zu detaillierenden Gründen ist die Form der Maßnahme nicht von Bedeutung. Auch eine möglicherweise weniger beeinträchtigende Form der künstlichen Ernährung wird an der weiteren Ablehnung der Maßnahme aus grundsätzlichen Überlegungen nichts ändern. Somit gibt es Wertvorstellungen, die unabhängig der Kenntnis der Möglichkeiten medizinischer Behandlung oder späterer medizinischer Entwicklungen, ihre Berechtigung haben und bei denen eine erneute Überprüfung nach Entwicklung alternativer Behandlungsmöglichkeiten an der grundsätzlichen Überlegung nichts ändern werden. Dies an eine fünf Jahresfrist im Fall einer qualifizierten Patientenverfügung nach dem Bosbach-Entwurf zu koppeln wird der Konstanz genereller Wertvorstellungen und Einstellungen nicht gerecht.

Der Zöller-Entwurf sieht in § 1901 d BGB-E-Zöller die Beteiligung an der Ermittlung des Patientenwillens durch „Pflegepersonen, Mitglieder des Behandlungsteams und dem Patienten nahestehende Personen, wie Ehegatten, Lebenspartner, Eltern, Pflegeeltern und Kinder sowie vom Betreuten schriftlich hierfür benannte Personen“ vor.

***Der Bosbach-Entwurf enthält zur Überprüfung einer Patientenverfügung durch ein regelhaft zu beteiligendes beratendes Konsil deklaratorische Hinweise auf Betreuerpflichten, die bereits in § 1901 BGB enthalten sind.***

*Der zur Ermittlung des Patientenwillens beratend hinzuzuziehender Personenkreis wird in Bosbach-Entwurf und Zöller-Entwurf fast deckungsgleich genannt.*

*Der Stünker-Entwurf nennt nur eine Teilmenge des in den beiden anderen Entwürfen genannten Personenkreises ohne damit wichtige Akteure auszuschließen, da auch im Bosbach-Entwurf und Zöller-Entwurf die Einbeziehung der genannten Personen fallbezogen erfolgen soll.*

## 6 Fazit

Die Abgeordneten des Deutschen Bundestages müssen sich entscheiden, welches Bild sie von jenen Menschen haben, die eine Patientenverfügung erstellen möchten. Eine gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen muss dem berechtigten Anliegen der Förderung der Selbstbestimmung Rechnung tragen. Eine Patientenverfügung muss in der Anwendungssituation überprüft werden. Durch diese Überprüfung und die Ermittlung des mutmaßlichen Willens tritt das nötige Maß an Fürsorge zutage, wenn sowohl der beauftragte Bevollmächtigte als auch der gesetzliche Betreuer sich mit der Patientenverfügung auseinandersetzen. Zur Konfliktlösung ist das Vormundschaftsgericht schon heute einzuschalten.

Die Meinungs- und Willensbildung des mündigen und selbstverantwortlichen Bürgers in ein starres Korsett der Stufen des Erstellungsverfahrens einer Patientenverfügung nach dem Bosbach-Entwurf pressen zu wollen stellt einen zu großen Eingriff in die Selbstverantwortung des Bürgers dar. So nachvollziehbar das Schaffen von Anreizen einer kompetenten Beratung ist so darf dies keinen Zwang darstellen. **Es ist zur Bewusstwerdung von inhaltlichen Zusammenhängen und zur Meinungs- und Willensbildung vorzugswürdig, wenn die dazu nötigen Informationen und kompetenten Gesprächspartner verfügbar sind.** In dieser Situation ist eine direkte Kommunikation des Ratsuchenden u.a. mit dem Adressaten seiner Patientenverfügung und dem Arzt möglich, was eine Interaktion ermöglicht. Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Vollmachtgeber und Vollmachtnehmer wird die Themenkomplexe der Entscheidungen im Krankheitsfall einbeziehen und andere Experten beteiligen. Der Staat sollte hierzu Anreize durch geeignete Informationsmaterialien und Beratungsmöglichkeiten schaffen und ausbauen. Insbesondere die Beratungsmöglichkeit durch Betreuungsvereine und Betreuungsbehörden sollte gesetzlich erweitert werden. Eine zwangsweise stattfindende Beratung stellt eine unnötige bürokratische Hürde dar und ist abzulehnen.

Viele in den unterschiedlichen Entwürfen genannten Elemente sind wünschenswert und sollten gefördert werden. Die Einbeziehung aller Akteure und der von der Umsetzung einer Patientenverfügung Betroffenen sollten vom Entscheidungsträger regelhaft vorgenommen und geeignete Rahmenbedingungen geschaffen bzw. ausgebaut werden. Zur Konfliktbearbeitung eignen sich insbesondere Ethik-Fallberatungen wie sie bereits in mehr als zwei Dritteln der bundesdeutschen Universitätskliniken durchgeführt werden.

***Der Stünker-Entwurf ist in der Gesamtschau der Prüfschritte am besten geeignet, für einen schonenden Ausgleich durch einen begründeten staatlichen Eingriff in die Abläufe der Umsetzung einer Patientenverfügung als Zeichen der Selbstbestimmung zu machen.***

Das Ideal eines selbstbestimmungsfähigen und selbstverantwortlichen mündigen Bürgers muss weiter die Zielbestimmung allen staatlichen Handelns sein und darf nicht durch einen generellen Mißbrauchsverdacht des Staates gegenüber seinen unmündigen Bürgern ersetzt werden. Es bleibt Aufgabe des Staates, die Würde des Menschen zu achten und zu schützen (Art. 1 Absatz 1 Grundgesetz).

***Die Ansätze im Zöller-Entwurf sind geeignet die Selbstbestimmung zu sichern.***

***Der Stünker-Entwurf und der Zöller-Entwurf sollten einander angenähert werden. Beiden gemeinsam ist die hohe Bedeutung der Sicherung der Selbstbestimmung des Bürgers bei gleichzeitigen Sicherungsmechanismen zur Mißbrauchsvermeidung ohne unnötig hohe bürokratische Hürden aufzubauen.***

***Sehr zu unterstützen ist die Forderung des Antrags der FDP (16/397), eine Informationskampagne zu starten, die folgende Elemente haben soll:***

***1. Empfehlungen zur Abfassung von Patientenverfügungen: Es wird empfohlen, Patientenverfügungen nach Beratung über typische Krankheitsverläufe und Behandlungsmöglichkeiten zu verfassen, sie mit einer Vorsorgevollmacht zu verbinden sowie regelmäßig auf Übereinstimmung mit dem aktuellen Willen zu überprüfen und neu zu unterzeichnen.***

***2. Informationen über Möglichkeiten der Palliativmedizin: Wichtig ist es, Kenntnisse über die heutigen Behandlungsmöglichkeiten der leid- und schmerzmindernden Medizin zu vermitteln, damit Patientenverfügungen vor dem Hintergrund eines hohen Informationsstandes verfasst werden.***

Der Antrag der FDP ist geeignet die Möglichkeiten der Wahrnehmung der Patientenselbstbestimmung auf Basis ausgewogener Informationsmaterialien darzustellen und damit interessierten Bürgern eine gute Basis für die individuelle Meinungs- und Willensbildung zu geben. Damit können Mythen und Falschinformationen durch belastbare und valide Informationen ausgeräumt werden. Derartige Informationskampagnen tragen zur Förderung der Patientenselbstbestimmung bei und sind Elemente zur Verbesserung der Patientenmündigkeit durch die Wahrnehmung von Patientenrechten. Dies darf nicht interessengeleitet und einseitig erfolgen. Eingebettet werden muss eine solche Informationskampagne in das Konzept des „Advance Care Planning“. Dabei handelt es sich nach Sahm nicht um ein Formular, sondern um eine Strategie und ist am besten mit „Umfassender Versorgungsplan“<sup>89</sup> übersetzt.

Die Möglichkeit der Verfügung über das eigene Leben scheint nach Kamann viele Diskussionsteilnehmer zu erschrecken, wobei er eine Scheu der Formulierung dieser Verfügbarkeit in einer „säkular-pluralistischen Gesellschaft“ konstatiert und in diesem Erschrecken um die möglichen Konsequenzen den Grund für das Anführen zahlreicher Mißbrauchsszenarien sieht, die häufig als Dambruchentwicklung

---

<sup>89</sup> Sahm S: Versorgungsplan. Strategie gegen Übertherapie, FAZ, 27.03.2007

dargebracht werden<sup>90</sup>. Die Beachtung des Lebensschutzes darf für den mündigen Bürger nicht zur Lebenspflicht werden.

Eine vom Theologen Graf formulierte „Hermeneutik des Verdachts“ ist für ihn Zeichen eines „klerikalen Paternalismus“<sup>91</sup>. Dieser eignet sich aber kaum für existentielle Grundfragen des individuellen Lebens und Sterbens, zu dem es vielfältige Ansichten und Hoffnungsbilder gibt. Der Staat muss diese unterschiedlichen Konzepte gelingenden Lebens schützen und nicht den Bürger durch übermäßige Verfahren und inhaltliche Vorgaben in der verantwortungsvollen Ausübung seiner Selbstbestimmung einschränken.

**Dr. Arnd T. May, M.A.**

Studium der Philosophie, Betriebswirtschaftslehre sowie des Öffentlichen Rechts in Göttingen und Bochum; Berufserfahrung als Rettungssanitäter im Rettungsdienst. 2000 Promotion (Autonomie und Fremdbestimmung bei medizinischen Entscheidungen für Nichteinwilligungsfähige).

Arbeitsschwerpunkte: Selbstbestimmung am Lebensende, Entscheidungen für nicht-einwilligungsfähige Patienten, Betreuungsrecht, Tun und Unterlassen, Intensivmedizin, Rettungsdienst, Transplantationsmedizin, Organspende, Hospizbewegung, Kinderhospizarbeit, Kinderintensivmedizin, E-Health, Telemedizin, Ethikberatung, Organisationsberatung, Implementierung von Klinischen Ethik Komitees.

Ruhr-Universität Bochum  
Institut für Philosophie  
Gebäude GA 3/53  
44780 Bochum

Universitätsklinikum Aachen  
Klinik für Anästhesiologie  
Bereich Med-on-@ix  
Pauwelsstr. 30  
52074 Aachen

Tel.: 0700 BIOETHIK (24638445)

E-Mail: [May@Medizinethik.de](mailto:May@Medizinethik.de)  
<http://www.medizinethik.de>

---

<sup>90</sup> Kamann M: Für die Gesellschaft sterben? Patientenverfügungen: Streit um die Norm vom „richtigen Tod“, WZB-Mitteilungen, März 2009, 32

<sup>91</sup> Graf F: Klerikaler Paternalismus. Die Kirchen und das Sterben, *Süddeutsche Zeitung*, 19.02.2009