

Patientenautonomie am Lebensende

Ethische, rechtliche und medizinische Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen

**Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“
vom 10. Juni 2004**

Inhaltsverzeichnis

I.	Einsetzung, Auftrag und Arbeitsweise der Arbeitsgruppe	S. 4
II.	Thesen zum Selbstbestimmungsrecht von Patientinnen und Patienten	
1.	Grundlagen des Selbstbestimmungsrechts	S. 6
2.	Selbstbestimmung und Rechtmäßigkeit ärztlicher Eingriffe	S. 6
2.1.	Einwilligungsfähige Patientinnen und Patienten	S. 6
2.2.	Einwilligungsunfähige Patientinnen und Patienten	S. 7
2.2.1.	Patientenwille feststellbar	S. 7
2.2.2.	Ermittelter mutmaßlicher Patientenwille	S. 8
2.2.3.	Patientenwille oder mutmaßlicher Patientenwille nicht feststellbar	S. 10
2.3.	Erforderlichkeit von Vertreterentscheidungen	S. 10
2.3.1.	Einwilligungsfähige Patientinnen und Patienten	S. 10
2.3.2.	Einwilligungsunfähige Patientinnen und Patienten	S. 10
2.4.	Genehmigung des Vormundschaftsgerichts	S. 11
2.5.	Weigerungsrecht der Ärztin oder des Arztes	S. 12
2.6.	Zur Sterbehilfe im Strafrecht	S. 12
2.7.	Palliativmedizin und Hospizarbeit als Voraussetzung für die Patientenautonomie am Lebensende	S. 14
III.	Thesen zu Inhalt und Form von Patientenverfügungen sowie den Voraussetzungen ihrer Verbindlichkeit	
1.	Inhalt von Patientenverfügungen	S. 15
2.	Form der Patientenverfügung	S. 16
3.	Verbindlichkeit von Festlegungen in einer Patientenverfügung: Voraussetzungen und Empfehlungen	S. 16
4.	Organspendeerklärung als Ergänzung der Patientenverfügung	S. 18
5.	Hinterlegung und Registrierung von schriftlichen Patientenverfügungen	S. 18
6.	Förderung und ärztliche Vergütung	S. 19
IV.	Textbausteine für eine schriftliche Patientenverfügung	
1.	Vorbemerkungen	S. 20
2.	Textbausteine	S. 26
3.	Beispiele zur Veranschaulichung	S. 36

V. Empfehlungen an den Gesetzgeber

1.	Vorschläge zur Änderung des Betreuungsrechts	S. 42
1.1.	Regelungsvorschläge	S. 42
1.1.1.	Einfügung von § 1901 b BGB neu	S. 42
1.1.2.	Änderung und Ergänzung von § 1904 BGB	S. 42
1.2.	Erläuterungen	S. 44
1.2.1.	Allgemein	S. 44
1.2.2.	Zu den vorgeschlagenen Gesetzesänderungen im Einzelnen	S. 45
2.	Vorschläge zur Änderung des Strafrechts	S. 50
2.1.	Regelungsvorschlag zur Ergänzung von § 216 StGB	S. 50
2.2.	Erläuterungen	S. 50
2.2.1.	Allgemein	S. 50
2.2.2.	Im Einzelnen	S. 51

Anhang:

Anhang A: Zusammensetzung der Arbeitsgruppe

Anhang B: Quellen- und Literaturverzeichnis

I. Einsetzung, Auftrag und Arbeitsweise der Arbeitsgruppe

Seit geraumer Zeit wird intensiv über Wege und Möglichkeiten zur Stärkung der Patientenrechte diskutiert. Eine vom Bundesministerium der Justiz und vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Juni 2002 eingesetzte Arbeitsgruppe hat einen Leitfaden „Patientenrechte in Deutschland“ verfasst, in dem die Patientenrechte auf der Grundlage des geltenden Rechts zusammengefasst dargestellt sind.

Ein wesentlicher Punkt im Leitfaden „Patientenrechte in Deutschland“ sind die Ausführungen der Arbeitsgruppe zur Verwirklichung der Patientenautonomie am Lebensende. In diesem Zusammenhang haben in der rechtspolitischen Diskussion Fragen der Ausgestaltung, der Verbindlichkeit und der Notwendigkeit von Vorgaben für Patientenverfügungen zunehmende Bedeutung erlangt. Neue Aktualität haben diese Fragen durch den Beschluss des XII. Zivilsenats des Bundesgerichtshofs vom 17. März 2003 gewonnen, nach dem eine Betreuerin oder ein Betreuer in eine Beendigung ärztlich angebotener lebensverlängernder Maßnahmen nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts einwilligen kann. Mit diesem Beschluss werden auch Fragen der Verbindlichkeit und Reichweite einer Patientenverfügung für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, Betreuerinnen und Betreuer und Vorsorgebevollmächtigten sowie Fragen der Zulässigkeit und der Grenzen sog. passiver und indirekter Sterbehilfe aufgeworfen.

Frau Bundesjustizministerin Zypries hat deshalb im September 2003 eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ eingesetzt. Ziel der Beratungen der Arbeitsgruppe war es, Fragen der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen zu diskutieren und Eckpunkte für die Abfassung einer Patientenverfügung zu erarbeiten sowie zu prüfen, ob Gesetzesänderungen in diesem Bereich erforderlich erscheinen, und hierfür ggf. Vorschläge zu unterbreiten.

Die Arbeitsgruppe wurde von Herrn Vorsitzendem Richter am Bundesgerichtshof a.D. Klaus Kutzer geleitet. Ihr gehörten Vertreterinnen und Vertreter der Ärzteschaft und der Patienten, der Wohlfahrtspflege, der Hospizbewegung und der Kirchen sowie der Konferenz der Justizministerinnen und –minister, Justizsenatorinnen und –senatoren und der Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder an.

Der vorliegende Bericht fasst die Ergebnisse der Beratungen zu den ethischen, rechtlichen und medizinischen Aspekten in Verbindung mit Patientenverfügungen in Thesen

zusammen. Zudem enthält der Bericht Textbausteine zur Erstellung einer individuellen schriftlichen Patientenverfügung, die eine Hilfestellung für Bürgerinnen und Bürger, aber auch fachkundige Organisationen und die Ärzteschaft sein können. Die Vorschläge für Änderungen im Betreuungsrecht und im Strafrecht können nach Auffassung der Arbeitsgruppe zur Erhöhung der Rechtssicherheit für Patientinnen und Patienten sowie ihrer gesetzlichen oder bevollmächtigten Vertreterinnen und Vertreter und der Ärzteschaft beitragen.

Die Arbeitsgruppe hat, ungeachtet der in Einzelfragen teilweise unterschiedlichen Auffassungen, ein hohes Maß an Übereinstimmung erzielen können. Knappe Mehrheitsentscheidungen wurden nicht getroffen. Jedem Mitglied stand es frei, in wichtigen Fragen seine persönliche Ablehnung in einer Fußnote festzuhalten.

Der Bericht soll der Bundesregierung als Orientierung und Entscheidungshilfe dienen.

II. Thesen zum Selbstbestimmungsrecht von Patientinnen und Patienten

1. Grundlagen des Selbstbestimmungsrechts

- a) Das Recht zur Selbstbestimmung über den eigenen Körper gehört zum Kernbereich der durch das Grundgesetz geschützten Würde und Freiheit des Menschen.
- b) Das Selbstbestimmungsrecht von Patientinnen und Patienten gilt auch am Lebensende. Es schützt sie gerade in Grenzsituationen des Lebens vor Fremdbestimmung. Zu den Einzelheiten wird auf die Ausführungen S. 9 ff. des Leitfadens des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung und des Bundesministeriums der Justiz „Patientenrechte in Deutschland“ (künftig: Leitfaden) verwiesen.

2. Selbstbestimmung und Rechtmäßigkeit ärztlicher Eingriffe

2.1. Einwilligungsfähige Patientinnen und Patienten

- a) Jeder ärztliche Eingriff bedarf der Einwilligung von zuvor ärztlich aufgeklärten einwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten. Das gilt für alle ärztlichen Eingriffe, unabhängig davon, ob sie der Lebensverlängerung oder Lebenserhaltung oder der palliativmedizinischen Versorgung dienen.
- b) Die Einwilligung in einen ärztlichen Eingriff ist nur wirksam, wenn die Patientin oder der Patient einwilligungsfähig ist und durch die Ärztin oder den Arzt hinreichend über die medizinische Bedeutung und Tragweite der geplanten Maßnahmen, alternative Behandlungsmöglichkeiten und Konsequenzen eines Verzichts aufgeklärt worden ist. Einer ärztlichen Aufklärung bedarf es nicht, wenn die einwilligungsfähige Patientin oder der einwilligungsfähige Patient auf eine ärztliche Aufklärung verzichtet hat. Eine Person ist einwilligungsfähig, wenn sie über die für die Entscheidung erforderliche natürliche Einsichts-, Urteils- und Steuerungsfähigkeit verfügt. Daher können auch Minderjährige und Betreute einwilligungsfähig sein. Die Einwilligungsfähigkeit ist bezogen auf die anstehende ärztliche Behandlung zu beurteilen.

- c) Für die Rechtmäßigkeit jedes ärztlichen Eingriffs am einwilligungsfähigen Kranken ist es erforderlich, dass die Patientin oder der Patient die Einwilligung sowohl für die Einleitung als auch für die Fortführung einer Therapie erteilen muss. Der Widerruf der Einwilligung ist jederzeit möglich. Die letzte Entscheidung trifft damit die einwilligungsfähige Patientin oder der einwilligungsfähige Patient.
- d) Die Patientin oder der Patient kann daher die Vornahme oder die Fortsetzung einer lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Behandlung auch dann ablehnen, wenn deren Beginn oder Fortsetzung ärztlich indiziert ist. Dies gilt ohne Rücksicht darauf, ob die Krankheit bereits einen unumkehrbar tödlichen Verlauf genommen hat und der Tod nahe bevorsteht.
- e) Die künstliche Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr, die z.B. durch die Speiseröhre (Magensonde) oder Bauchdecke (PEG) in den Magen oder intravenös gegeben wird, die maschinelle Beatmung, die Dialyse oder die Bekämpfung einer zusätzlich auftretenden Krankheit (Lungenentzündung, andere Infektionen u.a.) sind Eingriffe, die einer sie legitimierenden Einwilligung bedürfen. Auch diese Behandlungen kann die Patientin oder der Patient ablehnen. An die Stelle der lebenserhaltenden Behandlung tritt dann ein palliatives ärztliches und pflegerisches Versorgungsangebot. Dazu gehören u.a. das Stillen von Hunger und Durst auf natürlichem Wege, einschließlich der Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, erforderlichenfalls fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit und anderer belastender Symptome.

2.2. Einwilligungsunfähige Patientinnen oder Patienten

2.2.1. Patientenwille feststellbar:

- a) Ist die Patientin oder der Patient im Zeitpunkt der ärztlichen Behandlung nicht einwilligungsfähig, so gilt eine frühere Willensbekundung fort, falls keine konkre-

ten Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Patientin oder der Patient sie widerrufen hat¹.

- b) Das zuvor wirksam ausgeübte Selbstbestimmungsrecht der Patientin oder des Patienten (vgl. dazu im Einzelnen die Thesen unter III.) bindet auch deren Vertreterin oder Vertreter (Betreuerinnen und Betreuer, Bevollmächtigte²). Die Vertreterin oder der Vertreter hat dem Patientenwillen Ausdruck und Geltung zu verschaffen.

2.2.2. Ermittelter mutmaßlicher Patientenwille:

- a) Ist eine fortwirkende frühere Willensbekundung des nunmehr einwilligungsunfähigen Patienten nicht bekannt oder nicht eindeutig, beurteilt sich die Zulässigkeit der ärztlichen Behandlung, falls unaufschiebbar, nach dem mutmaßlichen Willen der Patientin oder des Patienten, bis entweder eine frühere fortwirkende Willensbekundung vorgelegt wird oder für die Patientin oder den Patienten die Vertreterin oder der Vertreter [Bevollmächtigte(r)/ Betreuer(in)/ Personensorgeberechtigte(r)] entscheidet. Die Ärztin oder der Arzt ermittelt den mutmaßlichen Willen in eigener Verantwortung unter Berücksichtigung von Äußerungen und Wünschen der Patientin oder des Patienten und durch Befragung von Bezugspersonen (vgl.

¹ Herr Schwonburg hat dieser These mit folgender Begründung nicht zugestimmt: "Es gehört zur Willensfreiheit des Menschen, dass er seinen Willen revidieren kann. Dieses Recht haben uneingeschränkt auch sterbende Menschen, die ihren Willen nicht mehr bekunden können. Deshalb können frühere Willensbekundungen (auch Patientenverfügungen) nur Indizien für eine Feststellung des Patientenwillens darstellen. Es sollten formlose Verfahren zur Feststellung des Willens geschaffen werden, durch die möglichst alle Indizien berücksichtigt werden können und die offen für Zweifel sind.". Herr Prof. Dr. Müller- Busch hat dieser These mit folgender Begründung nicht zugestimmt: "Es können bei nicht einwilligungsfähigen Patienten zum Zeitpunkt einer ärztlichen Behandlung durch Äußerungen, Verhalten und Gesten konkrete Anhaltspunkte vorliegen, die einer früheren Willensbekundung widersprechen und die darauf hinweisen, dass er diese zum jetzigen Behandlungszeitpunkt nicht mehr gelten lassen will. Wenn ein wirksamer Widerruf früherer Willensbekundungen bzw. die dazu benötigte Einwilligungsfähigkeit nicht vorhanden war bzw. ist oder noch nicht vorhanden ist, würde eine sich am manifestierten natürlichen Willen orientierende medizinische Behandlung nicht legitimiert sein, wenn es heißt:... „widerrufen hat“. Als Alternative – auch zur Übereinstimmung mit späteren anders beschlossenen Thesen zur Verbindlichkeit von Patientenverfügungen - Satz 2.2.1 a) wird folgende Formulierung vorgeschlagen: „Ist der Patient im Zeitpunkt der ärztlichen Behandlung nicht einwilligungsfähig, so gilt eine frühere Willensbekundung fort, falls im individuellen Fall keine konkreten Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass sie nicht mehr dem Willen des Patienten entspricht.“

² Dies soll auch für den gesetzlichen Vertreter in den Fällen des § 1358, 1358b, 1618a BGB i.d.F. des Entwurfs eines Betreuungsrechtsänderungsgesetzes (Bundestags- Drucksache 15/2494) gelten.

S. 11 des Leitfadens). Dabei sollte ein Konsens zwischen Behandlungsteam³ und Bezugspersonen angestrebt werden⁴.

- b) Die Vertreterin oder der Vertreter entscheidet nach dem mutmaßlichen Willen der Patientin oder des Patienten (vgl. These 2.2.2.a Satz 2 und 3). Hierfür bedarf es individueller konkreter Anhaltspunkte⁵.
- c) Zu einer Entscheidung über eine ärztliche Behandlung, die den ermittelten mutmaßlichen Willen des Patienten außer Acht lässt, ist die Vertreterin oder der Vertreter in aller Regel nicht unter Berufung auf das Wohl der Patientin oder des Patienten befugt⁶.
- d) Die Befugnis der Vertreterin oder des Vertreters zur Einwilligung oder Ablehnung einer ärztlichen Behandlung reicht so weit wie die der Patientin oder des Patienten. Die Vertreterin oder der Vertreter kann also – anders als in dem Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 17. März 2003 angenommen – auch dann die Zustimmung zu einer lebenserhaltenden oder lebensverlängernden ärztlichen Behandlung wirksam verweigern, wenn das Grundleiden der Patientin oder des Pa-

³ Das Behandlungsteam besteht aus allen professionellen Fachkräften, die wesentlich an der Behandlung eines Patienten beteiligt sind. Außer dem behandelnden Arzt betrifft dies in jedem Fall die Pflegekräfte. Dazu können je nach Situation Vertreterinnen und Vertreter der Seelsorge, Sozialarbeit, Psychologie/Psychotherapie sowie Angehörige anderer therapeutischer Berufe (Ergo-, Physio-, Atem-, Kunst-, Musiktherapie etc.) hinzugezogen werden.

⁴ Nach der ärztlichen Berufsordnung (§ 9 Abs. 2) ist der Arzt „zur Offenbarung befugt, soweit er von der Schweigepflicht entbunden worden ist oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist“. Gegenüber dem gesetzlich bestellten Betreuer und dem Gesundheitsbevollmächtigten besteht die Schweigepflicht des Arztes nicht, weil beide sonst ihre Aufgaben nicht erfüllen könnten. Dennoch ist es ratsam, die Befreiung in der Vollmachtsurkunde ausdrücklich zu erklären. Darüber hinaus ist von einer Befugnis des Arztes zur Offenbarung auszugehen, wenn die engsten Bezugspersonen zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens des Patienten hinzugezogen werden. Aufgrund der Reichweite von Entscheidungen am Lebensende ist die korrekte Ermittlung des mutmaßlichen Willens das höherwertige Rechtsgut als die Wahrung der Schweigepflicht. Bestehen allerdings konkrete Anhaltspunkte dafür, dass der Patient einer Schweigepflichtentbindung gegenüber einer oder mehreren Bezugspersonen nicht zugestimmt hätte, so hat der Arzt dieses zu berücksichtigen.

⁵ Zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens hat der Bundesgerichtshof in seiner Entscheidung vom 13.09.1994 die Kriterien „frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen des Patienten, seine religiöse Überzeugung, seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen“ angenommen. Diese Kriterien wurden teilweise verfeinert und detailliert (siehe May, A. [2004]: „Ermittlung des Patientenwillens“, in: Ärztliche Behandlung an der Grenze des Lebens, herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht, Berlin: Springer, S. 59-78). In der konkreten Situation der Ermittlung des mutmaßlichen Willens sind Aussagen von Vertrauenspersonen, Angehörigen und Zeugen hilfreich.

⁶ Herr Schwonburg hat dieser These nicht zugestimmt.

tienten noch keinen irreversiblen (unumkehrbaren) tödlichen Verlauf angenommen hat und dies dem mutmaßlichen Patientenwillen entspricht.

2.2.3. Patientenwille oder mutmaßlicher Patientenwille nicht feststellbar:

Liegt keine fortwirkende frühere Willensbekundung der Patientin oder des Patienten vor und ist auch ein behandlungsbezogener mutmaßlicher Patientenwille nicht feststellbar, entscheidet die Vertreterin oder der Vertreter entsprechend dem Wohl der Patientin oder des Patienten. Dem Lebensschutz ist dabei Vorrang einzuräumen.

2.3. **Erforderlichkeit von Vertreterentscheidungen**

2.3.1. Einwilligungsfähige Patientinnen und Patienten:

Ist die Patientin oder der Patient einwilligungsfähig (vgl. These 2.1 b) und ist eine Vertreterin oder ein Vertreter vorhanden, ist allein die Einwilligung oder Ablehnung der Patientin oder des Patienten maßgeblich⁷.

2.3.2. Einwilligungsunfähige Patientinnen und Patienten:

- a) Liegt eine auf die konkrete Behandlungssituation bezogene wirksame Willensbekundung vor, ist bei einer danach eingetretenen Einwilligungsunfähigkeit der Patientin oder des Patienten eine Vertreterentscheidung nicht maßgeblich.
- b) Ist zweifelhaft, ob eine Willensbekundung die konkrete Behandlungssituation erfasst oder die in ihr zum Ausdruck gebrachte Auffassung der Patientin oder des Patienten noch fortgilt oder widerrufen ist, entscheidet hierüber die Vertreterin oder der Vertreter nach Beratung durch das Behandlungsteam.

⁷ Eine gesetzliche Regelung, die auf eine Entscheidung des Betreuers abstellt, wenn der Betreute aktuell einwilligungsfähig ist, wäre verfassungsrechtlich nicht zu rechtfertigen. Es erscheint zwar nicht von vornherein ausgeschlossen, dass der Gesetzgeber dem Wunsch des einwilligungsfähigen Betreuten nach Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen Grenzen setzen könnte, wenn es hinreichend gewichtige Gründe gibt, die das Selbstbestimmungsrecht begrenzen können. Dabei darf aber die Entscheidung des Betreuers nicht an die Stelle der Entscheidung des einwilligungsfähigen Patienten gesetzt werden.

- c) Ist eine Vertreterin oder ein Vertreter nicht vorhanden und führt die Auslegung der Willensbekundung durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt zu keinem eindeutigen Ergebnis oder fehlt eine Willensbekundung, so hat die Ärztin oder der Arzt eine Betreuerbestellung anzuregen, falls die Behandlung aufschiebbar ist.
- d) In Notfallsituationen, in denen der Patientenwille nicht bekannt ist, keine Vertretung vorhanden ist und auch für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens keine Zeit bleibt, hat die Ärztin oder der Arzt die medizinisch indizierte Behandlung einzuleiten, die im Zweifel auf die Erhaltung des Lebens gerichtet ist. Nach Abwendung des Notfalls gelten für die Weiterbehandlung die allgemeinen Grundsätze.

2.4. Genehmigung des Vormundschaftsgerichts

- a) Die Verweigerung der Einwilligung der Betreuerin oder des Betreuers in die Einleitung oder Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, es sei denn, die Betreuerin oder der Betreuer hat mit der Ärztin oder dem Arzt und dem Behandlungsteam Einvernehmen darüber erzielt, dass dies dem erklärten oder mutmaßlichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht. Das Einvernehmen ist zu dokumentieren⁸. Nächste Angehörige oder Bezugspersonen sollen vor der Entscheidung gehört werden. Unberührt bleibt deren allgemeine Befugnis, das Vormundschaftsgericht zur Missbrauchskontrolle anzurufen.
- b) Das Vormundschaftsgericht hat die Genehmigung zu erteilen, wenn die Entscheidung dem mutmaßlichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht. Hierfür bedarf es individueller konkreter Anhaltspunkte. Fehlen diese, ist das Wohl der Patientin oder des Patienten maßgebend. Dabei ist im Zweifelsfall dem Lebensschutz Vorrang einzuräumen. Liegt eine ausdrückliche, auf die Entscheidung bezogene Erklärung der Patientin oder des Patienten vor, so hat das Vormundschaftsgericht festzustellen, dass es seiner Genehmigung nicht bedarf.

⁸ Die Entscheidungen, um die es geht, betreffen in aller Regel ärztliche Maßnahmen. Die Verantwortung dafür obliegt dem behandelnden Arzt. Daher sollte es bei der Frage der Einschaltung oder Nichteinschaltung des Vormundschaftsgerichts auf das Einvernehmen zwischen behandelndem Arzt und Betreuer/Bevollmächtigtem ankommen, wobei das Behandlungsteam im Konsensgespräch einzubinden und dies zu dokumentieren ist.

- c) Ein(e) ausdrücklich hierzu Bevollmächtigte(r) kann die Einwilligung in die Einleitung oder Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen ohne Genehmigung des Vormundschaftsgerichts verweigern. Das Behandlungsteam soll vor der Entscheidung angehört werden. Unberührt bleibt die allgemeine Befugnis der Ärztin oder des Arztes oder anderer Beteiligter (Pflegeteam, nächste Angehörige oder Bezugspersonen), das Vormundschaftsgericht zur Missbrauchskontrolle anzurufen. Die §§ 1904 Abs. 2 und 1906 Abs. 5 BGB sind entsprechend anzupassen^{8a}.

2.5. Weigerungsrecht des Arztes

- a) Eine Ärztin oder ein Arzt kann nicht zu Maßnahmen verpflichtet werden, die medizinisch nicht oder nicht mehr indiziert sind. Das gilt auch für den Fall, dass die Patientin oder der Patient oder die Vertreterin oder der Vertreter solche Maßnahmen verlangt.
- b) Eine Ärztin oder ein Arzt kann die Beendigung lebenserhaltender medizinischer Maßnahmen ablehnen, wenn sie oder er dies mit seinem Gewissen⁹ nicht vereinbaren kann. In diesem Fall ist rechtzeitig für eine anderweitige ärztliche Versorgung der Patientin oder des Patienten Sorge zu tragen.

2.6. Zur Sterbehilfe im Strafrecht

- a) Die gezielte Tötung von Patienten ist unzulässig, auch dann, wenn sie auf Verlangen der Patientin oder des Patienten (sog. aktive Sterbehilfe) erfolgt.

^{8a} Herr Schwonburg hat dieser These mit folgender Begründung nicht zugestimmt: „Durch die Festlegung, dass eine vormundschaftliche Genehmigung bei Einvernehmen zwischen Arzt und Betreuer entfallen kann, entsteht die Gefahr, dass Entscheidungen nicht mehr öffentlich verantwortet und überprüft werden. Entscheidungen eines Vertreters oder Betreuers, die das Sterben der Patientin oder des Patienten zur Folge haben können, sollten grundsätzlich einer gerichtlichen Kontrolle unterliegen.“

⁹ Nach § 2 Abs. 1 Satz 1 der Musterberufsordnung übt der Arzt seinen Beruf „nach seinem Gewissen und den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus“. Die Kompetenz zur ethischen Reflektion soll nach der Approbationsordnung durch die Beschäftigung mit „geistigen, historischen und ethischen Grundlagen ärztlichen Verhaltens“ (§ 1 Abs. 1 der AO) vermittelt werden. Medizinethik ist Querschnittsfach im Sinne des § 27 Abs. 1 AO unter der Rubrik, 2.Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin“.

- b) Ethisch und rechtlich zulässig und gegebenenfalls geboten sind, sofern es dem ausdrücklichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht:
- das Unterlassen oder der Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen (sog. passive Sterbehilfe),
 - eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung unter Inkaufnahme einer Lebensverkürzung (sog. indirekte Sterbehilfe)¹⁰.
- c) Bei Versagen aller sonstigen palliativmedizinischen Möglichkeiten ist – jedenfalls in der terminalen Krankheitsphase¹¹ – mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten eine Sedierung (gezielte Dämpfung bis hin zur Ausschaltung des Bewusstseins) zulässig.
- d) Eine Ärztin oder ein Arzt ist gehalten, einen Suizid im Rahmen der ärztlichen Möglichkeiten zu verhindern. Entschließt sich eine Patientin oder ein Patient trotz aller ärztlichen Bemühungen nach freiverantwortlicher Überlegung dazu, ihr oder sein Leben selbst zu beenden, so soll keine ärztliche Verpflichtung bestehen, gegen den ausdrücklichen Willen der oder des Betroffenen lebenserhaltend einzugreifen¹².
- e) Ein Eingriff in die körperliche Integrität (z.B. durch Einleitung oder Fortführung einer künstlichen Ernährung oder Beatmung) ohne ausdrückliche oder mutmaßliche Einwilligung der Patientin oder des Patienten ist eine rechtswidrige Körperverletzung und kann strafbar sein.

¹⁰ Die in der Palliativmedizin eingesetzten Medikamente zur fachgerechten Schmerz- und Symptombehandlung können zeitweilig und bei Verabreichung hoher Dosen auch sedierende (= bewusstseinsdämpfende) Nebenwirkungen haben, die in der Regel unerwünscht sind, aber zur Erreichung des Erfolgs der Behandlung in Kauf genommen werden.

¹¹ Unter terminaler Krankheitsphase versteht man ein Krankheitsstadium, in dem der Eintritt des Todes in Tagen oder wenigen Wochen unabwendbar absehbar ist und kurative Behandlungen nicht mehr möglich sind.

¹² Ohne einen Suizid ethisch oder rechtlich werten zu wollen, ist die Arbeitsgruppe der Auffassung, dass niemand, insbesondere weder ein Arzt noch ein naher Angehöriger, mit den Mitteln des Strafrechts gezwungen werden sollte, einen schwer leidenden Menschen in der von ihm selbst und freiverantwortlich gewählten Stunde des Todes allein zu lassen und ihn zum Weiterleben zu nötigen. Dagegen stellt die Arbeitsgruppe eine strafbewehrte Hilfeleistungspflicht nicht in Frage, soweit der Suizident, etwa wegen hirnerkranklicher Schäden oder psychiatrischer Befunde, den Entschluss zum Suizid nicht freiverantwortlich fassen konnte. Frau Dr. Beykirch, Frau Graf und Frau Dr. Knüppel haben dieser These mit folgender Begründung nicht zugestimmt: „Durch diese Regelung wird dem Schwerkranken implizit neben allen Möglichkeiten einer Sterbebegleitung die Option eines Suizids eröffnet. Dies kann zu einem nicht verantwortbaren – auch von Dritten ausübbar – zusätzlichen Druck auf Menschen führen, die sich in einer stark belastenden Lebenssituation befinden.“

2.7. Palliativmedizin und Hospizarbeit als Voraussetzung für die Patientenautonomie am Lebensende

Die flächendeckende Bereitstellung von Palliativmedizin und hospizlicher Versorgung ist eine wesentliche Voraussetzung für die wirksame Ausübung des Rechts auf Selbstbestimmung am Lebensende. Dazu gehört auch die Einführung von Palliativmedizin als verpflichtender Bestandteil¹³ der medizinischen und pflegerischen Ausbildung¹⁴. Die entsprechenden Rahmenbedingungen zur adäquaten Versorgung der Bevölkerung sind vom Gesetzgeber zu schaffen.

¹³ Querschnittsbereich mit Leistungsnachweis

¹⁴ Vgl. z.B. Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 (BGBl. I 2003 S.1442) und Altenpflegegesetz des Bundes vom 25.8.2003 (BGBl. I 2003 S. 1690)

III. Thesen zu Inhalt und Form von Patientenverfügungen sowie Voraussetzungen ihrer Verbindlichkeit

1. Inhalt von Patientenverfügungen

- a) Patientenverfügungen sind Willensbekundungen einer einwilligungsfähigen Person zu medizinischen und begleitenden Maßnahmen für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit.
- b) Patientenverfügungen können Festlegungen in Form von voraus erteilten Einwilligungen in die Einleitung, den Umfang oder die Beendigung bestimmter Maßnahmen, Ablehnungen bestimmter Maßnahmen und Anweisungen an behandelnde Ärztinnen und Ärzte und das Behandlungsteam enthalten. Auch können Bitten oder bloße Richtlinien für deren Entscheidung sowie Wertvorstellungen des Patienten aufgenommen werden. Patientenverfügungen können sich auf unterschiedliche Situationen wie z.B. die Sterbephase, eine unheilbare Erkrankung, den Verlust oder die Einschränkung der Kommunikationsfähigkeit, schwerwiegende Eingriffe wie Dialyse, Organersatz, künstliche Beatmung oder Ernährung, beziehen. Als Ergänzung und Interpretationshilfe einer Patientenverfügung kann es sinnvoll sein, wenn persönliche Wertvorstellungen, Einstellungen zum eigenen Leben und Sterben und religiöse Anschauungen geschildert werden.
- c) Die Willensbekundungen richten sich in erster Linie an die Ärztin oder den Arzt und das Behandlungsteam. Sie können sich zusätzlich an eine bevollmächtigte oder gesetzliche Vertreterin oder einen bevollmächtigten oder gesetzlichen Vertreter richten und Anweisungen oder Bitten zur Auslegung und Durchsetzung der Patientenverfügung enthalten. Die Patientin oder der Patient kann die Letztentscheidung darüber, wie die Patientenverfügung im Behandlungsfall auszulegen ist und ob sie im Einzelfall durchgesetzt werden soll, einer Betreuerin oder einem Betreuer, seiner oder seinem Gesundheitsbevollmächtigten oder einer anderen benannten Vertrauensperson überlassen, die auch die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt sein kann.

2. Form der Patientenverfügung

- a) Die Errichtung einer Patientenverfügung ist formfrei.
- b) Die Patientenverfügung kann mündlich, schriftlich oder notariell erfolgen. Der in einer schriftlich niedergelegten Patientenverfügung geäußerte Wille ist leichter nachweisbar und bietet deshalb eine bessere Gewähr dafür, dass die Willensbekundungen beachtet werden können (vgl. unter 3.). Eine schriftliche Abfassung der Patientenverfügung, eine ärztliche oder durch nichtärztliche fachkundige Organisationen oder Personen erfolgende Beratung und gegebenenfalls eine Bestätigung durch Zeugen sind deshalb empfehlenswert und sollten gefördert werden.

3. Verbindlichkeit von Festlegungen in einer Patientenverfügung: Voraussetzungen und Empfehlungen

- a) Die Patientin oder der Patient muss bei Abfassung oder Bestätigung der Verfügung einwilligungsfähig gewesen sein. Sie muss freiverantwortlich, insbesondere ohne äußeren Druck, abgegeben werden. Fehlen konkrete Anhaltspunkte, ist davon auszugehen, dass die Patientin oder der Patient zur Zeit der Abfassung der Patientenverfügung einwilligungsfähig war.
- b) Die Festlegungen binden, wenn sie im Einzelfall auf die konkrete Entscheidungssituation zutreffen oder auf sie übertragen werden können. Situationsbezogenheit und Eindeutigkeit der Willensbekundung müssen insbesondere dann außer Zweifel stehen, wenn medizinisch indizierte Maßnahmen untersagt werden.
- c) Handelt es sich bei den in einer Patientenverfügung genannten ärztlichen Maßnahmen um einen Eingriff in die körperliche Integrität, so ist die Einwilligung nur wirksam, wenn ihr eine ärztliche Aufklärung vorausgegangen ist, es sei denn, die Patientin oder der Patient hat hierauf verzichtet. Aus der Patientenverfügung soll sich ergeben, ob diese Voraussetzungen erfüllt sind.
- d) Die Wirksamkeit der Ablehnung bestimmter Maßnahmen hängt nicht von einer vorausgegangenen ärztlichen Aufklärung ab. Dennoch sollte sie auch in diesem Fall stattfinden, um Zweifel zu vermeiden, ob die Patientin oder der Patient die

Tragweite des Verbots und die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen erkannt hat.

- e) Eine beratende Ärztin oder ein beratender Arzt soll die Beratung dokumentieren und die Einwilligungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Abfassung in der Patientenverfügung bestätigen. Entsprechendes gilt für die Beratung durch nichtärztliche, im Umgang mit Patientenverfügungen erfahrene Einrichtungen oder Personen.¹⁵
- f) Festlegungen in einer Patientenverfügung können jederzeit schriftlich, mündlich oder durch schlüssiges Verhalten abgeändert oder widerrufen werden. Für die Wirksamkeit von Widerruf, Änderung oder Bestätigung gelten die gleichen Voraussetzungen wie bei der Errichtung der Patientenverfügung, insbesondere muss die Patientin oder der Patient einwilligungsfähig sein (vgl. These II.2.1b).
- g) Allein der Zeitraum zwischen Errichtung oder letzter Änderung oder Bestätigung der Verfügung und Behandlungszeitpunkt rechtfertigt nicht die Annahme, dass die abgegebenen Erklärungen nicht mehr gelten sollen. Eine in bestimmten Zeitabständen (z.B. jährlich) erfolgende Bestätigung der Patientenverfügung ist jedoch empfehlenswert.
- h) Festlegungen in einer Patientenverfügung binden daher nicht, soweit auf Grund konkreter Anhaltspunkte anzunehmen ist, dass die Patientin oder der Patient sie zum Behandlungszeitpunkt nicht mehr gelten lassen will. Solche Indizien können insbesondere Äußerungen oder ein Verhalten der oder des Kranken sein, aus denen auf einen geänderten Patientenwillen geschlossen werden kann. Bei neuen medizinischen oder pflegerischen Behandlungsmöglichkeiten ist zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient bei ihrer Kenntnis einen anderen Willen geäußert hätte.
- i) Es ist empfehlenswert,
 - die der Patientenverfügung zugrunde liegenden Motive und Wertvorstellungen darzulegen.Sie sind ein wichtiges Mittel zur Auslegung der Patientenverfügungen.

¹⁵ z.B. Hospizvereine, Notare u.a.

- eine Patientenverfügung mit einer Vorsorgevollmacht zu verbinden und die Patientenverfügung sowie die ihr zugrunde liegenden Motive und Wertvorstellungen mit der oder dem Bevollmächtigten zu besprechen.

4. Organspendeerklärung als Ergänzung der Patientenverfügung

Wenn eine Patientenverfügung mit einer Erklärung zur Organspende verknüpft wird, ist darauf zu achten, dass zwischen beiden Erklärungen keine inhaltlichen Widersprüche auftreten (z.B. in Bezug auf die im Vorfeld einer Organentnahme notwendigen intensivmedizinischen Maßnahmen). Eine ärztliche Beratung ist in diesen Fällen besonders empfehlenswert.

5. Hinterlegung und Registrierung von schriftlichen Patientenverfügungen

- a) Eine zentrale Hinterlegung oder Registrierung von Patientenverfügungen erscheint nicht sinnvoll, weil den Betroffenen eine Scheinsicherheit bezüglich der Fortgeltung und Bindung gegeben wird sowie Widerruf, Abänderung und Bestätigung erschwert würden.
- b) Begrüßt wird die Möglichkeit, in die elektronische Gesundheitskarte bei entsprechendem Patientenwunsch Hinweise zur Existenz einer Patientenverfügung aufzunehmen und eventuell auch die Hinterlegung der Patientenverfügung zu ermöglichen.
- c) Bei Aufnahme in ein Altenheim oder eine Pflegeeinrichtung, bei Aufnahme in ein Krankenhaus und zu Beginn einer ärztlichen Behandlung, bei der eine Einwilligungsunfähigkeit der Patientin oder des Patienten in Betracht gezogen werden muss, soll nach einer vorhandenen Patientenverfügung gefragt und dies geeignet dokumentiert werden. Hinweisen auf das Vorliegen einer Patientenverfügung soll nachgegangen werden.

6. Förderung und ärztliche Vergütung

Qualifizierte Beratungsstellen, die Bürgerinnen und Bürger bei der Abfassung, Änderung oder Bestätigung einer Patientenverfügung beraten, sollen gefördert werden.

Die qualifizierte medizinische Beratung bei Abfassung, Änderung oder Bestätigung einer Patientenverfügung durch eine Ärztin oder einen Arzt soll in den ärztlichen Gebührenordnungen berücksichtigt werden.

IV. Textbausteine für eine schriftliche Patientenverfügung

1. Vorbemerkungen

a) Verfügungsmuster oder persönliche Verfügung?

In den letzten Jahren hat die Zahl von Verfügungsmustern für Patientenverfügungen in starkem Maße zugenommen. Eine Sammlung von Musterverfügungen beim Zentrum für Medizinische Ethik in Bochum verzeichnet derzeit über 180 verschiedene Muster (www.medizinethik.de/verfuegungen.htm). Diese Muster werden unter verschiedenen Bezeichnungen angeboten, z.B. als „Patientenadvokatur“, „Patientenbrief“, „Vorausverfügung“ und vieles mehr. Diese Vielzahl von Mustern und Bezeichnungen führt bei den Betroffenen nicht selten zu Verunsicherungen, welche Bezeichnung, welches Muster, ob überhaupt ein Muster zu verwenden sei. Die Arbeitsgruppe hat sich für die Bezeichnung „Patientenverfügung“ entschieden, weil dieser Begriff auch in der Wissenschaft zunehmend ge­läufig ist.

Den verschiedenen angebotenen Musterpatientenverfügungen liegen sehr unterschiedliche konzeptionelle Überlegungen und auch sehr verschiedene weltanschauliche und religiöse Überzeugungen zugrunde. Einige Verfügungsmuster enthalten eher allgemein gehaltene Formulierungen, andere sind detaillierter ausgearbeitet und enthalten neben ja/nein – Alternativen auch Möglichkeiten individueller Anpassungen und Bearbeitungen durch den Nutzer. Zudem sind verschiedene Informationsbroschüren verfügbar, die Problemstellungen in spezifischen Krisensituationen erläutern und zum Teil auch Formularmuster und Textbausteine als Anhaltspunkte und Anregungen für die Beschreibung der eigenen Lage und der persönlichen Vorstellungen enthalten. Sie können als Grundlage zur Erstellung einer individuellen Patientenverfügung genutzt werden.

Jedem Menschen, der eine Patientenverfügung erstellen möchte, sollte bewusst sein, dass vor der Niederlegung eigener Behandlungswünsche ein Prozess der persönlichen Auseinandersetzung mit Fragen steht, die sich im Zusammenhang mit Krankheit, Leiden und Tod stellen. Diese Auseinandersetzung ist notwendig, um sich bewusst zu werden, dass eine Patientenverfügung als Ausdruck des

Selbstbestimmungsrechts auch die Selbstverantwortung für die Folgen bei Umsetzung der Patientenverfügung umfasst.

Werden in der Patientenverfügung Festlegungen zum Ob und Wie ärztlicher Behandlungen getroffen, sollte bedacht werden, dass in bestimmten Grenzsituationen des Lebens Voraussagen über das Ergebnis medizinischer Maßnahmen und mögliche Folgeschäden im Einzelfall kaum möglich sind. Festlegungen für oder gegen eine Behandlung schließen daher auch Selbstverantwortung für die Folgen ein. Sie erfordern auch die Bereitschaft, das Risiko zu tragen, entweder durch einen Behandlungsverzicht unter Umständen auf ein Weiterleben zu verzichten oder für eine Chance, weiter zu leben, auch Abhängigkeit und Fremdbestimmung in Kauf zu nehmen.

Am Ende dieser persönlichen Willensbildung kann sowohl die Entscheidung stehen, eine Patientenverfügung zu erstellen, als auch die Entscheidung, keine Vorsorge treffen zu wollen. Eine Patientenverfügung kann auch nur einen oder wenige Aspekte (vgl. These III.1) enthalten.

Wer Vorsorge für den Fall seiner Entscheidungsunfähigkeit treffen möchte, sollte nach Auffassung der Arbeitsgruppe auch eine Vorsorgevollmacht und/oder eine Betreuungsverfügung erstellen (vgl. These III.3.i).

Eine Beratung bei der Erstellung einer Patientenverfügung ist sehr empfehlenswert und trägt dazu bei, sich selbst Klarheit über das Gewollte zu verschaffen und Wertungswidersprüche zwischen einzelnen Äußerungen und Festlegungen zu vermeiden (Wie soll z.B. verfahren werden, wenn Betroffene einerseits ausführen, möglichst lange leben zu wollen, aber andererseits bestimmte lebenserhaltende Maßnahmen ablehnen?). Wird die Patientenverfügung mit einer Vorsorgevollmacht in Gesundheitsangelegenheiten oder einer Betreuungsverfügung verbunden, sollte die Patientenverfügung mit den darin genannten Personen besprochen werden. Eine Verfügung sollte bei bestehender Krankheit nach Rücksprache mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt konkretisiert und in ihr näher auf krankheitsbezogene Wünsche, Erwartungen und Behandlungsmöglichkeiten eingegangen werden.

Wenn die Patientenverfügung in verschiedenen Situationen gelten soll (beispielsweise für die Sterbephase, bei dauerndem Verlust der Einsichts- und

Kommunikationsfähigkeit, im Endstadium einer unheilbaren Erkrankung), sollte überlegt werden, ob die festgelegten Behandlungswünsche (beispielsweise die Durchführung oder Ablehnung von Maßnahmen wie künstliche Beatmung, künstliche Ernährung etc.) in allen beschriebenen Situationen gelten sollen oder ob für die jeweiligen Situationen gesondert Behandlungswünsche geäußert werden (Wird beispielsweise eine künstliche Ernährung auch bei einer weit fortgeschrittenen Demenzerkrankung abgelehnt?).

In der Regel wenig hilfreich sind unspezifische und auslegungsbedürftige Formulierungen wie: „Solange eine *realistische* Aussicht auf Erhaltung eines *erträglichen* Lebens besteht, erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung der *angemessenen* Möglichkeiten“ oder Begriffe wie „unwürdiges Dahinvegetieren“, „qualvolles Leiden“, „Apparatemedizin“.

Die Arbeitsgruppe vertritt die Auffassung, dass die Verwendung einer Musterverfügung sinnvoll sein kann, wenn das Muster wichtige Anwendungssituationen und Behandlungswünsche umfasst und darüber hinaus individuell ergänzt werden kann. Die Arbeitsgruppe hat aber darauf verzichtet, der bereits bestehenden Vielzahl im Umlauf befindlicher Musterverfügungen eine weitere Musterverfügung hinzuzufügen. Eine von der Arbeitsgruppe erarbeitete Musterverfügung würde den Eindruck der Vollständigkeit erwecken, könnte aber den verschiedensten weltanschaulichen und religiösen Grundeinstellungen und den sich daraus ergebenden vielfältigen Entscheidungsvarianten nicht gerecht werden.

b) Handreichungen für die Erstellung einer Patientenverfügung

Die Arbeitsgruppe sieht es als vorrangiges Ziel an, Bürgerinnen und Bürgern, die eine Patientenverfügung erstellen wollen, eine Hilfestellung bei der Errichtung einer individuellen Verfügung anzubieten und schlägt dazu nachstehend einige Textbausteine vor. Sie verstehen sich lediglich als Anregung und Formulierungshilfe. Zudem können sie dazu genutzt werden, eine aus der Vielzahl der bestehenden Angebote ausgewählte Musterverfügung zu ändern oder zu ergänzen.

Die vorgelegten Textbausteine enthalten zum Teil sich ausschließende Möglichkeiten (durch das Wort „ODER“ gekennzeichnet). Es wurde versucht, das mögliche Spektrum an Alternativen durch die Darstellung jeweils eines Textbausteines

mit dem Therapieziel der Lebenserhaltung und eines Bausteines mit dem Therapieziel der ausschließlichen Beschwerdelinderung zu beschreiben. Daneben sind viele Zwischenstufen denkbar. Eine individuelle Auseinandersetzung und eine Beratung sind deshalb zu empfehlen. Ebenso zu empfehlen ist eine regelmäßige Überprüfung und Aktualisierung der Patientenverfügung, insbesondere bei Änderungen der persönlichen oder gesundheitlichen Lebensumstände.

Die Befolgung der beschriebenen Behandlungswünsche ist nach geltendem Recht keine Tötung auf Verlangen (sog. „aktive Sterbehilfe“) und keine Beihilfe zur Selbsttötung.

c) Patientenverfügung bei bestehender schwerer Krankheit

Liegt bereits eine schwere Erkrankung vor, so empfiehlt es sich, die Patientenverfügung vor allem auf die konkrete Krankheitssituation zu beziehen. Dabei sollte mit der Ärztin oder dem Arzt über den Krankheitsverlauf, mögliche Komplikationen und palliative Behandlungsmöglichkeiten gesprochen werden. Zudem kann es sinnvoll sein, auch detailliertere Angaben zur Krankheitsgeschichte, Diagnose und der aktuellen Medikation sowie zu den Behandlungswünschen (z.B. Notfallplan) zu machen¹⁶.

d) Wertvorstellungen

Als Ergänzung und Interpretationshilfe einer Patientenverfügung kann es sinnvoll sein, wenn persönliche Wertvorstellungen, Einstellungen zum eigenen Leben und Sterben und religiöse Anschauungen schriftlich niedergelegt werden. Dies gilt besonders dann, wenn eine Patientenverfügung „in gesunden Tagen“ erstellt wird.

Die in einer Patientenverfügung festgelegten Wünsche im Hinblick auf das Ob und Wie medizinischer Maßnahmen in kritischen Krankheitssituationen beruhen meist auf persönlichen Wertvorstellungen, Lebenshaltungen, religiösen Anschauungen, Hoffnungen oder Ängsten. Um die Festlegungen in einer Patientenverfügung besser nachvollziehen zu können, kann es für das Behandlungsteam

¹⁶ Ein hilfreicher, aus der Beratungspraxis in der Palliativ- und Hospizarbeit entstandener Leitfaden ist zum Beispiel der Abschnitt „Ergänzung der Patientenverfügung im Fall schwerer Krankheit“ in der Broschüre des Bayerischen Justizministeriums „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“ (7. Auflage, Beck-Verlag 2004, online unter http://www.justiz.bayern.de/_broschueren/download.htm).

ebenso wie für Bevollmächtigte oder Betreuer hilfreich sein, den individuellen weltanschaulichen Rahmen des jeweils Betroffenen zu kennen. Das ist insbesondere dann wichtig, wenn es Auslegungsprobleme gibt oder wenn die konkrete Situation nicht genau derjenigen entspricht, die in der Patientenverfügung beschrieben wurde. Insofern kann die schriftliche Festlegung eigener Wertvorstellungen eine wichtige Ergänzung einer Patientenverfügung sein.

Folgende exemplarische Fragen sollen dazu anregen, über die eigenen Lebenseinstellungen und Wertvorstellungen nachzudenken. Sie beziehen sich auf:

- das bisherige Leben (Wurde ich enttäuscht vom Leben? Würde ich es anders führen, wenn ich nochmals von vorn anfangen könnte? Bin ich zufrieden, so wie es war? ...),
- das zukünftige Leben (Möchte ich möglichst lange leben? Oder ist mir die Qualität des Lebens wichtiger als die Lebensdauer, wenn beides nicht in gleichem Umfang zu haben ist? Welche Wünsche/Aufgaben sollen noch erfüllt werden? Wovor habe ich Angst im Hinblick auf mein Sterben? ...),
- eigene leidvolle Erfahrungen (Wie bin ich mit Krankheit oder Schicksalsschlag fertig geworden? Was hat mir in schweren Zeiten geholfen? ...),
- die Beziehungen zu anderen Menschen (Welche Rolle spielen Familie oder Freunde für mich? Kann ich fremde Hilfe gut annehmen? Oder habe ich Angst, anderen zur Last zu fallen? ...),
- das Erleben von Leid, Behinderung oder Sterben anderer (Welche Erfahrungen habe ich damit? Löst das Angst bei mir aus? Was wäre für mich die schlimmste Vorstellung? ...),
- die Rolle der Religion im eigenen Leben (Was bedeutet mir mein Glaube angesichts von Leid und Sterben? Was kommt nach dem Tod? ...).

Die Beschäftigung mit diesen oder auch anderen Fragen kann bei der Meinungsbildung zu möglichen Entscheidungssituationen hilfreich sein. Eine schriftliche Niederlegung der eigenen Wertvorstellungen kann zudem die Ernsthaftigkeit einer Patientenverfügung unterstreichen¹⁷.

¹⁷ Exzerpt aus der schon erwähnten Bayerischen Vorsorgebroschüre, vgl. Fn.16

Empfohlener Aufbau einer schriftlichen Patientenverfügung

Eingangsformel*

Situationen, für die die Patientenverfügung gelten soll*

Festlegungen zu ärztlichen/pflegerischen Maßnahmen*

Wünsche zu Ort + Begleitung

Aussagen zur Verbindlichkeit

Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

Hinweis auf beigefügte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Organspende

Schlussformel*

Schlussbemerkungen

Datum, Unterschrift*

Aktualisierung(en), Datum, Unterschrift

Anhang: Wertvorstellungen

Besonders wichtige Bestandteile sind mit Sternchen gekennzeichnet.*

2. Textbausteine

a) Eingangsformel

Ich..... (Name, Vorname, geboren am, wohnhaft in) bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann

b) exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Wenn ich

- mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde ...
- mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist...
- in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (*können namentlich benannt werden*) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist¹⁸.

¹⁸ Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patientinnen oder Patienten sind unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei Wachkomapatienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein weitgehend eigenständiges Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.

- in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen¹⁹.

- Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

.....

[Anmerkung: Es sollten nur Situationen beschrieben werden, die mit einer Einwilligungsunfähigkeit einhergehen können.]

c) **Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen**

Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.
- auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte.

ODER

- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

Schmerz- und Symptombehandlung²⁰:

¹⁹ Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z.B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennt der Kranke selbst nahe Angehörige nicht mehr und ist schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

²⁰ Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend. Nur in Extremsituationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle not-

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.

ODER

- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung.
- die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Künstliche Ernährung²¹

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird.

ODER

- dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) erfolgt.

Künstliche Flüssigkeitszufuhr²²

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.

ODER

- die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.

wendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte sog. indirekte Sterbehilfe).

²¹ Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Wachkoma-Patienten.

²² Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden kann schädlich sein, weil sie u.a. zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann.

ODER

- die Unterlassung jeglicher künstlicher Flüssigkeitszufuhr.

Wiederbelebung²³:

- a) In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich
- in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung.

ODER

- die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung,
- , dass der Notarzt nicht verständigt wird bzw. dass ein ggf. hinzugezogener Notarzt unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

- b) Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

ODER

- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen medizinischer Maßnahmen unerwartet eintreten.

Künstliche Beatmung:

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

ODER

- , dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

Dialyse:

²³ Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebungsmaßnahmen sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z.B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

ODER

- , dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

ODER

- Antibiotika nur zur Linderung meiner Beschwerden.

Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

ODER

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur zur Linderung meiner Beschwerden.

d) Organspende:

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu²⁴ (*ggf.*: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann

(Alternativen)

- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
- gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

ODER

²⁴ Vgl. § 3 Abs. 2 des Transplantationsgesetzes

Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

e) **Ort der Behandlung, Beistand:**

Ich möchte

- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

ODER

- wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

ODER

- wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte

- Beistand durch folgende Personen:.....
.....
- Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:.....
- hospizlichen Beistand.

f) **Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung**

- Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Mein(e) Vertreter(in) – z.B. Bevollmächtigte(r)/ Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.
- Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertreterin/meinem Vertreter (z.B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)) erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

- In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen liegt bei:
(Alternativen)
 - meiner/ meinem Bevollmächtigten
 - meiner Betreuerin/ meinem Betreuer
 - der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt

- Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber *die behandelnden Ärztinnen und Ärzte / das Behandlungsteam / mein(e) Bevollmächtigte(r)/ Betreuer(in)* aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen liegt bei:
(Alternativen)
 - meiner/ meinem Bevollmächtigten
 - meiner Betreuerin/ meinem Betreuer
 - der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt

g) Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen:

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:
Bevollmächtigte(r)
Name:
Anschrift:
Telefon: Telefax:

- Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl des Betreuers erstellt (ggf.: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/ Betreuer besprochen).

gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer

Name:

Anschrift:

Telefon: Telefax:

- Ich habe einen Notfallbogen²⁵ ausgefüllt, den auch *meine Hausärztin/ mein Hausarzt* bestätigt hat.

h) Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

- Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen
-

i) Schlussformel

- Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

k) Schlussbemerkungen

- Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.

²⁵ Der Notfallbogen versteht sich als „komprimierte Patientenverfügung“ für die Entscheidungssituation des Notarztes bei Herz-Kreislaufstillstand. Der Patient dokumentiert mit einem Notfallbogen seine Zustimmung oder Ablehnung der Herz-Lungen Wiederbelebung ggf. in Ergänzung einer Patientenverfügung. Der Notfallbogen kann nur nach dokumentierter ärztlicher Aufklärung vom Patienten unterzeichnet (und ggf. von der Pflegeeinrichtung gegengezeichnet) werden und bringt den erklärten Willen des Patienten in einer besonderen Situation zum Ausdruck [Kretschmer, B. (2002): Der „rote“ Umschlag für den Notarzt. Möglichkeiten und Chancen eines Notfallbogens als komprimierter Patientenverfügung im Rettungseinsatz, in: May, A., Geißendörfer, E. Simon, A., Strätling, M. (Hg.): Passive Sterbehilfe: besteht gesetzlicher Regelungsbedarf? Münster: LIT, S. 141-171; Stratmann, D. (2001): Entscheidungen am Lebensende – wie geht mich dies an? Brandenburger Notfallblatt, 2 (1), 6-7; Zeller, E.: Der Notfallbogen als komprimierte Patientenverfügung, in: Schulze, U., Niewohner, S. (Hg.): Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase – zwischen Autonomie und Fürsorge, im Druck]

- Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.
- Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.
- Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

l) Information/Beratung

- Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei bzw. durch und beraten lassen durch

m) Ärztliche Aufklärung/ Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau

wurde von mir am bzgl. der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum.....Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes.....

Die Einwilligungsfähigkeit kann auch durch eine Notarin oder einen Notar bestätigt werden.

n) Aktualisierung:

- Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

ODER

- Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von (*Zeitangabe*)..... ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige
- Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend

- in vollem Umfang.

ODER

- mit folgenden Änderungen:.....

Datum..... Unterschrift.....

3. **Beispiele zur Veranschaulichung:**

Die nachstehenden Beispiele sollen veranschaulichen, wie anhand der Textbausteine eine individuelle Patientenverfügung erstellt werden könnte. Eine persönliche Auseinandersetzung mit der individuellen Lebenssituation und den eigenen Wünschen und Vorstellungen über Krankheit, Leiden und Sterben ist unerlässlich. Die Angaben in den Beispielen sind daher auf erfundene Personen bezogen und eignen sich nicht dazu, als eigene Patientenverfügung abgeschrieben zu werden. Eine fachkundige Beratung bei der Erstellung einer individuellen Patientenverfügung ist an dieser Stelle nochmals zu empfehlen (s. hierzu auch S. 16).

Beispiel 1:

„PATIENTENVERFÜGUNG

Ich, Lieselotte Beispiel

geboren am: 01.11.1926

wohnhaft in: Zechenstraße 623, 44581 Castrop-Rauxel

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:

Wenn in Folge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte (Dr. med. Hausarzt und Dr. med. Neurologe) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, oder

wenn ich bereits in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen, oder wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren Erkrankung befinde,

so treffe ich folgende Festlegungen:

Es sollen alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

Ich erwarte eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung. Wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, sollen bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung eingesetzt werden. Dabei nehme ich die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen in Kauf.

Eine künstliche Ernährung soll unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) nicht erfolgen. Die künstliche Flüssigkeitszufuhr soll nach ärztlichem Ermessen reduziert werden.

Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstandes oder Atemversagens lehne ich Maßnahmen der Wiederbelebung ab.

Künstliche Beatmung lehne ich ab und eine schon eingeleitete Beatmung soll eingestellt werden, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

Ich lehne eine Dialyse ab und möchte auch keine fremden Gewebe oder Organe empfangen. Ich wünsche Blut oder Blutersatzstoffe nur zur Beschwerdelinderung. Zu einer Entnahme von Organen zu Transplantationszwecken bin ich nicht bereit.

Ich möchte, wenn möglich, in einem Hospiz sterben und dort geistlichen Beistand meines Heimatpfarrers oder, wenn dies nicht möglich ist, den Beistand durch einen Pfarrer der evangelisch-reformierten Kirche.

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Willen zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Mein Bevollmächtigter soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

Sollte ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meinem Bevollmächtigten erwarte ich, dass er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen liegt bei meinem Bevollmächtigten.

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärzte oder das Behandlungsteam aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entspre-

chen. Die letzte Entscheidung über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen liegt bei meinem Bevollmächtigten.

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Bevollmächtigter:

Name: Max Rührig

Anschrift: Zum Rosenblick 12, 98765 Musterstadt

Telefon: 0123/ 456789

Telefax: 0123/ 987654

Ich habe einen Notfallbogen ausgefüllt, den auch mein Hausarzt bestätigt hat.

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich eine Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen beigelegt.

Soweit ich in dieser Verfügung bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.

Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt. Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

Meine Wertvorstellungen:

Ich gehe nun auf meinen 80. Geburtstag zu und habe ein abwechslungsreiches Leben geführt. Meine Kinder und Enkel sind alle schon im Beruf und weggezogen, aber ich bin sehr stolz auf sie.

Als mein Mann vor 15 Jahren verstarb, bin ich regelmäßig mit meinem Kegelklub weggefahren. Dies fällt mir seit meiner Hüftoperation immer schwerer. Körperliche Beschwerden und Untätigkeit zu ertragen, wie nach meiner Operation, fällt mir schwer, aber ich kann es aushalten. Dann kann ich auch fremde Hilfe annehmen. Unerträglich ist mir aber die Vorstellung, geistig nicht mehr fit und dann auf Hilfe angewiesen zu sein. Ich habe bei meiner Freundin gesehen, wie sie sich mit ihrer Demenz verändert hat. So möchte ich nicht leben.

Mir ist es sehr wichtig, dass ich mich mit meinen Freunden und meiner Familie unterhalten kann. Wenn ich einmal so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin, wo ich bin und Familie und Freunde nicht mehr erkenne, so soll es dann auch nicht mehr lange dauern, bis ich sterbe. Daher möchte ich dann keine Behandlung und auch keine Maschinen, die mein Sterben nur hinauszögern. Die ganzen Schläuche und die ganzen Apparate machen mir Angst und ich möchte auch nicht mehr vom Notarzt reanimiert werden, weil es doch auch mal gut sein soll, wenn mein Herz zu schlagen aufgehört hat.

Als ich vor einigen Jahren ein Plakat zu einer Informationsveranstaltung des Hospizes in Recklinghausen gesehen habe, war ich einige Male dort und habe mich informiert. In einer solchen netten und lieben Umgebung möchte ich auch sterben. Ich bin froh, dass mich die Leiterin des Hospizes so gut informiert hat.

*Lieselotte Beispiel
Castrop-Rauxel, den 10. Juni 2004“*

Frau Lieselotte Beispiel wurde von mir am 10. Juni 2004 bzgl. der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt. Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

*Datum: 10. Juni 2004
Unterschrift Dr. Hausarzt
Stempel des Hausarztes*

Beispiel 2:

„PATIENTENVERFÜGUNG

*Ich, Max Beispiel
geboren am: 14. Juni 1942.
wohnhaft in: 10179 Berlin, Beispielsstraße 1
bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann:*

Meine Verfügung soll gelten, wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde und wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. Auch für andere Situationen erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten.

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich, dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern; auch fremde Gewebe und Organe, wenn dadurch mein Leben verlängert werden kann. Zur Linderung von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, aber nicht, wenn dadurch ungewollt eine Verkürzung meiner Lebenszeit eintreten kann.

Ich wünsche, dass eine künstliche Ernährung und ebenso eine künstliche Flüssigkeitszufuhr und eine künstliche Beatmung begonnen oder weitergeführt werden, wenn mein Leben dadurch verlängert werden kann.

In jedem Fall möchte ich bei einem Notfall, dass Versuche meiner Wiederbelebung durchgeführt werden und ein Notarzt verständigt wird.

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird.

Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung festgelegten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass unverzüglich für eine anderweitige medizinische und pflegerische Behandlung gesorgt wird. Meine Bevollmächtigte soll dafür sorgen, dass meinem Willen entsprochen wird.

*Ich möchte zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt werden.
Ich möchte Beistand durch meine Ehefrau.*

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird.

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Bevollmächtigte

Name: Erna Beispiel

Anschrift: 10179 Berlin, Beispielsstraße 1

Telefon: 030/ 123456

Telefax: 030/ 789012

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich eine Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen beigelegt.

Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt. Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst. Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert beim Betreuungsverein und habe mich beraten lassen durch meine Hausärztin Frau Dr. Schmidt.

Meine Wertvorstellungen:

Ich bin 62 Jahre alt und werde in 6 Monaten den Ruhestand antreten. Ich bin mit meinem Leben zufrieden, habe im Beruf meinen Mann gestanden und immer alles gut im Griff gehabt. Auch meine Krankheiten (Hoher Blutdruck, 5-fach-Bypass) habe ich gut wegstecken können. Seit 5 Jahren bin ich zum zweiten Mal glücklich verheiratet. Zu meiner ersten Frau und unseren zwei erwachsenen Kindern habe ich nur gelegentlich Kontakt.

Mir war es immer wichtig, dass ich möglichst lange leben kann, unabhängig davon, wie es mir geht und dass mir umfassende medizinische und pflegerische Hilfe zuteil wird, auch wenn ich schon sehr alt und sehr krank sein sollte. Deshalb macht es mir auch nichts aus, wenn ich weitestgehend auf fremde Hilfe angewiesen bin. Ich weiß, dass meine Familie das nicht als Belastung empfinden würde. Mein Lebenswillen ruht auf einem starken Vertrauen in die Errungenschaften der Medizin, von denen ich möglichst lange profitieren möchte. Die schon länger dauernde Diskussion um eine Altersrationierung finde ich erschreckend und lehne die Verweigerung von Maßnahmen aufgrund meines Alters ab.

*Max Beispiel
Berlin, den 10. Juni 2004“*

V. Empfehlungen an den Gesetzgeber

1. Vorschläge zur Änderung des Betreuungsrechts

1.1. Regelungsvorschläge

Die Arbeitsgruppe schlägt vor, in die Vorschriften des BGB über die rechtliche Betreuung folgende Bestimmungen neu aufzunehmen und zu ändern²⁶:

1.1.1. Einfügung von § 1901 b BGB neu²⁷

„§ 1901b Patientenverfügungen

(1) Der Betreuer hat den in einer Patientenverfügung geäußerten Willen des Betreuten zu beachten. Liegt eine Patientenverfügung über die Einwilligung oder die Verweigerung der Einwilligung in bestimmte ärztliche oder pflegerische Maßnahmen vor, die auf die konkrete Entscheidungssituation zutrifft, so gilt die Entscheidung des Betreuten nach Eintritt der Einwilligungsunfähigkeit fort. Dem Betreuer obliegt es, diese Entscheidung durchzusetzen, soweit ihm dies zumutbar ist. Das gilt auch dann, wenn die Erkrankung noch keinen tödlichen Verlauf genommen hat.

(2) Der Absatz 1 gilt auch für Bevollmächtigte, soweit der Vollmachtgeber nichts anderes bestimmt hat.“

1.1.2. Änderung und Ergänzung von § 1904 BGB²⁸

„§ 1904 Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen

²⁶ Die im Folgenden für den Betreuer vorgeschlagenen Regelungen sollen entsprechend für den gesetzlichen Vertreter in den Fällen der §§ 1358a, 1618b i.d.F. des Entwurfs eines BtÄndG (BT-Drucks. 15/2494) gelten.

²⁷ Frau Arenz und Herr Schwonburg haben dieser Empfehlung nicht zugestimmt.

²⁸ Frau Arenz und Herr Schwonburg haben dieser Empfehlung nicht zugestimmt.

(1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

(2) Die Verweigerung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 Satz 1 bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt und anzunehmen ist, dass der Betreute auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt. Bis zur Entscheidung über die Genehmigung hat das Vormundschaftsgericht die im Interesse des Betreuten erforderlichen Maßregeln zu treffen.

(3) Eine Genehmigung nach Absatz 1 und 2 ist nicht erforderlich, wenn zwischen Betreuer und Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Verweigerung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten entspricht.

(4) Die Genehmigung nach Absatz 1 und 2 ist zu erteilen, wenn die Erteilung, die Verweigerung oder der Widerruf der Einwilligung dem mutmaßlichen Willen des Betreuten entspricht. Hierfür bedarf es individueller konkreter Anhaltspunkte. Fehlen diese, ist das Wohl des Betreuten maßgebend. Dabei ist im Zweifelsfall dem Lebensschutz des Betreuten Vorrang einzuräumen. Liegt eine ausdrückliche, auf die Entscheidung bezogene Erklärung des Patienten vor, so hat das Vormundschaftsgericht festzustellen, dass es seiner Genehmigung nicht bedarf.

(5) Ein Bevollmächtigter kann in eine der in Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 2 Satz 1 genannten Maßnahmen nur einwilligen, sie verweigern oder die Einwilligung widerrufen, wenn die Vollmacht diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst und schriftlich erteilt ist. Die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts ist nicht erforderlich.“

1.2. Erläuterungen

1.2.1. Allgemein

Die Arbeitsgruppe schlägt vor, Regelungen zur Patientenverfügung im Betreuungsrecht zu treffen und sieht von einem Vorschlag für ein eigenes Gesetz über Patientenverfügungen aus folgenden Gründen ab²⁹:

Da Patientenverfügungen in erster Linie Willensbekundungen zu gewünschten oder abgelehnten ärztlichen Behandlungen für den Fall der Entscheidungsunfähigkeit des Verfassers enthalten und sich vorrangig an den behandelnden Arzt richten, müsste ein solches Gesetz auch bestimmte Elemente des Arzt-Patienten-Verhältnisses regeln, etwa die Maßgeblichkeit des Patientenwillens bei entgegenstehender ärztlicher Indikation, die notwendige Aufklärung, den Verzicht hierauf, den Rückgriff auf den mutmaßlichen Willen, die Notwendigkeit von Vertreterentscheidungen u.a.. Eine solche gesonderte gesetzliche Teilregelung des bisher nicht kodifizierten Arztrechts erscheint nicht empfehlenswert. Sie ist auch nicht notwendig, weil die allgemeinen Grundsätze des Arztrechts auf der Grundlage gefestigter höchstrichterlicher Rechtsprechung nicht ernsthaft strittig sind.

Kurzfristig erforderlich sind jedoch gesetzliche Regelungen zu folgenden von der Rechtsprechung nicht eindeutig oder unterschiedlich gelösten praktisch besonders bedeutsamen Fragen:

- Erforderlichkeit einer Vertreterentscheidung bei Vorliegen einer Patientenverfügung,
- Bindung des Vertreters an den Patientenwillen,
- Erforderlichkeit einer Zustimmung des Vormundschaftsgerichts zu Vertreterentscheidungen.

Die Arbeitsgruppe würde es daher begrüßen, wenn die vorgeschlagenen Ergänzungen der §§ 1901 und 1904 BGB möglichst bald in einem Gesetzgebungsverfahren zur Änderung des Betreuungsrechts Berücksichtigung finden würden.

²⁹ Frau Neumann trägt diesen Vorschlag mit folgender Begründung nicht mit: "Der Humanistische Verband Deutschlands hält ein eigenes Gesetz zur Sicherung der Patientenautonomie für sinnvoll, das die Voraussetzungen und Bindungswirkungen einer Patientenverfügung für Ärzte, Pflegekräfte, Betreuer und Bevollmächtigte regelt."

1.2.2. Im Einzelnen

a) Zu § 1901b BGB neu:

§ 1901b BGB neu führt das Rechtsinstitut der – nicht formbedürftigen – Patientenverfügung in das bürgerliche Recht ein. Es wird klargestellt, dass der Betreuer den in einer Patientenverfügung geäußerten Willen des Betreuten zu beachten hat sowie vom Betreuten in der Patientenverfügung getroffene Entscheidungen über die Durchführung oder Verweigerung bestimmter ärztlicher Maßnahmen auch nach Eintritt der Einwilligungsunfähigkeit des Betreuten fortgelten und vom Betreuer durchzusetzen sind, soweit ihm dies zumutbar ist.

Der Betreuer hat die Patientenverfügung auch dann zu beachten, wenn keine auf die konkrete Behandlungssituation bezogenen Festlegungen getroffen wurden. In diesem Fall ist die Patientenverfügung als ein Indiz zur Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens heranzuziehen, auf dessen Grundlage der Betreuer über seine Einwilligung in eine medizinische Behandlung des Betreuten entscheidet.

Hat der Patient in seiner Patientenverfügung bereits Entscheidungen getroffen, die ausdrücklich oder nach Auslegung der Patientenverfügung auf die konkrete Entscheidungssituation anwendbar sind, so gilt diese Entscheidung auch bei eingetretener Entscheidungsunfähigkeit des Patienten fort. Einer Einwilligung des Betreuers in eine anstehende ärztliche Behandlung bedarf es daher nicht. In diesen Fällen ist es Aufgabe des Betreuers, für die Durchsetzung der vom Betreuten bereits getroffenen Entscheidung Sorge zu tragen, ihr – wie es in dem Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 17. März 2003 heißt – „Ausdruck und Geltung zu verschaffen“. Es erscheint geboten, dies ausdrücklich gesetzlich klarzustellen, weil Rechtslehre und Rechtsprechung auch Patientenverfügungen, welche die konkrete Behandlungssituation betreffen, oft nur als ein Indiz bei der Ermittlung des im Zeitpunkt der Behandlung anzunehmenden mutmaßlichen Patientenwillens werten und eine Einwilligung des Betreuers in die ärztliche Behandlung fordern, obwohl der (betreute) Patient diese Entscheidung bereits selbst getroffen hat.

Eine Beachtung und Durchsetzung des Patientenwillens ist dem Betreuer aber nicht zuzumuten, wenn nicht oder nur unter unverhältnismäßigem Aufwand zu beseitigende örtliche, finanzielle oder versorgungstechnische Hindernisse entgegenstehen oder wenn der Patientenwille auf ein gesetzlich oder arztrechtlich verbotenes Tun gerichtet ist. Letzteres ist der Fall, wenn um aktive Sterbehilfe, die Ermöglichung eines Suizids oder um eine ärztliche Maßnahme gebeten wird, die mit dem Berufsethos des Arztes, insbesondere wegen Missachtung der ärztlichen Indikation, nicht vereinbar ist.

§ 1901b Abs. 1 Satz 4 BGB neu stellt klar, dass die Verpflichtungen nach Satz 1 bis 3 unabhängig davon bestehen, ob die Grunderkrankung des Betreuten bereits einen irreversibel tödlichen Verlauf angenommen hat. Entgegen der Auffassung des Bundesgerichtshofs im Beschluss vom 17. März 2003 kann für das Verlangen des Betreuers, eine medizinische indizierte Behandlung nicht durchzuführen oder einzustellen, auch dann Raum sein, wenn das Grundleiden des Betroffenen noch keinen irreversibel tödlichen Verlauf angenommen hat und durch die Behandlung das Leben des Betroffenen erhalten oder verlängert werden könnte. Ebenso wie der in der aktuellen Situation entscheidungsfähige Patient ohne Rücksicht auf die Art und den Verlauf seiner Erkrankung selbst darüber befinden kann, ob und ggf. welche ärztlichen Maßnahmen an ihm vorgenommen werden dürfen, ist es Ausfluss seines verfassungsrechtlich verbürgten Selbstbestimmungsrechts, eine solche Entscheidung auch im Voraus für den Fall seiner Entscheidungsunfähigkeit treffen und von seinem Vertreter die Durchsetzung seines Willens erwarten zu können.

b) Zu § 1904 BGB neu

Bisher fehlt eine gesetzliche Regelung dazu, ob und ggf. wann eine Weigerung des Betreuers, ärztlich indizierten lebenserhaltenden Maßnahmen zuzustimmen, einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung bedarf. Solche lebenserhaltenden Maßnahmen sind u.a. die künstliche Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr, die z.B. durch die Speiseröhre (Magensonde) oder Bauchdecke (PEG) in den Magen oder intravenös gegeben wird, die maschinelle Beatmung, die Dialyse, die Bekämpfung einer zusätzlich auftretenden Krankheit (Lungenentzündung, Infektion u.a.) sowie die Reanimation. § 1904 BGB ist auf die Nichteinleitung oder den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen weder unmittelbar noch entsprechend an-

wendbar. Die Regelung bezieht sich auf ärztliche Maßnahmen, die darauf gerichtet sind, dem Betreuten Leben und Gesundheit zu erhalten, aber das Risiko des tödlichen Misslingens mit sich bringen, während bei dem Unterlassen lebenserhaltender oder – was rechtlich keinen Unterschied macht – lebensverlängernder Maßnahmen der Tod des Betreuten als Folge des Behandlungsverzichts krankheitsbedingt eintritt. Der XII. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat in seinem Beschluss vom 17. März 2003 im Wege der Rechtsfortbildung entschieden, dass der Betreuer das Vormundschaftsgericht nur in solchen Konfliktfällen einschalten muss, in denen er die Einwilligung in eine ärztlicherseits angebotene lebenserhaltende Maßnahme verweigert und hat dem Gesetzgeber insoweit eine gesetzliche Regelung nahegelegt.

Zudem ist § 1904 BGB auch insoweit unklar gefasst, als sich nicht eindeutig entnehmen lässt, in welchen Fällen das Vormundschaftsgericht Betreuerentscheidungen bei gefährlichen ärztlichen Maßnahmen (§ 1904 Abs. 1 BGB) zustimmen muss. Dabei ist es in Rechtsprechung und Literatur unstrittig, dass es auch in diesen Fällen nicht auf eine Entscheidung des Betreuers ankommt, wenn der Betreute selbst in die ärztliche Maßnahme einwilligen kann und auch im Falle seiner Einwilligungsunfähigkeit der grundsätzliche Willensvorrang des Betreuten zu beachten ist (§ 1901 BGB).

Die Arbeitsgruppe verfolgt daher mit den vorgeschlagenen Änderungen das Ziel, die Einschaltung des Vormundschaftsgerichts insgesamt klarer zu regeln, die zustimmungspflichtigen Entscheidungen des Betreuers auf Konfliktfälle zu beschränken, die Genehmigungskriterien des Vormundschaftsgerichts näher zu bezeichnen und die Stellung des Bevollmächtigten zu stärken.

Zu § 1904 Abs. 2 BGB neu

Die Arbeitsgruppe schlägt in § 1904 Abs. 2 BGB neu eine gesetzliche Regelung zu der Frage vor, in welchen Fällen das Vormundschaftsgericht einer Entscheidung des Betreuers zustimmen muss, wenn die Nichteinleitung oder der Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme entsprechend dem Willen des Patienten beabsichtigt ist.

Nach dem Vorschlag der Arbeitsgruppe ist die Einschaltung des Vormundschaftsgerichts erforderlich, wenn zwischen Arzt und Betreuer Zweifel oder Meinungsverschiedenheiten über den Inhalt des Patientenwillens bestehen. Denn dieser und nicht die ärztliche Indikation als solche ist maßgebend dafür, ob auf

lebenserhaltende oder lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet werden darf. In die Meinungsbildung hierzu hat der Arzt nach Auffassung der Arbeitsgruppe auch das Behandlungsteam (vgl. Fn. 3) einzubeziehen. Die nächsten Angehörigen und Bezugspersonen sollen angehört werden.

Da die Entscheidung des Betreuers erst mit einer – zustimmenden – Entscheidung des Vormundschaftsgerichts wirksam wird, stellt Absatz 2 Satz 2 sicher, dass das Vormundschaftsgericht bis zu seiner Entscheidung erforderlichenfalls Maßregeln zur vorläufigen Durchführung oder Fortsetzung der ärztlichen Maßnahme zu treffen hat.

Zu § 1904 Abs. 3 BGB neu

Von der nach Absatz 1 und 2 grundsätzlich bestehenden Genehmigungspflicht sollen Betreuerentscheidungen nur dann befreit sein, wenn zwischen Arzt und Betreuer Einvernehmen darüber besteht, dass die Entscheidung des Betreuers über die Einwilligung, die Versagung oder den Widerruf der Einwilligung dem Patientenwillen entspricht. Dieses Einvernehmen muss nach Auffassung der Arbeitsgruppe ärztlich dokumentiert werden. In diesen Fällen soll die Durchsetzung des zwischen Betreuern und Arzt unstrittigen Patientenwillens nicht mit einem gerichtlichen Verfahren belastet werden, das die Durchsetzung des Patientenwillens erheblich verzögert und der konsensual erzielten Entscheidungsfindung der Beteiligten nicht überlegen ist, da das Vormundschaftsgericht zur Ermittlung des Patientenwillens ohnehin auf die Befragung der Beteiligten angewiesen wäre. Unberührt von der neuen Regelung bleibt die Befugnis von jedermann, das Vormundschaftsgericht zur Missbrauchskontrolle anzurufen.

Zu § 1904 Abs. 4 BGB neu

Mit dem vorgeschlagenen Absatz 4 sollen die für das Vormundschaftsgericht maßgeblichen Beurteilungskriterien für die Erteilung der Zustimmung nach Absatz 1 und 2 gesetzlich geregelt werden. Damit wird klargestellt, dass das Vormundschaftsgericht bei der Entscheidung über die Rechtmäßigkeit der Erteilung der Einwilligung nach Absatz 1 und über die Verweigerung oder den Widerruf der Einwilligung nach Absatz 2 die Entscheidung des Betreuers zum Schutz des Betreuten dahin gehend zu überprüfen hat, ob diese Entscheidung tatsächlich dem ermittelten mutmaßlichen Patientenwillen entspricht. Das Recht jedes Menschen auf Selbstbestimmung gebietet es nach Auffassung der Arbeitsgruppe, den in einer Patientenverfügung im Voraus geäußerten Willen eines Menschen ebenso zu

achten wie den Willen eines aktuell einwilligungsfähigen Menschen. Deshalb hat das Vormundschaftsgericht nach Auffassung der Arbeitsgruppe die Genehmigung zu erteilen, wenn die Entscheidung des Betreuers dem Patientenwillen entspricht. Zur Feststellung des mutmaßlichen Willens bedarf es individueller, konkreter, aussagekräftiger Anhaltspunkte³⁰.

Kann jedoch ein auf die Durchführung einer ärztlichen Maßnahme oder die Nichteinleitung oder Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen gerichteter Wille des Betreuten nicht festgestellt werden, gebietet es nach Auffassung der Arbeitsgruppe das hohe Rechtsgut auf Leben, entsprechend dem Wohl des Betreuten zu entscheiden und dabei dem Schutz seines Lebens Vorrang einzuräumen. Insbesondere soll ausgeschlossen werden, dass hierbei auf sog. allgemeine Wertvorstellungen (vgl. BGHSt 40, 257) zurückgegriffen wird³¹.

Liegt eine ausdrückliche, auf die anstehende Behandlungssituation bezogene und fortgeltende Willensbekundung des Betreuten vor (Situationsbezogenheit und Eindeutigkeit der Willensäußerung müssen dabei außer Zweifel stehen), so hat das Vormundschaftsgericht festzustellen, dass es seiner Genehmigung nicht bedarf, weil nicht der Betreuer, sondern der Betreute selbst in Ausübung seines – keiner vormundschaftlichen Kontrolle unterliegenden – Selbstbestimmungsrechts bereits eine Entscheidung getroffen hat und dann eine Entscheidung des Betreuers nicht maßgeblich ist.

Zu § 1904 Abs. 5 BGB neu

§ 1904 Abs. 5 BGB neu regelt die Genehmigungsbedürftigkeit entsprechender Entscheidungen des Bevollmächtigten. Da der XII. Zivilsenat des BGH die Genehmigungsbedürftigkeit aus einem „unabweisbaren Bedürfnis des Betreuungsrechts“ abgeleitet hat, ist zu entscheiden, ob auch der Bevollmächtigte einer Genehmigung seiner Entscheidungen durch das Vormundschaftsgericht bedarf. Während dem Betreuer seine Vertretungsmacht durch einen staatlichen Akt verliehen wird, beruht die Vertretungsmacht des Bevollmächtigten auf einem privatrechtlichen Vertretungsauftrag. Die Arbeitsgruppe möchte die Verbreitung der Vorsorgevollmacht fördern und die Stellung des Bevollmächtigten stärken. Der

³⁰ Dies bedeutet keine Herabsetzung des Beweismaßes.

³¹ Herr Lindemann hat gegen die vorgeschlagene Regelung von § 1904 Abs. 4 Satz 2 bis 4 BGB rechtssystematische Bedenken geltend gemacht. Insbesondere würde sie zu Widersprüchen mit § 1901 Abs. 2 und 3 BGB führen.

Patient soll daher die Einschaltung des Vormundschaftsgerichts vermeiden können, wenn er eine von ihm ausgewählte Person ausdrücklich und schriftlich ermächtigt, auch über ärztliche Maßnahmen nach Absatz 1 oder 2 zu entscheiden. Entscheidungen eines durch staatlichen Akt bestellten Betreuers in existentiellen Angelegenheiten des Betreuten sind nach Auffassung der Arbeitsgruppe durch Einführung von Genehmigungserfordernissen strenger zu kontrollieren als Entscheidungen eines Bevollmächtigten, den der Patient in Ausübung seiner grundrechtlich gewährleisteten Privatautonomie selbst beauftragt hat. Die Möglichkeit, das Vormundschaftsgericht zur Missbrauchskontrolle anzurufen und anzuregen, einen Betreuer zur Kontrolle des Bevollmächtigten einzusetzen, wird von der vorgeschlagenen Regelung nicht berührt.

2. Vorschläge zur Änderung des Strafrechts

2.1. Regelungsvorschlag zur Ergänzung von § 216 StGB

Die Arbeitsgruppe schlägt vor, § 216 StGB wie folgt zu ergänzen.

Dem § 216 StGB wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Nicht strafbar ist

1. die Anwendung einer medizinisch angezeigten leidmindernden Maßnahme, die das Leben als nicht beabsichtigte Nebenwirkung verkürzt,
 2. das Unterlassen oder Beenden einer lebenserhaltenden medizinischen Maßnahme,
- wenn dies dem Willen des Patienten entspricht.“

2.2. Erläuterung

2.2.1. Allgemein:

Die Arbeitsgruppe ist sich darüber einig, dass die Tötung auf Verlangen (sog. aktive Sterbehilfe oder Euthanasie) weiterhin strafbar bleiben muss, um den Schutz des hohen Rechtsgutes Leben zu gewährleisten.

Aufgrund der in der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs entwickelten Grundsätze sind die sog. passive und indirekte Sterbehilfe nicht strafbar. In der Praxis besteht jedoch bei Ärzten, Patienten und Patientenvertretern erhebliche Verunsicherung, da die Rechtslage oftmals nicht bekannt ist. Mit einer Ergänzung des § 216 StGB, die die bestehenden Rechtsgrundsätze in Gesetzesform umsetzt, wird Rechtsklarheit geschaffen, die Rechtssicherheit für die Beteiligten erhöht und die Durchsetzung der Patientenautonomie gefördert. Zudem wird verdeutlicht, dass das geltende Recht ausreichende Möglichkeiten enthält, um auch in Phasen schweren Leidens sowohl die Wünsche des Einzelnen zu respektieren als auch den Schutz des Lebens zu achten. Auffassungen, nach denen für Ausnahmefälle eine Legalisierung der sog. aktiven Sterbehilfe notwendig sei, um Schwerstkranken ein würdiges Sterben zu gewährleisten, kann damit wirksam begegnet werden.

2.2.2. Im Einzelnen:

a) Zum Vorschlag zu § 216 Absatz 3 Nr. 1 StGB:

Der Bundesgerichtshof hat zu der von dem neuen *Absatz 3 Nr. 1* erfassten indirekten Sterbehilfe schon 1996 ausgeführt (BGHSt 42, 301, 305; bestätigt in BGHSt 46, 279, 284): „Eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen wird bei einem Sterbenden nicht dadurch unzulässig, dass sie als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann.“ Denn die Ermöglichung eines Todes in Würde und Schmerzfreiheit gemäß dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen sei ein höherwertiges Rechtsgut als die Aussicht, unter schwersten, insbesondere sog. Vernichtungsschmerzen noch kurze Zeit länger leben zu müssen.

Die Arbeitsgruppe schließt sich dieser Auffassung an, hat sie jedoch allgemeiner formuliert. Sie geht zwar davon aus, dass nach dem heutigen Stand der Palliativmedizin eine fachgerechte Schmerz- und Symptomkontrolle in aller Regel nicht zu einer Lebensverkürzung führt. Dennoch gibt es Ausnahmefälle, in denen sich dies nicht sicher ausschließen lässt und eine Lebensverkürzung in Kauf genommen werden darf.

Die vorgeschlagene Ausgrenzung der sog. indirekten Sterbehilfe aus dem Bereich der Tötungsdelikte soll die Furcht vor Strafverfolgung als Hindernis bei der Ausschöpfung aller heute möglichen Verfahren zur Reduzierung schwersten Leidens abbauen und eine effektive Schmerz- und Symptombekämpfung bei Todkranken fördern. In dieser Hinsicht besteht in Deutschland noch ein erheblicher Nachholbedarf. So bemängelt der Bericht der Arbeitsgruppe „Würdevolles Sterben“ an die 75. Konferenz der Gesundheitsminister am 20./21. Juni 2002 den geringen Morphinverbrauch und weist darauf hin, dass Deutschland in der Schmerzbekämpfung weiter hinter dem Standard zurückbleibt, der in anderen europäischen Staaten schon seit Jahren erreicht ist.

Straffreiheit tritt nach dem Vorschlag der Arbeitsgruppe nur dann ein, wenn die – in seltenen Fällen bewirkte – Lebensverkürzung eine vom Arzt nicht beabsichtigte Nebenwirkung ist; sonst überschreitet er die Grenze zu der nach Absatz 1 strafbaren sog. aktiven Sterbehilfe. Die lindernde Maßnahme muss medizinisch indiziert sein, wenn bei Lebensverkürzung eine Strafbarkeit wegen eines Tötungsdelikts entfallen soll. Die Arbeitsgruppe spricht nicht wie der Bundesgerichtshof nur von Schmerzlinderung, sondern lässt auch die Notwendigkeit, andere schwere Symptome und Unruhezustände zu lindern oder zu beseitigen, ausreichen. Bei Versagen aller sonstigen palliativmedizinischen Möglichkeiten kann – jedenfalls in der letzten Krankheitsphase – ferner eine gezielte Dämpfung des Bewusstseins bis hin zu dessen Ausschaltung medizinisch indiziert und rechtlich zulässig sein (These II 6 c). Hierbei lässt sich eine in Kauf genommene Verkürzung des ohnehin zu Ende gehenden Lebens nicht immer sicher ausschließen.

b) Zum Vorschlag zu § 216 Absatz 3 Nr. 2 StGB:

Der 3. Strafsenat des Bundesgerichtshofes hat schon 1991 die Auffassung vertreten (BGHSt 37, 376): „Auch bei aussichtsloser Prognose darf Sterbehilfe nicht durch gezieltes Töten, sondern nur entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen durch die Nichteinleitung oder den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen geleistet werden, um dem Sterben – ggf. unter wirksamer Schmerzmedikation – seinen natürlichen, der Würde des Menschen gemäßen Verlauf zu lassen.“ Der zweite Teil dieses Leitsatzes wird in der Praxis zum Teil aus Unkenntnis, zum Teil wegen Unsicherheiten über die Rechtslage oder individueller moralischer Überzeugungen nicht ausreichend umgesetzt. Rechtliche Zweifel und Missverständnisse über die Reichweite des Strafrechts führen immer

wieder zu einer Beeinträchtigung der Patientenautonomie am Lebensende. Dieser Zustand soll durch eine Entscheidung des Gesetzgebers beendet werden.

§ 216 StGB bietet sich als Ort der gesetzlichen Klarstellung an. Er betrifft die Tötung auf Verlangen und enthält das strafrechtliche Verbot der aktiven Sterbehilfe durch gezielte Tötung. Die unter dem – irreführenden, aber in Rechtslehre und Rechtsprechung üblichen – Begriff der sog. passiven Sterbehilfe zusammengefassten Verhaltensweisen sollen von der nach § 216 StGB strafbar bleibenden aktiven Sterbehilfe (Euthanasie) in einer allgemein verständlichen Weise abgegrenzt werden. Das bedeutet nicht, dass der Patient seinem Leiden überlassen würde; die Bundesärztekammer spricht in ihren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung von einer Änderung des Therapieziels, wenn lebenserhaltende oder – was rechtlich, medizinisch und ethisch keinen Unterschied macht – lebensverlängernde Maßnahmen durch palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung ersetzt werden.

Die Freiheit des Patienten, über das Ob und das Wie der Behandlung seiner Krankheit selbst zu entscheiden, darf nicht durch das, was aus ärztlicher Sicht erforderlich und sinnvoll wäre, eingeschränkt werden (BGHZ 90, 103, 111; BGH NJW 2003, 1862, 1863). Weder bei einem Abbruch von bereits eingeleiteten lebenserhaltenden Maßnahmen noch bei einem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen geht es um sogenannte aktive Sterbehilfe im Sinne des § 216 StGB. Sie betrifft nur die gezielte Tötung eines Menschen. Wird auf Wunsch eines einwilligungsfähigen und ärztlich aufgeklärten Patienten auf eine parenteral oder über eine Magensonde vorgenommene Ernährung, die künstliche Beatmung, die Dialyse oder die Gabe von herz- und kreislaufaktiven Medikamenten von vornherein oder erst nach deren Beginn verzichtet, so ist dies nicht strafbar. Dies ist vielen Ärzten nicht bekannt. So haben bei einer rheinland-pfälzischen Ärztebefragung (DÄrzteBl. 2001, S. S. B31-2697 ff.) nur 20 % die Beendigung einer Flüssigkeitszufuhr bei einer PEG, nur 39 % die Beendigung einer künstlichen Ernährung und nur 41 % die Beendigung einer künstlichen Beatmung für rechtlich zulässig angesehen. Die anderen haben die vom Bundesgerichtshof zugrunde gelegte Rechtslage verkannt. Auch in der Gesundheitsberichterstattung der Bundesregierung wurde erst jüngst festgestellt, dass unter Ärzten die Ansicht weit verbreitet ist, eine lebenserhaltende Maßnahme müsse, wenn mit ihr einmal begonnen worden sei, ohne Rücksicht auf den Willen des Patienten fortgesetzt

werden, weil deren Abbruch Tötung durch aktives Tun und damit nach § 216 StGB strafbar sei³².

Die Arbeitsgruppe teilt die Einschätzung der Gesundheitsberichterstattung³³. Sie ist deshalb in Übereinstimmung mit den Empfehlungen einer interdisziplinären Arbeitsgruppe in der Akademie für Ethik in der Medizin e.V.³⁴ und der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland – Pfalz³⁵ der Auffassung, dass die notwendige Klarstellung zur sog. passiven Sterbehilfe durch den Gesetzgeber nicht länger zum Schaden der Patienten hinausgezögert werden darf. Die Zulässigkeit aller Formen der sog. passiven Sterbehilfe soll durch die Ergänzung des § 216 StGB in dem Bewusstsein der Bürger, insbesondere der Ärzte, Pflegekräfte und Vormundschaftsgerichte, fest verankert werden.

Der neue *Absatz 3 Nr. 2* empfiehlt sich schließlich auch deswegen, um klarzustellen, dass die vom XII. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs in dem Beschluss vom 17. März 2003 behauptete Eingrenzung zulässiger Sterbehilfe auf den Zeitraum, in dem das Grundleiden einen irreversiblen tödlichen Verlauf genommen hat, für das Strafrecht irrelevant ist. Die Arbeitsgruppe hält in Übereinstimmung mit der in der Literatur geäußerten Kritik die Berufung des XII. Zivilsenats auf insoweit bestehende strafrechtliche Vorgaben für eine Fehlinterpretation des Beschlusses des 1. Strafsenats des Bundesgerichtshofs vom 13. September 1994 (BGHSt 40, 257). Maßgebend für den rechtlich zulässigen Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen ist nicht der Stand des Krankheitsverlaufs, sondern allein der erklärte oder mutmaßliche Wille des Patienten, sofern sich dieser anhand konkreter Anhaltspunkte ermitteln lässt und auf die individuelle Situation bezogen werden kann. Auf allgemeine Wertvorstellungen darf dabei nicht zurückgegriffen werden.

³² Vollmann in Robert-Koch-Institut, Hrsg., 2001, Sterbebegleitung, Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 01/01 S. 3 f.

³³ Erneut bestätigt durch eine Interview-Studie im Rahmen des Verbundprojekts "Ethische Probleme des passiven Sterbehilfe", Reiter-Theil, S. u.a.: „Sterben und Sterbehilfe“, in: Der Onkologe 2003, Heft 9 S. 153-161, sowie durch Befragung von Chefarzten der Neurologie: Borasio u.a.: „Einstellungen zur Patientenbetreuung in der letzten Lebensphase“ in: Der Nervenarzt 2004, z.Zt. im Druck.

³⁴ Hrsg. Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Humboldtallee 36, Göttingen

³⁵ www.jm.justiz.rlp.de/root/Bioethik

Mitglieder der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“

Unter dem Vorsitz von **Herrn Vorsitzendem Richter am BGH a.D. Klaus Kutzer** haben in der Arbeitsgruppe mitgewirkt:

Mitglieder:

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

Vertreter: Herr Dieter Lang, Referent Pflege und kollektiver Verbraucherrechtsschutz im Fachbereich Gesundheit und Ernährung

Gesamtverband des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes e.V.

Vertreter: Herr Udo Schlitt, ehem. Leiter der Abteilung Gesundheit und Rehabilitation
Frau Jeannette Arenz, Leiterin der Abteilung Gesundheit und Rehabilitation

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V.

Vertreter: Herr Gerd Schwonburg, Justitiar des AWO- Bundesverbandes

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e. V.

Vertreter: Frau Gerda Graf, Vorsitzende, Geschäftsführerin der Wohnanlage Sophienhof, Niederzier;
Herr Benno Bolze, Mitglied;
Herr Dr. Jürgen Bickhardt, Mitglied

Humanistischer Verband Deutschlands e.V.

Vertreterin: Frau Gita Neumann, Bundesbeauftragte für Patientenverfügungen

Vormundschaftsgerichtstag e.V.

Vertreter: Herr Vizepräsident des OLG a.D. Volker Lindemann, Vorsitzender
Herr Prof. Dr. Volker Lipp, Beisitzer im Vorstand

Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland

Vertreterin: Frau Oberkirchenrätin Dr. Renate Knüppel
Referentin für Lebens- und Umweltschutz

Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz

Vertreterin: Frau Dr. Ursula Beykirch
Leiterin des Bereichs Glaube und Bildung

Bundesärztekammer / Kassenärztliche Bundesvereinigung

Vertreter: Herr Univ.-Prof. Dr. med. Eggert Beileites
Präsident der Landesärztekammer Thüringen, Direktor der Universitäts- HNO- Klinik in Jena, Vorsitzender des Ausschusses der BÄK für ethische und med. jur. Grundsatzfragen
Frau Rechtsanwältin Ulrike Wollersheim
Justitiarin der Bundesärztekammer und der kassenärztlichen Bundesvereinigung

Herr Prof. Dr. med. Gian Domenico Borasio

Leitender Oberarzt des Interdisziplinären Zentrums für Palliativmedizin des Klinikums der Universität München - Großhadern

Herr Prof. Dr. med. H. Christof Müller-Busch

Abteilung für Anästhesiologie, Palliativmedizin und Schmerztherapie am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Universität Witten-Herdecke

Herr Dr. phil. Arnd T. May

Zentrum für Medizinische Ethik Bochum, Ruhr-Universität Bochum

Konferenz der Justizministerinnen und –minister

Vertreter: Herr Ministerialrat Dr. Hans- Joachim Heßler
Frau Regierungsdirektorin Dr. Schobel (BY)
Herr Richter am Oberlandesgericht Dr. Andreas Jurgeleit
Herr Richter am Oberlandesgericht Herr Dr. Grüneberg

Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und –senatoren der Länder

Vertreterinnen: Frau Ministerialrätin Elke Horn, Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen
Frau Gisela Bruns, Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Wissenschaft und Gesundheit

Für die Ressorts der Bundesregierung

Bundesministerium der Justiz

Frau Ministerialdirigentin Rosemarie Adlerstein
Herr Ministerialrat Dr. Thomas Meyer
Frau Regierungsdirektorin Andrea Mittelstädt

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Angelegenheiten

Frau Ministerialrätin Bettina Godschalk
Frau Regierungsdirektorin Dr. Lydia Mathy

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Frau Ministerialrätin Petra Weritz- Hanf

Normen, Richtlinien

Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I 2002, 2405)

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) i.d.F. vom 2. Januar 2002 (BGBl. I, 42, 2909, 2003, 738);
zuletzt geändert durch Artikel 4 Abs. 34 des Gesetzes vom 5. Mai 2004 (BGBl. I, 718)

Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen vom 5. November 1997
(BGBl. I 1997, 2631), zuletzt geändert durch Artikel 14 der Verordnung vom 25. November
2003 (BGBl. I 2003, 2304)

Gesetz über die Berufe in der Altenpflege i.d.F. vom 25. August 2003 (BGBl. I, 1690); geändert
durch Art. 11 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I, 3022)

Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze vom 16. Juli
2003 (BGBl. I, S. 1442)

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG) i.d.F. v. 23. Mai 1949, (BGBl. I, 1), zuletzt
geändert durch Gesetz vom 26. Juli 2002 (BGBl. I, 2863)

(Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte, online unter:
<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Berufsordnung/10Mbo/>

Strafgesetzbuch (StGB) i.d.F. v. 13. November 1998 (BGBl. I 1998, 3322), zuletzt geändert durch
Art. 1 des Gesetzes zur Änderung des Strafgesetzbuchs v. 27. Dezember 2003 (BGBl. I 2003,
3007)

Zivilprozessordnung (ZPO) i.d.F. v. 12. September 1950 (BGBl. I 1950, 455, 533), zuletzt geändert
durch das Gesetz zur Änderung der Zivilprozessordnung vom 23. April 2004 (BGBl. I 2004,
598)

Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom 11. September
1998, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1998, S. 3406

Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, in: *Deutsches Ärzteblatt*
2004, A 1298 - 1299, online unter:
<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/Sterbebegleitung2004/index.html>

Handreichungen der Bundesärztekammer für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen, in:
Deutsches Ärzteblatt 1999, A 2720
<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/Patientenverf.html>

Schweizerische Akademie der Wissenschaften (SAMW): Betreuung von Patienten am Lebensende
Medizin-ethische Richtlinien der SAMW, 1. Publikation zur Vernehmlassung, Februar 2004:
www.samw.ch

Rechtsprechung

EGMR (Vierte Sektion), Urteil vom 29.04.2002 – 2346/02 (Pretty / Vereinigtes Königreich), in: *Neue
Juristische Wochenschrift* 2002, S. 2851

BVerfG, Beschluss vom 2. August 2001, BVerfG, 1 BvR 618/93, *Neue Juristische Wochenschrift* 2002,
S. 206

BVerfG, Beschluss vom 30. Januar 2002, BVerfG, 2 BvR 1451/01, <http://www.bverfg.de>

BVerfG, Urteil des 3. Senats vom 27. April 1989, 3 C 4/86, in: BVerwGE 82, S 45

- BGH, Urteil des 4. Strafsenats vom 28.11.1957, 4 StR 525/57, in: BGHSt 11, 111 (114)
- BGH, Urteil des 3. Strafsenats vom 4. Juli 1984, BGH St 32, 367 bis 381, *Neue Juristische Wochenschrift* 1984, S. 2639
- BGH, Urteil des 6. Zivilsenats vom 7.2.1984, VI ZR 174/82, in: BGHZ 90, 103 (111)
- BGH, Urteil des 1. Strafsenats vom 14. Februar 1984, 1 StR 808/83, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1984, S. 1469
- BGH, Urteil des 2. Strafsenats vom 8. Juli 1987, 2 StR 298/87, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1988, S. 1532
- BGH, Urteil des 3. Strafsenats des Bundesgerichtshofs vom 8. Mai 1991, 3 StR 467/90, BGH St 37, 376 bis 379, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1991, S. 2357
- BGH, Beschluss des 6. Zivilsenats vom 5. Februar 1991, VI ZR 108/90, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1991, S. 2342
- BGH, Urteil des 1. Strafsenats vom 13. September 1994, BGH St 40, 257 - 272, *Neue Juristische Wochenschrift* 1995, S. 204 bis 207
- BGH, Urteil des 3. Strafsenats vom 15. November 1996, BGH St 42, 301 bis 305, *Neue Juristische Wochenschrift* 1997, S. 807 bis 810
- BGH, Urteil des 5. Strafsenats vom 7. Februar 2001, BGH St 46, 279 bis 291, *Neue Juristische Wochenschrift* 2001, S. 1802 bis 1805
- BGH, Beschluss des 12. Zivilsenats vom 17. März 2003, XII ZB 2/03, *Neue Juristische Wochenschrift* 2003, S. 1588
- BGH, Urteil des 5. Strafsenats vom 20.5.2003, 5 StR 66/03, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2003, S. 2326
- OLG Düsseldorf, Beschluss vom 27. März 2001, 25 Wx 128/00, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2001, S. 2807
- OLG Frankfurt/M., Beschluss vom 15. Juli 1998, 20 W 224/98, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1998, S. 2747
- OLG Frankfurt/M., Beschluss vom 20. November 2001, 20 W 419/01, in: *Monatsschrift für Deutsches Recht* 2002, S. 218
- OLG Karlsruhe/Freiburg, Beschluss vom 29. Oktober 2001, 19 Wx 21/01, in: *Praxis der Freiwilligen Gerichtsbarkeit* 2002, S. 26
- OLG Koblenz, Beschluss vom 11. November 1993, 5 U 1244/91, in: *Neue Juristische Wochenschrift – RR* 1994, S. 1370
- OLG München, Urteil vom 13. Februar 2003 – 3 U 5090/02, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2003, S. 1744
- OLG München, Beschluss vom 31. Juli 1987, 1 Ws 23/87, in *Neue Juristische Wochenschrift* 1987, S. 2940
- OLG München, Beschluss vom 31. Januar 2002, 1 U 4705/98, in: *Neue Juristische Wochenschrift – RR* 2002, S. 811
- OLG Oldenburg, Beschluss vom 23. November 1993, 5 U 111/93, OLGR Oldenburg 1994, S. 53
- OLG Schleswig, Vorlagebeschluss vom 12. Dezember 2002, 2 W 168/02, in: *Praxis der Freiwilligen*

Gerichtbarkeit 2003, S. 78

LG Augsburg, Beschluss vom 4. August 1999, 5 T 2780/99, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2000, 2363

LG Heilbronn, Beschluss vom 3. September 2002, 1 T 275/03, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2003, S. 3783

LG München I, Beschluss vom 18.2.1999, 13 T 478/99, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1999, S. 1788,

LG Ravensburg, Urteil vom 3.12.1986, 3 KIs 31/86, in: *Neue Zeitschrift für Strafrecht* 1987, S. 229

AG Frankfurt, Beschluss vom 3. Mai 2002, 47 XVII M 890/02, *Betreuungsrechtliche Praxis* 2002, S.223

AG Frankfurt, Beschluss vom 3. Mai 2002, 47 XVII H977/00, *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht* 2002, S. 1507

AG Frankfurt, Beschluss vom 12.6.2002, 45 XVII MOO 890/02, in: *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht* 2002, S. 1508

Literatur

Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (Hrsg.): "Passive und indirekte Sterbehilfe. Eine praxisorientierte Analyse des Regelungsbedarfs gesetzlicher Rahmenbedingungen in Deutschland", Empfehlung einer interdisziplinären Arbeitsgruppe in der Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Göttingen, Juni 2003
<http://www.aem-online.de/main.htm>

Alberts, H.: „Sterbehilfe, Vormundschaftsgericht und Verfassung“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1999, S. 835

Alberts, H.: „Sterben mit Genehmigungsvorbehalt?“ *Betreuungsrechtliche Praxis* 2003, S. 139

Albrecht, D.: „Zur Betreuerzuständigkeit und zur vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung beim Behandlungsabbruch“, in: *Medizinrecht* 2000, S. 431

Ankermann, E.: „Verlängerung sinnlos gewordenen Lebens?“, in: *Medizinrecht* 1999, S. 387

Auerswald, U.: „Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland“, 106. *Deutscher Ärztetag*, 20.-23. Mai 2003, Köln TOP III; online unter:
http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/106_DAET/24Referate/Palliativmedizin.html

Bauer, A.: „Juristische Argumentationslinien und die Funktion der Justiz im Rahmen der Sterbehilfedebatte“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 2002, S. 60

Bergmann, K.O.: „Bluttransfusion bei Zeugen Jehovas“, in: *KH* 1999, S. 315

Bernat, E.: „Behandeln oder Sterbenlassen. Rechtsdogmatische und rechtsvergleichende Überlegungen zum Abbruch lebenserhaltender medizinischer Behandlung“, in: *Festschrift für Prof. Dr. Dr. hc.mult. Erwin Deutsch*, 1999, S. 443

Beykirch, U.; Knüppel, R.: „Christliche Patientenverfügung – Handreichung und Formular“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2000, S. 1776f.

Bienwald, W.: „Anmerkung zum Beschluss des OLG Frankfurt/M. vom 20.11.2001 – 20W419/01“, in: *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht* 2002, S. 577

- Bienwald, W.:** „Entscheidung über die Einstellung der künstlichen Ernährung“, in: *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht* 2002, S. 492
- Bienwald, W.:** „Über die Entscheidung bezüglich eines Betreuers“, in: *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht* 2002, S. 577
- Borasio, G.D.:** „Patientenautonomie im klinischen Alltag: Palliativmedizin.“, in: *Ärztliche Behandlung an der Grenze des Lebens*, S.79, Hrsg. Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V., Springer Verlag 2003
- Borasio, G.D.; Putz, W.; Eisenmenger, W.:** „Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gestärkt, Vormundschaftsgericht soll in Konfliktlagen entscheiden“, in: *Deutsches Ärzteblatt* 2003, S. A 2063
- Brunner, A.; Wildner, M.; Bayersicher Forschungsverbund Public Health – Öffentliche Gesundheit; Fischer, R. u. a.:** „Patientenrecht in vier deutschsprachigen europäischen Regionen“, in: *ZfGWiss* 2000, S. 273
- Bucher, H., Hufnagel, G.:** „Versorgungslage ist defizitär“ Eine Regionalstudie belegt die unzureichende Versorgung von Patienten mit Ernährungssonden, *Deutsches Ärzteblatt* 2004, S. 246
- Bühler, E.; Stolz, K.:** „Wann hat ein Grundleiden einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen?“, in: *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht* 2003, S. 1622
- Bühler, E.; Kren R.; Stolz, K.:** „Sterbehilfe – Sterbebegleitung – Patientenverfügung: - Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage unter Ärzten“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 2002, S. 232
- Coeppecus, R.:** „Anreize zur Errichtung von Patientenverfügungen“, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 2003, S 175
- Coeppecus, R.:** „Behandlungsabbruch, mutmaßlicher Wille und Behandlungsrecht“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1998, S. 3381
- Deutsch, E.:** „Verfassungszivilrecht bei der Sterbehilfe“, *Neue Juristische Wochenschrift* 2003, S. 1567
- Dröge, M.:** „Patientenverfügung und Erforderlichkeit einer Betreuungsmaßnahme“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 1998, S. 199
- Eibach, U.:** „Künstliche Ernährung um jeden Preis? Ethische Überlegungen zur Ernährung durch percutane enterale Gastrostomie (PEG-Sonden)“, in: *Medizinrecht* 2002, S. 123
- Eibach, U.:** „Fiktion Patientenautonomie? Empirisch-kritische Betrachtungen eines philosophisch-juristischen Postulats“, in: *Zeitschrift für Evangelische Ethik*, 2002, S. 109
- Eser, A.; Koch, H.-G.:** „Materialien zur Sterbehilfe. Eine internationale Dokumentation“, *Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht*, Freiburg im Breisgau, 1991
- Eser, A.:** „Freiheit zum Sterben – Kein Recht auf Tötung“, in: *Juristenzeitung* 1986, S. 786
- Fröschle, T.:** „Maximen des Betreuerhandelns und die Beendigung lebenserhaltender Eingriffe“, Kongressvortrag, Gesamthochschule Siegen 1999, in: *Juristenzeitung* 2000, S. 72
- Geiss, K.:** „Rechtsfragen der Sterbehilfe im Spiegel der neueren Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs“, Vortrag zum rechtspolitischen Dialog der Friedrich Ebert Stiftung am 5. Oktober 2001 in Berlin
- Gerhardt, R.:** „Keine Ablehnung in schwarz“, ZRP-Rechtsgespräch mit dem Vorsitzenden Richter am Bundesgerichtshof Klaus Kutzer, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 2000, S. 402
- Gerhardt, R.:** „Der Vormundschaftsrichter als Schicksalsbeamter?“ ZRP-Rechtsgespräch mit Klaus

- Kutzer, Vorsitzender Richter am Bundesgerichtshof a.D., in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 2003, S. 213
- Gerhardt, R.:** „Der Wille des Patienten bindet den Arzt. Interview mit dem Präsidenten des Bundesverfassungsgerichts Prof. Dr. Dr. h.c. H.J. Papier“, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 15.4.2003
- Graf, G.; Roß, J.:** „Grenzen und Möglichkeiten der Patientenverfügung in der hospizlichen Begleitung“, in: *Die Hospiz-Zeitschrift* 3/2000, S. 4; der hospiz verlag
- Hahne, M.-M.:** „Der Patientenwille hat Vorrang.“ Ein Gespräch mit der Vorsitzenden Richterin am Bundesgerichtshof Meo-Micaela Hahne, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 18.7.03
- Hahne, M.-M.:** „Zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung, über die Grenzen von Patientenautonomie und Patientenverfügung“, Vortrag vor dem Nationalen Ethikrat in Berlin am 11. Juni 2003, *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht* 2003, S. 1619
- Hahne, M.-M.:** „Interview mit Dr. Meo-Micaela Hahne, Vorsitzende Richterin am BGH, zur Patientenverfügung“, in: *Forum Familien- und Erbrecht* 2004, S. 16
- Halliday, S.; Wittek, L.:** „Nichtaufnahme und Abbruch einer medizinischen Behandlung am Lebensende in Deutschland und in England“, in: *Juristenzeitung* 2002, S. 752
- Hartmann, F.:** „Sterbens-Kunde als ärztliche Menschen-Kunde; was heißt: In Würde sterben und sterben – lassen?“, 2004, Bochum: Medizinethische Materialien, Heft 149
- Hennies, G.:** „Risikoreiche ärztliche Maßnahmen – betreuungsrechtliche Eingriffe“, in: *Medizinrecht* 1999, S. 341
- Heyers, J.:** „Passive Sterbehilfe bei entscheidungsunfähigen Patienten und das Betreuungsrecht“, Verlag Duncker und Humblot, Berlin, 2001
- Heyers, J.:** „Vormundschaftsgerichtlich genehmigte Sterbehilfe – BGH, NJW 2203, 1588“, *Juristische Schulung* 2004, S. 100
- Höfling, W.:** „Forum: Sterbehilfe zwischen Selbstbestimmung und Integritätsschutz“, in: *Juristische Schulung* 2000, S. 111
- Höfling, W.:** „Das Tötungsverbot und die Grenzen seiner Einschränkung aus verfassungsrechtlicher Sicht“, in: *Zeitschrift für Lebensrecht* 2002, S. 33
- Höfling, W.; Rixen, St.:** „Vormundschaftsgerichtliche Sterbeherrschaft?“, in: *Juristenzeitung* 2003, S. 884 – 894
- Holzhauer, H.:** „Justizverwaltung in Schicksalsdingen“, Anmerkungen zum Beschluss des BGH v. 17.03.2003 – XII ZB 2/03-, in: *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht* 2003, S. 991
- Holzhauer, H.:** „Von Verfassungen wegen: Straffreiheit für passive Sterbehilfe“, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 2004, S. 41
- Hoppe, J. – D.:** „Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen“, in: *Deutsches Ärzteblatt* 1999, S. 2720
- Hufen, F.:** „In dubio pro dignitate: Selbstbestimmung und Grundrechtsschutz am Ende des Lebens“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2001, S. 849
- Hufen, F.:** Verfassungsrechtliche Grenzen des Richterrechts, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 2003, S. 248
- Hufen, F.:** „Erosion der Menschenwürde?“, in: *Juristenzeitung* 2004, S. 313- 318
- Jacobi, T.; May, A.; Kielstein, R.; Bienwald, W.:** „Ratgeber Patientenverfügungen. Vorgesdacht

- oder selbstverfasst?“, Münster: LIT-Verlag, 2001, 4. Auflage 2004
- Kamphaus, F.:** „Wer nicht sterben kann, kann auch nicht leben“, Brief von Bischof Franz Kamphaus an die Gemeinden des Bistums Limburg zur österlichen Bußzeit, 2003
- Kargl, W.:** „Körperverletzung durch Heilbehandlung“, in: GA 2001 S. 538
- Kettner, M.; May, A.:** „Ethik-Komitees in der Klinik. Zur Moral einer neuen Institution“, in: Rösen, J. (Hrsg.): Jahrbuch des Kulturwissenschaftlichen Instituts 2000/2001, Essen 2001, 487-499
- Kielstein, R.; Sass, H.-M.:** „Die persönliche Patientenverfügung. Ein Arbeitsbuch zur Vorbereitung mit Bausteinen und Modellen“, LIT Verlag Münster, 4. Auflage 2004
- Klaschik, E.:** „Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland“, 106. Deutscher Ärztetag 2003, TOP III, Köln, online unter:
http://www.bundesaerztekammer.de/30/aerztetag/106_DAET/24Referate/KlaschikTOPIII.html
- Klaschik, E.:** „Humanität am Ende des Lebens. Palliativmedizin und Schmerztherapie“, in: Kreß, H., Racke, K. (Hsg.), Medizin an den Grenzen des Lebens, S. 94, Münster 2002
- Kreß, H.:** „Menschenwürde am Ende des Lebens. Sterbehilfe, Sterbebegleitung, Patientenverfügung in ethischer Sicht“ Vortrag vom 20.10.2001 im Rahmen des Symposiums „Selbstbestimmtes Leben- selbstbestimmtes Sterben“ in der FH Wiesbaden, online unter:
<http://www.evtheol.uni-bonn.de/sozethik/sterbehilfe2001.html>
- Kreß, H.:** „Freiheit und Selbstbestimmung am Ende des Lebens. Ethische Aspekte zur Patientenverfügung.“ Referat auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden am 20.04.2004, online unter:
http://www-uni-bonn.de/www/Evangelische_Theologie/Sozialethik/Vortraege/Sterbehilfe.html
- Kretschmer, B.:** „Der „rote“ Umschlag für den Notarzt. Möglichkeiten und Chancen eines Notfallbogens als komprimierter Patientenverfügung im Rettungseinsatz“, in: May, A.; Geißendörfer, S.; Simon, A.; Strätling, M. (Hrsg.): Passive Sterbehilfe: besteht gesetzlicher Regelungsbedarf? Münster: LIT- Verlag, S. 141-171
- Kröber, H.L.:** „Psychiatrische Kriterien zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit“, in: *Rechtsmedizin* 8, 1998
- Kutzer, K.:** „Der Vormundschaftsrichter als Schicksalsbeamter“?, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 2003, S. 213
- Kutzer, K.:** „Wir brauchen keine neuen Gesetze zur Sterbehilfe“, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 1997, S. 117
- Kutzer, K.:** „Rechtliche und rechtspolitische Aspekte einer verbesserten Schmerzbekämpfung in Deutschland“, in: Straf- und Strafverfahrensrecht, Recht und Verkehr, Recht und Medizin – Festschrift für Hanskarl Salger, 1995, S. 663
- Kutzer, K.:** „Strafrechtliche Überlegungen zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten und zur Zulässigkeit der Sterbehilfe“, in: *Monatsschrift für Deutsches Recht* 1985, S. 710
- Kutzer, K.:** „Keine Halbgötter in Schwarz“, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 2000, S. 402
- Kutzer, K.:** „Die Auseinandersetzung mit der aktiven Sterbehilfe“, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 2003, S. 209
- Kutzer, K.:** „Strafrechtliche Grenzen der Sterbehilfe“, in: *Neue Zeitschrift für Strafrecht* 1994, S. 110
- Kutzer, K.:** „Sterbehilfeproblematik in Deutschland- Rechtsprechung und Folgen für die klinische Praxis“, in: *Medizinrecht* 2001, S. 77
- Kutzer, K.:** „Ist eine gesetzliche Regelung der erlaubten passiven Sterbehilfe zur Abgrenzung von der

- unerlaubten aktiven Sterbehilfe erforderlich?“, in: May A, Geißendörfer S, Simon A, Strätling M (Hg.): Passive Sterbehilfe: besteht gesetzlicher Regelungsbedarf? Impulse aus einem Expertengespräch der Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Münster: LIT-Verlag, 2002, 173
- Laufs, A.:** „Selbstverantwortetes Sterben?“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1998, S. 763
- Laufs, A.:** „Zivilrichter über Leben und Tod?“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1996, S. 3399
- Laufs, A.; Uhlenbruck, W.:** „Handbuch des Arztrechts“, 3. Auflage, München 2002
- Laufs A.:** „Nicht der Arzt allein muss bereit sein, das Notwendige zu tun“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2000 S. 1757
- Limbach, J.:** „In Würde sterben“, in: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2002, S. 87
- Lipp, V.:** „Sterbehilfe und Patientenverfügung“, in: *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht* 2004, S. 317
- Lipp, V.:** „Anmerkung zum Beschluß des BGH v. 17.03.2003, XII ZB 2/03“, in: *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht* 2003, S. 756.
- Lipp, V.:** „Die Entscheidung des BGH zur „Sterbehilfe“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 2004, S. 18
- Lipp, V.:** „Freiheit und Fürsorge: der Mensch als Rechtsperson“, 1. Auflage 2000, Tübingen
- Lipp, V.:** „Privatautonomie, Sterbehilfe und Betreuung“, in: *Deutsche Richterzeitung* 2000, S. 231
- Lipp, V.:** „Patientenautonomie und Sterbehilfe“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 2002, S. 47
- Lipp, V.:** „Rechtliche Aspekte stellvertretender Entscheidungen bei passiver Sterbehilfe“, in: May A, Geißendörfer S, Simon A, Strätling M (Hg.): Passive Sterbehilfe: besteht gesetzlicher Regelungsbedarf? Impulse aus einem Expertengespräch der Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Münster: LIT-Verlag, 2002, S.173
- Materstvedt, L.J.; Clark, D.; Ellershaw, J.; Forde, R.; Gravgaard, A.M.; Muller-Busch, H.C.; Porta i Sales, J., Rapin, C.H.:** „Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force“ *Zeitschrift für Pall Med* 2003 Mar;17(2):97-101; (offizielles Dokument der Europäischen Gesellschaft für Palliativmedizin (EAPC), erscheint demnächst in deutscher Übersetzung)
- Maunz, T.; Dürig, G.; Herzog, R.; Scholz, R.; Lerche, P.; Papier, H.J.; Randelzhofer, A.; Schmidt-Aßmann, E.:** „Grundgesetz, Kommentar“, München, 1958, Stand: 1. 2. 2003
- May, A.; Strätling, M.; Lipp, V.; Kutzer, K.; Glogner, P.; Schlaudraff, U.; Neuman, G.; Simon, A.:** „Passive und indirekte Sterbehilfe“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 2003, S. 251
- May, A.; Geißendörfer S.; Simon A., Strätling, M. (Hrsg.):** „Passive Sterbehilfe: besteht gesetzlicher Regelungsbedarf?“ Impulse aus einem Expertengespräch der Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Münster: LIT-Verlag, 2002
- May, A.:** „Autonomie und Fremdbestimmung bei medizinischen Entscheidungen für Nichteinwilligungsfähige“, Münster: LIT-Verlag 2000, 2. Auflage 2001
- May, A.; Bauer, B.; Niewohner, S.; Kretschmer, B.; Große Ruse, G.; Berg, M.; Schäfer, D.; Daub, M.:** „Patientenverfügung im Hospiz: Die Hospiz-Vereinbarung“, in: May A, Geißendörfer S, Simon A, Strätling M (Hg.) Passive Sterbehilfe: besteht gesetzlicher Regelungsbedarf? Impulse aus einem Expertengespräch der Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Münster: LIT-Verlag, 2002, 173-177
- May, A.:** „Partizipation an der Therapieentscheidung durch Patientenverfügung“, in: *Ärzteblatt Baden-Württemberg*, 2002, 80

- May, A., Brandenburg B (2004):** „Einstellungen medizinischer Laien zu Behandlungsverfügungen“, Bochum: *Medizinethische Materialien* Nummer 148
- May, A.:** „Autonomie und Fremdbestimmung bei medizinischen Entscheidungen für Nichteinwilligungsfähige“, 2. überarbeitete Auflage 2001, LIT-Verlag
- May, A.:** „Ermittlung des Patientenwillens“, in: *Ärztliche Behandlung an der Grenze des Lebens*, S. 59 - 78, Hrsg.: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V., Springer Verlag 2004
- May, A.; Kettner, M.:** „Beratung bei der Therapieentscheidung durch Ethik- Konsil oder Klinisches Ethik- Komitee (KEK)“, in: May, A.; Geißendörfer, S.; Simon, A.; Strätling, M. (Hrsg.): „Passive Sterbehilfe: besteht gesetzlicher Regelungsbedarf?“, Impulse aus einem Expertengespräch der Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Münster, LIT- Verlag 2002, S. 173
- Meran, J.; Geissendörfer, S.; May, A.; Simon A.:** „Möglichkeiten einer standardisierten Patientenverfügung“, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums der Gesundheit, LIT-Verlag 2002
- Meran, J.; May, A.; Geissendörfer, S.; Simon A.:** „Möglichkeiten und Grenzen von Patientenverfügungen“, in: *Der Onkologe* 2003, S. 1313
- Müller-Bohlen, L.; Paape, I.:** „PEG – Über die Notwendigkeit einer künstlichen Ernährung als Entscheidungshilfe für die betreuungsrechtliche Praxis“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 2000, S. 183
- Müller-Busch, H.Ch.:** „Freiheit zum Tod und Grenzen ärztlicher Hilfe beim Sterben.“, Humanitas Verlag 2001, Dortmund
- Müller-Busch, H.Ch.:** „Zur Behandlung ethischer Probleme und Konflikte bei sterbenskranken und sterbenden Menschen“, in: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2002; S. 70-76
- Müller-Busch, H.Ch.:** „Zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung. Über die Grenzen von Patientenautonomie und Patientenverfügung“. Forum des Nationalen Ethikrats, Berlin, Juni 2003 http://www.ethikrat.org/texte/pdf/FB_2003-06-11_Mueller-Busch.pdf
- Müller-Busch, H.Ch.; Klaschik, E.; Woskanjan, S.:** „Palliativmedizin – eine Alternative zur Euthanasie“, *Deutsches Ärzteblatt* 2004; 101: 1077-1079
- Müller-Busch, H.Ch.:** „Sterbende sedieren?“ *DMW* 2004; 129: 701-704
- Müller-Busch, H.Ch.:** „Der gute Arzt in der Begleitung des sterbenskranken und sterbenden Patienten“ in: Simon, S. (Hrsg.) *Der gute Arzt – und in der Praxis*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2004 (in Druck)
- Neumann, G.:** „Deutschland braucht ein eigenes Sterbehilfe-Modell. Eine Antwort auf Birgit Reuter“, in: *Humanismus aktuell* 2001, S. 55
- Neumann, G.:** „Patientenverfügung und Sterbehilfe. Interdisziplinäre Modelle, Praxiserfahrungen, ethische Reflexionen und Vorschläge des Humanistischen Verbandes für eine gesetzliche Regelung“, in: *Humanismus aktuell* 2004, S. 45
- Neumann, H.A.:** „Aufgaben der Palliativmedizin“, in: Walter Schweidler u.a. (Hrsg.), „Menschenleben Menschenwürde“, S. 269, Münster, 2003
- Nickel, L.Ch.:** „Zur vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung des Abbruchs lebenserhaltender Maßnahmen bei einer Betreuten“, in: *Medizinrecht* 1998, S. 520
- Olzen, D.:** „Selbstbestimmung über das Ende des Lebens“, in: *Arztrecht* 2001 S. 116

- Opderbecke, H.W.:** „Ein Vorschlag für Leitlinien – Grenzen der intensivmedizinischen Behandlungspflicht“, in: *Medizinrecht* 1998, S. 395
- Otto, H.:** „Sterbehilfe und Patientenautonomie“, in: *Zeitschrift für das Lebensrecht*, 2002, S. 42
- Otto, H.:** „Recht auf den eigenen Tod? Strafrecht im Spannungsverhältnis zwischen Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung“, Gutachten D für den 56. Deutschen Juristentag, Deutscher Juristentag (Hrsg.), Berlin 1986.
- Paehler, H.:** „Recht und Gefühl“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 2003, S. 141
- Paehler, H.:** „Zur Zulässigkeit des Sterbenlassens“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 2000, S. 21
- Putz, W.; Steldinger, B.:** „Patientenrechte am Ende des Lebens, Vorsorgevollmacht – Patientenverfügung - Selbstbestimmtes Sterben“, Beck-Rechtsberater im dtv, 2003
- Putz, W.; Geißendörfer, S.; May, A. (2002):** „Therapieentscheidungen am Lebensende – Ein ‚Fall‘ für das Vormundschaftsgericht?“, Bochum: *Medizinethische Materialien* Nummer 141
- Reiter-Theil, S. u.a.:** „Sterben und Sterbehilfe“, in: *Der Onkologe* 2003, S. 153-161
- Roth, A.:** „Die Einwilligung des Betreuers in den Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 2003, S. 215
- Roxin, C.:** „Die Sterbehilfe im Spannungsfeld von Suizidteilnahme, erlaubtem Behandlungsabbruch und Tötung auf Verlangen“, in: *Neue Zeitschrift für Strafrecht* 1987, S. 348
- Roth, A.:** „Die Verbindlichkeit der Patientenverfügung und der Schutz des Selbstbestimmungsrechts“, in: *Juristenzeitung* 2004, S. 494
- Saliger, F.:** „Sterbehilfe mit staatlicher Genehmigung – OLG Frankfurt a.M.“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1998, S. 2747
- Sass, H.-M.:** „Sterbehilfe in der Diskussion. Zur Validität und Praktikabilität wertanamnestischer Betreuungsverfügungen“, in: Kreß, H.; Kaatsch, H.-J.: (Hrsg.), „Menschenwürde, Medizin und Bio-Ethik“, S. 89, Münster, 2000
- Sass, H.-M.; Kielstein, R.:** „Patientenverfügung und Betreuungsvollmacht“, 2. Auflage, LIT- Verlag Münster 2003
- Schaffer, W.:** „Patientenautonomie am Ende des Lebens“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 2003, S. 143
- Scheffen, E.:** „Noch einmal: Selbstverantwortetes Sterben?“, *Neue Juristische Wochenschrift* 1996, S. 1581
- Scheffen, E.:** „Zivilrechtliche Neuregelung der passiven Sterbehilfe und Sterbebegleitung“, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 2000, S. 313
- Schindler, T.:** „Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland“, 106. Deutscher Ärztetag 20.-23. Mai 2003, Köln, TOP III, http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/106_DAET/24Referate/Schindler.pdf
- Schmidt-Jortzig, E.:** „Die Entpersönlichung des Sterbens. Das Dilemma staatlicher Regelungsambitionen“, in: *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 2002, S. 20
- Schönke, A.:** „Strafgesetzbuch: Kommentar“, 26. Neubearbeitete Aufl., München, 2001
- Schreiber, L.:** „Probleme bei dem Gebrauch einer PEG-Sonde“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 2003, S. 148
- Schreiber, H.-L.:** „Das Recht auf den eigenen Tod – zur gesetzlichen Neuregelung der Sterbehilfe“

in: *Neue Zeitschrift für Strafrecht* 1986, S. 337

Seitz, W.: „Das OLG Frankfurt a.M. und die Sterbehilfe“, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 1998, S. 417

Simon, A.; May, A.: „Patientenverfügungen in der Praxis: Empirische Studien im Überblick“, in: May, A.; Geißendörfer, S.; Simon, A.; Strätling, M. (Hrsg.), „Passive Sterbehilfe: besteht gesetzlicher Regelungsbedarf?“ Impulse aus einem Expertengespräch der Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Münster: LIT-Verlag, 2002, S. 131

Simon, A.; Lipp, V.; Tietze, A.; Nickel, N.; van Oorschot, B.: „Einstellungen deutscher Vormundschaftsrichterinnen und -richter zu medizinischen Entscheidungen und Maßnahmen am Lebensende: erste Ergebnisse einer bundesweiten Befragung“; wird demnächst veröffentlicht.

Soergel/Zimmermann: „BGB“, 13. Aufl., Stuttgart, Berlin, Mainz, 2000

Spickhoff, A.: „Die Patientenautonomie am Lebensende: Ende der Patientenautonomie?“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2000, S. 2297

Stackmann, N.: „Keine richterliche Anordnung von Sterbehilfe“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2003, S. 1568

Stalinski, D.: „Gericht genehmigte Sterbehilfe“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 1999, S. 86

Staudinger: „BGB“, 13. Auflage, Berlin, 1999

Strätling, M.; Scharf, V. E.; Wedel, C. u. a.: „Möglichkeiten zur Verminderung rechtlicher und ethischer Problem bei der Behandlung nicht einwilligungsfähiger oder von Entscheidungsunfähigkeit bedrohter Personen“, in: *Medizinrecht* 2001, S. 385

Strätling, M.; Scharf, V. E.; Bartmann, F.: „Patientenverfügungen und Stellvertreterentscheidungen in Gesundheitsfragen“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 2002, S. 237

Strätling, M.; Lipp, V.; May, A. T.; Kutzer, K.; Glogner, P.; Schlaudraff, U.; Neuman, G.; Simon, A.: Passive und indirekte Sterbehilfe – eine praxisorientierte Analyse des Regelungsbedarfs gesetzliche Rahmenbedingungen in Deutschland, Hrsg.: Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Humboldtallee 36, Göttingen 2003, *Medizinrecht* 2003, S. 483

Strätling, M.; Schmucker, P.; Eisenbart, B.; Scharf, V.E.; Bartmann, F.: „Medizinische Entscheidungen am Lebensende“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 2003, S. 47

Strätling, M.; Sedemund-Adib, B.; Scharf, V.E.; Schmucker, P.: „Gesetzliche Normierung von Patientenverfügungen“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 2003, S. 154

Strätling, M.; Sedemund-Adib, B.; Scharf, V.E.; Schmucker, P.: „Gesetzliche Wirksamkeitsvoraussetzungen von Patientenverfügungen“, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 2003, S. 289

Stratmann, D.: „Entscheidungen am Lebensende – wie geht mich dies an?“, *Brandenburger Notfallblatt*, 2001, S. 6-7;

Taupitz, J.: „Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens?“, Gutachten A zum 63. Deutschen Juristentag in Leipzig 2000, Beck Verlag München 2000

Taupitz, J.: „Die Macht der Gesetze ist beschränkt“, in: *Deutsches Ärzteblatt* 2001, S. 2937

Teichner, M.: „Die schriftliche Einwilligungserklärung – ein voll beherrschbares Risiko?“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2002, S. 276

Tröndle, H.; Fischer, T.: „Strafgesetzbuch und Nebengesetze“, 51. Auflage, München, 2003

- Tröndle, H.:** „Warum ist die Sterbehilfe ein rechtliches Problem?“, in: *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft* 1987, S. 25
- Uhlenbruck, W.:** „Bedenkliche Aushöhlung der Patientenrechte durch die Gerichte“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2003, S. 1710 bis 1712
- Uhlenbruck, W.:** „Brauchen wir in Deutschland ein Gesetz zur aktiven Sterbehilfe?“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 2001, S. 2770
- Uhlenbruck, W.:** „Entmündigung des Patienten durch den Gesetzgeber?“, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 1998, S. 46
- Verrel, T.:** „Richter über Leben und Tod“, in: *Juristische Rundschau* 1999, S. 5
- Vollmann, J.:** Sterbebegleitung, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Hrsg.: Robert- Koch-Institut, Heft 1, 2001
- Vossler, N.:** „Verwirklichung der Patientenautonomie am Ende des Lebens durch Patientenverfügungen“, in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 2002, S. 240 bis 244
- Vossler, N.:** „Bindungswirkung von Patientenverfügungen? – Gesetzgeberischer Handlungsbedarf?“, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 2002, S. 295
- Wagenitz, T.; Engers, M.:** „Anmerkung zu OLG Frankfurt a. M., 20 ZS, B. v. 15.7.1998“, in: *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht* 1998, S. 1256
- Weber, M.; Kutzer, K.:** „Ethische Entscheidungen am Ende des Lebens – Grundsätze, Unsicherheiten, Perspektiven“ in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift, Ethik in der Medizin, Sonderdruck*, 2002;127: 2689-2693
- Weber, M.; Stiehl, M.; Reiter, J.; Rittner Ch.:** „Sorgsames Abwägen der jeweiligen Situation – Ergebnisse einer Ärztebefragung in Rheinland-Pfalz“, in: *Deutsches Ärzteblatt* 2001, S. A 3184
- Wuermeling, H.-B.:** „Gebotenes Sterbenlassen“, in: *Deutsches Ärzteblatt* 1999, S. A-2205
- Zeller, E.:** „Der Notfallbogen als komprimierte Patientenverfügung“, in: Schulze, U.; Niewohner, S. (Hrsg.): *Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase – zwischen Autonomie und Fürsorge*, im Druck
- Zöller, M.A.:** „Passive Sterbehilfe zwischen Selbstbestimmungsrecht des Patienten und mutmaßlicher Einwilligung“, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik*, 1999, S. 317
<http://www2.uibk.ac.at/bidok/library/medizin/zieger-persoenlichkeit.bdkb>

Stellungnahmen , Ratgeber und Sonstiges

Ärztekammer Westfalen – Lippe: Der Notfallbogen: Hinweise und Erläuterung, 2004, online unter: <http://www.aekwl.de/public/service/doc12.htm>

Bayerisches Staatsministeriums der Justiz, Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter, Hrsg. Beck-Verlag 2004 (im Druck), online unter: http://www.justiz.bayern.de/_broschueren/download.htm.

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V.: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung; online unter: www.hospiz.net

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V.: Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zu Patientenverfügungen, 2002; Geschäftsstelle der BAG Hospiz e. V. , Am Weiherhof 23,

52382 Niederzier;

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V. (Hrsg.): Patientenverfügungen – Fügen oder Verfügungen?, Schriftenreihe Bd. III, Dok. Fachtagung Köln, 23. Febr. 2002; der hospiz verlag;

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V.: Patientenverfügungen: Wer verfügt über das Sterben?, in: Die Hospiz-Zeitschrift 3/2000, der hospiz verlag;

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V.: Zu dem Beschluss des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 17.3.2003 – eine Stellungnahme in: Die Hospiz-Zeitschrift 16/2003, S. 25-26, der hospiz verlag;

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V.: Aktuelle Entscheidung des Bundesgerichtshofes berührt Patientenverfügungen, in: Bundes-Hospiz-Anzeiger Ausg. 1, 1. Jahrg. 2003/06, der hospiz verlag

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V.: Bundesjustizministerium klärt Geltung der Patientenautonomie?, in: Bundes-Hospiz-Anzeiger Ausg. 2, 1. Jahrg. 2003/09, der hospiz verlag;

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V.: Sterben leicht gemacht? In: Bundes-Hospiz-Anzeiger Ausg. 5, 2. Jahrg. 2004/04; der hospiz verlag

Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung und Bundesministerium der Justiz: „Patientenrechte in Deutschland – Leitfaden für Patienten und Ärzte“, 2003, Hsg. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung und Bundesministerium der Justiz

Bundestagsdrucksache 13/11433 vom 11.9.1998, Kleine Anfrage der Abgeordneten Monika Knoche und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen „Sterbebegleitung, Sterbehilfe und der grundrechtliche Schutz des Lebens“

Bundestagsdrucksache 14/5659 vom 27.3.2001, Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Dr. Ruth Fuchs, Monika Balt und der Fraktion der PDS – 14/5489 - vom 07.03.2001 „Versorgung von Wachkoma-Patienten im häuslichen Bereich, in ambulanten und stationären Einrichtungen“

Bundestagsdrucksache 14/7398 vom 6.11.2001, Kleine Anfrage der Abgeordneten Seifert, Balt, Lüth, Dr. Fuchs, Maier und der Fraktion der PDS „Menschenwürde und Menschenrechte in Pflegeheimen“

Bundestagsdrucksache 14/9020 vom 14.5.2002, Schlussbericht der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“

Deutscher Ärztetag (106.) vom 20. bis 23. Mai 2003 in Köln, III. Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland
<http://www.aeksh.de/shae/200306/h036038a.html>

Deutsche Bischofskonferenz und Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit den weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland: „Christliche Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, Handreichung und Formular“, 2. Auflage, Hsg. vom Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland, Herrenhäuser Straße 12, 30419 Hannover und vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonner Talweg 177, 53129 Bonn; online unter: http://www.ekd.de/download/patientenverfuegung_formular.pdf

Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht e.V. (DGMR), „Der Wille des Menschen zwischen Leben und Sterben. Ausgewählte medizinrechtliche Aspekte des Arzt-Patientenverhältnisses am Ende des Lebens. Empfehlungen“, Heidelberg, 2000

Dokumentation der wissenschaftlichen Fachtagung der Politischen Akademie der Friedrich-Ebert-Stiftung in Kooperation mit der Humanistischen Akademie und der

Humanistischen Union: Humanes Leben bis zuletzt. Patientenwille und gesetzliche Regelung der Sterbehilfe in Deutschland, *Humanismus aktuell* 2004, Heft 14

Humanistischer Verband Deutschlands: Fragebogen 2004 zur Erstellung einer individuellen Patientenverfügung; Handreichung „Mein Leben bleibt meine Entscheidung“ mit Glossar; Formular Patientenanwaltschaft, Vorsorgevollmacht für den Betreuungsfall; Humanistischer Verband Deutschlands, Wallstraße 65, 10179 Berlin;
online unter: <http://www.patientenverfuegung.de>; Vollmachten unter <http://www.patientenverfuegung.de/pv/vollmachten.htm>

Konferenz (75.) der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder am 20./21.6.2002 in Düsseldorf,
http://www.gesundheitstelematik.de/files/GMK75_Beschluss_TOP7.2_Telematik.pdf

Verbraucher-Zentrale Nordrhein-Westfalen e.V.: „Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung“, 3. Auflage 2000, Verbraucher-Zentrale Nordrhein-Westfalen e.V., Mintropstraße 27, 40215 Düsseldorf