

Patientenverfügungen

Zwischenbericht der Enquetekommission Ethik und Recht der modernen Medizin des Deutschen Bundestages

Die ethische und rechtliche Bewertung der Patientenverfügung (PV) ist umstritten.¹ Im Mittelpunkt der Diskussion steht die Frage, inwieweit eine PV verbindlich ist und daher vom Arzt und denjenigen, die anstelle des nichteinwilligungsfähigen Patienten handeln müssen, umgesetzt werden muss, und welche Anforderungen an Form und Inhalt einer verbindlichen PV zu stellen sind. Im Juni 2004 legte die vom Bundesministerium der Justiz einberufene Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ ihren Bericht mit Gesetzgebungsvorschlägen zur PV vor.² Die Vorschläge wurden – mit Ausnahme derjenigen zur Änderung des Strafrechtes – in einem ersten Gesetzesvorschlag des Bundesministeriums der Justiz übernommen³ (vgl. zu diesem Gesetzentwurf ausführlich [5]). Bereits vorher hatte die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz in ihrem Bericht zu Sterbehilfe und Sterbebegleitung vom April 2004 Vorschläge zum Umgang mit PVen vorgelegt⁴ (vgl. [3]). Im September 2004 legte schließlich die Enquetekommission Ethik und Recht der modernen Medizin des Deutschen Bundestages (EK) ihren Bericht zu den medizinischen, ethischen und rechtlichen Fragen der PV mit Gesetzgebungsvorschlägen vor.⁵

Vorschläge der Enquetekommission

Die EK⁶ geht, ebenso wie die anderen vorerwähnten Kommissionen, davon aus, dass PVen für den rechtlichen Vertreter des Patienten⁷ grundsätzlich verbindlich sein sollten und schlägt eine entsprechende gesetzliche Regelung vor. Maßnahmen der Basisversorgung dürfen durch PVen nicht ausgeschlossen werden. Allerdings sollen nur schriftlich abgefasste und mit einer Unterschrift versehene PVen verbindlich sein. Mündliche Erklärungen werden dadurch nicht bedeutungslos: Sie sollen als Indiz bei der Ermittlung des Patientenwillens herangezogen werden. Mit der Schriftform soll zum einen die Klärung erleichtert werden, ob überhaupt und mit welchem Inhalt eine PV vorliegt, zum anderen die Gefahr vermindert werden, dass beiläufige oder unbedachte Äußerungen später als PV missdeutet werden. Die Schriftlichkeit entbindet nicht von der umfassenden Prüfung der Anwendbarkeit der PV. Geprüft werden muss vor allem, ob die PV auf die konkrete Behandlungssituation zutrifft, ob Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die PV widerrufen wurde oder eine andere Willensänderung vorliegt, und ob der

Rechtsanwältin, Staatssekretärin a.D.

¹ Unter einer PV wird die Willensäußerung einer einwilligungsfähigen Person darüber verstanden, welche medizinischen Maßnahmen sie für den Fall des Verlustes der Entscheidungsfähigkeit wünscht oder ablehnt.

² Bericht der Arbeitsgruppe vom 10.06.2004 unter <http://www.bmj.bund.de>.

³ Im folgenden „Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechtes“, Stand 01.11.2004, unter <http://www.bmj.bund.de>.

⁴ Bericht unter <http://www.justiz.rlp.de>

⁵ Bundestags-Drucksache 15/3700 vom 13.9.2004 und Kurzfassung unter http://www.bundestag.de/parlament/kommissionen/ethik_med/berichte.

⁶ Im Folgenden wird nur das Mehrheitsvotum, das mit Zweidrittelmehrheit beschlossen wurde, dargestellt.

⁷ Rechtlicher Vertreter ist entweder der vormundschaftsgerichtlich bestellte Betreuer eines nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten oder der von einem einwilligungsfähigen Patienten selbst privatschriftlich für den Fall späterer Nichteinwilligungsfähigkeit benannte Bevollmächtigte.

Patient bei Kenntnis der aktuell vorliegenden Umstände möglicherweise zu einer anderen Entscheidung gekommen wäre. Nach dem Gesetzentwurf des Bundesministeriums der Justiz (BMJ)⁸ soll dagegen nur ein „Widerruf“ der PV beachtlich sein. Dieser kann aber nur so lange erfolgen, wie der Patient noch einwilligungsfähig ist und einen persönlichen Bezug zu seiner früheren Erklärung hat. Nach Ansicht der EK soll dagegen auch der nach Verlust der Einwilligungsfähigkeit in der aktuellen Behandlungssituation erkennbare natürliche Wille, der sich auch in Gesten und Verhalten äußern kann, beachtlich sein. Hier kann es in der Praxis zu Konflikten kommen, die nicht in allen Fällen mit der von der EK vorgeschlagenen Grundregel, dass im Zweifel das Wohl des Patienten und sein Lebensschutz Vorrang haben, gelöst werden können. Diese Probleme sprechen eigentlich gegen die Regelung der Verbindlichkeit der PV (s. zu diesem Problembereich auch [4]). Eine grundlegende Klärung darüber, auf welche Weise ein in der aktuellen Behandlungssituation geäußelter natürlicher Wille des einwilligungsunfähigen Patienten im Verhältnis zur PV zu berücksichtigen ist und ein präzise gesetzliche Regelung hierzu sind unabdingbar.

Reichweite von Patientenverfügungen

Die Vorschläge der EK unterscheiden sich von denjenigen der anderen Kommissionen vor allem bei der Frage der Reichweite der PV: Nach Ansicht der EK soll geregelt werden, dass PVen, die einen Behandlungsabbruch oder -verzicht vorsehen, der zum Tode führen würde, nur umgesetzt werden dürfen, wenn das Grundleiden des Patienten irreversibel ist und trotz medizinischer Behandlung nach ärztlicher Erkenntnis zum Tode führen wird. Die Verbindlichkeit umfasst damit zwar Krankheitsstadien weit über die Sterbephase hinaus, nicht aber z. B. Demenz und Wachkoma, die als solche, ohne weitere schwerste Erkrankungen, nicht tödlich verlaufen. Nach dem Gesetzentwurf des BMJ⁹ soll dagegen ausdrücklich geregelt

werden, dass PVen und in Ermangelung einer solchen der mutmaßliche Wille des Patienten auch dann umgesetzt werden müssen, wenn die Erkrankung nicht tödlich verläuft.¹⁰

Die EK begründet die Reichweitenbegrenzung wie folgt: PVen sind Vorausverfügungen für eine kaum voraussehbare existenzielle Situation. Sie können weder rechtlich noch ethisch mit einer „Jetzt-für-Jetzt-Erklärung“ des einwilligungsfähigen Patienten gleichgesetzt werden.¹¹ Der Patient kann sich bei Abfassung der PV nicht mit einer aktuellen Situation, den Entscheidungsoptionen und Alternativen auseinandersetzen. Eine Aufklärung ist nicht möglich. Hinzu kommt, dass erfahrungsgemäß Menschen ein Leben mit Krankheit, Einschränkung und Pflegebedürftigkeit positiver bewerten, wenn sie selbst in dieser Lage sind, als sie es vorher als gesunder Mensch getan haben. Die EK hat sich gleichwohl nicht für die in Anbetracht dieser Gründe nahe liegendere Option entschieden, die PV nicht als verbindlich, sondern nur als Indiz für die Ermittlung des Patientenwillens heranzuziehen, wie dies auch in der rechtlichen Literatur zum Teil vertreten wird. Stattdes-

¹⁰ § 1901a des Gesetzentwurfes des BMJ lautet: „Der Betreuer hat den in einer Patientenverfügung geäußerten Willen des Betreuten zu beachten und die darin vom Betreuten getroffenen Entscheidungen durchzusetzen, soweit ihm dies zumutbar ist. Das gilt auch dann, wenn eine Erkrankung noch keinen tödlichen Verlauf genommen hat.“ Die Regelung gilt auch für die Umsetzung des mutmaßlichen Willens (Begründung S. 19). Die Regelung „soweit ihm dies zumutbar ist“ soll die Umsetzung einer PV ausschließen, die auf ein strafrechtlich oder arztrechtlich verbotenes Tun gerichtet ist. Das Unterlassen einer medizinischen Maßnahme ist nach dem Gesetzentwurf gesetzlich oder arztrechtlich nicht verboten, wenn dies dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten entspricht. Es kann daher niemals unzumutbar sein. Wenn ein Arzt oder Vertreter des Patienten aus persönlichen oder ethischen Gründen es ablehnt, medizinische Maßnahmen zu unterlassen, hat dies nach dem Gesetzentwurf nur die Auswechslung des Arztes oder Vertreters zur Folge.

¹¹ Der Gesetzentwurf des BMJ setzt dagegen den in einer Vorausverfügung geäußerten Willen normativ gleich mit dem aktuellen Willen eines einwilligungsfähigen Patienten, der in einer aktuellen Behandlungssituation jeden ärztlichen Eingriff ablehnen kann. Die Gleichsetzung wird im Ergebnis sogar auf den mutmaßlichen Willen, der vom Vertreter des Patienten anhand konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln ist, wenn keine PV vorliegt, erstreckt. In der Rechtslehre ist die Anwendung der zivilrechtlichen Grundsätze und Folgen von Willenserklärungen auf PVen umstritten und wird bisher überwiegend abgelehnt (Nachweise im Bericht der EK, Bundestags-Drucksache 15/3700 vom 13.9.2004 und Kurzfassung unter http://www.bundestag.de/parlament/kommissionen/ethik_med/berichte).

⁸ Ebenso wie die Vorschläge der Arbeitsgruppe des BMJ und von Rheinland-Pfalz.

⁹ Auch hier im Einklang mit den Vorschlägen der Arbeitsgruppe des BMJ und von Rheinland-Pfalz.

sen hat sie sich aus ethischen Gründen für das Schutzkonzept der Beschränkung der sachlichen Reichweite von PVen entschieden.

Nach Ansicht der EK muss auch berücksichtigt werden, dass individuelle Entscheidungsprozesse zu Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Sterben durch mediale und gesellschaftliche Trends, das persönliche Umfeld und nicht zuletzt durch Erweiterung der rechtlichen Möglichkeiten beeinflusst werden. Aus der staatlichen Verpflichtung zum Schutz des Lebens folgt auch die Verpflichtung, durch gesetzliche und andere staatliche Maßnahmen Vorsorge gegen eine Tendenz bzw. Erwartungshaltung in der Gesellschaft zu treffen, mit der Druck auf alte und pflegebedürftige Menschen ausgeübt wird, durch eine PV für den Fall der Äußerungsunfähigkeit und Abhängigkeit medizinische Hilfe auszuschließen mit dem Ziel, Angehörigen nicht zur Last zu fallen, eine kostenintensive Pflege zu vermeiden und den Tod alsbald herbeizuführen.¹² Das Selbstbestimmungsrecht wird daher nach Ansicht der EK durch eine strikte Begrenzung der Reichweite nicht eingeschränkt, sondern am ehesten gewahrt.

Das Unterlassen von medizinischen Maßnahmen kann nach Ansicht der EK ethisch nicht hingenommen werden, wenn dadurch nicht nur ein tödlich verlaufendes Leiden verkürzt, sondern ein überlebensfähiges Leben beendet wird. Werden bei einer nicht tödlich verlaufenden Krankheit lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen, z. B. die künstliche Ernährung¹³ abgebrochen, tritt der Tod

primär durch das Unterlassen der Behandlung ein und nicht infolge des Verlaufes der Krankheit. Der Vorschlag der EK wird oft dahingehend missverstanden, dass bereits die Möglichkeit des Verzögerns des Todes dazu führt, dass lebenserhaltende Maßnahmen nicht abgebrochen oder unterlassen werden dürfen. Das ist nicht richtig: Das Unterlassen medizinischer Hilfe bei einem entscheidungsunfähigen Menschen und einer entsprechenden PV kann nach Ansicht der EK dann hingenommen werden, wenn nach ärztlicher Erkenntnis das Grundleiden dem Leben des Patienten auch bei medizinischer Behandlung ein Ende setzen wird, die medizinische Behandlung die Todesgefahr also nicht beseitigen kann. Die Unterlassung von medizinischen Maßnahmen kann dagegen ethisch nicht hingenommen werden, wenn der Tod als Folge des Unterlassens und nicht der Krankheit eintritt.

Mit der vorgeschlagenen Reichweitenbegrenzung knüpft die EK an den betreuungsrechtlichen Beschluss des Bundesgerichtshofes (BGH) vom März 2003 an.¹⁴ Darin wurde entschieden, dass medizinisch indizierte lebenserhaltende Maßnahmen unterbleiben müssen, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht und das Grundleiden des Patienten einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen hat.¹⁵ Die Begründung für die zuletzt genannte Einschränkung ist in der Diskussion des Beschlusses aber meist untergegangen: Mit einer PV könne, so der BGH, Ärzten und Betreuern nicht etwas abverlangt werden, was strafrechtlich verboten ist. Die Entscheidungsmacht des Betreuers reiche anders als diejenige des Patienten selbst, der im einwilligungsfähigen Zustand jede Behandlung verweigern könne, nicht weiter als die nach der Rechtsordnung zulässige Sterbehilfe. Strafrechtlich zulässig seien aber, so der BGH unter Verweis auf die höchstrichterliche Strafrechtsprechung, das Unterlassen und der Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen nur dann, wenn

¹² In der Informationsbroschüre „Patientenverfügung“ des BMJ (unter <http://www.bmj.bund.de>) wird der Leser jedoch, wie folgt, belehrt (S. 7): „Wenn Sie Festlegungen für oder gegen bestimmte Behandlungen treffen wollen, sollten Sie sich bewusst sein, dass Sie durch einen Behandlungsverzicht unter Umständen auf ein Weiterleben verzichten. Umgekehrt sollten Sie sich darüber im Klaren sein, dass Sie für die Chance, weiterleben zu können, möglicherweise Abhängigkeit und Fremdbestimmung in Kauf nehmen...“ Als Hilfestellung für die Abfassung von Wertvorstellungen in einer PV wird in der Broschüre u. a. folgender Beispielfall eines Patienten abgedruckt (S. 31): „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, soll es dann auch nicht mehr lange dauern, bis ich sterbe...“

¹³ Die künstliche Ernährung mithilfe einer Sonde ist eine medizinische Behandlung und gehört nicht zur Basisversorgung. Dies scheint nunmehr Konsens zu sein; s. die novellierten Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung [2].

¹⁴ Beschluss vom 17.03.2003, XII ZB 2/03, NJW 2003, 1588 ff; s. dazu [6].

¹⁵ Der BGH hatte es allerdings, anders als die EK, unterlassen, festzustellen, ob die Prognose der Irreversibilität mit oder ohne Berücksichtigung einer noch sinnvollen medizinischen Behandlung zu bestimmen ist; dies hatte zu Unklarheiten bei der Interpretation des Beschlusses geführt.

das Grundleiden des Patienten bereits irreversibel tödlich verläuft.¹⁶

Aktive und passive Sterbehilfe

Das Unterlassen und der Abbruch lebenserhaltender medizinischer Maßnahmen außerhalb des Sterbeprozesses sind grundsätzlich als Tötung durch Unterlassen strafbar.¹⁷ Im Sterbeprozess wurde nach der Rechtsprechung der Verzicht jedoch als zulässig angesehen (dann allerdings auch als notwendig, da sonst eine Körperverletzung wegen sinnloser Leidensverlängerung gegeben sein kann), weil es im Sterbeprozess an einer medizinischen Indikation für lebenserhaltende Maßnahmen fehlt. Das ist die (straflose) „passive Sterbehilfe“. Der entscheidende Unterschied zur „aktiven Sterbehilfe“¹⁸ ist nach der Rechtsprechung und Strafrechtslehre, dass bei der passiven Sterbehilfe der Krankheitsverlauf als solcher Ursache für den Tod des Patienten ist; dagegen führt die aktive Sterbehilfe den Tod durch eine gezielte lebensbeendende Handlung herbei.¹⁹ Im Urteil zum „Kemptener Fall“²⁰ hatte der BGH erstmalig den mutmaßlichen

Willen des Patienten als Rechtfertigungsgrund für die Sterbehilfe durch Unterlassen im Strafrecht eingeführt: Der Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen bei einem unheilbar erkrankten, nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten sollte ausnahmsweise²¹ auch dann zulässig sein, wenn die Voraussetzungen der von der Bundesärztekammer verabschiedeten (damaligen) Richtlinie für die (zulässige) Sterbehilfe nicht vorliegen, weil der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat,²² wenn dies dem mutmaßlichen Willen des Kranken entspricht. Dies hat der BGH in seiner betreuungsrechtlichen Entscheidung von 2003 als ausnahmsweise Abkehr vom Erfordernis der Todesnähe, nicht aber von demjenigen der Irreversibilität des Grundleidens interpretiert und hat dies seinem betreuungsrechtlichen Beschluss zugrunde gelegt, da er als Zivilsenat an die von der strafrechtlichen Rechtsprechung gezogene Grenze der Zulässigkeit passiver Sterbehilfe gebunden war.

Der (mutmaßliche) Wille des Patienten wurde nach der strafrechtlichen Rechtsprechung und Rechtslehre zur passiven Sterbehilfe stets als notwendige, nicht aber als hinreichende und schon gar nicht als alleinige Bedingung für die Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe angesehen. Hinzukommen muss vielmehr, dass der Krankheitsverlauf unumkehrbar tödlich verläuft.

Die EK musste sich, da sie (aus grundlegenden ethischen Erwägungen) mit ihren Vorschlägen zur Reichweite von PVen im Rahmen der geltenden Prinzipien der zulässigen passiven Sterbehilfe blieb, bei ihren Gesetzesvorschlägen nicht mit der Frage der Änderung oder Klarstellung des Strafrechtes befassen. Will man jedoch im Betreuungsrecht eine unbegrenzte Reichweite von PVen und ihre Verbindlichkeit auch für nicht tödlich verlaufende Krankheitsstadien regeln und den Willen des Patienten als allgemeinen Rechtfertigungsgrund für eine straflose Tötung durch Unterlassen einführen, muss das Strafrecht spiegelbildlich zum Betreuungsrecht geändert bzw. kompatibel gemacht werden. Ansonsten würde das Ziel der gesetzlichen Regelung der PV, Rechtssicher-

¹⁶ Ebenso die „Eckpunkte zur Stärkung der Patientenautonomie“ des BMJ vom 04.11.2004 (unter <http://www.bmj.de>). Dort wird die straflose passive Sterbehilfe, wie folgt, definiert (S. 5): „Hat das Leiden einen unumkehrbaren tödlichen Verlauf angenommen und wird der Tod in kurzer Zeit eintreten, kann der Arzt von lebensverlängernden Maßnahmen absehen oder bereits eingeleitete Maßnahmen beenden, sofern dies dem Willen des Patienten entspricht. Der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen, wie z. B. Beatmung, Bluttransfusion oder künstliche Ernährung, ist dann für den Arzt straffrei...“

¹⁷ Ärzte, Angehörige und andere für den Patienten verantwortliche Personen haben z. B. bei einem Suizidversuch eine Garantenpflicht zur Abwendung des Todes, obwohl die Beihilfe zum Suizid grundsätzlich straflos ist, und machen sich bei unterlassener Hilfe strafbar, auch wenn der Patient den Tod wollte.

¹⁸ Die „aktive Sterbehilfe“ ist kein gesetzlich definierter Begriff. Strafbar sind der Totschlag (nach § 212), der durch aktives Tun oder Unterlassen begangen werden kann, und die Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB), wenn sie auf ausdrückliches Verlangen des Getöteten erfolgt.

¹⁹ So die grundlegende Entscheidung des 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.“

²⁰ 1 StR 357/94: NJW 1995, 204 ff.

²¹ Der BGH geht ausdrücklich von einem Ausnahmefall aus.

²² Der Sterbevorgang hat nach dieser Richtlinie [1] begonnen, wenn das Grundleiden des Kranken nach ärztlicher Überzeugung unumkehrbar – irreversibel – ist, einen tödlichen Verlauf angenommen hat und der Tod in kurzer Zeit eintreten wird.

heit für Patienten, Ärzte und rechtliche Vertreter des Patienten zu schaffen,²³ verfehlt. Darüber hinaus bedarf die Rolle des mutmaßlichen Willens der grundlegenden Klärung.

Beratung durch ein Konsil

Die EK schlägt vor zu regeln, dass der Betreuer und Bevollmächtigte vor der Entscheidung über die Ablehnung einer ärztlich gebotenen lebenserhaltenden Maßnahme die Beratung durch ein Konsil einzuholen haben, dem neben dem behandelnden Arzt und rechtlichen Vertreter des Patienten ein Angehöriger und ein Vertreter der Pflegekräfte angehören sollten. Das Konsil soll bei der oft schwierigen Frage der Ermittlung des Patientenwillens mitwirken. Damit soll erreicht werden, dass alle erlangbaren Informationen und Meinungen in einem gemeinsamen Gespräch aller Beteiligten berücksichtigt werden, Eigeninteressen ausgeschlossen und festgefahrene Annahmen und Urteile revidiert werden können.

Einschaltung des Vormundschaftsgerichtes

Die EK empfiehlt zu regeln, dass Entscheidungen des rechtlichen Vertreters des Patienten, mit denen eine ärztlich gebotene lebenserhaltende Maßnahme abgelehnt wird, der Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes bedürfen. Dies führt nicht zu einer Überlastung der Gerichte, wie die bisherige Praxis der Gerichte, die heute schon in diesen Fällen eingeschaltet werden, zeigt. Entscheidungen in der Sterbephase bedürfen keiner vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung, da hier lebens-

erhaltende Maßnahmen nicht mehr ärztlich indiziert sind. Die Notwendigkeit dieses verfahrensrechtlichen Schutzes folgt aus der Bedeutung der Entscheidung für Leben und Tod sowie den Schwierigkeiten und Unsicherheiten bei der Interpretation und Anwendung von Voraussetzungen und dem naturgemäß großen Gestaltungsspielraum der Entscheidenden. In dem Gesetzentwurf des BMJ²⁴ wird dagegen das vormundschaftsgerichtliche Kontrollverfahren weitgehend zurückgenommen. Es soll völlig entfallen, soweit der Betreuer zu dem Ergebnis kommt, dass die PV bereits eine konkrete Entscheidung des Patienten enthält, die auf die konkrete Situation angewendet werden kann. Denn in diesen Fällen setze der Betreuer nur eine bereits getroffene Entscheidung um. Nur wenn keine PV vorliegt oder diese den Willen des Patienten nach Einschätzung des Betreuers nicht genau genug hergibt und der Betreuer den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln hat, bedarf eine Entscheidung, mit der ärztlich gebotene lebenserhaltende Maßnahmen abgelehnt werden, der Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes.²⁵ Aber auch dies soll nicht gelten, wenn sich der Betreuer mit dem behandelnden Arzt einig ist, dass die Ablehnung der Behandlung dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht. Damit entscheiden diejenigen, die die Entscheidung getroffen haben, auch darüber, ob ihre Entscheidung gerichtlich kontrolliert wird oder nicht.

Die ärztliche Entscheidungskompetenz wird damit nicht erweitert, da die gerichtliche Kontrolle am Dissens über die Auslegung des mutmaßlichen Willens und nicht an der ärztlichen Indikation anknüpft. Durch die Einführung einer Reichweitenbegrenzung wird dagegen die ärztliche Entscheidungskompetenz erheblich erweitert, weil diese nur durch ärztliche Erkenntnisse ermittelt und festgestellt werden kann.

Folgen für die Debatte

Das Gebot des Lebensschutzes und das ethische und strafrechtliche Verbot der Tötung durch Unterlassen soll nach dem Konzept des Gesetzent-

²³ Die Notwendigkeit einer für jedermann geltenden strafrechtlichen Regelung darüber, wann das Unterlassen von medizinischer Hilfe zulässig ist, folgt auch daraus, dass das Betreuungsrecht nur die Pflichten des Betreuers und Bevollmächtigten regelt. Was für Ärzte und Angehörige gilt, die nicht die Rolle des Betreuers oder Bevollmächtigten haben, ist im Gesetzentwurf des BMJ nicht geregelt. Die Arbeitsgruppe des BMJ hatte strafrechtliche Regelungen vorgeschlagen. Danach soll das Unterlassen oder Beenden einer lebenserhaltenden medizinischen Maßnahme für jedermann immer dann straflos sein, „wenn dies dem Willen des Patienten entspricht“. Das würde auch Ärzte und Angehörige, die nicht rechtliche Vertreter des Patienten sind, einbeziehen. Der Gesetzentwurf des BMJ greift dies nicht auf. Dem liegt offenbar die Hoffnung zugrunde, dass durch Beschränkung des Gesetzentwurfes auf betreuungsrechtliche Regelungen eine ethische Debatte um die Grenzen der Sterbehilfe vermieden werden könne.

²⁴ Ebenso die Vorschläge der Arbeitsgruppe des BMJ und von Rheinland-Pfalz.

²⁵ Der Bevollmächtigte soll jedoch in keinem Falle einer Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes bedürfen.

wurfes des BMJ durch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten neutralisiert werden. Die EK will dagegen durch die Begrenzung der Reichweite solcher PVen, deren Umsetzung den Tod zur Folge hat, die Selbstbestimmung mit dem Lebensschutz ins Verhältnis setzen. Wie auch immer man zu dem zuletzt genannten Konzept steht: In der Debatte um PVen geht es ganz grundsätzlich um die Frage der ethischen und rechtlichen Zulässigkeit der gezielten und absichtlichen Herbeiführung des Todes durch Unterlassen medizinischer Maßnahmen und die Bestimmung der ethischen und rechtlichen Grenzen hierfür. Eine Abgrenzung, dass nur noch die Tötung durch einen aktiven Eingriff unzulässig und strafbar ist, die absichtliche gezielte Herbeiführung des Todes durch Unterlassen von medizinischer Hilfe bei Zugrundelegung eines (mutmaßlichen) Willens des Patienten dagegen zulässig ist und sogar zur Pflicht für diejenigen wird, denen der hilflose handlungsunfähige Patient anvertraut ist, erscheint ethisch schwer begründbar. Mit einer solchen Regelung würde zudem ein Paradigmenwechsel im Umgang mit schwerer Krankheit und Behinderung ausgelöst, der Folgen nicht nur für das ärztliche Handeln und das Betreuungswesen haben wird. Das gilt vor allem für die ständig wachsende Zahl von Demenzerkrankungen, die mit dem gleitenden Verlust der Handlungsfähigkeit einhergeht. Vor allem hier wird der Möglichkeit eines Missbrauchs oder Fehlgebrauchs des neuen rechtlichen Instrumentes der PVen, wenn sie ohne Begrenzung auf tödlich verlaufende Krankheitszustände gelten, die Tür weit geöffnet.

Korrespondierender Autor

Ulrike Riedel

Bergmannstr. 107, 10961 Berlin
E-Mail: ulrikeriedel@t-online.de

Interessenkonflikt: Keine Angaben

Literatur

1. Bundesärztekammer (1979) Richtlinien der Bundesärztekammer zur Sterbehilfe. Dtsch Arztebl 76:A 957–958
2. Bundesärztekammer (2004) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung, Dtsch Arztebl 101: A 1298–1299
3. Kreß H (2004) Selbstbestimmung am Lebensende – Die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz zur Sterbehilfe und Sterbegleitung. Ethik Med 16:291–297
4. Merkel R (2004) Zur Frage der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen. Eine notwendige Ergänzung der bisher in Deutschland geläufigen Argumente. Ethik Med 16:298–306
5. Riedel U (2004) Selbstbestimmung am Lebensende durch Patientenverfügungen. Entwicklungen in der politischen Diskussion. Z Biopolit 13:211–218
6. Sahn S (2004) Selbstbestimmung am Lebensende im Spannungsfeld zwischen Medizin, Ethik und Recht. Eine medizinethische Analyse der jüngsten höchstrichterlichen Rechtsprechung und ihrer akademischen Kritik. Ethik Med 16:133