



Patientenschutzorganisation
Deutsche Hospiz Stiftung

Patientenschutz-Info-Dienst

22. August 2011

...Stellungnahme...Stellungnahme...Stellungnahme...Stellungnahme...Stellungnah

**Stellungnahme der
Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung
zur Christlichen Patientenvorsorge durch
Patientenvollmacht, Betreuungsverfügung,
Behandlungswünsche und Patientenverfügung
von Dr. iur. Steffen Augsberg
Prof. Dr. iur. Wolfram Höfling, M.A.**

Impressum:

Der Patientenschutz-Info-Dienst wird von der Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung herausgegeben.
Verantwortlich im Sinne des Presserechtes: Eugen Brysch; Redaktion: Yvonne Dziabel, Judith Peller
Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, Informationsbüro Berlin, Chausseestraße 10, 10115 Berlin, Tel. 030 / 2 84 44 84 0
Dortmund: Tel. 02 31 / 73 80 73 0, Fax 02 31 / 73 80 73 1; München: Tel. 089 / 20 20 81 0, Fax 089 / 20 20 81 11
www.patientenschuetzer.de



A. Problemstellung

I. Problemaufriss und Problemkontext

Die Fortschritte insbesondere der Intensivmedizin und die wachsende Zahl von alten und multimorbiden Personen haben seit langem dazu geführt, dass permanent existentielle Entscheidungen über Leben und Tod zu treffen sind. Es geht also nicht nur darum, ob solche Entscheidungen getroffen werden oder nicht, sondern entscheidend darum, wer zu solchen Entscheidungen legitimiert ist. Parallel zu diesem medizinischen Entwicklungsprozess hat sich die Arzt-Patienten-Beziehung wesentlich verändert. Im Zuge eines gesamtgesellschaftlichen Modernisierungs- und Liberalisierungsprozesses sind paternalistische Einstellungen und Verhaltensweisen immer mehr zurückgedrängt worden. Heute steht außer Frage, dass die *normative Mitte* des Arzt-Patienten-Verhältnisses der informierte Wille des Patienten darstellt.¹ Weil es dabei insbesondere, wenn auch nicht nur, um die Beendigung lebenserhaltender Behandlungsmaßnahmen geht, sind existentielle Grundrechtspositionen und ethische Grundsatzfragen betroffen. Aus diesem Grund sind gesetzgeberische Anstrengungen unternommen worden, der zwangsläufig unsicher bleibenden Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens die Möglichkeit verbindlicher Vorabverfügungen an die Seite zu stellen. Nach intensiven Diskussionen fraktionsübergreifender Gesetzentwürfe hat der Deutsche Bundestag mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 29. Juli 2009 (sog. Patientenverfügungsgesetz)² eine legislative Festlegung getroffen, mittels derer das mögliche Spannungsverhältnis von Selbstbestimmungsrecht und Integritätsschutz möglichst aufgelöst werden soll. Die neue gesetzliche Regelung bleibt zwar hinter dem zurück, was wünschenswert gewesen wäre,³ ist aber als geltendes Recht zu akzeptieren.

¹ S. hier nur im Überblick *Wolfram Höfling*, Der autonome Patient – Realität und Illusion, in: Schumpe-lick/Vogel (Hrsg.), *Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel*, 2006, S. 390 ff.; *ders.*, *Salus et/aut voluntas aegroti suprema lex – verfassungsrechtliche Grenzen des Selbstbestimmungsrechts*, in: *Wienke/Eberbach/Kramer/Janke* (Hrsg.), *Die Verbesserung des Menschen*, 2009, S. 119 ff.

² BGBl. I Nr. 48, S. 2286; siehe zuvor insbes. BT-Drs. 16/8442 (Entwurf *Stünker u.a.*); BT-Drs. 13314; vgl. ferner BT-Drs. 16/11360 (Entwurf *Bosbach u.a.*); BT-Drs. 16/11493 (Entwurf *Zöller u.a.*); 16/397 (Entwurf *Kauch u.a.*); eingehend dazu *Wolfram Höfling*, *Antizipative Selbstbestimmung – eine kritische Analyse der Entwürfe zu einem Patientenverfügungsgesetz*, *GesR 2009*, 181 ff.

³ vgl. den von *Wolfram Höfling* im Auftrag der Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung erarbeiteten Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung der Autonomie und Integrität von Patienten am Lebensende, *MedR 2006*, 26 ff.; vgl. ebenfalls den Spiegel-online Bericht mit der Stellungnahme von Eugen Brysch, Geschäftsführender Vorstand der Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, zur gesetzlichen Regelung der Patientenverfügungen vom 18. Juni 2009



Im Grundsatz ist danach dem Selbstbestimmungsrecht des (einwilligungsfähigen und volljährigen) Patienten dadurch Rechnung zu tragen, daß dessen hinreichend bestimmte und aktuelle, schriftlich niedergelegte Vorgabe für das medizinische Personal verbindlich ist, wenn im Zeitpunkt der Behandlung keine konkrete Willensäußerung mehr möglich ist (§ 1901a Abs. 1 BGB). Im Übrigen sind weiterhin Behandlungswünsche und zumindest der mutmaßliche Wille des Patienten zu ermitteln, wobei allerdings keine unmittelbare verbindliche Wirkung besteht, sondern beides lediglich die „Grundlage“ für eine eigene Entscheidung des Stellvertreters bildet (§ 1901a Abs. 2 BGB).⁴

⁴ Vgl. näher etwa *Jochen Taupitz*, Das Patientenverfügungsgesetz – Mehr Rechtssicherheit?, in: Honnefelder/Sturma (Hrsg.), *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 15 (2010), S. 155 (157 ff.) sowie die Kommentierung des Patientenverfügungsgesetzes durch *Wolfram Höfling*, in: Prütting (Hrsg.), *Fachanwaltskommentar Medizinrecht*, 2010, S. 374 ff.



II. Gang der Untersuchung

Angesichts der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung und der damit verbundenen ethischen Grundsatzfragen erstaunt es nicht, daß die Problematik der Vorausverfügungen von Anfang an namentlich auch durch die beiden großen christlichen Kirchen thematisiert wurde.⁵

Die am Ende einer Reihe von Stellungnahmen und Positionspapieren stehende, jüngst vorgestellte Fibel „Christliche Patientenvorsorge durch Patientenvollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung“ bietet insoweit Veranlassung, die dort niedergelegte gemeinsame „Handreichung“ der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (sowie weiterer Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland) auf ihre Übereinstimmung mit den gesetzlichen und verfassungsrechtlichen Vorgaben zu überprüfen (dazu C.). Zuvor allerdings erscheint es angemessen, kontextualisierend auf bisherige Äußerungen – von katholischer wie evangelischer Seite – zum Problemzusammenhang „Patientenverfügung“ einzugehen (dazu B.).

B. Entstehungsgeschichte

Die „Christliche Patientenvorsorge“ reagiert auf den Erlass des sog. Patientenverfügungsgesetzes und ersetzt die vorherige, erstmals im Jahre 1999 herausgegebene, 2003 in zweiter Auflage erschienene „Handreichung zur Christlichen Patientenverfügung“. Sie baut zugleich auf einer Reihe von Stellungnahmen der beiden großen christlichen Kirchen im Gesetzgebungsverfahren auf, weicht aber partiell auch von diesen ab.

I. Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland: „Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen“

Anfang 2005 wurde durch die vom Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland hiermit beauftragte Kammer für Öffentliche Verantwortung (unter Vorsitz von Prof. Dr. Wilfried Härle) eine Stellungnahme zur gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung vorgelegt, die allerdings ausdrücklich als „Diskussionsbeitrag und Hilfestellung bei der ethischen Urteilsbildung“ verstanden sein wollte und zudem explizit auf „allgemeine Grundsätze und Hal-

⁵ Dazu, warum die „Patientenverfügung Thema der theologischen Ethik“ ist, aus katholischer Perspektive: *Johannes Reiter*, Verfügungen am Lebensende, *Die neue Ordnung* 64 (2010), 257 (263 f.)



tungen aus evangelischer Sicht“ beschränkt blieb, namentlich „die rechtlichen Details der Regelungen“ ausklammerte.⁶ Grundlegend ist dabei die Annahme einer dem Leben wie dem Sterben eigenen Zeit und des Wissens des einzelnen betroffenen Menschen um diese Zeit. „Es ist ein Wissen um den je eigenen Lebenshorizont mit seinen verbleibenden Zukunftsperspektiven.“⁷

Aus dieser erkenntnisorientierten Perspektive wird die Bedeutung des Selbstbestimmungsrechts und damit mittelbar auch des diesem dienenden Instituts der Patientenverfügung erklärt. Weil die Erkenntnis von der Zeit des Sterbens, in der der Tod zugelassen und seinem Kommen nichts mehr entgegengesetzt wird, nur individuell-persönlich möglich ist, kommt eine stellvertretende Entscheidung prinzipiell nicht in Betracht: „Jeder muss sie für sich selbst gewinnen und vor Gott verantworten. Daher ist grundsätzlich die in einer Patientenverfügung niedergelegte Sicht eines Menschen zu achten in Bezug darauf, wann im Blick auf sein Sterben was für ihn an der Zeit sein wird.“⁸ Es ist schwer nachvollziehbar, wie eine solche Vorstellung von der individuellen Einsicht in die Zeit des kommenden Sterbens mit dem Umstand in Einklang zu bringen ist, daß eine Patientenverfügung notwendig „zu einem Zeitpunkt ausgefüllt und unterschrieben [wird], an dem die Situation, für die sie gelten soll, noch nicht eingetreten ist, also in einer näheren oder fernerer Zukunft liegen kann. Wer eine Patientenverfügung erlässt, trifft also über sich eine Verfügung, die sich auf eine spätere, andere Situation bezieht, die er jetzt noch nicht kennen kann.“ Was hier als „grundlegendes, letztlich nicht aufhebbares Dilemma“ bezeichnet wird, *stellt implizit die eigenen Grundannahmen in Frage*.⁹

Vor diesem Hintergrund liegt es nahe, das *Fürsorgeprinzip*, mittels dessen der Selbstbestimmung eine Grenze gesetzt sein soll, *als eine Art Selbstkorrektur* zu verstehen. Denn der Berufung auf die Fürsorge liegt gerade die Erwägung zugrunde, daß sich „das Sterben eines Menschen im Allgemeinen nicht planen – und schon gar nicht im Detail in einer Patientenverfügung oder rechtlich regeln –“ ließe, weshalb es stets um eine „Beziehung zwischen mehreren Menschen“ gehe, „die das Geschehen fürsorglich begleiten und menschenwürdig

⁶ Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland: „Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen“, S. 5, 12

⁷ Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland: „Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen“, S. 12

⁸ Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland: „Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen“, S. 13, siehe auch S. 16

⁹ Vgl. Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland: „Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen“, S. 18



für alle Beteiligten gestalten.“ Hieraus wird auf das Erfordernis einer im Gespräch zu ermittelnden, die „Zwischentöne und die im Schriftlichen nicht erwähnten persönlichen Werte“ berücksichtigenden Lösung geschlossen.¹⁰ Selbstbestimmung wird damit nicht als absolute Größe angesehen, sondern in den Kontext einer gemeinschaftsbezogenen Fürsorgepflicht gesetzt: „Aus evangelischer Sicht hat der Mensch ein Selbstbestimmungsrecht, sogar einen Selbstbestimmungsauftrag im Blick auf sein eigenes Leben. Es besteht andererseits aber auch eine Fürsorgepflicht der Gemeinschaft für Menschen, die hilflos, krank, gebrechlich oder auch einwilligungsunfähig sind. Selbstbestimmung ist aus christlicher Sicht positiv zu werten, wenn sie die Abhängigkeit von der eigenen Leiblichkeit, von der Fürsorge anderer Menschen und von Gott impliziert und bejaht. Nur dann bleibt sie auf die Freiheit des Menschen bezogen und dient dieser Freiheit.“¹¹

Insofern wird zwar die Existenz eines „Spannungsverhältnisses“ zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge bezweifelt, zugleich aber im Blick auf die Festlegung einer bestimmten (Nicht-)Behandlungsoption in der Patientenverfügung der „wesentliche Unterschied“ hervorgehoben, daß „Andere für den Patienten entscheiden und handeln müssen. Für sie kann nicht allein der Patientenwille maßgebend sein, sondern sie haben dem Patienten gegenüber auch Fürsorgepflichten.“ Beide „Prinzipien“ müssten in ein „angemessenes Verhältnis“ gebracht werden.¹² „Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten und Fürsorge müssen im Einzelfall sorgfältig abgewogen werden.“¹³

Die Annahme einer derartigen Abwägungsentscheidung ist indes kaum mit dem Postulat eines Komplementärverhältnisses in Einklang zu bringen. Letztlich dürften die hier aufscheinenden Probleme auf eine *unklare Begriffsbestimmung* im Blick auf die Fürsorge zurückzuführen sein: (1) Sie wird *zum einen* zentral mit Aspekten begründet, die gerade kein Konfliktpotential zum Selbstbestimmungsrecht aufweisen, sondern im Gegenteil sogar recht unproblematisch unter den Topos einer selbstbestimmten medizinischen Behandlung subsumiert werden können. Das betrifft zum einen die Fundierung der Fürsorgepflicht im Ge-

¹⁰ Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland: „Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen“, S. 13 f.

¹¹ Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland: „Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen“, S. 14

¹² Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland: „Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen“, S. 15

¹³ Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland: „Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen“, S. 16



danken, den Patienten vor externem Druck und hierdurch beeinflussten Willensentscheidungen zu bewahren.¹⁴ Es gilt aber namentlich auch für die von der Kammer genannten fünf speziellen Beispielskonstellationen:¹⁵ Soweit hier ein umfassendes Therapieangebot (einschließlich der Möglichkeit, eine Behandlung gänzlich abzulehnen) und eine entsprechende umfassende Information durch den behandelnden Arzt als Ausdruck der (ärztlichen) Fürsorgepflicht eingeordnet werden, wird nicht nur eine (standes-)rechtliche Pflicht und Selbstverständlichkeit in Bezug genommen, sondern bleibt vor allem unklar, wie hier eine „Abwägung“ mit der Selbstbestimmung aussehen könnte. Gleiches gilt für die weiteren Vorgaben, wonach auf eine angst-, panik- und verzweiflungsfreie Entscheidung zu achten und auch „nichtsprachlichen leibhaften Ausdrucksformen“ Rechnung zu tragen ist. So verstanden, bedeutet die Fürsorgepflicht (lediglich) die Pflicht zur möglichst sorgfältigen Sicherstellung einer eigenverantwortlichen Entscheidung. Bei Lichte gesehen bliebe dann allerdings kaum eine nennenswerte Bedeutung.

(2) *Zum anderen* bleibt die Schlussfolgerung der Kammer unglücklich uneindeutig und betont dem Vorgesagten zum Trotz noch einmal die Begrenzungsfunktion: „Aus all diesen Gründen gilt es, das berechnete, aber oftmals einseitig akzentuierte Postulat der Selbstbestimmung aus einer falsch verstandenen Opposition zum Gebot der Fürsorge zu befreien. Die Fürsorge kann in Spannung und Konflikt treten zum Postulat der Selbstbestimmung, und das ist auch bei der Problematik der Patientenverfügungen der Fall. Aber die Selbstbestimmung ist zugleich auf Fürsorge angewiesen. Andererseits gehört es zu recht verstandener Fürsorge, die Selbstbestimmung eines Patienten zu achten und ihr so weit wie möglich Folge zu leisten. Der Respekt vor der Selbstbestimmung der Patienten ist, so gesehen, geradezu eine Implikation der Fürsorge. Diese Achtung betrifft insbesondere Verfügungen, die sich auf das Sterben beziehen. Die entscheidende Grenze, die es hier zu beachten gilt, wird durch das Kriterium der Angemessenheit gezogen.“¹⁶ Wie mit der „Abwägung“ wird auch mit der „Angemessenheit“ ein Begriff (verfassungs-) rechtlicher Dogmatik verwendet, ohne indes die näheren Voraussetzungen zu erläutern. So bleibt der Eindruck einer nach allen Seiten abgesicherten, in sich wenig konsistenten Position. Allerdings enthalten die abschlie-

¹⁴ Vgl. Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland: „Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen“, S. 15

¹⁵ Vgl. Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland: „Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen“, S. 16 f.

¹⁶ Vgl. Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland: „Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen“, S. 17



ßenden, „aus fallbezogenen Abwägungen, die sich an der Balance zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung orientieren“ entwickelten „ethischen Regeln“¹⁷ eine deutliche, aus dem Vorgesagten nur partiell sich ergebenden Tendenz in Richtung Lebensschutz. So soll namentlich der individuell vorab festgelegte Sterbewunsch nicht maßgeblich sein, wenn „nach medizinischer Einschätzung therapeutische Möglichkeiten [existieren], die dem Patienten neue Lebensperspektiven eröffnen“. Ähnlich sollen, wenn „aufgrund der vorhandenen medizinischen Möglichkeiten gute Aussichten bestehen, dass der Patient das Bewusstsein und die Urteilsfähigkeit wiedererlangen und dann selbst Entscheidungen treffen und Handlungen veranlassen kann, die sein Leben oder Sterben betreffen“, diese medizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Das ist einleuchtend, soweit die pathologischen Zustände als Indiz eines unter Umständen nicht eindeutigen selbstbestimmten Entscheidung gewertet werden, erscheint aber problematisch paternalistisch, soweit eine pauschale Festlegung erfolgt. Der Anwendungsbereich der Patientenverfügung wird damit zwar nicht auf tödlich verlaufende Krankheitsverläufe begrenzt. Stattdessen wird zum entscheidenden Kriterium, ob ein Patient „ohne Bewusstsein ist und mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit trotz Ausschöpfung aller medizinischer Möglichkeiten das Bewusstsein niemals mehr wiedererlangen wird“. Zudem sollen „Patientenverfügungen, die im Blick auf Krankheitszustände formuliert sind, bei denen der Patient zwar urteilsunfähig ist, aber Wünsche, Bedürfnisse und einen Lebenswillen haben und – wenn auch mit Einschränkungen – am sozialen Leben teilhaben kann“, „nur unter Einschränkungen für den Arzt handlungsleitend sein.“

Erneut erstaunt die Begründung aus dem Fürsorgegebot; letztlich handelt es sich hier um nichts anderes als die selbstverständliche Anforderung, daß das Selbstbestimmungsrecht nach Möglichkeit aktuell ausgeübt werden soll. Insoweit ist es zwar auch aus verfassungsrechtlicher Perspektive zutreffend, daß in der aporetischen Situation eines unaufkläraren Patientenwillens „im Zweifel für das Leben“ zu entscheiden ist.¹⁸ Die vorschnelle Annahme

¹⁷ vgl. Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland: „Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen“, S. 23 f.

¹⁸ Zur näheren Begründung dieser These, für die auch die grundgesetzliche Garantie der Menschenwürde eine wichtige Rolle spielt, s. *Christian Hillgruber*, Die Würde des Menschen am Ende des Lebens - Verfassungsrechtliche Anmerkungen, *ZfL* 2006, 70 ff.; *Wolfram Höfling*, Selbstbestimmung und Integrität am Lebensende, in: *Charbonnier/Dörner/Simon*, Medizinische Indikation und Patientenwille, 2008, S. 85 (87 f.); vgl. entsprechend zur Bestimmung menschlichen Lebens *Steffen Augsberg*, Würde des Menschen als Gattungswesen. Zur Verrechtlichung des Gattungsargumentes, in: *Dabrock/Denkhaus/Schaede* (Hrsg.), *Gattung Mensch. Interdisziplinäre Perspektiven*, 2010 S. 385 ff. m.w.N.



eines derartigen in-dubio-Satzes gefährdet aber die angemessene Wahrung der Patientenautonomie.

II. Eckpunkte des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland für eine gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen

Wesentliche Erläuterungs- und Begründungselemente der „Christlichen Patientenvorsorge“ finden sich ferner bereits in den Eckpunkten des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland für eine gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen vom 22. Juni 2007. Demnach begrüßte die Evangelische Kirche grundsätzlich das gesetzgeberische Vorhaben und beschreibt als dessen ideale Zielsetzung, „die Vorsorge für Zeiten der Entscheidungsunfähigkeit verbindlich zu regeln; die Wirksamkeitsvoraussetzungen für Patientenverfügungen festzulegen; die Reichweite von Patientenverfügungen zu bestimmen; die Rechtssicherheit bei der Umsetzung von Patientenverfügungen für Ärzte, Pflegende, Betreuer, Bevollmächtigte und Angehörige zu stärken; die Aufgaben von Betreuern und Bevollmächtigten zu klären; zu klären, in welchen Fällen die Vormundschaftsgerichte eingeschaltet werden müssen; die Freiheit im Blick auf das Ausstellen einer Patientenverfügung zu wahren.“¹⁹

In Übernahme der soeben dargelegten Position wird dann darauf hingewiesen, daß „auch dem Sterben seine Zeit gesetzt ist und es darauf ankommt, den Tod zuzulassen und seinem Kommen nichts mehr entgegen zu setzen.“ Hieraus folge die Verpflichtung, jedem Menschen ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen. Im folgenden werden zwar begriffliche Klarstellungen eingefordert; zugleich aber tragen die „Eckpunkte“ selbst zur Verunklarung bei, wenn etwa einerseits die Bedeutung der Vereinbarkeit mit „gesetzlichen und standesrechtlichen Regelungen“ betont, andererseits aber in diesem Zusammenhang unmittelbar auch auf die ethische Unzulässigkeit der – straffreien – Beihilfe zur Selbsttötung hingewiesen wird.²⁰

Im Übrigen bleibt für die Haltung zur Patientenverfügung maßgeblich, daß die Selbstbestimmungsdimension zwar grundsätzlich eine ambivalente Grundeinstellung anerkennt, ihr aber unter dem Gesichtspunkt der Fürsorge Grenzen gesetzt werden: „Selbstbestimmung des Patienten und die Fürsorge für ihn sind miteinander zu verbinden und aufeinander zu

¹⁹ Eckpunkte des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland für eine gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen vom 22. Juni 2007, S. 1

²⁰ Eckpunkte des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland für eine gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen vom 22. Juni 2007, S. 1



beziehen. Im Zweifel ist für das Leben zu entscheiden. Selbstbestimmung allein reicht nicht aus.“²¹

Konkret wird vor diesem Hintergrund und im Blick auf die Interpretationsbedürftigkeit jeder Vorabverfügung eine (einvernehmliche) Konkretisierung „im Gespräch (oder Konsil) zwischen Angehörigen, Ärzten, Pflegepersonal, Seelsorger und Bevollmächtigten“ empfohlen, wobei namentlich auf die Bestellung eines besonderen Bevollmächtigten mittels einer Vorsorge- bzw. Vorsorgenden Vollmacht großes Gewicht gelegt wird.

Im Blick auf die Reichweite der Patientenverfügung wird einerseits eine Beschränkung auf die Sterbephase (in Übernahme der BGH-Terminologie: „irreversibles tödliches Grundleiden“) abgelehnt. Andererseits wird im Blick auf die besonders umstrittenen Fälle des sog. Wachkomas gefordert, die Möglichkeit anzuerkennen, „eine Patientenverfügung, die eine Begrenzung der lebenserhaltenden Maßnahmen auf einen bestimmten Zeitraum und danach deren Beendigung vorsieht, als bindend anzusehen.“ Als konkretes Beispiel dienen insoweit bereits die Fälle eines „stabilen Wachkomas“, in dem „zusätzliche, lebensgefährdende Erkrankungen (wie z.B. eine Lungenentzündung) auftreten“. hier könne auf Basis einer entsprechenden Patientenverfügung auf therapeutische Maßnahmen (wie etwa die Gabe von Antibiotika) verzichtet werden. Darüber hinaus sei aber auch „der Verzicht auf künstliche Ernährung, die nicht zur Basisversorgung gezählt wird, nach einer bestimmten Zeit (etwa 6 Monate) in einer Patientenverfügung vorstellbar“. Die Begründung verweist explizit Bezugnehmend der Position der Kammer für Öffentliche Verantwortung der EKD auf die (Un-)Wahrscheinlichkeit, daß in diesen Fällen das Bewusstsein wiedererlangt werde.²²

III. Stellungnahme des Kommissariats der deutschen Bischöfe zum Entwurf für ein drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts

Strengere Vorstellungen im Blick auf den Lebensschutz enthält die Stellungnahme des Kommissariats der deutschen Bischöfe zum Entwurf für ein drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 31. Januar 2005. Ein grundlegender Unterschied zu den vorgenannten Positionen der EKD besteht dabei bereits darin, daß sich die Stellungnahme ausdrücklich (nur) mit der Sterbephase auseinandersetzt. Insoweit wird die Zulässigkeit einer „Hilfe im

²¹ Eckpunkte des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland für eine gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen vom 22. Juni 2007, S. 2

²² Eckpunkte des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland für eine gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen vom 22. Juni 2007, S. 4 f.



Sterben, die jedem Menschen geschuldet ist und die in intensiver Zuwendung und in bestmöglicher ärztlicher Versorgung und Pflege besteht“, festgehalten: „Dies kann es auch einschließen, dass nicht alle medizinischen Mittel ausgeschöpft werden, wenn dadurch der Tod künstlich hinausgezögert würde. Aus dem Verbot, frei über menschliches Leben zu verfügen, folgt also keine Pflicht zur Leidensverlängerung um jeden Preis. Vielmehr hat jeder Mensch einen Anspruch auf ein menschenwürdiges Sterben. Von den anderen ist jeder Sterbende als der zu achten, der sein Sterben selbst lebt. Jeder Umgang mit einem Sterbenden hat in diesem fundamentalen Respekt vor ihm zu geschehen.“²³

Im Zuge einer gerade auch an der verfassungsrechtlichen Lebensschutzverpflichtung ansetzenden Argumentation wird dann als Kernkritikpunkt des Gesetzesentwurfs dessen unzureichende Berücksichtigung des Lebensschutzes (bzw. umgekehrt die überproportionale Gewichtung des Selbstbestimmungsgedankens) herausgearbeitet. Keinesfalls bestehe ein uneingeschränktes Verfügungsrecht; „das Grundrecht auf Leben ist auch eine Wertentscheidung für das Leben, für eine lebensbejahende Gesellschaft, die hier entschieden Position bezieht.“²⁴

In der Konsequenz spricht sich die Stellungnahme für eine Reichweitenbeschränkung aus: „Eine solche Beschränkung darf – und muss – der Gesetzgeber festlegen, soweit dies aus überragenden Gründen, z.B. zum Schutz des Lebens, des individuellen wie auch des Lebens als Wert für die Gesellschaft, erforderlich ist.“²⁵

Im Übrigen attestiert die Stellungnahme dem Referentenentwurf auch im Blick auf die intendierte Sicherung des Selbstbestimmungsrechts Inkonsistenzen, weil fraglich sei, ob gerade „eine starre Bindungswirkung von Patientenverfügungen wirklich dem Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen“ diene. Unter zustimmender Zitation des Zwischenberichts der Enquête-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“²⁶ wird die „verkürzte Betrachtung“ kritisiert, eine einmal erfolgte (schriftliche) Verfügung mit „aktuellen, situations-

²³ Stellungnahme des Kommissariats der deutschen Bischöfe zum Entwurf für ein drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 31. Jan. 2005, S. 2

²⁴ Stellungnahme des Kommissariats der deutschen Bischöfe zum Entwurf für ein drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 31. Jan. 2005, S. 3

²⁵ Stellungnahme des Kommissariats der deutschen Bischöfe zum Entwurf für ein drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 31. Jan. 2005, S. 3, 8

²⁶ s. Zwischenbericht „Patientenverfügungen“ der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“, BT-Drs. 15/3700



gebundenen Willensäußerungen“ gleichzusetzen: „Der Wille des Menschen ist keine starre, einmal fest gefügte und dann für alle Zukunft unwandelbare Größe.“ Gerade „unter Extrembedingungen“ müsse dem Unvorhersehbaren Rechnung getragen werden; der konkrete Mensch, nicht eine idealisierte Form von Selbstbestimmung sei entscheidend.²⁷ Letztlich wird die Möglichkeit einer bindenden Vorgabe auf Basis einer antizipierten Entscheidung abgelehnt: „Selbst wenn [...] eine Verfügung nach gründlicher Aufklärung mit größtmöglicher Präzision abgefasst wurde, besteht die grundsätzliche Problematik fort, die einer Gleichsetzung von Patientenverfügungen und aktuellen Willensäußerungen anhaftet. Auch wenn eine Krankheitssituation theoretisch völlig zutreffend umschrieben und gedanklich vorweggenommen wurde, ist damit noch nicht sichergestellt, dass die Beurteilung dieser Lage im konkreten Erleben nicht grundlegend anders ausfällt als vorher vermutet. Einer Behandlung von Patientenverfügungen als maßgebliches Indiz für die Ermittlung des Patientenwillens ist damit gegenüber einer strengen Bindungswirkung der Vorzug zu geben.“²⁸ In diesem Zusammenhang wird ferner bereits die Existenz gesetzlicher Regelungen, „die die Beendigung oder Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen auch ohne eine irreversibel tödlich verlaufende Grunderkrankung erlauben“, als potentielle Gefährdung autonomer Entscheidungen verstanden. Denn entsprechende rechtliche Mechanismen könnten als Hinweis auf eine gesellschaftliche Erwartungshaltung verstanden werden. insoweit sei Sorge dafür zu tragen, daß durch die Patientenverfügung nicht das Ziel verfolgt werde, Angehörigen zu entlasten und Kosten zu vermeiden.²⁹

Erneut werden demnach aus selbstverständlichen, einer autonomen Entscheidung entsprechenden Basisannahmen „*überschießende*“ *Schlussfolgerungen gezogen*. Zwar wird ausdrücklich bestritten, daß die kritische Beurteilung von Vorabverfügungen von „fremdbestimmendem Paternalismus“ motiviert sei. Sie solle vielmehr dazu beitragen, den „wirklichen Willen der Patienten“ zu ermitteln, wofür aber selbst die die Behandlungssituation

²⁷ Stellungnahme des Kommissariats der deutschen Bischöfe zum Entwurf für ein drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 31. Jan. 2005, S. 4

²⁸ Stellungnahme des Kommissariats der deutschen Bischöfe zum Entwurf für ein drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 31. Jan. 2005, S. 6

²⁹ Stellungnahme des Kommissariats der deutschen Bischöfe zum Entwurf für ein drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 31. Jan. 2005, S. 4



konkret erfassende und zeitnah abgefasste Patientenverfügung (nur) „einen wesentlichen Anhaltspunkt“ liefere.³⁰

Im Ergebnis sind damit *Vorabverfügungen in doppelter Weise eingeschränkt*: Sie werden grundsätzlich auf den Bereich der „Sterbephase“ beschränkt und sollen selbst hier nur einen indiziellen Charakter besitzen. Deutlicher noch als auf Basis des evangelischen Fürsorgekonzepts wird auf diese Weise der zur Äußerung seiner konkreten Behandlungswünsche unfähige Mensch auf das Wohlverhalten seiner Mitmenschen verwiesen. Soweit dabei die verfassungsrechtliche Lebensschutzpflicht in Ansatz gebracht wird, um das eigene Leben betreffende Entscheidungen individueller Grundrechtsträger zu beschränken, werden die grundrechtsdogmatischen Vorgaben verkannt.³¹

IV. Zentralkomitee der deutschen Katholiken (ZdK): „Zur rechtlichen Verbindlichkeit von Patientenverfügungen. Kernforderungen zur anstehenden Neuregelung der Patientenverfügung im deutschen Betreuungsrecht

Ähnliche Bedenken bestehen auch gegenüber der im Wesentlichen übereinstimmenden Stellungnahme des Zentralkomitees der deutschen Katholiken vom 30. Juni 2006. Dieser setzt zwar mit der Erkenntnis ein, eine „Relativierung des Patientenwillens“ sei „grundsätzlich unzulässig“, erachtet aber „aus prinzipiellen Erwägungen heraus [...] eine Gleichsetzung von vorausverfügender Willensbekundung und tatsächlichem aktuellem Willen [als] sachlich unstatthaft. Denn der Verfasser einer Patientenverfügung kann die zukünftigen Lebenslagen mit ihren möglichen Entscheidungskonflikten niemals in ihrer vollen Tragweite erfassen und gewichten.“³² In der Folge wird eine gesonderte Regelung der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen abgelehnt; stattdessen wird auf das Institut der Vorsorgevollmacht verwiesen.³³ Im Übrigen wird auch vom ZdK eine Reichweitenbegrenzung auf Fälle angenommen, in denen ein Grundleiden mit „irreversiblen tödlichem Verlauf“ vorliegt. Nament-

³⁰ Stellungnahme des Kommissariats der deutschen Bischöfe zum Entwurf für ein drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 31. Jan. 2005, S. 6

³¹ S. dazu noch unten sub C.

³² Zentralkomitee der deutschen Katholiken (ZdK): „Zur rechtlichen Verbindlichkeit von Patientenverfügungen. Kernforderungen zur anstehenden Neuregelung der Patientenverfügung im deutschen Betreuungsrecht vom 30. Juni 2006, S. 4

³³ Zentralkomitee der deutschen Katholiken (ZdK): „Zur rechtlichen Verbindlichkeit von Patientenverfügungen. Kernforderungen zur anstehenden Neuregelung der Patientenverfügung im deutschen Betreuungsrecht vom 30. Juni 2006, S. 5 f.



lich Patienten im Wachkoma oder Demenzkranke scheiden damit aus.³⁴ Soweit hier allerdings zur Begründung auf den „Grundsatz pro vita“ verwiesen wird, der nur durchbrochen werden könne, „wenn für das Leben keine Perspektive³⁵ mehr“ bestehe, ist dies ebenfalls eine Verkennung der sogleich in den Blick zu nehmenden verfassungsrechtlichen Vorgaben.³⁶

V. Gemeinsame Stellungnahme des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz (Erzbischof Dr. Robert Zollitsch) und des Vorsitzenden des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (Bischof Prof. Dr. Wolfgang Huber): „Zur gesetzlichen Regelung des Umgangs mit Patientenverfügungen“

In ihrer gemeinsamen Stellungnahme „Zur gesetzlichen Regelung des Umgangs mit Patientenverfügungen“ vom 14. Mai 2008 haben der Vorsitzende der Deutschen Bischofskonferenz, Erzbischof Dr. Robert Zollitsch, und der Vorsitzende des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, Bischof Prof. Dr. Wolfgang Huber, im Sinne der vorgenannten Stellungnahmen die „Einseitigkeit, mit der das Selbstbestimmungsrecht zum Ankerpunkt der gesamten Argumentation gemacht wird,“ kritisiert und auf das Beschränkungspotential des Fürsorgegedankens verwiesen: „In der Ausübung seines Selbstbestimmungsrechtes ist der Mensch darauf angewiesen, dass andere Menschen sich seiner annehmen; das gilt gerade in Zeiten der Krankheit und Hinfälligkeit. Selbstbestimmung des Patienten und Fürsorge für ihn sind miteinander zu verbinden und aufeinander zu beziehen. Es ist ein Ausdruck recht verstandener Selbstbestimmung und gebotener Fürsorge, Wünsche und Entscheidungen einer Patientenverfügung nicht einfach als das letzte Wort eines Patienten zu nehmen. Dies wird besonders deutlich, wenn sie erkennbar in Unkenntnis der Möglichkeiten medizinischer Behandlung oder späterer medizinischer Entwicklungen abgegeben wurde und Anhaltspunkte dafür namhaft gemacht werden können, dass der Betroffene bei deren Kenntnis eine andere Entscheidung getroffen hätte.“³⁷ Die Reichweite der Patientenverfügung wird als „besonders

³⁴ Zentralkomitee der deutschen Katholiken (ZdK): „Zur rechtlichen Verbindlichkeit von Patientenverfügungen. Kernforderungen zur anstehenden Neuregelung der Patientenverfügung im deutschen Betreuungsrecht vom 30. Juni 2006, S. 7 f.

³⁵ was immer damit gemeint sei *Anmerkung des Autors

³⁶ Dazu sub C.

³⁷ Gemeinsame Stellungnahme des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz (Erzbischof Dr. Robert Zollitsch) und des Vorsitzenden des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (Bischof Prof. Dr. Wolfgang Huber): „Zur gesetzlichen Regelung des Umgangs mit Patientenverfügungen“ vom 14. Mai 2008, S. 1 f.



heikel“ bezeichnet. Als inakzeptabel gelten demnach Regelungsvorschläge, die die Verbindlichkeit der in einer Patientenverfügung getroffenen Festlegungen „unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten“ – also etwa auch für die exemplarisch benannten Gruppen der Wachkomapatienten und dementiell Erkrankten – annehmen.³⁸

C. Verfassungsrechtliche Vorgaben und der Inhalt der „Christlichen Patientenvorsorge“

I. Verfassungsnormative Grundparameter

Die verfassungsrechtlichen Vorgaben sind relativ leicht und knapp zu skizzieren. Es besteht ein weit reichendes, verfassungsnormativ abgesichertes Selbstbestimmungsrecht, das zwar grundsätzlich beschränkt werden kann, regelhaft aber eher gegen private Ingerenzen abgesichert werden muss. Insoweit stehen die einschlägigen Grundrechtsgewährleistungen in ihrer Funktion als Schutzrechte im Mittelpunkt.

1. Gewährleistungsdimensionen des Selbstbestimmungsrechts

a) Sachlich

Aus der grundgesetzlichen Garantie der körperlichen Integrität (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) und des Persönlichkeitsschutzes (Art. 2 Abs. 1 [i.V.m. Art. 1 Abs. 1] GG) folgt im medizinischen Bereich ein Grundrecht auf Selbstbestimmung über die eigene Integrität.³⁹

Man kann die Gewährleistung des Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG auch als eine doppel funktionelle qualifizieren. Danach gewährleistet das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit zum einen (statischen) Anspruch auf Bewahrung der Integrität, zum anderen umfasst es ein (dynamisches) Freiheitsrecht der Selbstbestimmung über die leibliche Integrität.⁴⁰ Diesem entspricht die prinzipielle Verbindlichkeit autonom getroffener Behandlungsentscheidun-

³⁸ Gemeinsame Stellungnahme des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz (Erzbischof Dr. Robert Zollitsch) und des Vorsitzenden des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (Bischof Prof. Dr. Wolfgang Huber): „Zur gesetzlichen Regelung des Umgangs mit Patientenverfügungen“ vom 14. Mai 2008, S. 2

³⁹ Zur grundrechtsdogmatischen „Verortung“ des Selbstbestimmungsrechts, die im Einzelnen umstritten ist, s. hier nur *Wolfram Höfling/Heinrich Lang*, Das Selbstbestimmungsrecht. Normativer Bezugspunkt im Arzt-Patienten-Verhältnis, in: Feuerstein/Kuhlmann (Hrsg.), Neopaternalistische Medizin, 1999, S. 17 ff.

⁴⁰ S. auch *Höfling*, GesR 2009, 181 (182)



gen. Grundsätzlich sind dabei zunächst keine sachlichen Grenzen des Selbstbestimmungsrechts vorgegeben, insbesondere ist auch das Recht erfasst, über den eigenen Tod zu entscheiden. Ungeachtet der umstrittenen Problematik des Suizids bedeutet das jedenfalls, daß ein in Kenntnis der konkreten entscheidungsrelevanten Umstände von einer einwilligungsfähigen Person abgegebenes Behandlungsveto Ärzte und Pflegepersonal bindet. Eine passive Behandlungspflicht der Patienten besteht nicht; im Gegenteil bedeute die Weiterbehandlung gegen den erklärten Willen des Betroffenen eine Verletzung von dessen körperlicher Integrität, eine strafrechtlich relevante Körperverletzung. Das gilt auch und gerade dann, wenn die Nichtbehandlung zum Tode des Patienten führt.

b) Temporal

Grundrechtlich bestehen ferner keine zeitlichen Vorgaben hinsichtlich der Wahrnehmung des Selbstbestimmungsrechts. Deshalb können namentlich auch antizipativ verbindliche Festlegungen für die Zukunft getroffen werden.⁴¹ Im Übrigen ist eine entsprechende Beachtlichkeit des Patientenwillens keinesfalls auf Konstellationen in (unter Umständen sogar: unmittelbarer) Todesnähe beschränkt. Die vom Bundesgerichtshof in jedenfalls missverständlicher Form aus einem strafrechtlichen in den betreuungsrechtlichen Kontext überführte Formel des „Grundleidens (mit) ... irreversible(m) tödlichen Verlauf“⁴² darf keinesfalls dahingehend eingeordnet werden, daß die Verbindlichkeit klarer Patientenwünsche erst in bzw. aus der Todesnähe ergibt. Völlig zu Recht hat deshalb der Gesetzgeber des Patientenverfügungsgesetzes auf eine Reichweitenfestlegung verzichtet.⁴³

c) Problembereiche

Allerdings wirkt sich an dieser Stelle in der Tat die Problematik unvorhersehbarer Entwicklungen aus: Ungeachtet der grundsätzlichen Zulässigkeit antizipierter Festlegungen ist doch

⁴¹ S. dazu *Sachs*, in: Stern, Das Staatsrecht der Bundesrepublik Deutschland, Bd. III/1, 1988, S. 642; *Bottke*, in: Deutsche Sektion der Internationalen Juristen-Kommission (Hrsg.), Lebensverlängerung aus medizinischer, ethischer und rechtlicher Sicht, 1995, S. 35 (99, 101); *Wolfram Höfling*, „Sterbehilfe“ zwischen Selbstbestimmung und Integritätsschutz, JuS 2000, 111 (114 f.)

⁴² BGHZ 154, 205 (215)

⁴³ S. auch inzwischen das Grundsatzurteil des 2. Strafsenats des BGH vom 6.7.2010, GesR 2010, 536 ff.



das Grundproblem zu gewärtigen, daß eine selbstbestimmte Behandlungsentscheidung prinzipiell die Kenntnis der medizinischen Zusammenhänge und Folgen voraussetzt und deshalb auch auf veränderte Umstände reagieren können muss. Konkret sind deshalb im Blick auf die Patientenverfügung zwei Problembereiche voneinander abzuschichten.⁴⁴

(1) Erstens ist zu erkennen, daß Selbstbestimmung keine mit naturwissenschaftlicher Eindeutigkeit feststellbare Kategorie darstellt, sondern ein gradueller bzw. relativer Begriff ist. Er kann deshalb nur in Bezug auf die zu treffende Entscheidung verstanden werden, und in diesem Sinne sind sie in der Tat auf Interaktion und Information angewiesen. Im hier interessierenden Bereich bedeutet das namentlich, daß eine selbstbestimmte Vorabfestlegung von (Nicht-)Behandlungsoptionen in einer Patientenverfügung nur im Anschluss an eine möglichst konkrete Auseinandersetzung mit den jeweiligen Konsequenzen erfolgen kann. Dies führt die Wichtigkeit einer fachkundigen vorausgehenden Beratung nachdrücklich vor Augen. Diese mag zwar nicht verfassungsrechtlich geboten sein, doch ist es mehr als bedauerlich, daß der Gesetzgeber des Patientenverfügungsgesetzes sich dagegen entschieden hat, eine derartige fachkundige Beratung zur Voraussetzung einer verbindlichen Patientenverfügung zu erklären.⁴⁵

Umgekehrt ist demgegenüber die in § 1901a Abs. 1 BGB enthaltene gesetzliche Mindestvoraussetzung der Volljährigkeit nicht als Korrelat des Selbstbestimmungsgedankens einzuordnen. Die einfachgesetzlich festgelegte (und insoweit willkürliche) Volljährigkeit stimmt nicht notwendig mit der für eine selbstbestimmte Wahrnehmung der Patientenrechte nötigen natürlichen Einwilligungsfähigkeit überein. Letztere setzt (lediglich) voraus, daß der Einwilligende in der Lage ist, Wesen, Bedeutung und Tragweite der ärztlichen Maßnahme zu erfassen, das Für und Wider abzuwägen und seinen Willen diesbezüglich frei zu bilden.⁴⁶

⁴⁴ Vgl. dazu *Giovanni Maio*, Verfügungen über das Unverfügbare? Die Patientenverfügung als unvollkommene Antwort auf die ethische Herausforderung des Sterbens, in: Honnefelder/Sturma (Hrsg.), *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 15 (2010), S. 211 (212 f.); ähnlich *Jan P. Beckmann*, Zu Grundlage und Umsetzung der gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung aus ethischer Sicht, a.a.O., S. 221 (226 f.)

⁴⁵ S. demgegenüber aber den Entwurf der Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung: *Höfling*, *MedR* 2006, 26 ff.; dieser Position zustimmend etwa *Müller*, *DNotZ* 2010, 169 (181 m. Fn. 52); ähnlich *Jochen Taupitz*, Das Patientenverfügungsgesetz – Mehr Rechtssicherheit?, in: Honnefelder/Sturma (Hrsg.), *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 15 (2010), S. 155 (169 ff.); *Giovanni Maio*, Verfügungen über das Unverfügbare? Die Patientenverfügung als unvollkommene Antwort auf die ethische Herausforderung des Sterbens, a.a.O., S. 211 (212 f.); vgl. Beratungsangebot der Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, *Tageszeitung TZ*, 20. Juni 2009

⁴⁶ Vgl. *Jochen Taupitz*, Das Patientenverfügungsgesetz – Mehr Rechtssicherheit?, in: Honnefelder/Sturma (Hrsg.), *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 15 (2010), S. 155 (159 ff. m.w.N.); aus ethischer Perspektive ähnlich *Jan P. Beckmann*, Zu Grundlage und Umsetzung der gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung aus ethischer Sicht, a.a.O., S. 221 (230)



(2) Zweitens ist die Gefahr einer in der Tat unvermeidlichen Divergenz zwischen einer vorab festgelegten Entscheidung und der späteren Einstellung angesichts der konkreten, wohl kaum je detailliert vorhersehbaren Behandlungssituation in den Blick zu nehmen. Insofern trifft es zwar nicht zu, daß die Vielfalt potentieller Behandlungssituationen es unmöglich macht, „mit Rechtsbestimmungen alle Einzelfälle im Detail zu erfassen.“⁴⁷ Dem liegt ein *normtheoretisch naives Verständnis* zugrunde, weil verkannt wird, daß selbstverständlich keine Norm geeignet ist, alle Einzelfälle konkret zu benennen und additiv zu erfassen. „Das Verhältnis zwischen Einzelfall und allgemeiner Regel ist aber nicht das einer Subsumtion des Ersteren und Letztere, sondern das des Übergangs aus der faktischen in die normative Ebene. Ein solcher Übergang ist seiner Natur nach inkongruent, da kategorial different.“⁴⁸

Gleichwohl stellt die weitgehende Unvorhersehbarkeit der konkreten Entscheidungssituation besondere *Anforderungen an eine dem Selbstbestimmungsgedanken wie dem Integritätsschutz angemessene Ermittlung* des (aktuellen) Patientenwillens. Dabei steht dieser Aspekt zweifellos in enger Verbindung zum erstgenannten; denn es kann nicht in Zweifel gestellt werden, daß die exzeptionelle Situation einer Behandlungsbedürftigkeit im Zustand der Einwilligungsunfähigkeit nur unzureichend zu antizipieren ist, und der Einzelfall mit seinen konkreten Besonderheiten erst recht sich einer eins-zu-eins-Festlegung entzieht. Aus diesem Dilemma folgt indes nicht der Verweis auf eine Übertragung der Entscheidung auf Dritte; die externe Entscheidungsübernahme stellt tendenziell eine stärkere Beeinträchtigung des Selbstbestimmungsrechts dar als die Akzeptanz einer (notwendig) defizitären eigenen Vorabfestlegung des Patienten. Jedenfalls aber ist unter allen Umständen auf Hinweise zu achten, die eine Änderung der ursprünglichen Intentionen indizieren. So lässt sich auch die formfreie Widerrufsmöglichkeit als Ausdruck verfassungsrechtlicher Vorgaben rekonstruieren; die Verpflichtung auf die Achtung des Selbstbestimmungsrechts beinhaltet ferner auch das Gebot, auf weitere Anzeichen zu achten, die auf den – wenn auch nur unzureichend artikulierten – Willen zur Weiterbehandlung (bzw. zum Behandlungsabbruch) schließen lassen. Hier sind mithin alle Umstände relevant, deren Vorliegen ein Indiz für eine nicht selbst-

⁴⁷ so Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland: „Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen“, S. 22 f.

⁴⁸ Jan P. Beckmann, Zu Grundlage und Umsetzung der gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung aus ethischer Sicht, in: Honnefelder/Sturma (Hrsg.), Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 15 (2010), S. 221 (224)



bestimmte Entscheidung sein kann. Soweit es allerdings an derartigen Anzeichen fehlt, lässt sich ein Abweichen vom Patientenwillen weder durch objektive Umstände – etwa eine pauschale Zweifelsregelung „pro vita“ – noch durch eine verfassungsnormativ nicht anerkannte Fürsorgepflicht legitimieren.⁴⁹

2. Beschränkungsmöglichkeiten und -anforderungen

Staatliche und insbesondere gesetzliche Beschränkungen dieser grundrechtlichen Schutzgehalte sind nicht per se ausgeschlossen, aber rechtfertigungsbedürftig.⁵⁰ Erforderlich sind demnach die Einschränkung legitimierende Gegengründe, die sich zudem am Maßstab des Übermaßverbots messen lassen und gegenüber dem Selbstbestimmungsrecht als gewichtiger erweisen müssen. Insoweit sind allerdings präzise Abgrenzungen erforderlich: Die faktischen Schwierigkeiten der Feststellung, ob und inwieweit sich ein einmal geäußerter Wille tatsächlich als aktuelle Ausübung des Selbstbestimmungsrechts einordnen lässt, begründen für sich genommen keine legitime Beschränkungsoption. Nur ausnahmsweise kann sich in einer Situation existentieller Unsicherheit unter Umständen die staatliche (Lebens-)Schutzpflicht zu einem Eingriffsgebot verdichten, das auch ein Sichhinwegsetzen über einen unklaren Patientenwillen erlaubt. Im Übrigen besitzt die schutzrechtliche Dimension Bedeutung vor allem im Blick auf denkbare fremdbestimmte Übergriffe, namentlich der Angehörigen und des ärztlichen und Pflegepersonals. Insoweit obliegt es dem Gesetzgeber, der allerdings einen gewissen Entscheidungsspielraum besitzt, eine Regelung zu treffen, die wirksam verhindert, daß Patienten gegen ihren Willen behandelt werden bzw. umgekehrt Behandlungsabbrüche vorkommen, die nicht durch den Patientenwillen legitimiert sind.

Diesen verfassungsrechtlichen Vorgaben einerseits wie einer durch ein hohes Maß an Unsicherheit gekennzeichneten, gerade deshalb rechtlicher Steuerung und Orientierung bedürftigen Lebensrealität andererseits begegnet das Patientenverfügungsgesetz durch die im Blick auf den Selbstbestimmungsgedanken unerlässliche Anerkennung bindender Vorabfestlegungen der Patienten – unter Verzicht auf eine Reichweitenbegrenzung. Gleichzeitig sichern – insgesamt unzureichende – prozedurale Vorgaben die bereits im Sinne des Selbstbestim-

⁴⁹ S. demgegenüber aber den Entwurf der Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung: *Höfling*, MedR 2006, 26 ff.

⁵⁰ S. hier nur *Höfling*, GesR 2009, 181 (182 f.)



mungsrechts, darüber hinaus aber auch unter dem Aspekt des Integritätsschutzes gebotene individuell reflektierte und informierte Entscheidungsfindung und wirken Irrtums- und Missbrauchsgefahren entgegen.⁵¹

II. Die Prämissen und Vorgaben der „Christlichen Patientenvorsorge“

Demgegenüber übernimmt die „Christliche Patientenvorsorge“ das Konzept einer Abwägungskonstellation, in der sich Selbstbestimmungsrecht und Fürsorgepflicht auf unklare Weise gegenüberstehen.

1. Selbstbestimmungsrecht als Ausgangspunkt

So wird zwar zunächst das Selbstbestimmungsrecht der Patienten anerkannt. Letztlich müsse jede Behandlungsentscheidung „aus der konkreten Lage des sterbenden Menschen heraus, von seinen Bedürfnissen her und in Übereinstimmung mit seinen Wünschen und Vorstellungen getroffen werden.“⁵² Die ethische und rechtliche Grundlage aller Vorsorgeverfügungen ist das Selbstbestimmungsrecht. Der Wille des Patienten ist die Grundlage jeder Behandlung.“⁵³

2. Beschränkung durch den Fürsorgegedanken

Indes erfolgt eine gewichtige Einschränkung: „Die Selbstbestimmung erfolgt jedoch nicht unabhängig von der eigenen Leiblichkeit und auch nicht unabhängig von der mitmenschlichen und sozialen Einbindung, in der man steht. Der Selbstbestimmung, und damit der Verantwortung für sich selbst, ist die Verantwortung zur Seite gestellt, die Dritte – auch der

⁵¹ Vgl. Der Tagesspiegel mit der Stellungnahme von Eugen Brysch, Geschäftsführender Vorstand der Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, vom 19. Juni 2009

⁵² Christliche Patientenvorsorge durch Patientenvollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung, S. 11

⁵³ Christliche Patientenvorsorge durch Patientenvollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung, S. 12; Statement des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz, Erzbischof Dr. Robert Zollitsch, bei der Pressekonferenz zur Veröffentlichung der Christlichen Patientenvorsorge am 26. Januar 2011, S. 1



Staat – für einen Patienten tragen oder übernehmen können.“⁵⁴ Hieraus folgert die „Christliche Patientenvorsorge“, Selbstbestimmung dürfe „nicht als völlige Unabhängigkeit missverstanden werden“. „Selbstbestimmung des Patienten und Fürsorge für den Patienten sind miteinander zu verbinden und aufeinander zu beziehen. Selbstbestimmung ist auf Fürsorge angewiesen.“⁵⁵

3. Vorrang der Bestellung eines Bevollmächtigten (Vorsorgevollmacht bzw. Betreuungsverfügung) gegenüber der Patientenverfügung

Diese durchgehende, bereits in den Stellungnahmen im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens dargelegte Skepsis gegenüber der Selbstbestimmung begründet die in der „Christlichen Patientenvorsorge“ enthaltene Präferenz für eine Vorsorgevollmacht gegenüber der Patientenverfügung.⁵⁶

Ersichtlich wird die Patientenverfügung als allenfalls zweitbeste Lösung⁵⁷ erachtet; sie wird nur für den Fall als „sinnvoll“ empfohlen, daß die Betroffenen keiner anderen Person die Entscheidungen anvertrauen möchten „oder niemand bereit oder in der Lage ist, diese Aufgabe zu übernehmen“.⁵⁸

4. Implizite Reichweitenbegrenzung

⁵⁴ Statement des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz, Erzbischof Dr. Robert Zollitsch, bei der Pressekonzferenz zur Veröffentlichung der Christlichen Patientenvorsorge am 26. Januar 2011, S. 1

⁵⁵ Christliche Patientenvorsorge durch Patientenvollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung, S. 12

⁵⁶ Vgl. Christliche Patientenvorsorge durch Patientenvollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung, S. 7, 16 ff., passim

⁵⁷ vgl. den Titel: „Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und“ – an letzter Stelle – „Patientenverfügung“

⁵⁸ Christliche Patientenvorsorge durch Patientenvollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung, S. 9



Innerhalb der in Kapitel 1 enthaltenen Beschreibung der rechtlichen Voraussetzungen erfolgt schon im ersten Satz der Hinweis auf den Einsatzbereich der Vorsorgeregulungen für Fälle einer „Einwilligungsunfähigkeit im Rahmen einer schweren *oder* tödlich verlaufenden Krankheit“. ⁵⁹ Zugleich tritt hier eine *immanente Spannung* hervor, weil sich im Folgenden deutliche Vorgaben für eine stärkere Begrenzung des Einsatzbereiches finden. So wird im Rahmen der Erläuterung der Besonderheiten der „Christlichen Patientenvorsorge“ ausdrücklich (nur) auf die „letzte Lebensphase“ rekurriert. ⁶⁰

Die ausdrückliche Stellungnahme zur Reichweitenbeschränkung stellt zunächst zutreffend das Fehlen einer entsprechenden Regelung im Patientenverfügungsgesetz heraus und beschreibt als Aufgabe der Kirchen, sich auf die „ethische Frage zu konzentrieren, ob man die bestehenden rechtlichen Möglichkeiten in Anspruch nimmt oder aus guten Gründen darauf verzichtet.“ Konkret wird namentlich im Blick auf Wachkomapatienten eine implizite Einschränkung vorgenommen, als diese (zu Recht) nicht als Sterbende eingeordnet werden, sodann aber lediglich festgestellt wird, es könne „schwerlich“ eine „ethische Pflicht [...], eine auftretende akute Zweiterkrankung behandeln zu lassen und auf diese Weise der Anwendung ‚außergewöhnlicher Mittel‘ zuzustimmen“ geltend gemacht werden. „Eine Basisbetreuung [...] ist jedoch aufrechtzuerhalten.“ ⁶¹ Das bedeutet nichts anderes als eine Begrenzung der Verbindlichkeit dem entgegenstehender Patientenvorgaben. ⁶² An dieser Stelle zeigt sich allerdings eine offene Divergenz zwischen den katholischen und evangelischen Vorstellungen. Denn im Rahmen der konkreten Formulierungsvorschläge werden zwei Alternativen angeboten: Erstens kann demnach eine Behandlungsbeschränkung bzw. ein Behandlungsabbruch verfügt werden für den Fall, daß eine irreparable Hirnschädigung eingetreten ist *und* eine akute, potentiell tödliche Zweiterkrankung hinzutritt. Zweitens wird letz-

⁵⁹ Christliche Patientenvorsorge durch Patientenvollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung, S. 7 – Hervorhebung hinzugefügt

⁶⁰ Christliche Patientenvorsorge durch Patientenvollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung, S. 11 ff. Ähnliches gilt für die knappen Hinweise zur Formulierung einer Patientenverfügung; dazu noch unter III. 2. c)

⁶¹ Christliche Patientenvorsorge durch Patientenvollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung, S. 13, siehe auch S. 21 f.

⁶² Im übrigen verweist der Terminus der „außergewöhnlichen Mittel“ auf eine problematische Kategorie der katholischen Moralthologie, die für die Entscheidungskonflikte am Lebensende wenig Hilfe bietet; s. etwa *Paulina Taboada*, Ordinary and Extraordinary Means of the Preservation of Life: The Teaching of Moral Tradition, in: Sgreccia/Laffitte (Hrsg.), *Alongside the incurably sick and dying person: Ethical and practical aspects*, 2009, S. 117 ff.; *John M. Haas*, Therapeutic Proportionality and Therapeutic Obstinacy in the Documents of the Magisterium, in: Sgreccia/Laffitte (Hrsg.), *aaO*, S. 143 ff.



teres nur als zusätzliche Option („oder“) angesehen. „Die katholische Kirche stellt fest, dass aus ihrer Sicht die erste Alternative dringend angeraten ist.“

Die Option, nur für bestimmte Konstellationen zusätzlicher Belastungen und Komplikationen in einer Patientenverfügung Vorgaben für die Therapiebegrenzung zu formulieren, kann durchaus eine angemessene Variante sein. Dies ist gar nicht zu bestreiten. Hinter den Formulierungsvorschlägen der „Christlichen Patientenvorsorge“ werden aber überkommene – eher intuitive – Vorstellungen erkennbar, nämlich: daß es eher vertretbar sei, eine (neue) Behandlungsintervention erst gar nicht zu beginnen, als eine bereits unternommene Behandlung wieder abzubrechen. Vor dem Hintergrund der zentralen Direktive des Selbstbestimmungsrechts trägt eine solche Überlegung indes nicht.

III. Spannungsfelder

Diese Vorstellungen der „Christlichen Patientenvorsorge“ konfliktieren z. T. deutlich mit verfassungsnormativen Vorgaben. Neben dem grundsätzlichen Problem des Verhältnisses von theologisch-ethischen und rechtlichen Voraussetzungen sind konkrete Konfliktfelder zu benennen.

1. Zum Verhältnis von rechtlicher und theologisch-ethischer Bewertung

Die „Christliche Patientenvorsorge“ reagiert, so wurde bei ihrer Vorstellung deutlich hervorgehoben⁶³ auf den Erlass des Patientenverfügungsgesetzes. Das damit angedeutete grundlegende Spannungsverhältnis ist für die Handreichung ebenso kennzeichnend wie die fehlende Offenlegung problematisch: Wenn davon gesprochen wird, dass der „inhaltlichen Gestaltung der Patientenverfügung [...] sowohl durch die Rechtsordnung wie auch aus christlicher Verantwortung Grenzen gesetzt“ seien,⁶⁴ bleibt unklar, wie sich diese beiden

⁶³ Statement des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz, Erzbischof Dr. Robert Zollitsch, bei der Pressekongress zur Veröffentlichung der Christlichen Patientenvorsorge am 26. Januar 2011, S. 2



Anforderungen zueinander verhalten. Die „Christliche Patientenvorsorge“ macht nicht durchgehend deutlich, ob sie sich als Ergänzung oder als Korrektur der gesetzlichen Vorgaben versteht. Insbesondere im Blick auf die Reichweitenbegrenzung scheint letzteres nahe zu liegen. Im Übrigen ergibt sich aber aus dem Gesamtimpetus der Handreichung in der Tendenz eine Schwächung des offensichtlich als problematisch erachteten Instituts der Patientenverfügung.

2. Einzelprobleme

a) Fürsorge als verfassungsrechtlich problematischer Topos

Ein Grundproblem der „Christlichen Patientenvorsorge“ entstammt der Verkennung der rechtlichen Bedeutung des Selbstbestimmungsrechts und dessen Relativierung durch eine in dieser Form normativ unangemessene Kontextualisierung. So richtig es ist, daß sich Selbstbestimmung nicht im gesellschaftsfreien Raum vollzieht und deshalb auch auf die gesellschaftlichen Implikationen und Auswirkungen hin zu hinterfragen ist, so unzutreffend ist es doch, hieraus auf eine unmittelbare und grundsätzliche Beschränkung zu schließen. Insbesondere sind die unter dem Argumentationstopos der „Fürsorge“ getroffenen Festlegungen nicht geeignet, eine prinzipielle Beschränkung des Selbstbestimmungsgedankens zu rechtfertigen.

In verfassungsrechtlicher Perspektive lassen sich die entsprechenden Überlegungen allenfalls partiell als Element staatlicher Schutzpflichten rekonstruieren. Als solche sind sie indes nur schwerlich gegen den Willen des Patienten selbst in Ansatz zu bringen.⁶⁴ Soweit demgegenüber auf die selbstbestimmungsermöglichenden Aspekte des Fürsorgeprinzips verwiesen wird, ist dem zwar grundsätzlich zuzustimmen. Gerade hier bleibt dann aber unklar, warum es sich nicht um Bestandteile des Gewährleistungsgehalts des Selbstbestimmungsrechts handeln, sondern umgekehrt sogar dessen Begrenzung bewirken soll.

⁶⁴ Statement des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz, Erzbischof Dr. Robert Zollitsch, bei der Pressekonzferenz zur Veröffentlichung der Christlichen Patientenvorsorge am 26. Januar 2011, S. 3

⁶⁵ S. dazu etwa *Wolfram Höfling*, Recht auf Selbstbestimmung versus Pflicht zur Gesundheit, *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 103 (2009), 286 (288)



Vor diesem Hintergrund ist es auch bedenklich, wenn das gerade der Sicherung eigenverantwortlicher, unabhängiger Entscheidungssicherung dienende Instrument der Patientenverfügung als allenfalls sekundär zu empfehlende Handlungsalternative präsentiert wird und die Patienten im übrigen auf die „Fürsorge“ für sie entscheidender Dritter – gegebenenfalls unter ergänzender Zuhilfenahme konkreter Behandlungswünsche – verwiesen werden. Dies lässt sich als theologische Konzeption zweifelsohne gut vertreten, doch ist es erneut die Vermengung dieser Grundhaltung des Papiers mit den (verfassungs-)rechtlichen Vorgaben, welche die Empfehlungen und Handzeichnungen so angreifbar macht.

b) Reichweitenbegrenzung als Verkennung des Selbstbestimmungsrechts

Ähnliches gilt im Blick auf die jedenfalls von katholischer Seite aus nach wie vor geforderte Reichweitenbegrenzung. So ist gerade an dieser Stelle die relativ vage Formulierung zu bedauern; nur mittelbar wird deutlich, daß die gesetzliche Regelung als zu weitgehend verstanden wird. Gerade weil hierbei aber gleichwohl die rechtlichen Vorgaben in Bezug genommen werden, ergibt sich eine tendenziell verunklarende bzw. verfälschende Aussage: Es wird nicht hinreichend deutlich, welche Anforderungen rechtlicher und welche theologisch-ethischer Natur sind und wie das Verhältnis dieser Anforderungen verstanden sein will. Negativ fällt ferner auf, daß sich die eher den rechtlichen Vorgaben entsprechende evangelische Position nur an einer vergleichsweise versteckten Stelle im Rahmen der konkreten Formulierungsvorschläge findet, wohingegen die Gesamtbroschüre eher den Eindruck vermittelt, die „Christliche Patientenvorsorge“ beziehe sich nur auf den Sterbeprozess.

c) Zu den konkreten Formulierungsvorschlägen der „Christlichen Patientenvorsorge“

Dies wird besonders augenfällig bei den Formulierungshilfen für eine Patientenverfügung, wie sie im Anhang des Papiers enthalten sind. Sie bieten zwar am Ende „Raum für ergänzende Verfügungen“; die expliziten Hilfen aber beschränken sich auf den Fall, daß der Verfügende sich „entweder aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess oder im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit“ befindet. Insoweit nimmt auch der Formulierungsvorschlag erneut eine Art Reichweitenbegrenzung



auf den Sterbeprozess (im weiteren Sinne) vor. Abgesehen davon, daß damit vielen Menschen kaum geholfen sein dürfte, lösen die anschließenden Formulierungsvorschläge (zum Ankreuzen) erhebliche Irritationen aus. Hier finden sich beispielsweise etliche Interventionen – z. B.: Wiederbelebungsmaßnahmen, künstliche Beatmung, Dialyse –, die in aller Regel für die umschriebene Konstellation schon medizinisch nicht indiziert sind. Solche Formulierungsvorschläge lassen erhebliche Zweifel an der „Praxistauglichkeit“ derartiger „Patientenverfügungen“ aufkommen.

Der Verfasser *Höfling* hat in einem Interview für das evangelische Magazin „Chrismon plus“ auf diese Mängel hingewiesen. Das Kurzinterview hatte folgenden Wortlaut:

chrismon: Sie kritisieren die neue Christlichen Patientenverfügung. Warum?

Wolfram Höfling: Gut finde ich, dass die Broschüre zum Nachdenken über das wichtige Thema Patientenversorgung anregt und dazu eine christliche Orientierung vermittelt. Aber darüber hinaus ist sie für die Praxis kaum tauglich. Das Formular zur Patientenverfügung hilft in schwierigen Situationen nicht weiter.

Warum nicht?

Die christliche Patientenverfügung ist anders als das geltende Recht auf den unmittelbaren Sterbeprozess beschränkt. Zum Ankreuzen werden Optionen angeboten, die im Endstadium weitgehend unsinnig sind. Wer im Sterben liegt, bekommt keine Dialyse oder künstliche Ernährung mehr – ganz unabhängig vom verfügbaren Willen. Ein Arzt, der solche nicht-indizierten Maßnahmen ergreift, würde Körperverletzung begehen. Das zeigt: So richtig durchdacht ist das nicht.

Im Formular gibt es „Raum für ergänzende Verfügungen“ für weitergehende Wünsche.

Stimmt. Aber so ein Formular erweckt den Eindruck, als stünde das Wichtigste drauf. Wenn ich am Ende dann Platz für Ergänzungen anbiete, ist mir das zu wenig. Zumal die Handreichung kaum weiterhilft. Zum Wachkoma werden zwar christliche Positionen erläutert. Ansonsten spart die Broschüre aber zu viele Situationen aus, die für die Praxis relevant sind. Zum Beispiel: Was verfüge ich bei fortgeschrittener Demenz? Oder bei Multiorganversagen? Ich finde es problematisch, dass die Kirchen in ihrer Handreichung nicht alle Möglichkeiten ansprechen, die das Gesetz zulässt.

Aber so ein Formular ist doch besser als nichts, oder?

Solche Ankreuzmuster verleiten dazu, dass man sie auf die Schnelle ausfüllt und sich einbildet, man hätte nun vorgesorgt. Für eine gute Patientenverfügung muss man sich aber fachkundig und persönlich beraten lassen.

Was macht eine gute Beratung aus und wo finde ich sie?

Ein Beratungsgespräch dauert mindestens zwei, drei Stunden. Wichtig ist, dass es das komplexe Ganze in den Blick nimmt. Über den Entwurf sollte man sich in Ruhe Gedanken machen und mit Verwandten oder Freunden sprechen. Beratung bieten gemeinnützige Organisationen wie wir. Auch Kirchen beraten gelegentlich in ihren Einrichtungen, auch etwa in Krankenhäusern.

Was für Folgen kann eine unzureichende Verfügung haben?

In der Verfügung müssen Sie konkrete Handlungsanweisungen für bestimmte Situationen machen. Fehlt eine vernünftige Anleitung, muss der mutmaßliche Wille ermittelt werden. Zwischen Ärzten, Pflegenden und Angehörigen führt das nicht selten zu Auseinandersetzungen. Der mutmaßliche Wille kann auch ein Fallstrick für Fremdbestimmung sein.

Nach Autorisierung des Interviews wurde dann kurzfristig mitgeteilt, daß das Interview aufgrund einer Entscheidung der Chefredaktion nicht publiziert werden soll.



D. Zusammenfassung

Die „Christliche Patientenvorsorge“ erweist sich nach alledem als problematisch: Sie verkennt grundlegende rechtliche Wertungen, legt aber zugleich nicht offen, ob es sich hierbei um ein tatsächliches Missverständnis oder um den Versuch einer Korrektur auf theologisch-ethischer Basis handelt. Der kaum zu behebbende konstruktive Grundfehler dürfte hier darin liegen, eine Anleitung geben zu wollen, die sich einerseits explizit auf die Glaubensgrundlagen bezieht, andererseits aber diese in eine so enge Verbindung mit den weltlichen Rechtsgrundlagen setzt, daß eine Trennung bzw. Unterscheidung kaum möglich ist.⁶⁶ *Aus dem Versuch der Versöhnung unterschiedlicher Normebenen resultieren Unklarheiten*; misslich ist dabei namentlich der Versuch, über die Einbeziehung einer dem Verfassungsrecht unbekanntem Figur (die „Fürsorgepflicht“) eine Korrektur bzw. Begrenzung des Selbstbestimmungsprinzips zu erreichen. Hieraus resultiert eine klare Präferenz für eine eben nur eingeschränkt selbstbestimmte, im Übrigen weitgehend durch das Vertrauen auf eine Entscheidung Dritter gekennzeichnete Vorsorgevollmacht. Auch wenn die Herausarbeitung der unterschiedlichen Möglichkeiten, behandlungsbezogene Vorabverfügungen zu treffen, zu begrüßen ist, verfälscht diese Einseitigkeit doch die Intentionen des Gesetzgebers des Patientenverfügungsgesetzes und verfehlt die dahinter stehende verfassungsrechtliche Rationalität. Schließlich bieten die konkreten Formulierungsvorschläge im Anhang der „Christlichen Patientenvorsorge“ kaum praxistaugliche Unterstützung für wirklich komplizierte Konstellationen der Entscheidungsfindung am Lebensende.

⁶⁶ Zugespielt könnte man auch formulieren: Wer eigentlich im „*Fiat voluntas tua*“ die Leitprämisse des Lebens sieht, kann nicht zugleich die normative Grundaussage der (Verfassungs-)Rechtsordnung „Mein Wille geschehe“ vorbehaltlos akzeptieren!