Arbeitsgruppe Patientenverfügung

Möglichkeiten einer standardisierten Patientenverfügung

(Gutachten 2)

gemäß Ausschreibung des
Bundesministeriums für Gesundheit
vom 29. März 2001

Mitglieder der Arbeitsgruppe:

PD Dr.med. Johannes G. Meran, M.A., Dr.phil. Alfred Simon (Koordination); Dr.phil. Arnd T. May, Sylke E. Geißendörfer (wiss. Mitarbeiter); Prof. Dr.phil. Dieter Birnbacher, Dr.med. Dipl.theol. Helmut Harr, Dr.phil. Carmen Kaminsky, Prof. Dr.med. Rita Kielstein, PD Dr.jur. Hans-Georg Koch, OA Dr.med. Frank Oehmichen, Prof. Dr.jur. Johannes Pichler, Prof. Dr. phil. Hans-Martin Sass, Prof. Dr.phil. Günter Virt, Prof. Dr.med. Dr.phil. Jochen Vollmann

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG: PROBLEMBESCHREIBUNG UND AUFGABENSTELLUNG	4
2	MÖGLICHKEITEN DER VORSORGE UND IHRE NORMATIVEN VORAUSSETZUNGEN.....	6
2.1	ARTEN DER VORAUSVERFÜGUNG	6
2.1.1	<i>Patientenverfügung</i>	6
2.1.2	<i>Betreuungsverfügung</i>	7
2.1.3	<i>Vorsorgevollmacht</i>	7
2.2	MÖGLICHE ANWENDUNGSSITUATIONEN FÜR PATIENTENVERFÜGUNGEN	8
2.2.1	<i>Therapiemodifikation während der Sterbephase</i>	8
2.2.2	<i>Therapiemodifikation vor der Sterbephase</i>	8
2.2.3	<i>Die Rolle von Patientenverfügungen bei der Hilfe im bzw. zum Sterben</i>	9
2.3	VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE KONZEPTION UND INTENTION DER PATIENTENVERFÜGUNG	9
2.3.1	<i>Autonomie</i>	9
2.3.2	<i>Selbstbestimmungsrecht</i>	10
3	PROBLEME DER ABFASSUNG UND UMSETZUNG VON PATIENTENVERFÜGUNGEN.....	12
3.1	PROBLEME BEI DER ABFASSUNG VON PATIENTENVERFÜGUNGEN.....	12
3.1.1	<i>Informationsdefizite</i>	12
3.1.1.1	<i>Mangel an deskriptiver Information</i>	12
3.1.1.2	<i>Mangel an Kommunikation und Feedback</i>	12
3.1.1.3	<i>Mangel an prozeduraler Entwicklung</i>	12
3.1.2	<i>Grenzen der Vorhersehbarkeit</i>	14
3.1.3	<i>Interpretationsbedürftige und wertende Weisungen</i>	14
3.1.4	<i>Grenzen des Verfügbaren</i>	15
3.2	PROBLEME BEI DER UMSETZUNG VON PATIENTENVERFÜGUNGEN	17
3.2.1	<i>Unklare, unscharfe Anweisungen</i>	17
3.2.2	<i>Aufklärung über mögliche Interessenskonflikte:</i>	19
3.2.3	<i>Identität der Person</i>	19
3.2.4	<i>Konflikte für Ärzte, Pflegepersonal, Betreuer, Bevollmächtigte</i>	23
3.2.5	<i>Interpretationsspielräume</i>	27
3.2.5.1	<i>Entscheidungsfähigkeit</i>	27
3.2.5.2	<i>Normative Interpretationen</i>	29
3.2.6	<i>Zeitlicher Abstand zwischen Abfassung und Umsetzung von Verfügungen</i>	29
4	DERZEITIGE EINSCHÄTZUNG VON PATIENTENVERFÜGUNGEN IN DEUTSCHLAND	31
4.1	AUSGANGSPUNKT ENTSCHEIDUNGSFINDUNG BEI EINWILLIGUNGSUNFÄHIGKEIT	31
4.1.1	<i>Mutmaßlicher Wille</i>	31
4.1.2	<i>Antizipierte Weisung – Patientenverfügung</i>	33
4.1.3	<i>Stellvertreterentscheidung</i>	34
4.2	STAND DER HANDHABUNG UND BEURTEILUNG VON PATIENTENVERFÜGUNGEN	34
4.2.1	<i>rechtlicher Stand</i>	34
4.2.2	<i>Beurteilung aus medizinischer Perspektive</i>	35
4.2.2.1	<i>Grundsätze und Handreichungen Bundesärztekammer</i>	37
5	PATIENTENVERFÜGUNGEN IM INTERNATIONALEN RECHTSVERGLEICH.....	39
5.1	USA.....	39
5.2	SCHWEIZ	45
5.3	NIEDERLANDE.....	46
5.4	DÄNEMARK.....	47
5.5	KANADA	48
5.6	AUSTRALIEN	50
5.7	NEUSEELAND	50
5.8	ÖSTERREICH	51
5.9	ENGLAND.....	51
5.10	BEWERTUNG	52
6	QUALITÄTSSTANDARDS FÜR PATIENTENVERFÜGUNGEN	53
6.1	ANFORDERUNGEN AN DIE WILLENSBILDUNG.....	53

6.1.1	Entdeckung eigener Wertvorstellungen (z.B. narrative Methode).....	54
6.1.2	Aufklärung und Beratung (Ärzte, Beratungsstellen).....	55
6.1.3	Motivation (=Situation der Abfassung) und Ziele, intendierte Anwendung	57
6.2	FORMALE ANFORDERUNGEN	58
6.2.1	Form der Patientenverfügung (Formblätter, Videos, etc.).....	58
6.2.2	Datierung.....	58
6.2.3	Aufbewahrung.....	59
6.2.4	Bekanntgabe (Information über das Vorhandensein einer Patientenverfügung)	60
6.3	INHALTLICHE ANFORDERUNGEN.....	60
6.3.1	Inhaltliche Minimalanforderungen.....	60
6.3.2	Grad der Verbindlichkeit / Festlegung.....	61
6.3.3	Reichweite der Verfügung/Begrenzung des Verfügbaren (auch für Behandlungswünsche).....	66
7	MÖGLICHE KONSEQUENZEN DER VERBREITUNG VON PATIENTENVERFÜGUNGEN ...	67
7.1	JURISTISCHE KONSEQUENZEN	67
7.2	ÖKONOMISCHE KONSEQUENZEN	68
7.3	KLINISCHE KONSEQUENZEN.....	68
7.4	SOZIALE KONSEQUENZEN	69
8	HANDLUNGSBEDARF.....	71
8.1	GESETZGEBUNGSBEDARF.....	71
8.2	STANDESRECHT	71
8.3	ÖFFENTLICHKEITSARBEIT	72
9	ZUSAMMENFASSUNG	74
10	LITERATUR.....	77
11	ANHANG.....	81
11.1	GESETZESTEXTE:	81
11.1.1	USA.....	81
11.1.2	Schweiz.....	98
11.1.3	Niederlande	101
11.1.4	Dänemark	102
11.1.5	Australien	103
11.1.6	Neuseeland	103
11.1.7	Österreich.....	104
11.2	TEXTE DER BUNDESÄRZTEKAMMER	104
11.2.1	Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Deutsches Ärzteblatt, 95:1998, A 2365-2367	104
11.2.2	Bundesärztekammer: Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen, Deutsches Ärzteblatt 96:1999, A 2720-2721	107
11.3	LISTE VON VERFÜGUNGEN.....	110
12	MITGLIEDER DER ARBEITSGRUPPE PATIENTENVERFÜGUNG	123

1 Einleitung: Problembeschreibung und Aufgabenstellung

Die Entwicklungen innerhalb der Medizin in den letzten Jahrzehnten haben neue Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie eröffnet und damit auch die Erwartungen der betroffenen Patienten und ihrer Angehörigen sowie der Gesellschaft insgesamt erheblich gesteigert.

Diese positiven Entwicklungen der modernen Medizin werden aber auch von der Angst vor einer „Übertherapie“ begleitet, die sich vor allem auf eine Sterbens- bzw. Leidensverlängerung am Lebensende bezieht. Aus dieser Angst heraus wächst bei vielen Menschen der Wunsch, Vorsorge – z.B. durch das Abfassen einer Patientenverfügung oder die Benennung eines Stellvertreters – zu treffen.

Jede Behandlung wie Nichtbehandlung muss auf dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten beruhen. Diesem Selbstbestimmungsrecht wird in der Rechtsprechung¹ und von der ärztlichen Standesvertretung² ein hoher Stellenwert eingeräumt. Dem Recht auf Selbstbestimmung können jedoch andere Rechte entgegenstehen. So kommt es in der klinischen Praxis immer wieder zu Konflikten zwischen der verfassungsrechtlich geschützten Selbstbestimmung der Person und ihrer Würde sowie der ebenfalls verfassungsrechtlich garantierten Unversehrtheit des Lebens, etwa dann, wenn der Patient eine aus ärztlicher Sicht gebotene Maßnahme ablehnt.

Was den einwilligungsfähigen Patienten betrifft, so besteht heute Einigkeit darin, dass im Zusammenhang mit medizinischer Behandlung das Selbstbestimmungsrecht Vorrang vor der Unversehrtheit des Lebens besitzt.³ Der Arzt hat den aktuell geäußerten Willen des angemessen aufgeklärten Patienten zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit der aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- oder Therapiemaßnahme deckt. Dies gilt auch für die Beendigung bereits eingeleiteter Maßnahmen.⁴ Der Vorrang des Selbstbestimmungsrechts trifft jedoch nicht auf die Tötung auf Verlangen zu, die nach herrschender Meinung keine medizinische Behandlung darstellt⁵ und nach § 216 StGB strafbar ist.

Schwieriger wird es, wenn die betreffende Person nicht mehr einwilligungsfähig ist. Grundsätzlich gilt, dass der Patient sein Selbstbestimmungsrecht behält, auch wenn er nicht mehr in der Lage ist, sich zur aktuellen Situation zu äußern. Der Arzt ist in einer solchen Situation angehalten, entsprechend dem mutmaßlichen Willen des Patienten zu handeln. Dieser ist aus den Gesamtumständen zu ermitteln. Besondere Bedeutung kommt dabei früheren Erklärungen des Patienten zu.

Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen können in diesem Zusammenhang wichtige Instrumente der Selbstbestimmung des Patienten, aber auch eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes sein. In der Praxis bestehen jedoch häufig Unsicherheiten, was Form, Inhalt und Verbindlichkeit solcher Vorausverfügungen betrifft. Diese Unsicherheiten sind nur zum Teil durch mangelndes Wissen und mangelnde Erfahrung im

¹ vgl. Urteil des 1. Strafsenats des BGH vom 13. Sept. 1994 - 1 StR 357/94 = *Neue Juristische Wochenschrift* 1995, 204-207 = BGHSt 40, 257-272.

² vgl. Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung *Deutsches Ärzteblatt*, 95:1998, A-2365-2367

³ vgl. Taupitz J (Hrsg.): *Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens – Eine internationale Dokumentation* 2000, 275

⁴ vgl. Urteil des 1. Strafsenats des BGH vom 13. Sept. 1994 - 1 StR 357/94 = *Neue Juristische Wochenschrift* 1995, 204-207

⁵ Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung *Deutsches Ärzteblatt*, 95:1998, A-2366; Anlage II

Umgang mit den genannten Rechtsinstrumenten zu erklären. Es fehlt bislang auch an klaren rechtlichen Normierungen.

Das vorliegende Gutachten untersucht unter Berücksichtigung sowohl der Deutschen Rechtsprechung als auch eines Rechtsvergleichs mit ausländischen Kodifizierungen, durch welche (gesetzlichen) Maßnahmen die Rechtssicherheit für Patienten und Ärzte erhöht und die Verbreitung und Akzeptanz von Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen verbessert werden können. Darüber hinaus werden Leitlinien für die Abfassung von und für den Umgang mit Vorausverfügungen entwickelt und Empfehlungen für begleitende Maßnahmen (z.B. Öffentlichkeitsarbeit) ausgesprochen.

2 Möglichkeiten der Vorsorge und ihre normativen Voraussetzungen

Eine Vorausverfügung soll Richtlinien für die medizinische Versorgung eines Patienten in zukünftigen Lebenssituationen beschreiben, in denen die Entscheidungs- und/oder Kommunikationsfähigkeit verloren gegangen ist.

Dem konzeptionellen Verständnis nach sind Vorausverfügungen ein Kommunikationsmittel, die es dem mündigen Einzelnen ermöglichen, seinen Willen für Lebenssituationen zu formulieren, in denen er temporär oder dauerhaft nicht mehr in der Lage ist, sich zur aktuellen Situation zu äußern. Der Zweck von Vorausverfügungen in Gesundheitsangelegenheiten besteht darin, Art und Ausmaß der medizinischen Behandlung eines Patienten an dessen mutmaßlichen Willen zu orientieren bzw. gemäß dem mutmaßlichen Willen des betreffenden Patienten durchzuführen.

2.1 Arten der Vorausverfügung

Neben der Möglichkeit schriftliche Patientenverfügungen aufzustellen, welche formfrei Wünsche und Präferenzen für die Behandlung enthalten, gibt es auch die Einrichtung einer Betreuung durch das Vormundschaftsgericht. Mit einer Betreuungsverfügung nach § 1901a BGB kann man gewünschte Personen und die Art und Weise der Betreuung für die Situation der Entscheidungsunfähigkeit anführen. Bei schwerwiegenden Entscheidungen, wie bei möglicher Lebensbedrohung, muss der Betreuer das Vormundschaftsgericht anrufen.

Eine weitere Möglichkeit einen Stellvertreter zu benennen ist die Vorsorgevollmacht nach §1896 II BGB, die auch für den höchstpersönlichen Bereich der Gesundheitsangelegenheiten gilt. Auch in diesem Fall muss das Vormundschaftsgericht bei schwerwiegenden Entscheidungen angerufen werden.

Nach geltendem Recht hat der Patient drei Möglichkeiten, Behandlungswünsche im Vorfeld einer schweren bzw. tödlichen Erkrankung vorwegzunehmen: zum einen die als *Patientenverfügung* bekannte Behandlungsanweisung, zum anderen die sogenannte *Betreuungsverfügung* als Anweisung an einen Betreuer sowie die sogenannte *Vorsorgevollmacht*, welche die Möglichkeit bietet, eine Vertrauensperson mit der Wahrnehmung höchstpersönlicher Interessen zu beauftragen.

2.1.1 Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung stellt eine schriftliche oder mündliche Willensäußerung eines einwilligungsfähigen Patienten zur zukünftigen Behandlung im Fall der Äußerungsunfähigkeit dar. Sie enthält Aussagen zu Art und Umfang medizinischer Behandlung mit der Option der vollständigen Ablehnung, aber auch dem Wunsch nach Fortführung der Behandlung oder Maximaltherapie⁶ als Schutz vor „Untertherapie“.

Grundsätzlich können mit einer Patientenverfügung sowohl Maßnahmen der passiven als auch der indirekten Sterbehilfe gefordert werden. Der Patient kann also verlangen, dass lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen bzw. schmerzlindernde Medikamente verabreicht werden, selbst wenn der Arzt nicht ausschließen kann, dass sich diese möglicherweise lebens-

⁶ Der Wunsch nach Maximaltherapie verpflichtet nicht zu „sinnloser“ Intensivmedizin: gestützt auf die Grundrechte Berufsfreiheit (Art. 12 GG) und allgemeine Handlungsfreiheit (Art. 2 I GG) kann der Arzt Maßnahmen verweigern, die seiner Auffassung nach medizinisch nicht indiziert sind.

verkürzend⁷ auswirken könnten. Dem Wunsch nach Maßnahmen der aktiven Sterbehilfe darf der Arzt dagegen nicht nachkommen, da diese nach geltendem Recht strafbar sind.

Eine Patientenverfügung ist formfrei, sollte zur besseren Beweissicherheit schriftlich abgefasst sein. Auch frühere Briefe, Audio- oder Videoaufzeichnungen stellen eine Meinungsäußerung im Sinne einer Patientenverfügungen dar. Eine Patientenverfügung kann jederzeit, auch formlos, widerrufen werden, wobei dafür eine Geste des Patienten, beispielsweise ein Kopfnicken, ausreichend ist. Hingegen kann eine Patientenverfügung nicht von Außenstehenden widerrufen werden, es sei denn, diese sind von dem Patienten nachvollziehbar legitimiert worden.

2.1.2 *Betreuungsverfügung*

Die Betreuungsverfügung eröffnet dem Patienten nach § 1901a BGB die Möglichkeit, schriftlich für den Fall der Einrichtung einer Betreuung durch das Vormundschaftsgericht Vorschläge hinsichtlich der Person des Betreuers sowie der Art und Weise der Durchführung der Betreuung zu machen. An die Vorgaben zur Durchführung der Betreuung ist der Betreuer und somit auch der Arzt gebunden, solange die Befolgung der Wünsche des Betreuten nicht dessen Wohl zuwiderläuft und dem Betreuer zuzumuten ist (vgl. § 1901 Abs. 2 Satz 1 BGB). Auch eine Patientenverfügung hat der Betreuer in gleichem Maße wie eine Betreuungsverfügung zu beachten.

Nach § 1901a BGB hat derjenige, dem eine Betreuungsverfügung anvertraut worden ist, diese unverzüglich an das Vormundschaftsgericht abzuliefern, nachdem er von der Einleitung eines Verfahrens über die Bestellung eines Betreuers Kenntnis erlangt hat. Das Vormundschaftsgericht hat den Wünschen des Betroffenen zur Person des Betreuers zu entsprechen, wenn nicht der Vorschlag im Einzelfall dem Wohl des zu Betreuenden zuwiderläuft, etwa weil das Vormundschaftsgericht den Vorgeschlagenen für ungeeignet hält.

2.1.3 *Vorsorgevollmacht*

Im Gegensatz zum Betreuer ist der Vorsorgebevollmächtigte ein vom Patienten selbst ausgewählte und eingesetzte Person. Diese kann, wie der Betreuer, Entscheidungen in persönlichen Angelegenheiten treffen, wenn der Patient nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern.

Die Vorsorgevollmacht hat ihre Rechtsgrundlage in § 1896 Abs. 2 BGB. Danach darf ein Betreuer nur für Aufgaben bestellt werden, in denen die Betreuung erforderlich ist. Eine Betreuung ist dagegen nicht erforderlich, sofern die Angelegenheiten des Volljährigen durch einen Bevollmächtigten ebenso gut wie durch einen Betreuer besorgt werden können. Die Vorsorgevollmacht ist der Betreuerbestellung vorrangig. Wenn die zu regelnden Angelegenheiten ebenso gut durch den Bevollmächtigten geregelt werden können, so muss nach dem Grundsatz der Subsidiarität der Betreuung kein Betreuer durch das Vormundschaftsgericht bestellt werden. Eine Ausnahme bildet die Bestellung eines Kontrollbetreuers für den Fall, dass die Kontrolle des Bevollmächtigten notwendig erscheint.

Mit dem am 1. Januar 1999 in Kraft getretenen Betreuungsrechtsänderungsgesetz (BtÄndG) wurde der Geltungsbereich der Vorsorgevollmacht erstmals ausdrücklich auf den Bereich der Gesundheitsfürsorge ausgedehnt und der Bevollmächtigte im Hinblick auf seine Rechte und Pflichten dem Betreuer gleichgestellt. Nach § 1904 Abs. 2 BGB muss die Vorsorgevollmacht in Gesundheitsangelegenheiten schriftlich erteilt sein und diesen Regelungskreis in Anlehnung an den Gesetzestext⁸ ausdrücklich enthalten; sie bedarf jedoch keiner notariellen Beglaubigung.

⁷ Urteil des BGH vom 15.11.96 Az. 3 StR 79/96 (LG Kiel) = BGHSt 42, 301 = *Neue Juristische Wochenschrift* 1997, 807-810

⁸ § 1904 BGB (Ärztliche Maßnahmen) : (1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Vormund-

2.2 Mögliche Anwendungssituationen für Patientenverfügungen

Patientenverfügungen beziehen sich nicht nur auf die Sterbephase, sondern können für die medizinische Versorgung in allen Situationen der Entscheidungs- und Kommunikationsunfähigkeit erstellt werden.

Es gibt unterschiedliche Situationen, in denen Patientenverfügungen zum Einsatz kommen können. Neben der unmittelbaren Sterbephase sind hier vor allem nicht aufhaltbare schwere Leiden, dauernder Verlust der Kommunikationsfähigkeit oder die Notwendigkeit andauernder schwerwiegender Eingriffe (z.B. Beatmung, Dialyse, künstliche Ernährung, Organersatz) zu nennen. Bei der ethischen und rechtlichen Bewertung ärztlicher Maßnahmen oder Unterlassungen, die mit einer Beschleunigung des Todeseintritts verbunden sind, unterscheidet man ferner, ob sich der Patient nach ärztlichem Ermessen bereits in der Sterbephase befindet oder nicht. Im ersten Fall spricht man häufig von einer *Hilfe im Sterben*, im zweiten von einer *Hilfe zum Sterben*.

2.2.1 Therapiemodifikation während der Sterbephase

Bei Sterbenden, d.h. bei Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, darf der Arzt Maßnahmen zu Verlängerung des Lebens in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen oder abbrechen, wenn diese nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann. Der Arzt ist dazu verpflichtet, dem Sterbenden durch geeignete palliative Maßnahmen ein Sterben in Würde zu ermöglichen. Die Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen steht dabei so im Vordergrund, dass eine möglicherweise unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf.⁹

2.2.2 Therapiemodifikation vor der Sterbephase

Der Bundesgerichtshof hat 1994 im Kemptener Urteil entschieden, dass – hinausgehend über die bis dato geltenden Richtlinien der Bundesärztekammer zur Sterbehilfe – der Abbruch einer ärztlichen Behandlung oder Maßnahme bei einem unheilbar erkrankten, nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten auch dann möglich ist, wenn der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat. Voraussetzung ist jedoch, dass die Änderung des Behandlungsziels dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.¹⁰ Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes ist eine Patientenverfügung¹¹ als individuelle Willensbekundung des Patienten bei der Erforschung des mutmaßlichen Patientenwillens vorrangig zu berücksichtigen. Dieser Ansicht hat sich auch die Bundesärztekammer in ihren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung aus dem Jahre 1998 angeschlossen.

Der Bundesgerichtshof hat im Kemptener Urteil ferner entschieden, dass in analoger Anwendung des § 1904 BGB der Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme (z.B. Beatmung, Dialyse, künstliche Ernährung) der Genehmigung durch ein Vormundschaftsgericht bedarf. An diese Vorgabe ist nicht nur der Betreuer, sondern – nach Inkrafttreten des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes (BtÄndG) – auch der Bevollmächtigte gebunden.

schaftsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

⁹ vgl. Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung *Deutsches Ärzteblatt*, 95:1998, A-2365-2367; Anlage II

¹⁰ BGHSt 40, 257 ff. = *Neue Juristische Wochenschrift* 1995, 204-207

¹¹ Der Bundesgerichtshof verwendet zwar nicht den Begriff „Patientenverfügung“ spricht jedoch von „frühere[n] schriftliche[n] oder mündliche[n] Äußerungen des Patienten“.

2.2.3 Die Rolle von Patientenverfügungen bei der Hilfe im bzw. zum Sterben

Während der Patientenverfügung bei der Hilfe im Sterben eine mehr unterstützende Rolle zukommt – Handlungen, wie das Unterlassen sterbensverlängernder Maßnahmen und eine ausreichende Schmerz- und Symptomkontrolle, sollten eigentlich eine ärztliche Selbstverständlichkeit sein –, kommt ihr bei der Hilfe zum Sterben eine entscheidende Rolle zu, da der in ihr zum Ausdruck kommende (mutmaßliche) Wille die Grundlage für eine mögliche Änderung des Therapieziels bildet.

2.3 Voraussetzungen für die Konzeption und Intention der Patientenverfügung

Voraussetzung von Verfügungen sind einerseits die prinzipielle Anerkennung des Selbstbestimmungsrechtes der Patienten und zweitens die Möglichkeit, dass ein Patient medizinische Behandlung nicht nur hic et nunc bestimmen, sondern auch für zukünftige, letztlich unvorhersehbare Situationen verbindliche Direktiven festlegen kann.

Das Selbstbestimmungsrecht fußt auf der Autonomie, als konsensfähigem moralischen Prinzip. Eine medizinische Behandlung ist als Eingriff in die körperliche Integrität nur nach Einwilligung zulässig. Gültige Einwilligung erfordert Aufklärung, Freiwilligkeit und Entscheidungsfähigkeit. Eine Patientenverfügung versucht, dem Selbstbestimmungsrecht auch im Zustand der Entscheidungsunfähigkeit Geltung zu verschaffen.

2.3.1 Autonomie

Respekt vor der Autonomie des Patienten gilt – unabhängig von der jeweiligen Begründung¹² – als zentrales (medizin-)ethisches Prinzip¹³. Wie alle Grundbegriffe der Ethik ist der Begriff mehrdeutig. Der amerikanische Sozialphilosoph Joel Feinberg unterscheidet zwischen vier zentralen Bedeutungen von Autonomie:

1. Autonomie als *persönliche Fähigkeit* (capacity)
2. Autonomie als *situative Disposition* (actual condition)
3. Autonomie als *Charakterideal* (ideal of character)
4. Autonomie als *moralisches Recht* (sovereign authority).¹⁴

In den ersten beiden Bedeutungen ist Autonomie ein *deskriptiver*, in den letzten beiden ein *normativer* Begriff – wenn auch in verschiedenen Hinsichten: Autonomie als moralisches Recht ist etwas, was man einklagen kann, Autonomie als Charakterideal etwas, was man lediglich empfehlen kann. Autonomie als moralisches Recht impliziert, dass andere eine Pflicht zu seiner Wahrung und Achtung haben, während Autonomie als Charaktereigenschaft als solches zu nichts verpflichtet. Andererseits lässt sich auch zwischen den ersten drei Bedeutungen und der vierten eine kategoriale Grenze ziehen: In den drei ersten Bedeutungen bezeichnet Autonomie eine (faktische oder erwünschte) Fähigkeit, in der vierten einen Anspruch. Autonomie als Rechtsanspruch bedeutet nicht, dass jemand selbstbestimmt ist, sondern dass er ein Recht auf Selbstbestimmung hat, dass bestimmte Dinge nicht gegen oder ohne seine Zustimmung mit ihm geschehen sollen.

¹² Respekt vor der Autonomie des einzelnen kann sowohl aus der deontologischen Ethik, wie dem kategorischen Imperativ Kants, als auch von utilitaristischen Philosophien, wie dies insbesondere von John Stuart Mill und Isaiah Berlin formuliert wurde.

¹³ Nach dem Standardwerk *Principles of Biomedical Ethics* von Beauchamp und Childress zählt Autonomie (autonomy) neben Nutzen, Gutes Tun (beneficence), Schadensvermeidung (non maleficence) und Gerechtigkeit (justice) zu den vier Grundprinzipen der biomedizinischen Ethik (vgl. Beauchamp TL, Childress JF: *Principles of Biomedical Ethics* 5. Auflage 2001)

¹⁴ Feinberg J: *Harm to self*. 1986, 28. Dazu: Birnbacher D: Patientenautonomie und ärztliche Ethik, in: Honnefelder L, Streffer C (Hrsg.): *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*. Bd. 2, 1997

Im Arzt-Patient-Verhältnis spielen alle vier Bedeutungen des Autonomiebegriffs eine zentrale Rolle: Autonomie im *Fähigkeitssinn* (Bedeutung 1 und 2) im Kontext der Frage der Einwilligungsfähigkeit, Autonomie als *Ideal* im Sinne einer regulativen Idee der Arzt-Patient-Beziehung, Autonomie als *Rechtsanspruch* (des Patienten) als normative Grundlage der Arzt-Patient-Beziehung in allen Fällen einer medizinischen Intervention, die nicht den Charakter einer Notfall- und Krisenintervention haben. Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass Patientenautonomie im zuletzt genannten Sinne nicht von den anderen drei Bedeutungen abhängig gemacht werden kann. Auch diejenigen, die die Bedingungen der Autonomie als Fähigkeit oder als Ideal nicht bzw. nur eingeschränkt erfüllen (wollen), haben dadurch keinen geringeren Rechtsanspruch auf Selbstbestimmung¹⁵ als diejenigen, die sie erfüllen.

2.3.2 Selbstbestimmungsrecht

Die juristische Verankerungen des Selbstbestimmungsrechtes in Zusammenhang mit dem Prinzip der Aufklärung findet sich in dem verfassungsrechtlich verbürgten Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 II 1 GG), dem eng damit verknüpften allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Art. 2 I 1 GG) sowie der durch Art. 1 I 1 GG verbürgten *Menschenwürde*.

Aufgrund dieser Rechte ist es jedem entscheidungsfähigen Erwachsenen erlaubt, selbst über seinen Körper zu entscheiden¹⁶; d.h. eine medizinische Behandlung zu gestatten oder auch zu verweigern, und sei die Verweigerung aus der Sicht anderer noch so unvernünftig¹⁷ bzw. unmittelbar lebensbedrohlich.¹⁸ Ferner kommt es nicht auf die Frage an, ob die Situation für den Patienten „hoffnungslos“ ist oder ob er unter „qualvollen Schmerzen“ leidet.¹⁹

Nach Ansicht des BGH in der Myom Entscheidung²⁰ besitzen *einwilligungsfähige* Patienten zu medizinischen Maßnahmen ein Vetorecht, das der Arzt „selbst bei großer Unvernunft respektieren [muss], nachdem er vergeblich versucht hat, Einsicht in das Notwendige zu wecken“²¹. Der BGH führt aus: „Denn ein selbst lebensgefährlich Kranker kann triftige Gründe haben, eine Operation abzulehnen, auch wenn er durch sie und nur durch sie von seinem Leiden befreit werden könnte“²²

Zur *Einwilligungsfähigkeit* stellte der BGH 1953 fest, dass der Einwilligende die „nötige Urteilskraft und Gemütsruhe“ besitzen muss, „um die Tragweite seiner Erklärung für das Für und Wider verständlich gegeneinander abzuwägen“²³. 1969 änderte der BGH die Umschreibung so, dass der Einwilligende „die ausreichende Urteilsfähigkeit über Wesen, Bedeutung und Tragweite der gegen sie gerichteten Handlung“²⁴ besitzen müsse. Einwilligungsfähigkeit wird also mit Einsichtsfähigkeit gleichgesetzt. Diese setzt voraus, dass der Patient auf Grundlage eines individuellen, seinem Auffassungsvermögen entsprechenden Aufklärungsgesprächs Art, Umfang und Bedeutung des Eingriffs zu verstehen vermochte und einen Nutzen-Risikoabwägung vorgenommen hat.

Das Recht auf Selbstbestimmung und das damit verbundene Vetorecht gegenüber medizinischen Maßnahmen gelten aber auch für Situationen, in denen der Patient nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen aktuell zu äußern²⁵. Voraussetzung ist, dass der Patient im Vorfeld

¹⁵ Dies betrifft in besonderem Maße das Recht, nicht gegen seinen erklärten Willen behandelt zu werden.

¹⁶ BVerfGE 52, 131, 168, 173 ff.; Deutsch AcP 192 (1992), 161, 166

¹⁷ BGHZ 90, 103, 105 f.; RGSt 25, 375, 378 f.; BGHSt 11, 111, 113 f.; BVerfGE 85, 1, 14 f.: „...das Differenzierungsverbot untersagt es dem Staat, die Grundrechtsausübung des Bürgers zu bewerten...“

¹⁸ BGHSt 11, 111, 113 f.; 32, 367, 378

¹⁹ Taupitz J (Hrsg.) *Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens – Eine internationale Dokumentation*, 2000, Dokumentaton Taupitz, 275

²⁰ vgl. BGH 28.11.1957, Az. 4 StR 525/57 = *Neue Juristische Wochenschrift* 1957, 267-368

²¹ Laufs A: *Arztrecht* 1993, Rdnr.148

²² BGH *Neue Juristische Wochenschrift* 1957, 268

²³ BGHSt 4, 88, 90

²⁴ BGHSt 23, 1, 4

²⁵ vgl. Bundesärztekammer: Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen, *Deutsches Ärzteblatt* 96:1999, A-2720-2721

dieser Situation seinen Willen vorsorglich – z.B. in Form einer Patientenverfügung – bekundet hat.

Taupitz hat die Geschäftsfähigkeit²⁶ als Voraussetzung der Erstellung einer Patientenverfügung vorgeschlagen. Die Einwilligung in medizinische Maßnahmen setzt jedoch grundsätzlich nur Einwilligungsfähigkeit voraus, weshalb davon auszugehen ist, dass diese auch für das Erstellen einer Patientenverfügung ausreicht.

Bei der Feststellung der Einwilligungsfähigkeit stellt sich in der Praxis mitunter das Problem, dass die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit eine Ja/Nein-Entscheidung erfordert, wobei die Voraussetzungen für diese Fähigkeiten beim Patienten graduell vorliegen. Es geht also um eine Schwellenentscheidung, die von unterschiedlichen Ärzten unterschiedlich beurteilt werden kann. Im Konfliktfall ist die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit durch das Vormundschaftsgericht zu klären. Dazu wird in der Regel unterstützend ein medizinisches Gutachten beigezogen.

Ein weiteres praktisches Problem stellt die Frage dar, wie die für die Entscheidungsfähigkeit notwendige Aufklärung über den geplanten Eingriff bei vorsorglichen Willensbekundungen zu realisieren ist. Auf diese Frage wird in diesem Gutachten in Kapitel 3 (Probleme der Abfassung und Umsetzung von Patientenverfügungen) und Kapitel 6 (Qualitätsstandards für Patientenverfügungen) noch ausführlich eingegangen.

²⁶ vgl. Geschäftsunfähigkeit nach § 104 BGB: *geschäftsunfähig* ist: „1. wer nicht das 7. Lebensjahr vollendet hat; 2. wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geisteszähigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist, 3. wer wegen Geisteskrankheit entmündigt ist“.

3 Probleme der Abfassung und Umsetzung von Patientenverfügungen

3.1 Probleme bei der Abfassung von Patientenverfügungen

Die Probleme bei der Abfassung und der Anwendung einer Patientenverfügung resultieren aus der besonderen Entscheidungssituation zum Zeitpunkt, in dem der Verfügende nicht mehr zu seinen Festlegungen gefragt werden kann. Somit muss eine Patientenverfügung die individuellen Wünsche und Werte nachvollziehbar zum Ausdruck bringen.

3.1.1 Informationsdefizite

Eine Patientenverfügung soll vorausschauend Richtlinien (engl. advance directives) für die medizinische Behandlung eines Patienten in zukünftigen Lebenssituationen aufstellen, in denen die Entscheidungsfähigkeit und/oder Kommunikationsfähigkeit verloren gegangen ist. Ein ganz offensichtliches Problem bei der Erstellung einer solchen Verfügung liegt in der Frage ob wesentliche Informationen über zukünftige Lebenszustände bekannt sein können. Hierbei lassen sich drei Informations-Teilmängel unterscheiden:

3.1.1.1 Mangel an deskriptiver Information

Ein Unterschied zwischen Patientenverfügung und einer üblichen therapeutischen Entscheidung (z.B. ob man eine Operation ablehnt oder ob man ihr zustimmt) besteht bereits in der Quantität der verfügbaren Information. Denn selbst die umfassendste Aufklärung über mögliche zukünftige Szenarien und Verläufe, die in einer Verfügung relevant sind, wird Details auslassen müssen und letztlich vage bleiben, wegen der unzählbaren Variationen, die in der Zukunft auftreten könnten. Dies betrifft nicht nur die individuelle Situation des Patienten und den unvorhersehbaren Krankheitsverlauf, sondern auch die Entwicklungsmöglichkeiten des medizinischen Fortschritts mit neuen unerwarteten Behandlungsoptionen. In der Hämatologie sind etwa durch die Entwicklung von gezielter Antikörpertherapie, oder Erforschung der Wachstumsfaktoren des Blutes völlig neue Behandlungsdimensionen eröffnet worden. Therapiemaßnahmen, die gefährlich und schmerzhaft waren, sind dadurch viel erträglicher geworden.

3.1.1.2 Mangel an Kommunikation und Feedback

Abgesehen davon, dass die Information über mögliche zukünftige Behandlungen weniger konkret sein wird als bei normalen Behandlungsentscheidungen, fehlt ein weiteres Element der Aufklärung. Patientenverfügungen entbehren die korrektiven Möglichkeiten der aktuellen dialogischen Entscheidungsfindung. Aus ärztlicher Sicht irrational scheinende Ablehnung von Behandlung kann möglicherweise revidiert werden, nachdem Missverständnisse geklärt, vielleicht auch Adaptationen an der Behandlungsplanung vorgenommen wurden. Diese Sicherung durch den gemeinsamen Entscheidungsprozeß fehlt, ebenso wie die Möglichkeit eine Entscheidung nochmals im Lichte neuer Argumente zu überdenken.

3.1.1.3 Mangel an prozeduraler Entwicklung

Ein weiterer Unterschied zur Situation eines wachen, entscheidungsfähigen Patienten liegt darin, dass medizinische Entscheidungen selten spontan getroffen werden, sondern sich eher aus einer Fülle von Partialentscheidungen, Modifikationen, Adaptationen und Ergänzungen prozedural entwickeln. Entscheidungen sind Konsequenz eines längeren Meinungsbildungsprozesses, der verschiedene konstituierende Elemente hat. Neben der Kommunikation mit dem Patienten werden auch die Entwicklung der Erkrankung, die zwischenzeitlich erreichten oder nicht erreichten Behandlungsergebnisse, mögliche unerwartete Veränderungen während

einer Behandlung und prognostische Wahrscheinlichkeiten in die Diskussion integriert werden. Patientenverfügungen, die sich nur mit bestimmten medizinischen Maßnahmen z.B. in Form von ankreuzbaren Listen befassen, geben jedoch eine statische Antwort auf ein dynamisches Geschehen. Diese dynamische Natur medizinischer Situationen steht manchmal im Konflikt mit dem juristischen Verständnis von medizinischen Entscheidungen, welches eher einem Eventmodell zu entsprechen scheint. Dieses Modell passt zwar für einzelne Maßnahmen, wie einer klar definierten Operation, ist aber im Zusammenhang mit der Behandlung vieler Tumorkrankheiten oder Leukämien nicht ausreichend. Die Aufklärung über Krankheit und Therapieoptionen ist in bei diesen Krankheiten zumeist ein Prozess, der phasenadaptiert, angepasst an die aktuellen jeweils erforderlichen Maßnahmen und auch an die Aufnahmebereitschaft des Patienten ablaufen sollte. Zusammenfassend kann man sagen, dass Patientenverfügungen für den einwilligungsunfähigen Patienten wahrscheinlich kein vollständiger Ersatz für die aktuelle Entscheidung des noch einwilligungsfähigen Patienten in der betreffenden Situation sind.²⁷

Dies ist bedeutsam, da adäquate Information die Voraussetzung für eine rechtswirksame Einwilligung darstellt. Im deutschen Recht wird zwischen der Information über Behandlungsziele - die therapeutische Aufklärung oder Sicherungsaufklärung und der Aufklärung im Interesse der Selbstbestimmung (Selbstbestimmungsaufklärung) unterschieden. Innerhalb der letzteren ist die Information über Risiken (Risikoaufklärung) separiert von der Information über die Art, den Grund und das Ausmaß der Behandlung (Verlaufsaufklärung).²⁸

Der Standard der Aufklärung über mögliche Risiken ist abhängig von der Dringlichkeit der Behandlung und muss auf die spezielle Situation des Patienten Bedacht nehmen. Die Beweislast, dass ausreichend Informationen gegeben wurden, liegt beim Arzt, was zu einer gewissen Absicherungspolitik mittels Formblättern geführt hat.²⁹ Sofern ein Patient aber im Nachhinein behauptet, dass er zu einer Maßnahme seine Zustimmung verweigert hätte, wären ihm auch einige seltene Risiken bekannt gewesen, so wird er plausible Gründe angeben müssen, die seine hypothetische Ablehnung glaubhaft machen. Wenn die Information tatsächlich nicht ausreichend war, ist seine Zustimmung hinfällig.³⁰

Im Zusammenhang mit Patientenverfügungen gab Schöllhammer zu bedenken, dass die Selbstbestimmung unterminiert werden könnte, wenn Ärzte angeben, dass es nicht überprüfbar sei ob ein Patient zum Zeitpunkt, als er die Verfügung getroffen hat, ausführlich informiert wurde.³¹ Dies würde zu dem Paradox führen, dass die strenge Aufklärungspflicht, die gedacht war um die Selbstbestimmung zu schützen sich ins Gegenteil wendet. Dennoch ist er der Ansicht, eine sorgfältige Formulierung könne ausreichend Beweis liefern, dass ein Patient tatsächlich ein bestimmte Situation im Auge hatte. Auch in diesem Zusammenhang gebe es das Recht des Patienten auf eine detaillierte Aufklärung zu verzichten.³² Daher wird im Einzelfall zu entscheiden sein, ob tatsächlich ausreichend Information im konkreten Fall gegeben wurde. Selbst Befürworter von Patientenverfügungen sind allerdings skeptisch, ob über die letztlich unvorhersehbaren Situationen entsprechend informiert werden kann. „[It seems an] impossible task of attempting to envision all treatment decision situations that might arise.“³³

²⁷ Meran JG: Aufklärung und Patientenverfügungen. in Mayer-Maly T., Prat E.H. (Hg): *Aufklärungspflicht und Haftung*, 1998, 15-30

²⁸ Laufs A, Uhlenbruck W: *Handbuch des Arztrechts* 1992: 342 ff, Franzki H: Ärztliche Aufklärung aus juristischer Sicht. *DF Med Eth in Wien Med Wschr* 1991; 2:IX-X.

²⁹ z.B. *Dokumentierte Patientenaufklärung* Hg: Straube D.; Perimed Compliance Verlag,

³⁰ Laufs A, Uhlenbruck W: *Handbuch des Arztrechts*. 1992: §61 ff.

³¹ Schöllhammer L: *Die Rechtsverbindlichkeit des Patiententestaments* 1993, 74

³² Schöllhammer L: *Die Rechtsverbindlichkeit des Patiententestaments* 1993: 84 ff

³³ Buchanan AE, Brock DW: *Deciding for others: The ethics of surrogate decision making* 1989, 102 weiter: President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Deciding to Forgo Life-Sustaining Treatment*. Washington DC, U.S. Government Printing Office, 1983.

Im Ergebnis bleibt das Informationsproblem eine Schwachstelle der Patientenverfügungen und wird in Abhängigkeit vom individuellen Fall und der vorliegenden Verfügung deren Gültigkeit beeinflussen.

3.1.2 Grenzen der Vorhersehbarkeit

Die Schwierigkeit der unvorhersehbaren Situationen hängt einerseits von dem individuellen Fall ab, aber auch davon, ob in der Verfügung sehr konkrete Anweisungen getroffen werden oder eher eine vage Handlungsrichtung bestimmt wird. Ein Vorschlag, um die Zahl der zukünftigen Möglichkeiten zu reduzieren, besteht darin, krankheitsspezifische Verfügungen zu entwerfen. (disease-specific advance directives).³⁴ Eine weitere Möglichkeit, das Problem der dynamischen Veränderungen zumindest zu reduzieren, ist eine häufige und periodische Revision der Verfügung und damit die Möglichkeit sich den geänderten Situationen anzupassen.

3.1.3 Interpretationsbedürftige und wertende Weisungen

Die ausreichende Information über mögliche medizinische Szenarien und deren Behandlungsoptionen und Risiken ist nur ein Aspekt. Man kann diesen Aspekt als deskriptive Information auffassen. Aber diese „neutrale“ empirische Sachinformation liefert nur das Rohmaterial für die individuelle, normative Bewertung. Ob ein Patient eine spezielle Behandlung wünscht, zum Beispiel künstliche intravenöse Ernährung (oder über ein Stoma) hängt nicht nur von der Beschreibung dieser Maßnahme ab, von den statistisch vorhersagbaren Risiken und Vorteilen, sondern entscheidend ist die persönliche Bewertung, basierend auf subjektiver Beurteilung und individuellen Präferenzen. Man kann die Gesamtbewertung also in zwei Schritte zerlegen, in die deskriptive Information und in die normative Bewertung der Information. Insgesamt handelt es sich so gesehen um einen deskriptiv-normativen Doppelschritt. Von den Verfassern einer Patientenverfügung wird angenommen, dass sie ihre eigenen Interessen, Wünsche und Bedürfnisse im zukünftigen Stadium der möglichen Inkompetenz vorhersehen können. Denn die Grundannahme ist, dass eine Person ein klares Bild ihrer eigenen Prioritäten hat und dass sie selbst, und nicht der Arzt, diese eigenen Wünsche am besten darstellen und repräsentieren kann. Es wird also vorausgesetzt, dass basierend auf der gegebenen medizinischen Information zukünftige Interessen gegeneinander abgewogen werden können; z.B. auch der Wunsch eine belastende, aber lebenserhaltende Therapie fortzuführen oder nicht. Gesunde haben aber oft keine oder falsche Vorstellungen davon, wie sie sich fühlen, wenn sie einmal krank werden. Sogenannte Longitudinal-Studien zur Krankheitsverarbeitung ergaben, dass eine erstaunliche Adaptationsfähigkeit an eingeschränkte und miserable Bedingungen besteht und die eigene Einschätzung im Laufe der Zeit deutlichen Schwankungen unterliegt.³⁵ Die einmal getroffene und dann beibehaltene Entscheidung scheint eher die Ausnahme zu sein. Die individuellen Normen können sich also den Gegebenheiten anpassen. Ein Indikator dafür, dass viele Patienten sogar selbst über diese Schwankungen wissen kann aus dem Ergebnis einer empirischen Studie an Dialysepatienten abgelesen werden.³⁶

Die Patienten, wurden, nachdem sie eine Patientenverfügung ausgefüllt hatten, gefragt wie strikt sie eigentlich ihre Verfügung meinen und ob ihre behandelnden Ärzte sich tatsächlich daran halten sollten. Die erstaunliche Antwort war, dass ein großer Teil der Patienten dem Arzt einen Spielraum in der Entscheidung und der Interpretation einräumen wollte.

Das Problem besteht also erstens darin, dass normative Werte und Interessen oftmals nicht wirklich wohlüberlegt sind und zweitens, dass selbst wenn sie wohlüberlegt sind, und im

³⁴ Singer PA: Disease-specific advance directives. *Lancet* 1994; 344:594-596.

³⁵ Meran, J.G.: Lebensqualität - Anspruch und Wirklichkeit als medizinischer Parameter versus Lebensqualität als subjektbezogene Wirklichkeit. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 1992, 142:539-543.

³⁶ Shegal A, Galbraith A, Chesney M, Schoenfeld P: *How strictly do dialysis patients want their advance directive followed?* 1992; 267:59-63.

Lichte einer gesunden Situation verfasst wurden, den später veränderten Situationsbedingungen nicht entsprechen.

Die Frage, ob man zukünftige Situationen ausreichend vorhersehen und die eigenen Interessen abwägen kann, wird noch drängender, wenn es sich um vitale Entscheidungen handelt. Obwohl es einleuchtend ist, dass der Patient selbst einen privilegierten, ggf. sogar authentischen Zugang zu den eigenen Werten hat, kann man argumentieren, dass Entscheidungen über Leben und Tod (wie z.B. Therapiebegrenzung) insgesamt problematisch sind. Man könnte sagen, dass der Vergleich von Situationen im Leben mit der Alternative Tod unmöglich ist, weil Unvergleichliches verglichen wird. Gilbert Ryle sprach in ähnlichem Zusammenhang von Kategorienfehlern.³⁷ Die Bewertung von Lebenszuständen beruht auf einem anderen logischen Typ als die Bewertung des Zustandes tot, der keiner Erfahrung zugänglich ist. Es wird die Kategorie der Qualität mit der Kategorie der Substanz verglichen. Juristisch gesehen sind solche normativen Entscheidungen im Rahmen des gesetzlich Erlaubten dem wachen, entscheidungsfähigen Patienten überlassen, egal ob sie vernünftig und überlegt, oder aus ärztlicher Sicht falsch getroffen werden. Das Recht auch lebensrettende Therapie abzulehnen wurde auch durch das englische House of Lords in der Entscheidung *Airedale NHS Trust v Bland* bestätigt.³⁸ Lord Goff betonte die Unterscheidung der Ablehnung lebenserhaltender Therapie von Suizid und bestätigte die Autorität der (normativen) antizipierten Verfügungen, wenn diese anwendbar sind auf die konkrete Situation: „Moreover the same principle applies where the patient's refusal to give his consent has been expressed at an earlier date before he became unconscious or otherwise incapable of communicating it, though in such circumstances, especial care may be necessary to ensure that prior refusal or consent is still properly to be regarded as applicable in the circumstances which have subsequently occurred“³⁹

3.1.4 Grenzen des Verfügbaren

Das Grundrecht auf Selbstbestimmung ist durch die Verfassung geschützt.⁴⁰ Es ist ausdrücklich durch das ärztliche Standesrecht der Bundesärztekammer anerkannt.⁴¹ Daher kann jede erwachsene, entscheidungsfähige Person eine Behandlung ablehnen oder der Behandlung zustimmen, auch wenn es um lebenserhaltende Therapie geht. Der Arzt darf ohne Zustimmung nicht behandeln, aber nicht alles was ein Patient wünscht muss getan werden. Jegliche Zustimmung ist ungültig wenn es um eine verbotene Handlung geht. Die beabsichtigte Tötung ist unabhängig von Wünschen eines Patienten strafrechtlich verboten.⁴² Die Ablehnung einer Therapie andererseits ist auch dann zu respektieren, wenn sie das Leben eines Patienten verkürzt, denn es gibt kein Recht jemanden zu behandeln.⁴³ Die sogenannte indirekte Sterbehilfe, bei der im Zuge einer Schmerzbehandlung eine mögliche Lebensverkürzung in Kauf genommen wird ist erlaubt (im Sinne des rechtfertigenden Notstandes)⁴⁴. In Anlehnung an das *Prinzip der Doppelwirkung* nach Thomas von Aquin darf bei ausreichender Schmerzmedikation eine im Verhältnis geringfügige Lebensverkürzung in Kauf genommen werden, wenn die Verkürzung des Lebens nicht Motivation zur Schmerzmittelgabe ist⁴⁵. Für die moralische Bewertung ist es bei indirekter Sterbehilfe notwendig, die ungewünschten Nebenfol-

³⁷ Ryle, G. *The concept of mind* 1990; 23ff

³⁸ *Airedale NHS Trust v Bland* [1993] 2 W.L.R. 316 at 367-368

³⁹ *Airedale NHS Trust v Bland* [1993] 2 W.L.R. 316 at 367

⁴⁰ Art. 2 Abs. 2; Grundgesetz (GG) 1949

⁴¹ Berufsordnung für die deutschen Ärzte § 1a, *Deutsches Ärzteblatt* 1988, 3601

⁴² § 216 StGB

⁴³ Laufs A, Uhlenbruck W: *Handbuch des Arztrechts* 1992: § 132, 12 and BGH (28.11.1957) = *Neue Juristische Wochenschrift* 1958, 267

⁴⁴ § 34 StGB

⁴⁵ vgl. Schuster J: *Behandlungsverzicht bzw. Behandlungsabbruch aus moraltheologischer Sicht*, In: Frühauf M, Bertsch L: *Humanes Heilen, inhumanes Sterben? Gratwanderungen der Intensivmedizin* 1999, 98

gen zur Erreichung eines gebotenen sittlich guten Zieles sofort bei Durchführung der Handlung zu kennen, da nur so eine Abschätzung des Zieles mit den immanenten Nebenfolgen möglich ist.

Beihilfe zum Suizid ist straffrei, wenn der Patient bis zuletzt die Aktivität behält. Hier besteht ein Graubereich der manchmal schwer vom Straftatbestand Tötung auf Verlangen zu unterscheiden sein wird.⁴⁶ In dem bekannten Fall des Dr. Wittig, der eine Notiz seiner bewusstlosen Patienten als Indiz für ihre Zustimmungsverweigerung nahm, nachdem sie in suizidaler Absicht Tabletten genommen hatte, kam es zu einem Freispruch. Das Gericht hielt die Behandlungsaufnahme zum Zeitpunkt des Eintreffens von Dr. Wittig bereits für nicht mehr zielführend, weil zu spät (in der Annahme, dass bereits irreversible Hirnschäden eingetreten seien).⁴⁷ Das Gericht betonte aber die grundsätzliche Garantenpflicht des Arztes.⁴⁸

Im Englischen Recht wurden durch die Entscheidungen in *Re T* und *Bland* ähnliche Fragen aufgeworfen und intensiv diskutiert. Grundsätzlich haben Patientenverfügungen rechtliche Autorität, sofern bestimmte Bedingungen zutreffen und Grenzen nicht überschritten werden. Wie Margaret Brazier ausführte: „The advance directive can only authorize any act which the patient, if competent can authorize“⁴⁹ So ist natürlich die beabsichtigte Tötung eines Menschen, auch auf dessen Wunsch hin,⁵⁰ oder die Beihilfe zum Suizid nicht rechtlich über den Umweg einer Patientenverfügung autorisierbar.⁵¹ Die Frage ob eine Ablehnung der Therapie manchmal in suizidaler Absicht geschieht wird kontrovers diskutiert.⁵² Das Absetzen künstlicher Ernährung und Hydratation bei PVS Patienten soll in England hinkünftig routinemäßig vor Gericht entschieden werden um eine supervidierende Sicherheit zu haben.⁵³

Eine Patientenverfügung kann natürlich auch keine unnütze oder schädigende Therapie verlangen. Wie in *Re J (a minor)* entschieden, wird kein Gericht einen Arzt veranlassen entgegen seiner vernünftigen und verantwortlichen klinischen Einschätzung eine Therapie zu geben.⁵⁴ Weitere Einschränkungen wurden von der englischen Law Commission angeführt.⁵⁵

Es gibt einen Disput darüber, ob ein Patient, der sich in Krankenhauspflege befindet auch Basispflege wie Waschen, Schmerzlinderung und die Versorgung mit oral zugeführter Ernährung und Hydratation mittels einer Patientenverfügung ablehnen kann. Unterschiedliche Argumente zu diesen Fragen variieren von der prinzipiellen Ablehnung gegen beabsichtigtes

⁴⁶ Laufs A, Uhlenbruck W: *Handbuch des Arztrechts* 1992: § 132, 6 und 19

⁴⁷ BGHSt 32, 367 ff = *Neue Juristische Wochenschrift* 1984, 2639. siehe folgende Kommentierungen (Illhardt FJ: „Ich will zu meinem Peterle“. *DF Med Eth in Wien Med Wschr* 1992; 11/12:LXVI-LXXI.und Koch H.G.: Rechtsfragen der Entscheidungsfindung in Sterbehilfefällen – „Patiententestament“ und „Patientenanwalt“ im deutschen Recht. in Koch HG, Meran JG, Sass HM (Hg.): *Patientenverfügung und stellvertretende Entscheidung in rechtlicher, medizinischer und ethischer Sicht*. Bochum, Zentrum für Medizinische Ethik, 1994, 20-38.

⁴⁸ § 323 c StGB regelt „unterlassene Hilfeleistung“: Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

⁴⁹ Brazier M: *Medicine, Patients and the Law*, 1992: 458

⁵⁰ *R v Cox* (1992) 12 BMLR 38 (Winchester CC) and *Airedale NHS Trust v Bland* [1993] 2 W.L.R. 316 at 368 per Lord Goff and at 393 per Lord Mustill.

⁵¹ Suicide Act 1961, s.2 (1).

⁵² Finnis J: Living will legislation. in Gormally L (ed): *Euthanasia, clinical practice and the law*. The Linacre Centre for Health Care Ethics, 1995

⁵³ zur weiteren Diskussion siehe: Commentary on *Bland* (1994) *Med L.Rev.* (IK/AG)

⁵⁴ *Re J (a minor): wardship medical treatment* [1992] 4 All ER 614 (CA) per Lord Donaldson MR at 622-623 and (32) p.68

⁵⁵ The Law Commission: *Mental Incapacity (LAW COM No 231)*, 1995: p.76 ff

Verhungern, als einer Form des Suizids,⁵⁶ bis hin zu Grundsatzfragen der Hygiene und Pflege sowie den Folgen für das Pflorgeteam und die übrigen Patienten.⁵⁷

3.2 Probleme bei der Umsetzung von Patientenverfügungen

Bei der Umsetzung einer Patientenverfügung stellt sich die Frage der Gültigkeit. Der Grad der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen ist abhängig von Klarheit, Genauigkeit, Präzision der geäußerten Wünsche des Patienten einerseits und der tatsächlichen Situation andererseits.

Ob sich der geäußerte Wille geändert hat, muss im jeweiligen Fall geprüft werden. Die Beweislast dafür liegt bei denjenigen, die sich an die Direktiven nicht gebunden fühlen. Somit hat der Behandelnde den Wünschen einer Verfügung zu entsprechen, sofern dies dem Wohl des Patienten nicht zuwiderläuft und dem aktuellen mutmaßlichen Willen entspricht.

Gültigkeit und Aktualität sind keine rein zeitlich determinierten Faktoren. Auch eine lang zurückliegende Verfügung kann dem mutmaßlichen Willen entsprechen.

3.2.1 Unklare, unscharfe Anweisungen

Bereits 1983 machte die amerikanische President's Commission auf ein wesentliches Problem aufmerksam. Die vorhandenen „living wills“ seien entweder „armselig“ definiert und daher stark interpretationsbedürftig oder derart detailliert, dass sie eine „endlose Litanei von Zuständen“ auflisteten, die am Lebensende nicht gewünscht würden.⁵⁸ Die Schwierigkeit eine standardisierte Patientenverfügung zu entwerfen, die prägnant, umfassend und ausreichend die Präferenzen von allen Patienten reflektiert, sind noch ungelöst.⁵⁹

Je allgemeiner die Formulierung, desto offener bleibt sie für Interpretationen, je strikter und enger, desto größer die Gefahr, dass das Verfugte auch aus der Perspektive des Patienten der Situation nicht angemessen ist.

Der Vorteil eines Stellvertreters (proxy) liegt darin, dass er oder sie flexibel auf die sich ändernden Situationen reagieren kann. Damit hat der Arzt einen Gesprächspartner, um Entscheidungen zu diskutieren und die Probleme der fehlenden Kommunikation und des mangelnden Feedback sind gelöst. Allerdings ist der Preis für das Schließen dieser Lücke, dass nun der fehlende Austausch zwischen Patient und Stellvertreter besteht. Manchmal entscheiden die Stellvertreter nicht im Sinne des Patienten, zum Teil weil sie dessen Präferenzen nicht kennen, zum Teil aus anderen Gründen. Empirische Studien haben nachgewiesen, dass Angehörige die Präferenzen von betreuten Patienten äußerst schlecht einschätzen können.⁶⁰ Der Vorschlag beide Formen zu kombinieren und Patientenverfügungen zu erstellen sowie zusätzlich einen Stellvertreter zu benennen kann den Informationsfluss verbessern. Im Falle divergierender Aussagen steht man aber vor dem Dilemma wem nun Vorrang zu geben ist, dem schriftlichen Dokument oder der Aussage des Vertreters.

In der Praxis verwenden die meisten Entwürfe eher generelle Formulierungen⁶¹ um zukünftige Situationen abzudecken: z.B. „sofern keine Hoffnung auf Besserung eines untragbaren

⁵⁶ Finnis J: Living will legislation. in Gormally L (ed): *Euthanasia, clinical practice and the law*. The Linacre Centre for Health Care Ethics, 1995

⁵⁷ Kennedy, I, Grubb A: *Medical Law - Text with materials*, 1994: 1277 und The Law Commission: *Mental Incapacity (LAW COM No 231)*, 1995. p.79

⁵⁸ President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. (1983), 136 ff

⁵⁹ Stone, J. 1994. Advance Directives, autonomy and unintended death. *Bioethics* 8:223-246.

⁶⁰ Pearlman, R.A.; Uhlman, R.F. and Jecker, N.S.. Spousal understanding of patient quality of life: Implications for surrogate decisions. *J.Clin.Ethics* 1992, 3:114-121.

⁶¹ Eine Auswahl findet sich in: Jacobi T, May A, Kielstein R, Bienwald W: *Ratgeber Patientenverfügung* 2001

Zustandes besteht“. Diese Bedingungen scheinen für Interpretationen offen und werden häufig erst im Nachhinein (nach dem eingetretenen Tode) bestimmbar sein. Ähnliches gilt für Behandlungsanweisungen, außer es werden spezifische Maßnahmen festgelegt.

In dem kanadischen Fall *Malette vs. Shulman*, wurde die 57 jährige Mrs. Malette nach einem Autounfall, bei dem ihr Mann ums Leben kam, bewusstlos in die Notaufnahme des Kirkland and District Hospital in Ontario gebracht. Der erstversorgende Arzt Dr. Shulman versuchte bei der diffus blutenden Patientin den Kreislauf mit Volumenexpandern zu stabilisieren. Man fand in der Folge eine Karte in französischer Sprache bei der Patientin mit folgendem Inhalt:

„Keine Bluttransfusionen! Als eine Zeugin Jehovahs mit festen religiösen Überzeugungen, verlange ich dass mir unter keinen Umständen Blut oder Blutprodukte gegeben werden. Ich bin mir der Konsequenzen dieser Stellungnahme voll bewusst, aber habe mich entschlossen der biblischen Anweisung zu folgen, die sagt: „Haltet euch fern ... von Blut“ (Apostelgeschichte 15:28,29). Ich habe keine religiösen Einwendungen gegen Behandlungsalternativen wie Dextran, Haemaccel, PVP, Ringerlactat oder NaCl-Lösung.“

Nach einem chirurgischen Konsil wurde die Patientin in die Röntgenabteilung gebracht. Dort entwickelte sie einen protrahierten Schock, wurde kreislaufinstabil und erhielt als lebenserhaltende Maßnahme von Dr. Shulman trotz der Karte Bluttransfusionen. Sie konnte stabilisiert werden, wurde am folgenden Tag mittel Flugambulanz nach Toronto verlegt, wo sie keine weiteren Transfusionen mehr erhielt. Sechs Wochen später konnte sie das Krankenhaus verlassen.

Robins JA vom Ontario Court of Appeal diskutierte die verschiedenen potentiell von der vorliegenden Verfügung entbindenden Gründe, wie die Frage ob die unterzeichnete Karte Ausdruck der aktuellen Wünsche von Mrs. Malette sei, ob sie vielleicht ihre Meinung geändert haben könnte bevor sie durch den Unfall komatös wurde, ob sie vielleicht die Karte unter dem Druck ihrer Familie unterzeichnet habe, ob sie zum Zeitpunkt der Unterschrift voll aufgeklärt war über die Risiken einer Verweigerung von Blutkonserven; oder ob sie, wenn sie bei Bewusstsein gewesen wäre in Anbetracht des ärztlichen Rates und des drohenden aber vermeidbaren Todes ihre Meinung geändert hätte.⁶²

Doch meinte die Richterin, dass der Arzt angesichts dieser Fakten gegen die Autonomie der Patientin verstoßen habe und nicht berechtigt war Blutkonserven zu geben; es sei denn er hätte Gründe zu glauben dass die Anweisungen auf der Karte nicht mehr gültige Instruktionen darstellen, da sie die Wünsche der Patientin nicht wirklich repräsentieren. Denn die schlichte Tatsache, dass die Karte von ihr getragen wurde und die klare, präzise und unzweideutige Anweisung: „No Blood Transfusion! under any circumstances“ wurden als Beweis der andauernden und aktuellen Ablehnung angesehen. Daher war die Gültigkeit der Vorausverfügung anzuerkennen solange kein Hinweis auf das Gegenteil vorliegt.

Ein US-amerikanischer Fall einer Zeugin Jehovas (*Werth vs Taylor*) steht für eine eher engere Anerkennungspraxis von vorausverfügter Zustimmungsverweigerung. Der Vorsitzende Richter Neff (Presiding Judge) meinte, dass die Patientin nicht die Ernsthaftigkeit der Situation überlegt hatte, als sie die Verfügung schrieb. „Her prior refusal had not been made when her life was hanging in the balance or when it appeared that death might be a possibility if a transfusion were not given. Clearly her refusals were, therefore not contemporaneous or informed.“⁶³

⁶² *Malette v Shulman* (1990) 67 DLR (4th) 321, [1991] 2 Med LR 162 (Ont CA)

⁶³ *Werth v Taylor* (1991) 475 NW 2d 426 (Mich CA)

Es muss jedoch hervorgehoben werden, dass diese Fälle mit Zeugen Jehovas nicht direkt vergleichbar sind mit anderen Patientenverfügungen. Sie sind aus zwei Gründen einfacher, erstens weil die einzige Maßnahme die zur Diskussion steht die Bluttransfusion ist, und zweitens weil die Ablehnung absolut ist, sofern es sich um streng gläubige, überzeugte Zeugen Jehovas handelt. Dies war auch das Argument von Robins JA in Malette, wonach man davon ausgehen könne, dass die Betroffenen über die Konsequenzen der Ablehnung von Blut informiert sind, und diese einschließlich der möglichen Todesfolge überlegt haben. Es liegt in der Natur der Sache dass Bluttransfusionen nur in kritischen oder lebensbedrohlichen Situationen gegeben werden und Zeugen Jehovas sind sich dieser Tatsache bewusst. Es ist ja vielmehr so, dass gerade für solche Situationen diese Karten mitgeführt werden.

Im Gegensatz zu diesen Spezialfällen sind im Rahmen von allgemeinen Situationen, bei häufig vage formulierten Direktiven die realen Absichten und die Frage der Anwendbarkeit auf die gegebene Situation oft viel schwieriger einzuschätzen.

Auch ist die Befolgung fachspezifisch unterschiedlich. Während Onkologen gut belegen können, dass manchmal Chemotherapie oder Bestrahlung die effektivste Form der Schmerzbehandlung darstellt, scheuen Vertreter anderer Fachrichtungen solche Formen von Schmerztherapie einzusetzen. Solange nicht mit Präzision angegeben wird, wie in dem Fall von Mrs. Malette: „No blood-transfusions in any circumstances“⁶⁴ wird ein Spielraum für subjektive Einschätzung bleiben.

Die Umsetzung von Patientenverfügungen wird also immer ein gewisses Maß an Lebensqualitätseinschätzung beinhalten, selbst wenn diese Entscheidungen von einem unabhängigen juristischen Forum getroffen würden⁶⁵.

3.2.2 *Aufklärung über mögliche Interessenskonflikte:*

Eine wichtiges und bislang vernachlässigtes Problem besteht darin, dass ein Patient, der eine Verfügung trifft, nicht nur über mögliche Behandlungsoptionen und Verläufe aufgeklärt werden sollte, sondern auch über das spezifische Risiko der Verfügung selbst, nämlich festzulegen was in Zukunft geschehen soll. Die Aufklärung darüber, dass solch eine Verfügung einen Konflikt zwischen festgelegten Wünschen und aktuellen Bedürfnissen erzeugen kann, könnte ggf. sogar als Voraussetzung für die Gültigkeit solch einer Verfügung angesehen werden.⁶⁶ Ohne diesen wesentlichen Hinweis über mögliche Effekte der Patientenverfügung fehlt die geforderte Einsicht in die Bedeutung („appreciation of the significance“) solch einer Maßnahme.

3.2.3 *Identität der Person*

Der Philosoph Derek Parfit wies darauf hin, dass wir manchmal tiefgehende Veränderungen bei schwerstkranken Patienten feststellen. „Sie ist nicht mehr dieselbe, wie früher vor ihrem Unfall..., vor der Alzheimer Erkrankung...“ drückt aus, dass ein durch Erfahrung geprägtes Bild einer Person sich gewandelt hat. Parfit stellte die umstrittene These auf, dass personale Identität nicht so sehr eine Frage der körperlich-zeitlichen Kontinuität sei, sondern vielmehr eine Frage von psychologischer Kontinuität ist.⁶⁷ Er entwickelte aufbauend auf dem „experience memory“ von John Locke⁶⁸ die Theorie, dass unsere personale Identität zusammenhängt

⁶⁴ Malette v Shulman (1990) 67 DLR (4th) 321 (Ont CA)

⁶⁵ Meran JG: Advance Directives and Surrogate Decision Making; Ethical Questions, legal answers and clinical summary. *Annual Review of Law and Ethics* Volume 4, p.381-444, 1996

⁶⁶ Meran JG: Patientenverfügungen aus ärztlicher Sicht *Wien Med Wschr* 1997; 147: 117-120.

⁶⁷ Parfit D. *Reasons and Persons* 1984

⁶⁸ Locke J: *An essay concerning human understanding*, reprinted in: P.H.Nidditsch, ed., Oxford 1975. „...personal identity consists, not in the identity of substance, but... in the identity of consciousness.“ § 14,342; weiters: „For whatever substance there is, however framed, without consciousness there is no person“ § 23.

mit der Kontinuität unserer Erinnerungen, Intentionen, Wünsche und Überzeugungen. Wenn ein bestimmtes Minimum von zusammenhängenden psychologischen Faktoren unterschritten ist, würde er die personale Identität in Frage stellen, beziehungsweise behaupten, dass es sich um eine andere Person handelt.

Angewandt auf Patientenverfügungen könnte sich somit das Problem ergeben, dass sich die Identität eines Patienten, der die Verfügung in gesunden Tagen erstellt hat durch seine Erkrankung in Parfit's Sinn ändert und daher die Verfügung nun bei einer „anderen Person“ Anwendung fände. Speziell wenn ein Konflikt zwischen aktuellen Bedürfnissen des nun entscheidungsunfähigen Patienten und früheren Anweisungen besteht, wäre die moralische Autorität solcher Verfügungen problematisch. Beispielsweise könnte ein berühmter Neurologe, für den Fall dass er die Alzheimersche Krankheit⁶⁹ bekommen sollte, festgelegt haben, dass jegliche lebensverlängernde Behandlung inklusive Antibiose unterbleiben solle. Sofern die Erkrankung tatsächlich eintritt und der Mann zwar nicht entscheidungsfähig ist, aber augenscheinlich zufrieden lebt, stellt sich die Frage, ob angesichts der früheren Anweisung dann etwa eine einfache Pneumonie oder eine Magenblutung behandelt werden dürfen.

Parfits Theorie ist keineswegs eine exotische Privatmeinung, sondern wurde unter anderem von den einflussreichen Philosophen der Presidents Commission in den USA in modifizierter Form übernommen.⁷⁰ Dan Brock und Allen Buchanan sehen personale Identität wie Parfit an eine Reihe von notwendigen Bedingungen geknüpft, unter denen psychologische Kontinuität zumindest eine ist. Während Parfit aber von graduellen Veränderungen der Identität, entsprechend den psychologischen Veränderungen ausgeht (also der 5-jährige könnte eine andere Person sein, als derselbe mit 50 Jahren, wenn sich der überwiegende Teil seiner Ideen, Erinnerungen und Werte geändert hat) argumentieren Brock und Buchanan pragmatisch für eine Schwellentheorie, wobei die Schwelle sehr niedrig angesetzt, und im Grunde der These die größte Brisanz damit genommen wird. Denn eine Unterbrechung der Identität wird dann nur in den Fällen auftreten, in denen die neurologischen Schäden so katastrophal sind, dass man laut Buchanan und Brock das verbleibende menschliche Lebewesen überhaupt nicht mehr als Person klassifizieren kann und daher auch nicht als eine „andere“ Person. Damit würde das von ihnen sogenannte „Sklavereiargument“, dass die Patientenverfügung einer „früheren Person“ diktiert was mit ihrer verbleibenden Nachfolgerperson geschieht, umgangen. Denn das verbleibende menschliche Leben wird nicht mehr als personales Leben angesehen und daher sei eine Versklavung weniger schlimm.

Solange die Schwelle aber nicht unterschritten ist, sollten Patientenverfügungen als repräsentativ für die Interessen der gleichen Person angesehen werden. Sobald die Schwelle unterschritten ist, nehme auch die Verpflichtung ab sich an die Verfügung zu halten und zwar entsprechend der abnehmenden psychologischen Verbundenheit zwischen früherer und jetziger Person. Brock erwähnt einen Patienten im chronischen apallischen Syndrom (persistent vegetative state, PVS) als solch ein Extrembeispiel, bei dem die personale Identität völlig unterbrochen wäre. Doch selbst dann sollten Patientenverfügungen ein gewisses Gewicht haben, aufgrund der engen Beziehung zwischen den beiden Individuen, die aber als verschiedene anerkannt werden. Diese Annahme, dass Patienten ohne psychologische Kontinuität, wie eben PVS-Patienten, nur zu geringem Ausmaß noch mittels früherer Patientenverfügung Einfluss ausüben können, erscheint jedoch wenig sinnvoll, da man ja gerade für diese Zustände Patientenverfügungen ins Leben gerufen hatte.

Streng genommen ist nur das traditionelle Verständnis von personaler Identität geeignet eine „absolute“ Autorität von Patientenverfügungen zu rechtfertigen. Die Alternativen müssen erst

⁶⁹ vgl. Vollmann J: Advance directives in patients with Alzheimer's disease. Ethical and clinical considerations, *Medicine, Health Care and Philosophy* 2001, 161-167

⁷⁰ Buchanan, A.E. and Brock, D.W. *Deciding for others: The ethics of surrogate decision making* 1989

prüfen, ob zwischen dem Zustand als der Patient die Verfügung erstellte, und dem Zeitpunkt an dem der Patient selbst nicht mehr entscheiden kann ausreichend psychologische Kontinuität besteht, beziehungsweise die Frage ob der Patient überhaupt noch eine Person ist.

Parfitts Einwände sind jedoch kein unüberwindbares Hindernis. Entweder man verwirft sein Konzept der Personalität, und bleibt dabei dass innerhalb eines lebenden Körpers auch nur eine Person zu finden ist, oder man folgt Brock und Buchanan, die seine Theorie derart einschränken, dass für praktische Fälle wenig Änderungen auftreten.

Das Recht kann nur ein „alles oder nichts“ Konzept personaler Identität akzeptieren. Es wäre völlig unpraktikabel graduelle oder fluktuierende Identitäten zuzulassen.⁷¹ Solange eine Person lebt ist sie auch als rechtliche Person mit Rechten und Pflichten anzusehen. Das einzig mögliche Persönlichkeitskonzept im juristischen Zusammenhang scheint daher das der körperlichen Identität zu sein („physical criterion“).⁷²

Die Frage der personalen Identität wurde auch im Englischen Recht diskutiert. Antony Bland war ein junger Fußballfan, der in dem Stadion von Hillsborough im Zuge der Hooligankrawalle von der panischen Menge überrannt wurde und danach mehr als drei Jahre im irreversiblen Koma lag (Persistent Vegetative State). Die Frage ob man ihn weiter künstlich ernähren sollte, wurde bis in das House of Lords (Oberste Instanz Englischen Rechts) getragen.⁷³ Einer der fünf Law Lords, Lord Goff beschrieb seinen Zustand zwar als „living-death“, unterstrich aber dass A.Bland lebe. Auch Lord Brown-Wilkinson bestätigte: „His brain stem is alive, and so is he...“. Das Gericht beschloss letztlich, indem es einem „best interest“ Standard folgte, dass es nicht im „besten“ Interesse von Bland sein könne weiterhin mit künstlicher Ernährung und Hydratation am Leben gehalten zu werden.⁷⁴

Interessanterweise äußerten zwei der fünf Law Lords (Lord Keith and Lord Mustill) eine etwas divergente Ansicht, die immerhin mit der Frage nach personaler Identität zu tun hat.

Sie sprachen zwar nicht explizit über die schwierigen Fragen der Personalität, aber ihre Stellungnahmen scheinen das Konzept der körperlichen Identität („physical criterion“) zu verwerfen und eher eine psychologische Identität anzuerkennen, die auf geistigen Fähigkeiten basiert.⁷⁵

Beide Lords konstatierten, dass Bland im Koma und nicht tot sei, aber sie betonten dass sie eine Entscheidung in seinem besten Interesse für problematisch halten, weil er ihrer Ansicht nach überhaupt keine Interessen mehr habe. Lord Keith meinte, nachdem Bland keinerlei Fähigkeit zu geistiger Empfindung mehr habe, dass es so gut wie unmöglich sei einen Unterschied zwischen diesem Zustand und Nichtexistenz zu sehen. „In the case of a permanently insantate being, who, if continuing to live would never experience the slightest actual discomfort, it is difficult, if not impossible, to make any relevant comparison between continued existence and the absence of it.“⁷⁶

⁷¹ Buchanan AE, Brock DW: *Deciding for others: The ethics of surrogate decision making* 1989: p.174

⁷² Parfit D: *Reasons and Persons*, 1984: p.204: (1) What is necessary is not the continued existence of the whole body, but the continued existence of enough of the brain to be the brain of a living person. X today is one and the same person as Y at some past time if and only if (2) enough of Y's brain continued to exist, and is now X's brain.

⁷³ Meran J.G.: Der Fall Anthony Bland: Prinzip der Unantastbarkeit des Lebens. *Deutsches Ärzteblatt* 43, 1996

⁷⁴ *Airedale NHS Trust v Bland* [1993] 2 W.L.R. 316

⁷⁵ Parfit D: *Reasons and Persons*, 1984. und Buchanan AE, Brock DW: *Deciding for others: The ethics of surrogate decision making*, 1989.

⁷⁶ Diese Ansicht bezieht sich auf den Vorschlag von Brock and Buchanan, welche Personalität mit mentalen Fähigkeiten verbinden und eine bestimmte Mindestgarantie der Persönlichkeit fordern, Buchanan AE, Brock DW: *Deciding for others: The ethics of surrogate decision making*, 1989.

Was der Richter hier behauptet ist, dass Bland's biologisches Leben, welches von ihm zweifelsfrei als existent bestätigt wurde, nicht zählt, zumindest keinen Wert hat, und dass Bland als Person aufgehört hat zu existieren. Er fügte noch eine weitere Folgerung an: „It is, however, perhaps permissible to say that to an individual with no cognitive capacity whatever (unsere Hervorhebung), and no prospect of ever recovering any such capacity in this world, it must be a matter of complete indifference whether he lives or dies.“

Alles was für ein menschliches Individuum zählt, sind dann geistige Fähigkeiten. Er sagt zwar nicht dass jemand der keine Interessen mehr habe, soll nicht mehr leben, aber Lord Keith geht soweit zu sagen, dass es völlig einerlei ist ob er lebt oder nicht.

Diese Ansicht reflektiert ein Konzept von Personalität, welches sich ausschließlich auf funktionierende Strukturen des Großhirns (des Cortex) bezieht. Solch ein Konzept wurde bereits von mehreren US-amerikanischen Philosophen vorgeschlagen und hat, konsequent eingesetzt nicht unbeträchtliche Implikationen auf die Definition des Todes.⁷⁷

Es bleibt eine Spekulation ob Lord Keith's Spruch eine moralische Position reflektiert, die Rechte ausschließlich durch Interessen begründet sieht (interest-based rights).⁷⁸ Doch die Überlegung, dass Bland keine Interessen und deshalb auch keine rechtliche Position im Entscheidungsprozeß mehr hat, deutet in diese Richtung.

Lord Mustill vertrat eine ähnliche Position und meinte, dass der Patient keinerlei Belastung oder Leiden erduldet, da er sich dessen nicht gewahr werden kann. Daher kann man ihn auch nicht von irgendwelchen Leiden erlösen, und hat auch keine messbare Begründung ihn früher oder später sterben zu lassen.

Wörtlich meinte er, dass Bland keine Interessen mehr habe und fügte hinzu, dass nur die Realisation von Interessen eine Behandlung rechtfertigen kann. „The distressing truth which must not shirked is that the proposed conduct is not in the best interests of Anthony Bland, for he has no best interests of any kind... Thus, although the termination of his life is not in the best interests of Anthony Bland, his best interests in being kept alive have also disappeared, taking with them the justification for the non-consensual regime and the nourishment and hydration, a failure to do so cannot be a criminal offence.“

Auch Lord Mustill's Argumente scheinen auf einem Verständnis von Personalität zu basieren, das psychologische Kapazität erfordert. Seiner Ansicht folgend wäre das alleinige physische Bedürfnis nicht ausreichend um Ernährung und Hydratation zu rechtfertigen.

Die Majorität in diesem Fall jedoch anerkannte, dass Anthony Bland „Interessen“ habe, es jedoch nicht in seinem „besten“ Interesse sein könne weiterhin künstlich ernährt zu werden. Ohne es explizit zu sagen scheinen die Law Lords ein Kalkül von unterschiedlichen Interessen und Belastungen gezogen zu haben. So wurden in den Begründungen aktuelle Interessen überlegt, etwa die physischen Belastungen durch die Behandlung: „the invasiveness of the treatment“. Auch die rein körperlichen Bedürfnisse wie Ernährung und Hydrierung blieben nicht völlig unbeachtet, schienen aber weniger zu zählen. Der mutmaßliche Wunsch Blands nicht in einem unwürdigen Zustand gehalten zu werden hat eine andere Qualität. Er wurde als ein „surviving“ Interesse bezeichnet, da es kein aktuell für Bland erfahrbarer Wunsch ist. Unklar blieb wo und wie nach Vorstellung der Richter dieser Wunsch/dieses Interesse überlebt haben sollte.

⁷⁷ Veatch RM: The Impending Collapse of the Whole-Brain Definition of Death, *Hastings Center Report* 1993; 23;4:18-24.

⁷⁸ zur weiteren Diskussion: Waldron J: *Theories of Rights*, 1992. besonders die Artikel von H.L.A.Hart und J.Raz.

3.2.4 Konflikte für Ärzte, Pflegepersonal, Betreuer, Bevollmächtigte

Ärztliches Handeln wird erst durch die Einwilligung des Patienten nach entsprechender Aufklärung legitimiert. Kann der Patient nicht selbst entscheiden, so tritt – bei anhaltender Entscheidungsunfähigkeit – an seine Stelle ein Entscheidungsstellvertreter, der nach dem Maßstab des Wohls der ihm anvertrauten Person zu entscheiden hat. In Eilfällen legitimiert sich ärztliches Handeln durch den mutmaßlichen (hypothetischen) Willen des Patienten. Aber auch bei Entscheidungszuständigkeit eines rechtlichen Betreuers kommt dem hypothetischen Willen des Betreuten Bedeutung zu (§ 1901 Abs.2 Satz 1 und 2 BGB)⁷⁹ Patientenverfügungen sind Willensäußerungen des Patienten, die in einer Zeit der bestehenden Einsichts- und Urteilsfähigkeit gebildet wurden, um zu späterem Zeiten der Entscheidungsunfähigkeit Beachtung zu erlangen. Sie sind daher unter dem Aspekt der Legitimation ärztlichen Handelns als wesentliche (aber nicht einzig mögliche) Informationsquelle des mutmaßlichen Patientenwillen zu sehen.⁸⁰

Welche Konflikte könne sich nun aus Sicht der Ärzte und Betreuer bei der Umsetzung vorausverfügter Handlungs- oder Unterlassungsanweisungen ergeben?

Während das Gespräch mit entscheidungsfähigen Patienten dem medizinischen Partner die Möglichkeit gibt, über die Tragweite der Entscheidung zu sprechen und einen medizinisch unvernünftig erscheinenden Entschluss zu verändern, geben Patientenverfügungen eine statische Antwort. Der Arzt wird sich fragen, ob der Patient in der gegebenen Situation seine Meinung geändert hätte und insbesondere dann, wenn die Entscheidung des Patienten sich auf einen engeren Bereich bezog, oder auf einer falschen Grundannahme beruhte, wird man ihre Gültigkeit und Verbindlichkeit in Frage stellen.

Wahrscheinlich wird es nur selten dazu kommen, dass aktuelle Bedürfnisse eines inkompetenten Patienten in Konflikt mit seinen früher als Patientenverfügungen geäußerten Direktiven stehen. Sofern solch ein Konflikt auftritt kann er zwei unterschiedliche Gründe haben:

a) Entweder der Patient war nicht entsprechend informiert.

Hätte er die aktuelle Situation vorhergesehen, dann wäre seine Entscheidung anders ausgefallen. Dieser Grund liegt also in einem Informations- bzw. Aufklärungsproblem.

b) Oder der Patient hat die aktuelle Situation vorhergesehen, hat also vorhergesehen, dass er bestimmte Bedürfnisse haben wird, wenn er nicht mehr entscheidungsfähig ist, aber wollte bewusst eine Richtlinie festlegen, die entgegen seinen späteren Bedürfnissen jegliche Behandlung verbietet.

Ist das letztere zu rechtfertigen? Es würde bedeuten, dass ein gesunder Patient seine eigenen späteren Bedürfnisse oder Therapienotwendigkeiten unwiderruflich unterbindet. Rebecca Dresser kritisierte diese Vorstellung als „selfpaternalism“.⁸¹

Sollen Patientenverfügungen diese Art von selbstbindender Struktur ermöglichen? Ist es wünschenswert, dass eine Person so lange sie entscheidungsfähig ist, die zukünftige Behandlung regulieren und begrenzen kann? Ist dies wahre Autonomie, weil nur kompetente Patienten autonom sein können, oder ist dies ein möglicherweise schädigender Mechanismus für nicht mehr entscheidungsfähige (inkompetente) Patienten? Es geht hier nur um die Fälle in denen ein Konflikt besteht zwischen aktuellen Bedürfnisse bzw. Maßnahmen, die aus ärztlicher Sicht indiziert erscheinen und vorab getroffenen Entscheidungen durch Patientenverfügungen. Solch ein Konflikt kann in der Praxis entschieden werden entweder 1) ausschließlich auf-

⁷⁹ „Der Betreuer hat Wünschen des Betreuten zu entsprechen, soweit dies dessen Wohl nicht zuwiderläuft und dem Betreuer zuzumuten ist. Dies gilt auch für Wünsche, die der Betreute vor der Bestellung des Betreuers geäußert hat, es sei denn, dass er an diesen Wünschen nicht festhalten will“

⁸⁰ Koch HG: Wie verbindlich sind Patientenverfügungen? *Ärzteblatt Baden-Württemberg* 1999, 110, 397-399

⁸¹ Dresser, R.S. 1989. Advance directives, selfdetermination, and personal identity. In: *Advance directives in medicine*. Hg.: C. Hackler; R. Moseley and D. Vawter. 155-170

grund früherer Präferenzen (Patientenverfügungen) oder 2) aufgrund früherer Präferenzen und aktueller Bedürfnisse oder 3) nur aufgrund aktueller Bedürfnisse.

Welche Begründung sollte Vorrang haben?

Der Jurist John Robertson argumentiert, dass die Interessen und Werte der früher kompetenten Person nicht länger relevant sind für jemanden, der die rationale Struktur dieser Interessen und Werte verloren hat.⁸² Daher bezweifelt er dass Patientenverfügungen wirklich akkurate Indikatoren des Willens inkompetenter Patienten sind, denn deren aktuelle Interessen haben sich in der Regel durch die Erkrankung radikal geändert. Wie ist das zu verstehen? Soll der geehrte akademische Lehrer, oder das bewunderte Sportidol, im Falle dass sie bettlägerige Schlaganfallpatienten oder verwirrte Alzheimerpatienten werden, quasi ihren früheren Ansichten eines erträglichen Lebens zum Opfer fallen? Sollten sie an ihre frühere Anweisung gebunden sein etwa keine Antibiose einzusetzen, obwohl sie in ihrem reduzierten und geistig anspruchslosen Zustand selbst ihr eingeschränktes Leben nun offenbar genießen. Wenn diese Patienten ihr „Opfer“ nun selbst nicht mehr verstehen können, und alleine durch ihre Existenz der Anweisung zu widersprechen scheinen, sollte man sich an die Anweisung halten oder nicht? Robertson geht nicht so weit wie Parfit, denn er sagt, dass zwar die personale Identität erhalten bleibt, aber sich die Interessen radikal ändern, sobald ein Patient inkompetent wird.⁸³ Diese Argumentation findet Bestätigung in vielen klinischen Studien zur Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität, die sämtlich darauf hinweisen, dass Patienten ihre Prioritäten ändern und sich an schwierige Situationen adaptieren können.⁸⁴ Die seltene Möglichkeit, dass Patienten gleichsam Opfer ihrer früheren Verfügungen werden können, wird unseres Erachtens zuwenig berücksichtigt. Es versteckt sich aber hinter diesem Problem eine grundlegende rechtspolitische Frage, welches Ziel man mit Patientenverfügungen verfolgen will⁸⁵:

- 1) Sollen Patientenverfügungen das bestmögliche Indiz für den mutmaßlichen Willen des inkompetenten Patienten sein?
- 2) oder sollen Patientenverfügungen als Mittel dienen um frühere autonom getroffene Entscheidungen für die Zukunft zu sichern.

Patientenverfügungen können dem Ziel der möglichst akkuraten Erfassung des Patientenwillens dienen, und beruhen auf der Annahme dass nur der Patient selbst seine zukünftigen Interessen abwägen kann. Damit wäre das Ziel der Patientenverfügungen den Patienten vor paternalistischen Entscheidungen zu schützen, die nicht seinen Wünschen und Bedürfnissen entsprechen. Sobald aber ausreichend Hinweise bestehen, dass aktuelle Bedürfnisse den früher geäußerten Direktiven widersprechen, würde die Logik der Begründung es erfordern, dass man zugunsten der aktuellen Probleme die Patientenverfügungen übergeht oder korrigiert. Das andere mögliche Ziel von Patientenverfügungen besteht darin, kompetenten Patienten Sicherheit und Kontrolle darüber zu geben, wie sie im Falle der Inkompetenz behandelt werden. Dieser Begründung folgend wären aktuelle Bedürfnisse den früher geäußerten Direktiven unterzuordnen.

⁸² Robertson, J.A. 1991. Second Thoughts on Living Wills. *Hastings Center Report* 6:6-9.

⁸³ Robertson, (1991) ebd.

⁸⁴ Loomes, G. and McKenzie, L. 1989. The Use of QALYs in: *Health Care Decision Making. Social Science Medicine* 28:299-308.

Diehl, V.; von Kalle, A.K.; Kruse, T. and Sommer, H. 1990. „Lebensqualität“ als Bewertungskriterium in der Onkologie, in: *„Lebensqualität“ als Bewertungskriterium in der Medizin*, Hg. P. Schölmerich and G. Thews. pp. 149-163

⁸⁵ Meran JG: Advance Directives and Surrogate Decision Making; Ethical Questions, legal answers and clinical summary. *Annual Review of Law and Ethics* Volume 4, p.381-444, 1996

Aus medizinisch, klinischer Sicht ist die Befolgung früher getroffener Entscheidungen im Konfliktfall problematisch; denn sofern ein bewusstloser Patient in eine Notaufnahme gebracht wird, und eine Patientenverfügung offensichtlich den aktuellen Erfordernissen widerspricht, werden Ärzte in der Regel eher entsprechend der aktuellen Situation handeln, als die Verfügung respektieren. Denn der prima facie Partner ist der inkompetente Patient mit den aktuellen Nöten und nicht die frühere autonome Person, die dem diensthabenden Arzt wahrscheinlich nicht bekannt ist. Es erscheint auch fraglich ob ein deutsches Gericht die Beweislast zu Ungunsten des Arztes, der nach bestem Wissen und Gewissen handelt, auslegen würde. Aus Zeitgründen ist es in der Notfallsituation dem behandelnden Arzt oft nicht möglich, die Validität und Authentizität der Patientenverfügung zu prüfen und wird bei dieser Situation der Gefahr im Verzuge nach medizinischer Indikation handeln.⁸⁶

Das klassische Beispiel von vorausschauender Selbstbindung ist Odysseus, der sich an den Mast binden ließ um dem Gesang der Sirenen lauschen zu können ohne von Ihnen ins Verderben gelockt zu werden. Da die Mannschaft ihn trotz seiner Proteste nicht losband, konnte die Fahrt sicher fortgesetzt werden. Ähnliche Mechanismen werden bei psychiatrischen Patienten diskutiert und auch im Rahmen von Alkoholsüchtigen, die selbstverpflichtende Behandlungsverträge schließen, um von der Sucht loszukommen.⁸⁷ Der Philosoph Harry Frankfurt sprach von „first and second order desires“. Er nennt einen Wunsch erster Ordnung das Begehren des Alkoholikers zu trinken. Der Wunsch zweiter Ordnung wäre der Wunsch von der Sucht loszukommen, also den Wunsch erster Ordnung zu überwinden und damit die Arbeit sowie die Familie zu behalten.⁸⁸ Eine Reihe von Beispielen im medizinischen Kontext bieten sich an: etwa die Entscheidung zur Hochdosis-Chemotherapie, die eine sogenannte Isolation erforderlich macht, um die Infektionsrisiken zu reduzieren. Diese Patienten haben ausgeprägte Wünsche erster Ordnung in den Garten zu gehen, unter Menschen zu kommen, aber ordnen diese Wünsche dem Wunsch nach Heilung unter. Selbstverpflichtung an sich scheint daher moralisch unproblematisch zu sein, bleibt aber an Grenzen gebunden, die auch für kompetente Patienten gelten, wie etwa das Verbot der direkt beabsichtigten Tötung.

Ian Kennedy und Andrew Grubb wiesen darauf hin, dass eigentlich jede Zustimmung zu einer chirurgischen Maßnahme im Prinzip eine Patientenverfügung ist, da ja der Patient die Operation für eine Zeit autorisiert, in der er selbst durch Anästhesie entscheidungsunfähig ist.⁸⁹ Würde diese Überlegung etwas mehr berücksichtigt, wäre mit weniger Kritik gegen Patientenverfügungen zu rechnen. Doch ist diese Analogie korrekt und passend in den umstrittenen Fällen? Wie es scheint nur teilweise - denn die Zustimmung erfolgt meist zu einer dezidierten Maßnahme mit einem abgrenzbaren Risikospektrum und die Entscheidungsunfähigkeit wird nur für kurze Zeit erwartet. Die Art und der Zweck des Eingriffs, Nebenwirkungen und vorhersehbare Risiken können nicht nur erläutert, sondern auch zu konkreten Handlungsalternativen, z.B. nicht zu operieren, in der gegebenen Situation gesetzt werden. Es ist unwahrscheinlich, dass die aktuellen Bedürfnisse und Präferenzen sich während der Operation ändern. Daher kann die andauernde Zustimmung zu der Maßnahme angenommen und im Extremfall sogar überprüft werden, wenn man den Patienten aus der Narkose aufweckt. Die Patientenverfügung andererseits muss unzählbare Variationen klinischer Verläufe und Möglichkeiten abdecken und wird erst dann relevant, wenn die Situation sich tatsächlich verändert hat, ohne auf die Veränderung konkret reagieren zu können. Daher ist die andauernde Validität der Zustimmung oder der Ablehnung von getroffenen Richtlinien (manchmal) fragwürdig.

⁸⁶ vgl. Bastigkeit M: Behandeln Sie im Notfall trotz Patienten-Testament, *Ärztliche Praxis* 2001, 24

⁸⁷ s. Dresser, (1989)

⁸⁸ Frankfurt, H.G. 1982. Freedom of the will and the concept of a person. In: *Free will*. Ed. G. Watson

⁸⁹ Kennedy, I and Grubb, A. 1994. *Medical Law - Text with materials*. 2nd ed

Das Problem der Selbstbindung enthält zwei unterschiedliche Rechtfertigungen:

- a) Patientenverfügungen sind die besten Indikatoren für aktuelle Präferenzen eines Patienten.
- b) Patientenverfügungen können die Autonomie eines kompetenten Patienten in eine Zeit ausdehnen in der er nicht mehr entscheidungsfähig ist. (im Extremfall sogar seine aktuellen Bedürfnisse überstimmend)

Interessanterweise sind diese beiden theoretischen Ansätze jeweils in einem anderen Rechtssystem auch praktisch umgesetzt:

- a) Eine Entscheidung des Deutschen Bundesgerichtshofes sieht die Rolle von Patientenverfügungen *als wichtigen Hinweis* um den mutmaßlichen Willen des entscheidungsunfähigen Patienten zu ermitteln.
- b) Die Anerkennung von antizipierten Verfügungen (advance directives) als rechtlich bindende Direktiven im Interesse der perpetuierten Selbstbestimmung scheint die Grundlage der englischen Rechtsprechung zu sein. (und des Canadian Law).

In Re T spezifizierte Lord Donaldson MR dass Hinweise, die von Angehörigen gegeben werden nur dann rechtliche Autorität haben, wenn sie eine antizipierte Willensäußerung des Patienten betreffen. Solch eine Vorausverfügung wäre dann aber nicht nur als Hinweis für den mutmaßlichen Willen heranzuziehen, sondern hätte bindende Autorität wenn der Patient die Situation vorausgesehen hatte und seine Wünsche klar und unmissverständlich geäußert wurden: „...I say this because contact with the next of kin may reveal that the patient has made an anticipatory choice which, *if clearly established and applicable to the circumstances - two major „ifs“ - would bind the practitioner...*“⁹⁰

In Malette v Shulman ließ Richter Robins keinen Zweifel an der rechtlichen Bedeutung von Patientenverfügungen: „At issue here is the freedom of the patient as an individual to exercise her right to refuse treatment and accept the consequences of her own decision. Competent adults... are generally at liberty to refuse medical treatment even at the risk of death.“⁹¹

Das deutlichste Bekenntnis zum selbstbindenden Charakter von Patientenverfügungen ist von dem High Court Fall: Re C (refusal of medical treatment) abzuleiten.⁹²

Mr. C ein 68 Jahre alter psychiatrischer Patient hatte eine Zehengangrän (abgestorbenes Gewebe, „schwarze Zehe“) entwickelt. Der zugezogene Chirurg empfahl dringend die Amputation, um eine generalisierte Infektion zu vermeiden. Doch Mr. C verweigerte die Zustimmung zu dieser Behandlung. Das Krankenhaus akzeptierte die Entscheidung, aber weigerte sich dem Patienten eine Zusicherung zu geben, dass auch in Hinkunft niemals eine Operation gemacht werde. Daraufhin rief Mr. C das Gericht an, um eine gerichtliche Verfügung zu erlangen, die sicherstellt, dass niemand eine Operation vornehmen wird, ohne Mr. C's ausdrücklicher schriftlicher Zustimmung. Richter Thorpe stellte diese Verfügung aus und unterstrich damit die mündliche Verfügung des Patienten nämlich seine andauernde Zustimmungsverweigerung zu einer Amputation. Der Richter befand Mr. C trotz der bestehenden Schizophrenie für ausreichend entscheidungsfähig um die Art und Weise der Behandlung, den Zweck und den zu erwartenden Nutzen einzuschätzen. Es erscheint klar, dass dieses Rechtsmittel starken selbstbindenden Charakter hat und die aktuelle Entscheidung von Mr. C in zukünftige Zeiten ausdehnt, in denen C nicht mehr entscheidungsfähig ist. Sobald C rechtlich nicht mehr entscheidungsfähig ist, wird seine Verfügung unumstößlich und rechtsverbindlich für seine Ärzte,

⁹⁰ per Lord Donaldson MR in Re T (adult: refusal of treatment) [1992] 4 All ER 649, (1992) 9 BMLR 46 (CA)

⁹¹ Malette v Shulman (1990) 67 DLR (4th) 321 (Ont CA)

⁹² Re C (adult: refusal of treatment) [1994] 1 WLR 290

unabhängig ob Mr. C dann seine Meinung ändert oder die Situation sich unerwartet entwickelt.

Im Englischen Recht bleibt somit die vorausverfügte Zustimmungsverweigerung in der späteren Entscheidungsunfähigkeit jedenfalls bestehen. [Valid advance refusals] „simply survive any supervening incapacity“⁹³

Im Gegensatz dazu stellte der deutsche Bundesgerichtshof fest, dass nicht der frühere Wille im Stadium der Entscheidungsfähigkeit geäußert, rechtsverbindlich ist, sondern dass eine Therapieentscheidung für einen nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten auf dessen mutmaßlichem Willen zum aktuellen Zeitpunkt bezogen sein muss.⁹⁴

„An die Voraussetzungen für die Annahme eines solchen mutmaßlichen Einverständnisses des entscheidungsunfähigen Patienten sind - im Interesse des Schutzes menschlichen Lebens - in tatsächlicher Hinsicht allerdings strenge Anforderungen zu stellen. Entscheidend ist der mutmaßliche Wille des Patienten im Tatzeitpunkt, wie er sich nach sorgfältiger Abwägung aller Umstände darstellt. Hierbei sind frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen des Kranken ebenso zu berücksichtigen wie seine religiöse Überzeugung, seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen (vgl. BGHSt 35, 246, 249) Objektive Kriterien, insbesondere die Beurteilung einer Maßnahme als gemeinhin „vernünftig“ oder „normal“ sowie den Interessen eines verständigen Patienten üblicherweise entsprechend, haben keine eigenständige Bedeutung; sie können lediglich Anhaltspunkte für die Ermittlung des individuellen hypothetischen Willens sein. Lassen sich auch bei der gebotenen sorgfältigen Prüfung konkrete Umstände für die Feststellung des individuellen mutmaßlichen Willens des Kranken nicht finden, so kann und muss auf Kriterien zurückgegriffen werden, die *allgemeinen* Wertvorstellungen entsprechen. Dabei ist jedoch Zurückhaltung geboten; im Zweifel hat der Schutz menschlichen Lebens Vorrang vor persönlichen Überlegungen des Arztes, des Angehörigen oder einer anderen beteiligten Person.“

Im Einzelfall wird die Entscheidung naturgemäß auch davon abhängen, wie aussichtslos die ärztliche Prognose und wie nahe der Patient dem Tode ist: je weniger die Wiederherstellung eines nach allgemeinen Vorstellungen menschenwürdigen Lebens zu erwarten ist und je kürzer der Tod bevorsteht, um so eher wird ein Behandlungsabbruch vertretbar erscheinen (vgl. BGSt. aaO S.250)“

Dieses Konzept, wonach der aktuelle mutmaßliche Wille den Ausschlag gibt, reduziert die selbstbindende Kraft der Patientenverfügung.

Im Gegensatz zum englischen Recht folgt aus der Entscheidung des BGH, dass im Konfliktfall die aktuellen Bedürfnisse vorrangig sind gegenüber den vorausverfügten Wünschen. Somit gilt ein „substituted judgment standard“, der über Vorausverfügungen steht und auch über einem reinen (pure objective) „best interest standard“.

3.2.5 Interpretationsspielräume

3.2.5.1 Entscheidungsfähigkeit

Nicht nur der Patient muss Wertentscheidungen treffen, wenn er eine Verfügung aufsetzt. Auch Ärzten bleiben Interpretationen nicht erspart. Denn sie müssen zunächst die Entscheidungsfähigkeit eines Patienten beurteilen und sodann die Verfügung selbst interpretieren. Beide Interpretationen enthalten normative Elemente.

⁹³ The Law Commission: *Mental Incapacity* (LAW COM No 231), 1995. p.71

⁹⁴ Entscheidung des BGH v. 13.Sept. 1994 = 1 StR 357/94 = *Neue Juristische Wochenschrift* 1995, 204; s. auch: Bernat E: Behandlungsabbruch und (mutmaßlicher) Patientenwille, *RdM* 1995;51-61.

Da eine Patientenverfügung erst mit dem Verlust der Entscheidungsfähigkeit effektiv wird, kommt der Ermittlung von Entscheidungsfähigkeit eine Schlüsselrolle zu.

Die folgenden Kriterien sind voraussetzend:⁹⁵

- a) die natürliche Entscheidungsfähigkeit⁹⁶
- b) die Entscheidungsmöglichkeit bei Kenntnis der Alternativen
- c) die Entscheidungsfreiheit
- d) die Ernstlichkeit der Entscheidung⁹⁷

Das Recht erfordert eine klare Linie zwischen jemandem, der entscheidungsfähig ist (zumindest für einzelne Agenden) und Patienten, die nicht entscheidungsfähig sind. Prima facie wird jeder volljährige Erwachsene als entscheidungsfähig angesehen, bis sich Hinweise auf das Gegenteil ergeben. Obwohl das Festlegen der Schwelle von Entscheidungsfähigkeit eine präskriptive Entscheidung ist und juristische Konsequenzen hat, werden die Kriterien dafür (außer im Streitfall) von Ärzten bestimmt. Einem Patienten Entscheidungsfähigkeit zuzuschreiben scheint den Ärzten zumindest einen gewissen Ermessensspielraum zu lassen. So muss in manchen Fällen entschieden werden, ob eine ungewöhnliche Ansicht das Ergebnis eines zwar konkludenten, aber anderen Wertesystems ist oder einfach durch Fehlinterpretation der Realität zustande kommt.⁹⁸ Von juristischer Seite wurde vorgeschlagen, dass Entscheidungsfähigkeit sich an dem Gewicht und der Bedeutung einer Entscheidung zu messen hat. So meinte Lord Donaldson MR: *The more serious the decision, the greater the capacity required.*⁹⁹

Es gibt eine Reihe von verschiedenen Ansätzen wie Entscheidungsfähigkeit erfasst werden könnte.¹⁰⁰ Ian Kennedy machte darauf aufmerksam, dass der Test für Entscheidungsfähigkeit nicht auf einem normalen bzw. zu erwartenden Ergebnis beruhen dürfe, denn das Ergebnis hängt von der zur Verfügung stehenden Information und dem ab, was andere als „normal“ empfinden. Der korrekte Test für Entscheidungsfähigkeit müsse sich vielmehr auf die Fähigkeit beziehen Behandlungsoptionen und deren Konsequenzen zu verstehen („ability to understand“)¹⁰¹.

Die Englische Law Commission vertrat eine ähnliche Ansicht und empfahl einen „Funktionstest“ im Gegensatz zu einem Status- oder ergebnisorientierten Test. Eine Person ist unfähig zu entscheiden, wenn zu dem Zeitpunkt der anstehenden Entscheidung sie nicht in der Lage ist, das Wesen und den Effekt der Entscheidung zu verstehen.¹⁰² In diesem Sinne entschied auch Thorpe J in *Re C (adult: refusal of treatment)*, der trotz der Geisteskrankheit von Mr. C befand, dass er rechtlich entscheidungsfähig ist, wenn er das Wesen, die Ursache und die Folgen der Behandlung versteht.¹⁰³ In dem konkreten Fall analysierte Thorpe J den Entscheidungsprozeß in drei Stufen: erstens, das Verstehen und Aufnehmen von Informationen, zweitens den Gebrauch der Information und drittens die abwägende Entscheidung („weighing

⁹⁵ Laufs A, Uhlenbruck W: *Handbuch des Arztrechts*, 1992. § 139, 26 ff; Schöllammer L: *Die Rechtsverbindlichkeit des Patiententestaments*, 1993. 90 ff

⁹⁶ BGHZ 29,33

⁹⁷ Im Zusammenhang mit Patientenverfügungen bei Dialysepatienten konnte gezeigt werden, dass viele Patienten dem Arzt einen Interpretationsspielraum überlassen wollen. Shegal A, Galbraith A, Chesney M, Schoenfeld P: How strictly do dialysis patients want their advance directive followed? *JAMA* 1992; 267:59-63.

⁹⁸ s.: US-case of *State of Tennessee v Northern* (1978) 563 SW 2d 197 (Tenn Ct App)

⁹⁹ *Re T (adult: refusal of treatment)* [1992] 3 W.L.R. at 796

¹⁰⁰ Roth B, Meisel A, Lidz CW: Tests of competency to consent to treatment. *American Journal of Psychiatry* 1977; 134:279 (evidencing a choice, reasonable outcome, rational choice, ability to understand, actual understanding)

¹⁰¹ Kennedy I, Grubb A: *Medical Law - Text with materials*, 1994. p.135

¹⁰² The Law Commission: *Mental Incapacity (LAW COM No 231)*, 1995. p.32 ff

¹⁰³ *Re C (adult: refusal of treatment)* [1994] 1 WLR 290, 295

it in the balance to arrive at a choice.“)¹⁰⁴ Sofern diese Elemente vorliegen, sei ein Patient entscheidungsfähig. Doch selbst diese Anleitung wie man Entscheidungsfähigkeit ermitteln könne, enthebt den Arzt nicht von seinem wertenden Urteil, ob die Elemente: Verständnis, Fähigkeiten zu überlegen und Informationen abzuwägen, vorliegen. Vor allem sollte nicht übersehen werden, dass es sich um graduelle Fähigkeiten handelt, und die Festlegung auf eine dichotome Entscheidung, eine Festsetzung einer Schwelle im Kontinuum der Fähigkeiten erfordert.¹⁰⁵

3.2.5.2 Normative Interpretationen

Der Arzt oder die für die medizinische Versorgung zuständige Person muss eine (normative) Einschätzung von erhaltener Information, Vorhersicht der Umstände und wirkliche Absicht der antizipierten Entscheidung des Patienten leisten.

Es wurde bereits o.a. dass wenn ein Patient fehlgeleitet oder fehlinformiert war er keine richtige Zustimmung oder Ablehnung geben kann. Auch wird eine Zustimmung oder Ablehnung nicht wirklich gültig sein, wenn sie ohne Bezug zu der tatsächlichen Situation getroffen wurde.

Es ist ein kritischer Punkt, dass ein wesentlicher Teil der Festlegung der Gültigkeit von Patientenverfügungen bei den Ärzten liegt. („the primary responsibility for determining the effective scope of an advance directive is vested in the doctors.“)¹⁰⁶ Die englische Juristin Kristina Stern führt an, dass diese Zensur („censorship“) dort besonders problematisch ist, wo die Ärzte mit der Einschätzung des Patienten nicht übereinstimmen und daher ein Interesse daran haben, ob eine Verfügung anzuwenden ist oder nicht. Denn entweder sind die behandelnden Ärzte dann nicht in der Lage entsprechend ihrem klinischen Urteil zu behandeln, oder sie wollen sich durch die Verfügung rechtlich absichern. [use the advance directive as yet another] „flak-jacket“¹⁰⁷. Damit seien Ärzte sowohl Richter wie Anwalt in einer Person.

Ob das „Interesse“ der Ärzte den Patienten nach ihrem klinischen Urteil zu behandeln immer einer unerwünschten Zensur entspricht kann man bezweifeln.

Zusammenfassend bleiben bei der Umsetzung von Patientenverfügungen jedenfalls etliche subjektive Elemente, die vom Arzt abhängen und bestimmt werden. In der Praxis kann dies zu einer Einschränkung der beabsichtigten bindenden Kraft der Verfügungen werden.

3.2.6 Zeitlicher Abstand zwischen Abfassung und Umsetzung von Verfügungen

In der Praxis gibt es eine Fülle prozeduraler und formaler Probleme, betreffend die Aufbewahrung, die Wiederholung und Änderung solcher Dokumente oder Stellvertreterbestellungen. Diese praktischen Fragen sind meist die größte Hürde und wurden ausführlich untersucht. Sie sind allerdings weniger ethische als organisatorische Schwierigkeiten.¹⁰⁸ Dennoch

¹⁰⁴ The Law Commission: Mental Incapacity (LAW COM No 231), 1995. zitiert auf p.37

¹⁰⁵ s. Cartwright W: The sterilisation of the mentally handicapped: Competence, the right to reproduce and discrimination. in Grubb A (ed): *Decision making and problems of incompetence*, 1994, pp 67-88.

¹⁰⁶ Stern K: Advance Directives. *Medical Law Review* 1994; 2:57-76.

¹⁰⁷ Der Begriff „flak-jacket“ wurde geprägt von Lord Donaldson in Re W als Analogie für den Schutzeffekt des Zustimmungserfordernisses. Diese Ansicht wurde jedoch als Unterwanderung der Selbstbestimmung erachtet. s. (14)

¹⁰⁸ weitere Details u.a. bei: *King's College Working Party Report* by Age Concern Institute of Gerontology and Centre of Medical Law and Ethics 1988. *The Living Will: Consent to Treatment at the End of life*; Meran, J.G. 1994. Patientenverfügungen im klinischen Kontext. In: *Patientenverfügung und stellvertretende Entscheidung in rechtlicher, medizinischer und ethischer Hinsicht*; (Hg) H.G. Koch; J.G. Meran and H.M. Sass. pp. 2-19. Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik. Meran J.G.: Advance Directives and surrogate Decision Making. *Jahrbuch für Recht und Ethik*, 1996 p.381-444

Lynn, J. and Teno, J.M. 1993. After the Patient Self-determination Act. The need for empirical research on formal advance directives. *Hastings Center Report* 23:20-24; Emanuel, E.J. and Emanuel, L.L. 1990, Living Wills: Past, Present and Future. *The Journal of Clinical Ethics* 1:9-19; Reilly, R.B.; Teasdale, T.A. and McCullough,

ist die Effektivität von Patientenverfügungen durch sie limitiert.¹⁰⁹ Die Bundesärztekammer empfiehlt daher eine regelmäßige Erneuerung der Verfügung:

„Grundsätzlich gilt der in der Patientenverfügung geäußerte Wille des Patienten, es sei denn, es liegen konkrete Anhaltspunkte vor, die auf eine Veränderung seines Willens schließen lassen. Da Patientenverfügungen jederzeit formlos widerruflich sind, muss vom behandelnden Arzt geprüft werden, ob Anhaltspunkte für eine Willensänderung vorliegen. Um Zweifel an der Verbindlichkeit älterer Verfügungen zu beseitigen, empfiehlt es sich, diese in regelmäßigen Abständen zu bestätigen oder zu ergänzen.“¹¹⁰

Gültigkeit und Aktualität sind keine rein zeitlich determinierten Faktoren. Auch eine lang zurückliegende Verfügung kann dem mutmaßlichen Willen entsprechen. Eine regelmäßige Überprüfung und Bestätigung einer Patientenverfügung erscheint empfehlenswert, ist jedoch kein kategorisches Wirksamkeitskriterium.

L.B. 1994. Projecting patients' preferences from living wills: an invalid strategy for management of dementia with life-threatening illness. *Journal of the American Geriatrics Society* 42:997-1003; Sulmasy, D.P.; Haller, K. and Terry, P.B. 1994. More talk, less paper: predicting the accuracy of substituted judgments. *American Journal of Medicine* 96:432-438.

¹⁰⁹ Danis, M.; Southerland, L.I.; Garrett, J.M.; et al. 1991. A prospective study of advance directives for life-sustaining care. *The New England Journal of Medicine* 324:882-888.

¹¹⁰ Bundesärztekammer: Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen, *Deutsches Ärzteblatt* 1999, 96(43): A-2721; Anlage II

4 Derzeitige Einschätzung von Patientenverfügungen in Deutschland

Bei Entscheidungs- und Einwilligungsunfähigkeit wird nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten entschieden. Wenn kein mutmaßlicher Wille erkennbar ist, wird nach dem Grundsatz in dubio pro vita vorgegangen.

Auch die Stellvertreterentscheidungen (Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung) richten sich nach dem erklärten und mutmaßlichen Willen des Patienten.

4.1 Ausgangspunkt Entscheidungsfindung bei Einwilligungsunfähigkeit

Nicht einwilligungsfähig ist jemand nach Amelung in Ergänzung zu den Ausführungen in Kapitel 3, wenn die Person wegen Minderjährigkeit, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung nicht erfassen kann, „a) welchen Wert oder Rang die von der Einwilligungentscheidung berührten Güter und Interessen für ihn haben, b) um welche Tatsachen es bei der Entscheidung geht, c) welche Folgen und Risiken sich aus der Einwilligungentscheidung ergeben und d) welche anderen Mittel es zur Erreichung der mit der Einwilligung erstrebten Ziele gibt, die ihn möglicherweise weniger belasten“¹¹¹. Nach Ansicht der Bundesärztekammer liegt im Zusammenhang mit einer Patientenverfügung Einwilligungsfähigkeit vor, wenn der Patient „Bedeutung, Umfang und Tragweite der Verfügung zu beurteilen vermag“¹¹².

Wenn ein Mensch zur Ausübung seiner Selbstbestimmung durch sich ergebenden Einschränkungen und kognitiven Fehlleistungen nicht mehr fähig ist, dann bestellt das Vormundschaftsgericht einen Betreuer, wenn „ein Volljähriger aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen kann“ (§ 1896 I BGB).

4.1.1 Mutmaßlicher Wille

Liegen keinerlei verbindliche Vorausverfügungen eines Patienten vor und sind auch sonstige Willensbekundungen nicht vorhanden oder nachweisbar, so ist hinsichtlich der Entscheidung für oder gegen einen medizinischen Eingriff auf seinen sog. mutmaßlichen Willen abzustellen. Mit mutmaßlichem Wille werden jene Willensäußerungen bezeichnet, die der Patient mutmaßlich äußern würde, wenn er sich äußern könnte.

An die Voraussetzungen für die Annahme eines mutmaßlichen Einverständnisses in einen Therapieabbruch sind nach der Auffassung des Bundesgerichtshofes im Kemptener Fall jedoch „strenge Anforderungen“ zu stellen. Es komme hierbei vor allem auf frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen¹¹³ des Patienten, seine religiöse Überzeugung, seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen an.¹¹⁴

Patientenverfügungen als nicht geregeltes Rechtsinstitut sind bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens von Bedeutung. Bei den Kriterien zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens nennt der Bundesgerichtshofes an erster Stelle „mündliche oder schriftliche Äußerungen des

¹¹¹ Amelung K: Probleme der Einwilligungsfähigkeit *R & P* 1995, 26

¹¹² Bundesärztekammer: Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen *DÄBl* 1999, 2721

¹¹³ worunter auch eine Patientenverfügung fallen dürfte; wörtlich wird sie allerdings durch den BGH nicht erwähnt; erst durch das OLG Frankfurt (per Beschluss v. 15.07. 1998), welches das Grundsatzurteil des BGH als erstes Gericht umgesetzt hatte, wird der Patientenverfügung „Bedeutungszuwachs“ bescheinigt

¹¹⁴ BGH *NJW* 1995, 204, 2. Leitsatz des BGH

Patienten“, gefolgt von religiöser Überzeugung, seinen sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen.

Erst wenn die Ermittlung eines subjektiven Willens nicht gelingt, dann „kann und muss auf Kriterien zurückgegriffen werden, die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen. Dabei ist jedoch Zurückhaltung geboten; im Zweifel hat der Schutz menschlichen Lebens Vorrang vor persönlichen Überlegungen des Arztes, eines Angehörigen oder einer anderen beteiligten Person¹¹⁵.

Im Einzelfall hänge die Entscheidung auch davon ab, wie aussichtslos die ärztliche Prognose und wie nahe der Patient dem Sterben ist.¹¹⁶ Ungeachtet der Bedenklichkeit hinsichtlich eines Rückgriffs auf „allgemeine Wertvorstellungen“ wird dem behandelnden Arzt nach den Grundsätzen des Bundesgerichtshofes wiederum die Bürde der paternalistischen Fremdbestimmung auferlegt, für die er allein rechtlich verantwortlich ist. In kritischen, nicht eindeutigen Fällen wäre seine Entscheidung mit erheblicher Rechtsunsicherheit angesichts strafrechtlicher Konsequenzen verbunden.¹¹⁷

Der Ausdruck der allgemeinen Wertvorstellungen ist ein so allgemeiner und ungenauer Begriff, bei dem ohne die erklärenden nachfolgenden Sätze der Entscheidung der Verdacht entstehen könnte, dass die Gesellschaft wieder über lebensunwertes Leben¹¹⁸ entscheidet. Im Zweifel soll der Schutz des Lebens Vorrang genießen. Mit dieser Aussage wird der Grundsatz „in dubio pro vita“ bestätigt, welcher von Hufen „nicht in jedem Fall als mutmaßlicher Wille“¹¹⁹ unterstellt werden kann. Zur Hervorhebung der individuellen Patientenautonomie soll nach Spickhoff primär auf „subjektive Faktoren des Patienten“¹²⁰ zurückgegriffen werden und nur hilfsweise auf objektive Interessenabwägungen. Hufen möchte statt des Grundsatzes „in dubio pro vita“ den Grundsatz „in dubio pro dignitate“¹²¹ beachten wissen und begründet dies damit, dass kein Mensch freiwillig leiden möchte. Hufen setzt Komapatienten „ohne jede Aussicht auf Rückkehr“, die möglicherweise in einem menschenunwürdigen Zustand jahrelang dahinvegetieren, Sterbenden gleich und unterstellt den mutmaßlichen Willen, nicht das „biologische Leben um jeden Preis“ zu verlängern¹²². Diese Ansicht von Hufen wird nicht immer geteilt, stellt aber einen Beitrag zur vom Juristentag 2000 gewünschten „ethischen Grundsatzdiskussion auf breiter gesellschaftlicher Basis“ dar, die bestimmen soll, wann vom Prinzip der Lebenserhaltung abgewichen werden darf¹²³.

Wenn der mutmaßliche Wille des Patienten nicht zu ermitteln ist, dann muss für Burchardi zwangsläufig der behandelnde Arzt „in Wahrung des mutmaßlich besten Interesses seines Patienten“¹²⁴ die Entscheidung auf sich nehmen. Burchardis Modell des Arztes als Interessenanwalt des Patienten gründet auf der Annahme, dass sich entscheidungsunfähige Patienten nicht anders entscheiden würden als „vergleichbar Betroffene, die noch entscheidungsfähig

¹¹⁵ Urteil des BGH vom 13.09.1994 – 1 StR 357/94 (LG Kempten) = BGHSt 40, 257-272

¹¹⁶ BGH NJW 1995, 204

¹¹⁷ s. Konflikt des Arztes: Bei Abbruch oder Nichtaufnahme einer Heilbehandlung, Verstoß gegen die Pflichten aus dem Behandlungsvertrag, Strafbarkeit wegen vors. Tötung (durch Unterlassen) - §§ 212 ff. (13) StGB oder Eingriff ohne die erforderliche Einwilligung, Strafbarkeit wegen Körperverletzung - § 223 StGB

¹¹⁸ vgl. Binding K, Hoche A: *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form* 1922; so vertreten von: Seitz W: Das OLG Frankfurt a.M. und die Sterbehilfe ZRP 1998, 421

¹¹⁹ Hufen F: In dubio pro dignitate *Neue Juristische Wochenschrift* 2001, 856

¹²⁰ Spickhoff A: Die Patientenautonomie am Lebensende: Ende der Patientenautonomie? *Neue Juristische Wochenschrift* 2000, 2299

¹²¹ Hufen F: In dubio pro dignitate *Neue Juristische Wochenschrift* 2001, 856

¹²² vgl. ebd., 856

¹²³ Beschlüsse des 63. Deutschen Juristentages Leipzig 2000, 4.3

¹²⁴ Burchardi H: Begrenzung oder Beendigung der Intensivbehandlung – Eine Gegenüberstellung von Grundsätzen/Richtlinien aus verschiedenen Ländern, In: Burchardi H, Larsen R, Schuster H-P, Suter PM (Hg.): *Intensivmedizin* 2001, 22

sind und deren Entscheidungen der erfahrene Arzt oft genug miterlebt hat¹²⁵. Dem Vorwurf des Paternalismus tritt Burchardi entgegen, für den das vorgestellte Entscheidungsmodell ein Standesideal ist als „Wahrung der medizinisch-ethischen Fürsorge des Arztes für seinen Patienten“¹²⁶. Problematisch an diesem Ansatz ist die klinische Erfahrung, dass vergleichbar Betroffene durchaus unterschiedliche Entscheidungspräferenzen haben können.

Ulsenheimer präzisiert und erweitert die von Bundesgerichtshof aufgestellten Kriterien zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens um folgende Fragen: „Gibt es einen (langjährigen) Hausarzt, der die Bedürfnisse, Vorerkrankungen, Empfindungen des Patienten kennt? *Sind Notizen hierüber oder sonstige Feststellungen über Äußerungen des Patienten, was in bestimmten Krankheitssituationen geschehen soll, in den Krankenunterlagen enthalten? * Krankheitszustand: Hoffnungslos? Unheilbar? Infauste Prognose? Irreversibler Bewusstseinsverlust? Terminales Stadium? Medizinisch unumkehrbare Entwicklung? oder: prognostisch gut? Heilung möglich (wahrscheinlich)? *Relative oder absolute Indikation der ärztlichen Maßnahme? *Aussichten auf Lebensrettung, zumindest Lebensverlängerung durch die ärztlichen Maßnahmen? Welche Nebenfolgen, Risiken und Schmerzen drohen bei Vornahme bzw. Fortsetzung der Behandlung? Welches Schadenspotential kann mit welcher Wahrscheinlichkeit eintreten? Handelt es sich um eine erprobte medizinische Standardmethode oder um einen riskanten Eingriff im Bereich der Neulandmedizin? *Altersbedingte Lebenserwartung? *Schmerzempfindlichkeit, Bereitschaft, Schmerzen zu ertragen und Belastungen auf sich zu nehmen? *Furcht vor Behindertsein, vor Verunstaltung, vor Abhängigkeit? *Wie würde ein verständiger Patient entscheiden? Wie würde man selbst, wie würde man als Arzt normalerweise entscheiden? *Abwägung der betroffenen Rechtsgüter: Selbstbestimmungsrecht – körperliche Integrität, Gesundheit, Leben“¹²⁷. Anhand dieser Bausteine ergibt sich für Ulsenheimer „das Mosaik eines klaren mutmaßlichen Willens“¹²⁸.

Die Ermittlung des mutmaßlichen Willens erfolgt indirekt durch Befragungen, wenn keine Behandlungswünsche dokumentiert wurden. Die indirekte Ermittlung der Wünsche und Werte scheint für Hartmann mit einer wesentlich größeren Unsicherheit behaftet als der geäußerte Wille, da zur Ermittlung des mutmaßlichen Willen „regelmäßig viele äußere Aspekte herangezogen werden, die den Betroffenen tangieren, letztlich aber nicht aus ihm heraus resultieren“¹²⁹ und damit durch verschiedene Informationsquellen und Interpretationen immer ein Risiko darstellen. Unter Berücksichtigung des Prinzips der unauflösbaren Lebensgemeinschaft der Ehe und dem Schutze der Familie gemäß Art. 6 GG kommt dem Ehepartner nach Hufen im Regelfall „ein Interpretationsvorrang bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens“¹³⁰ zu. Bei der Entscheidung durch Angehörigen sollte berücksichtigt werden, dass sie sich möglicherweise in einer emotional schwierigen Situation befinden.

Schwierig ist die Feststellung des Willens bei dementen Personen, die keine Angehörigen haben und nicht mehr in ihrer häuslichen Umgebung leben. Hier soll ebenfalls der mutmaßliche Wille des Patienten ermittelt werden.

4.1.2 Antizipierte Weisung – Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung kann den an der Entscheidung beteiligten Ärzten, Betreuern und Bevollmächtigten eine Entscheidungshilfe an die Hand geben. Ob die jeweilige Patientenver-

¹²⁵ Ebd., 22

¹²⁶ Ebd., 22-23

¹²⁷ Ulsenheimer K: Zur Erforschung des mutmaßlichen Willens bei fehlender Einwilligungsfähigkeit des Patienten *Anästhesiologie und Intensivmedizin* 2000, 696-697

¹²⁸ Ebd., 697

¹²⁹ Hartmann T: Patientenverfügung und Psychiatrische Verfügung – Verbindlichkeit für den Arzt *NStZ* 2000, 115

¹³⁰ Hufen F: In dubio pro dignitate *Neue Juristische Wochenschrift* 2001, 853

fügung lediglich *Indiz des mutmaßlichen Willens* des Verfügenden oder eine *eigene Entscheidung* des Patienten darstellt, an die Entscheidungsbefugten gebunden sind, hängt nach derzeitiger Rechtslage (s. Grundsätze der Bundesärztekammer 1998) von ihrer inhaltlichen Ausgestaltung, mithin von dezidierten Vorgaben und genauer Antizipation der jeweiligen Behandlungssituation ab. Gesetzliche Regelungen über die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen fehlen bislang.

4.1.3 Stellvertreterentscheidung

Wenn ein nicht (mehr) äußerungsfähiger Patient behandelt werden soll stellt sich die Frage, wer entscheidungsbefugt ist, sofern nicht klare Äußerungen und Willensbekundungen des Patienten vorliegen, die verbindlich und damit zu befolgen wären.¹³¹ Hier kommt es auf die jeweilige Behandlungssituation an. In Notfällen, in welchen eine medizinische Maßnahme ohne erhebliche Nachteile für den Patienten kein Zuwarten duldet, wäre für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens sowie die weitere Behandlungsentscheidung primär der *behandelnde Arzt* aufgrund seines ärztlichen Auftrages zuständig. Er hat unter Berücksichtigung oben genannter Kriterien bei seinen Ermittlungen sorgfältig zu recherchieren, und sodann über eventuell zu ergreifende Maßnahmen bzw. Einstellung von bereits begonnenen Maßnahmen im Interesse des Patienten stellvertretend zu entscheiden.¹³²

Als Entscheidungsträger bei nichteinwilligungsfähigen Patienten kommt außer in engen Ausnahmefällen nur der gerichtlich bestellte Betreuer oder der per Vollmacht benannte Bevollmächtigte infrage. Nicht nur der Bevollmächtigte sollte eine Vertrauensperson des Betroffenen sein, sondern auch der rechtliche Betreuer und damit eine umfassende Kenntnis der Wünsche und Werte des Betreuten haben, zu dessen Ermittlung Betreuer nach § 1901 BGB rechtlich verpflichtet sind.

4.2 Stand der Handhabung und Beurteilung von Patientenverfügungen

Patientenverfügungen sind gesetzlich nicht geregelt. Die bisherigen gerichtlichen Entscheidungen behandelten Fragestellungen zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens und betonten die Bedeutung einer Patientenverfügung, ohne inhaltliche Konkretisierungen vorzunehmen. Die Bundesärztekammer hat sich zu Kriterien einer validen Patientenverfügung geäußert ohne eine Musterverfügung vorzustellen.

4.2.1 rechtlicher Stand

Die bisherigen Entscheidungen¹³³ betonen die Bedeutung der Patientenverfügung für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens ohne direkt auf die inhaltliche Ausgestaltung einer Patientenverfügung einzugehen.

In einer Entscheidung des Oberlandesgericht Düsseldorf¹³⁴ 2001 wird in Nachfolge zur Entscheidung des Bundesgerichtshofs 1994 die Bedeutung einer Patientenverfügung für den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen betont, ohne näher auf die genaue Ausgestaltung einer „unmissverständlichen“ Patientenverfügung einzugehen.

¹³¹ Spickhoff *Neue Juristische Wochenschrift* 2000, 2298

¹³² Olzen *ArztRecht* 5/ 2001, 118

¹³³ vgl. May A: *Autonomie und Fremdbestimmung bei medizinischen Entscheidungen für Nichteinwilligungsfähige* 2001, 257-281

¹³⁴ OLG Düsseldorf Beschluss vom 27.03.2001 Az. 25 Wx 128/00, = *BtPrax* 2001, 170-171, als Leitsatz *FamRZ* 2001, Heft 11, II

Der 63. Deutsche Juristentag 2000 in Leipzig hat sich mit Wirksamkeitsvoraussetzungen von Patientenverfügungen befasst und eine Verankerung des Rechtsinstituts der Patientenverfügung durch spezialgesetzliche Regelung gefordert. Vorrangig vor der Ermittlung des mutmaßlichen Willens steht die antizipativ ausgeübte Selbstbestimmung des Patienten durch Errichtung einer Patientenverfügung. Dazu empfiehlt der Deutsche Juristentag als notwendige Wirksamkeitsvoraussetzung die vorherige ärztliche Aufklärung des Verfügenden über den Inhalt und Tragweite seiner Erklärungen.

4.2.2 Beurteilung aus medizinischer Perspektive

Patientenverfügungen wurden in einzelnen Studien zum Gegenstand der Untersuchungen gemacht. Die Bundesärztekammer hat sich in den ‚Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung‘ und in den nachfolgenden ‚Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen‘ geäußert. Die Umsetzung und Akzeptanz in der Praxis fällt differenzierter aus.

Von 206 älteren psychisch kranken Patienten und deren Angehörigen in Düsseldorf¹³⁵ lehnten in einer nichtrepräsentativen Studie ein Viertel sowohl die Patientenverfügung als auch die Bevollmächtigung in Gesundheitsangelegenheiten ab. Das Durchschnittsalter der befragten Personen lag bei 72 Jahren, und davon waren 70% Patientinnen. Etwa 57% der befragten Personen befürworteten die beiden Instrumente, und die Bevollmächtigung (24%) im Gegensatz zur Patientenverfügung (6%) wurde signifikant höher gewählt. Es verfügten aber nur 5% der Befragten über ein Dokument im Sinne einer Patientenverfügung oder Bevollmächtigung. Die hohe Befürwortung der Erstellung von vorsorglichen Dokumenten wurde von den Autoren dahingehend interpretiert, dass „die autonome Entscheidung des Patienten bezüglich medizinischer Maßnahmen in der Arzt-Patienten-Beziehung für ein hohes ethisches Gut angesehen wird“¹³⁶. Die Studie zeigt eine Präferenz zur Bevollmächtigung, die daraufhindeutet, dass sich „ältere psychisch kranke Personen im Fall ihrer Einwilligungsunfähigkeit insbesondere durch eine selbstausgewählte Person des Vertrauens besonders authentisch vertreten sehen“¹³⁷. Die Patientenverfügung wurde von Befragten mit höherem Ausbildungsstand gewählt, sonst konnte ein Zusammenhang von Alter, Geschlecht und Erkrankung mit dem Antwortverhalten nicht gesehen werden.

In einer Studie in Altenheimen in Zürich an 50 Patienten, 22 Angehörigen, betreuendem Pflegepersonal und Ärzten konnte kein Zusammenhang zwischen der Einstellung der Patienten zu lebensverlängernden Maßnahmen und deren Alter, kognitiver Leistungsfähigkeit oder Lebensqualität festgestellt werden¹³⁸. Durch die beschriebene Studie für Patientenverfügungen, einen Patientenvertreter und eine Kombination beider Instrumente sensibilisiert, planten 6% eine Patientenverfügung und 44% schlugen eine Person aus dem Kreise der Angehörigen als Patientenvertreter vor. In einer Nachbefragung nach acht Monaten hatten weniger als ein Drittel der Patienten auch eine Person ihres Vertrauens bevollmächtigt¹³⁹. Die Autoren in Zürich stellten fest, dass einer Patientenverfügung oder der Bevollmächtigung einer Person des Vertrauens „offenbar im geriatrischen Bereich im allgemeinen keine entscheidende Bedeutung“¹⁴⁰ zukommt.

Schäfer beobachtete in einer qualitativen Befragung von 17 Personen mit einer Patientenverfügung den Beitrag zur Krankheitsbewältigung und als emotionszentrierte Bewältigungs-

¹³⁵ vgl. Haupt M, Seeber H, Jänner M: Patientenverfügungen und Bevollmächtigungen in gesundheitlichen Angelegenheiten älterer psychisch kranker Menschen, *Nervenarzt* 1999, 256-261

¹³⁶ Ebd., 260

¹³⁷ Ebd., 260

¹³⁸ Vgl. Bosshard G, Bär W, Wettstein A: Lebensverlängernde Maßnahmen in der geriatrischen Langzeitpflege. Wie ist die Akzeptanz Betroffener? *DÄBl* 1999, 1409-1413

¹³⁹ Vgl. ebd., 1410

¹⁴⁰ Ebd., 1413

form¹⁴¹. Ebenso haben die Interviewpartner eine Patientenverfügung als emotionsregulierende Möglichkeit empfunden, mit Angst umzugehen und Vorsorge zu treffen, die als beruhigend empfunden wurde¹⁴². Je bedrohlicher eine therapeutische Intervention empfunden wurde, desto stärker stand bei den Befragten die emotionsregulierende Funktion von Patientenverfügungen im Vordergrund¹⁴³. Die Beschäftigung mit Patientenverfügungen dauerte bei den Befragten von einigen Monaten bis zu ca. sechs Jahren, wobei eine Befragte bereits Ende der 70er Jahre eine Patientenverfügung verfasst hat¹⁴⁴. Die Befragten im Alter von 42-96 Jahren wünschten einen „reflektierte[n] Einsatz der Medizintechnik“ und „keine Therapie um jeden Preis“¹⁴⁵. Die Befragung zeigte eine differenzierte Einschätzung medizinischer Maßnahmen und im Blick auf „den Einsatz von Schläuchen“ antwortete eine Person, dass sie das nie so pauschal formulieren würde und „weist auf den Aspekt der Entlastung durch den Einsatz von ‚Schläuchen‘ hin“¹⁴⁶.

Das Antwortverhalten bei der Auswertung der Wertanamnese-Bögen nach Kielstein / Sass¹⁴⁷ zeigt eine hohe Akzeptanz des Instrumentes Betreuungsverfügung zur Durchsetzung der Patientenautonomie bei Nichtentscheidungsfähigkeit¹⁴⁸. Ähnliche Zahlen finden sich in den Ergebnissen einer repräsentativen Umfrage des Institutes für Demoskopie Allensbach Anfang der 90er Jahre, nach der 70% der Bevölkerung eine positive Einstellung zu ‚Patiententestamenten‘ haben¹⁴⁹.

Waibel / Novak / Roller stellen die Ergebnisse einer Ärztebefragung aus dem Jahr 1996 in Ulm von 283 Ärzten bei einem Rücklauf von 39 Prozent vor¹⁵⁰. Auffallend bewerten 87,2 Prozent der Ärzte eine Patientenverfügung als geeignetes Instrument, um die Autonomie des Patienten zu wahren, obschon mehr als 75% angaben, keine Kenntnisse der juristischen Grundlagen von Patientenverfügungen zu haben. Dies deckt sich mit einer Studie von Meran¹⁵¹. Knapp 40 Prozent der Ärzte erfuhren von Patienten erstmals über die Möglichkeiten solcher Verfügungen¹⁵². Ein derartiges Informationsdefizit konstatiert auch Stolz¹⁵³. Es möchten 95,5% der in Ulm befragten Ärzte eine Patientenverfügung in ihre Therapieentscheidung miteinbeziehen. Anders sieht es bei einer als „Patientenanwalt“ bevollmächtigten Person aus, von der nur die Hälfte der Ärzte angab, profitieren zu können. Bedingung für die Berücksichtigung der Patientenverfügung soll sein, (1) dass der Patient über die Hintergründe und Folgen seiner Verfügung unterrichtet ist und (2) dass der Arzt den Patienten und sein Umfeld gut kennt. Dem Gespräch mit dem Patienten wird eine Schlüsselrolle zugewiesen. Nur ein mit Informationen ausgestatteter Patient kann im Voraus entscheiden, wie er behandelt werden möchte für den Fall, dass er dies nicht mehr mitteilen kann. „Einer Patientenverfügung muss

¹⁴¹ Schäfer D: *Patientenverfügungen: krank – aber entscheidungsfähig* 2001, 96

¹⁴² Ebd., 84

¹⁴³ Ebd., 100

¹⁴⁴ Ebd., 80

¹⁴⁵ Ebd., 95

¹⁴⁶ Ebd., 86

¹⁴⁷ Kielstein R, Sass HM: *Wertanamnese und Betreuungsverfügung* 1995, 23

¹⁴⁸ Vgl. May A, Gawrich S, Stiegel K: *Empirische Erfahrungen mit wertanamnestischen Betreuungsverfügungen* 1997, 58

¹⁴⁹ Vgl. Harder M: *Voluntas aegroti suprema lex - Bemerkungen zum sogenannten ‘Patiententestament’* *Arztrecht* 1991, 19

¹⁵⁰ Vgl. Waibel S, Novak P, Roller S: *Der Arzt als Gesprächspartner* *DÄBl* 1999, 836-837

¹⁵¹ Vgl. Meran JG, Poliowoda H: *Clinical Perspectives of advance directives and surrogate decision-making*, In: Sass HM, Veatch R, Kimura R (Hg.) *Advance Directives and Surrogate Decision Making in Health Care* 1998, 105

¹⁵² Vgl. Waibel S, Novak P, Roller S: *Der Arzt als Gesprächspartner* *DÄBl* 1999, 837

¹⁵³ Vgl. Thesen von Konrad Stolz zur Arbeitsgruppe „Betreuungsvermeidung durch vorsorgende Verfügungen“. *Vorsorgevollmacht, Gesundheitsvollmacht, Behandlungsvereinbarungen, Betreuungsverfügung – rechtliche Aspekte und praktische Erfahrungen*, In: *VormundschaftsGerichtstag (Hg.) Betrifft Betreuung 1/1999. 6. VormundschaftsGerichtstag. Beiträge und Ergebnisse* 1999, 47

ein Entscheidungsprozess vorausgehen¹⁵⁴. Dies wird von vielen Ärzten als Chance für den Patienten verstanden, sich über seine Wünsche und Vorstellungen bezüglich seiner Krankheit und seines bevorstehenden Sterbens klarzuwerden. Diese persönliche „Auseinandersetzung muss aus der Patientenverfügung hervorgehen und für den behandelnden Arzt ersichtlich sein“¹⁵⁵.

Bei einer Befragung von 94 Ärzten des Bochumer Modells zu Verhalten und Wertungen von Ärzten beim Behandlungsverzicht anhand des „Bochumer Inventars zur Medizinischen Ethik (BIME)“¹⁵⁶ zeigte sich bei strittigen Entscheidungen zur Behandlung eines nicht kommunikationsfähigen Patienten eine starke Bedeutung der Patientenverfügung mit „deutlich mehr Gewicht als die Meinung des Arztes und die Meinung der Angehörigen“¹⁵⁷, welche eine untergeordnete Rolle spielte. Bei einer Befragung von Ärzten in Magdeburg anhand des „Bochumer Inventars zur Medizinischen Ethik (BIME)“ an 175 Ärzten sprachen sich 76% bei einer Gewichtung zwischen Meinung des Arztes und einer Patientenverfügung für die Patientenverfügung aus¹⁵⁸.

4.2.2.1 Grundsätze und Handreichungen Bundesärztekammer

Die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Sterbehilfe von 1993 erkennt Patientenverfügungen nur als ein entscheidungsleitendes Indiz unter vielen an¹⁵⁹. Der Diskussionsentwurf einer „Richtlinie der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung“ von 1997 behandelt im IV. Abschnitt Patientenverfügungen, welche als „wichtiges Element des Selbstbestimmungsrechtes verantwortungsvoll bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens zu beachten“ sein sollen. Im Nachsatz wird mit dem Hinweis auf das Verfassen solcher Erklärungen in gesunden Tagen „auf Grund anderer Einsicht“ die Wertigkeit eingeschränkt¹⁶⁰. Gegen eine generelle Verbindlichkeit von Verfügungen spricht nach den Richtlinien das Fehlen der Informiertheit über die zu entscheidende Situation. Daher wird in den Richtlinien der mutmaßliche Willen als Korrektiv benannt, zu dessen Ermittlung benannte Personen des Vertrauens herangezogen werden sollen, als auch die Verfügung selbst. Der Arzt wird auch auf die Besonderheiten der Genehmigung von das Leben gefährdenden Behandlungen nach § 1904 BGB hingewiesen.

Nach den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ vom 11.09.1998 sollen Patientenverfügungen verbindliche Bedeutung erfahren, wenn „sie sich auf die konkrete Behandlungssituation beziehen“¹⁶¹. Bei der Einschätzung der Verbindlichkeit soll die Ernsthaftigkeit der Verfügung überprüft werden. Durch die Äußerung in den Grundsätzen, „dass Patientenverfügungen oft „in gesunden Tagen verfasst wurden und dass die Hoffnung oftmals in ausweglos erscheinenden Lagen wächst“¹⁶², wird die Bedeutung der Patientenverfügung relativiert.

¹⁵⁴ Eibel S, Novak P, Roller S: Der Arzt als Gesprächspartner *DÄBl* 1999, 836

¹⁵⁵ Ebd., 837

¹⁵⁶ Baberg HT, Kielstein R, Sass HM (Hg.): *Der Behandlungsverzicht im Blick des Bochumer Inventars zur Medizinischen Ethik* 2000

¹⁵⁷ Baberg HT: Eine Pilotuntersuchung mit dem Bochumer Inventar zur Medizinischen Ethik, In: Baberg HT, Kielstein R, Sass HM (Hg.) *Der Behandlungsverzicht im Blick des Bochumer Inventars zur Medizinischen Ethik* 2000, 30-31

¹⁵⁸ Kielstein R, Peters B: Medizinische Behandlung oder Behandlungsverzicht – eine empirische Untersuchung an der Otto-von-Guericke-Universität *Arzteblatt Sachsen-Anhalt* 2001, 8, 17

¹⁵⁹ vgl. Deutsche Bundesärztekammer: Richtlinien für die ärztliche Sterbebegleitung *DÄBl* 1993, 1628-1629

¹⁶⁰ Deutsche Bundesärztekammer: Entwurf der Richtlinie der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung *DÄBl* 1997, 1344

¹⁶¹ Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung *DÄBl* 1998, 2367

¹⁶² Ebd., 2365-2367

Die Bundesärztekammer hat am 29.10.1999 die „Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen“¹⁶³ veröffentlicht. Die Bundesärztekammer fordert die Ärzteschaft explizit in einem Bericht auf Seite 1 des Deutschen Ärzteblatts vom 29.10.1999 auf, „Patientenverfügungen ernst zu nehmen und Patienten beim Aufstellen von Patientenverfügungen behilflich zu sein“¹⁶⁴, ohne dass für die „zeitraubende, aber besonders bedeutsame Tätigkeit des Arztes“¹⁶⁵ der Beratung eine Gebühr im Gebührenverzeichnis aufgeführt ist. Die erneute Betonung des Selbstbestimmungsrechts der Patienten bedeutet für die Bundesärztekammer nicht, dass sich „Ärzte ihrer Fürsorgepflicht entledigen können“, da sie weiterhin verpflichtet sind, „Patienten verantwortungsvoll und fürsorglich aufzuklären und, wenn sie es wünschen, ihnen Ratschläge zu erteilen“¹⁶⁶.

Zur besseren Ermittlung des mutmaßlichen Willens wird empfohlen, „Lebenseinstellungen, religiöse Überzeugung sowie die Bewertung von Schmerzen und schweren Schäden in der verbleibenden Lebenszeit mitzuteilen“¹⁶⁷. Es sollte auch ein Vermerk über ein hilfreiches Gespräch mit dem Arzt über „Inhalt und Umfang und Tragweite“ der Verfügung angebracht werden als zusätzlicher Beleg, „dass der Patient sich auch mit dem medizinischen Für und Wider seiner Entscheidung auseinandergesetzt hat“ zum Beweis der Ernsthaftigkeit und Erhöhung der Verbindlichkeit¹⁶⁸.

In der aktuellen Diskussion melden sich Befürworter und Kritiker von Patientenverfügungen. Aufgrund des engen Zeitfensters wird seitens der meisten Mediziner eine strikte Befolgung von Patientenverfügungen in der aktuellen Notfallsituation abgelehnt, da die Gültigkeit einer Verfügung in der kurzen Zeit nicht erschöpfend beurteilt werden.

Obschon es einige von Landesärztekammern¹⁶⁹ entwickelte Patientenverfügungsmuster gibt, hat sich die Bundesärztekammer auf die Erarbeitung von Rahmenbedingungen und Wirksamkeitsbedingungen beschränkt.

¹⁶³ Bundesärztekammer: Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen *DÄBl* 1999, 2720-2721; Anlage II

¹⁶⁴ Beleites E, Hoppe JD: Handreichungen für Ärzte *DÄBl* 1999, 2697

¹⁶⁵ Uhlenbruck W: § 82 Zahlungspflicht und Arzthonorar nach GOÄ/GOZ, In: Laufs A, Uhlenbruck W, Genzel H, Kern BR, Krauskopf D, Schlund GH, Ulsenheimer K: *Handbuch des Arztrechts* 1999, Rdnr. 8

¹⁶⁶ Beleites E, Hoppe JD: Handreichungen für Ärzte *DÄBl* 1999, 2697

¹⁶⁷ Ebd., 2721, Punkt 3.3 Ergänzende persönliche Maßnahmen

¹⁶⁸ Ebd., 2720-2721, Punkt 3.4 Ärztliche Beratung

¹⁶⁹ vgl. Jacobi T, May A, Kielstein R, Bienwald W: Ratgeber Patientenverfügung 2001; s. ferner: Bayerisches Staatsministerium der Justiz: *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung* 2001

5 Patientenverfügungen im internationalen Rechtsvergleich

Im folgenden soll die rechtliche Situation in Bezug auf Patientenverfügungen in anderen Ländern unter Berücksichtigung ihrer Praktikabilität kurz skizziert werden. Da die Problematik zuerst in den USA diskutiert und gesetzlich geregelt wurde, soll zunächst eine ausführliche Darstellung der dortigen Entwicklung folgen.

5.1 USA

Die zivilrechtlichen Vorschriften zur Absicherung der Patientenautonomie am Lebensende sind, wie das gesamte Privatrecht in den Vereinigten Staaten, Recht der Einzelstaaten und damit nicht einheitlich. Es geht zwar im wesentlichen auf das englische Recht¹⁷⁰ zurück, jedoch haben sich im Laufe der Zeit bedeutende Unterschiede herausgebildet.

Zugunsten einer Rechtsvereinheitlichung hat es sich die *National Conference of Commissioners on Uniform State Law* zur Aufgabe gemacht, die Ausarbeitung sog. *Uniform Laws*, unter anderem auf der Gebiet der Patientenautonomie zu fördern. Diese werden sodann den Parlamenten der einzelnen Staaten unterbreitet. Eine Verpflichtung zur Annahme besteht allerdings nicht. Eine Rechtsvereinheitlichung ist daher aufgrund der Autonomie der Einzelstaaten kaum durchsetzbar. Obgleich die Grundprinzipien ähnlich sind, ergeben sich Probleme bei der Wirksamkeit, insbesondere von Patientenverfügungen, welche teilweise durch die Einzelstaaten untereinander nicht anerkannt werden.

Die rechtliche Basis der Patientenautonomie liegt in den Vereinigten Staaten sowohl im Zivil- als auch im Verfassungsrecht.

Aus der amerikanischen Verfassung¹⁷¹ lässt sich ein sog. ‚Recht auf Privatleben‘ (*right of privacy*) sowie ein allgemeines Freiheitsinteresse (*liberty interest*) als Grundlage der Autonomie des Patienten ableiten. Diese Rechte wiederum bilden nach der überwiegenden Meinung in der Rechtsprechung die Grundlage für ein Recht auf Verweigerung bzw. Abbruch einer medizinischen Behandlung, ein sog. „*right to die*“.¹⁷²

Nach den privatrechtlichen Regelungen, zurückzuführen auf das englische Common Law, wird die *körperliche Integrität* des Individuums geschützt und deren Verletzung in der Regel eine *battery* (Körperverletzung), als Unterfall des *trespass* darstellen. „*Battery*“ liegt bei jeder nicht von Zustimmung des Betroffenen getragenen, absichtlichen Berührung des menschlichen Körpers vor, worunter auch eine unerlaubte medizinische Behandlung fällt. Ein Eingriff in den Körper eines Individuums, mithin eine medizinische Maßnahme ist demnach lediglich nach vorheriger Einwilligung (*consent*) des Betroffenen rechtmäßig. Damit die Einwilligung des Patienten tatsächlich Ausdruck seiner Autonomie ist, muss diese des weiteren eine ‚wohlinformierte‘, also ein sog. *informed consent* sein.^{173, 174} Der Arzt hat somit den Patienten über

¹⁷⁰ Mit Ausnahme der französischen und spanischen Einflüsse in Louisiana sowie der spanischen Einflüsse in den Staaten des Südwestens

¹⁷¹ Eine Vorschrift, welche die Prinzipien des Art. 1 GG enthält, ist nicht vorhanden

¹⁷² Bernat E, Das Recht an der Grenze zwischen Leben und Tod .Zum Stand der Diskussion in den Vereinigten Staaten von Amerika, S. 141 ff., 146 in Erwin Bernat (Hrsg.) *Ethik und Recht an der Grenze zwischen Leben und Tod*

¹⁷³ vgl. Rozovsky, *Consent to Treatment – A Practical Guide* 3rd ed. 2000: Erste Entscheidung über die Pflicht zur Aufklärung gegenüber dem Patienten als Wirksamkeitsvoraussetzung einer Einwilligung in *Salgo v. Stanford University Board of Trustees*, 154 Cal. App. 2d 560, 317 P.2d 170 (1957); s. ferner M. Shapo *Basic Principles of Tort Law* 1999, 103 – 108; Furrow/ Greaney/ Johnson & Schwartz, *Health Law* 1995, 265 - 288

die geplante Behandlung, deren Nutzen, die damit verbundenen Risiken sowie mögliche Alternativen im wesentlichen zu informieren. Andererseits hat der Arzt abzuwägen, wie detailliert er den Patienten aufklärt, da sich manche Informationen auch schädlich auf den Patienten auswirken können. Sie können ungewollt Ängste schüren, die negativen Einfluss auf den Heilungsprozess nehmen.¹⁷⁵

Solange sich ein Patient¹⁷⁶ in *einwilligungsfähigem* Zustand befindet, ist seine Autonomie weitestgehend dadurch gesichert, dass er selbst über die Aufnahme bzw. Fortsetzung einer Behandlung oder lebensnotwendigen Therapie bestimmt. Bei der Entscheidung, ob der Patient (noch) entscheidungsfähig ist, hat sich der behandelnde Arzt die Frage zu stellen, ob der Patient genügend Verständnis hat, um die zur Wahl stehenden Möglichkeiten und ihre Folgen abwägen zu können.¹⁷⁷ Gegebenenfalls müsste ein Gutachten des behandelnden Arztes zusammen mit zwei weiteren Ärzten eingeholt werden.

Das Recht auf Autonomie (selbst eines einwilligungsfähigen Erwachsenen) soll jedoch nicht unbeschränkt gelten. So wird festgestellt, das Autonomierecht müsse gegen verschiedene andere Staatsinteressen abgewogen werden; unter anderem gegenüber dem Schutz der Interessen Dritter, dem Schutz der ethischen Interessen der Ärzte sowie des sonstigen Pflegepersonals und schließlich dem Schutz des menschlichen Lebens.¹⁷⁸

Die Debatte um den Umfang der Patientenautonomie ist insbesondere durch die Fälle *einwilligungsunfähiger* Personen ausgelöst worden, welche zunächst durch die Rechtsprechung entschieden wurden.¹⁷⁹ Wesentlich war insbesondere die Klarstellung, dass ein Patient sein

¹⁷⁴ Aus der „*doctrine des informed consent*“ als privatrechtliches Pendant des verfassungsrechtlichen „*right of privacy*“ ist das sog. „*right to die*“ ebenfalls abzuleiten – s. Bernat E, Das Recht an der Grenze zwischen Leben und Tod. Zum Stand der Diskussion in den Vereinigten Staaten von Amerika, in Erwin Bernat (Hrsg.) *Ethik und Recht an der Grenze zwischen Leben und Tod*, S. 148

¹⁷⁵ In diesem Zusammenhang kam es zu Unsicherheiten, ob das, was ein sorgfältiger Arzt mitzuteilen pflegt, oder das, was ein vernünftiger Patient normalerweise wissen will oder hätte wissen wollen, den Maßstab für die Aufklärungspflicht des Patienten darstellt; zu Beginn der 70'er Jahre reagierte die Gesetzgebung einiger Staaten auf die Rechtsprechung in Prozessen über ärztliche Haftpflicht, im Rahmen derer das Prinzip des *informed consent* entwickelt wurde, und stellte in der Regel darauf ab, was ein vernünftiger Patient normalerweise wissen will, nicht jedoch, was der konkrete Patient hätte (im nachhinein) wissen wollen; vgl. *N.Y. Public Health Law §2805-d. Abs.1*)

¹⁷⁶ Voraussetzung ist, dass es sich um einen *volljährigen* Patienten handelt; die Volljährigkeit tritt fast überall in den Vereinigten Staaten mit dem 18. Lebensjahr ein (seit dem 26. Verfassungsgesetz von 1971, davor begann die Volljährigkeit mit dem 21. Lebensjahr); für *minderjährige* Patienten haben die gesetzlichen Vertreter, i.d.R. die Eltern zu entscheiden, es sei denn, der Minderjährige kann als „emanzipiert“ erachtet werden; eine Definition der „Emanzipierung“ seitens der Gesetzgebung fehlt meist (s. hierzu: Krause, *Family Law* 2nd ed. 1996, 184, 185); die Rechtsprechung hält allgemein eine minderjährige Person für emanzipiert, sofern sie von den Eltern getrennt lebt und von ihnen finanziell unabhängig lebt, ferner wenn sie verheiratet ist; gelegentlich wird auch als Kriterium für eine eigenständige Entscheidungsfähigkeit auf das Vorhandensein genügender *Reife* abgestellt, was i.d.R. bei Jugendlichen über 14 Jahre vermutet wird

¹⁷⁷ Herzog, S. 971 in Taupitz J (Hrsg.) *Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens – Eine internationale Dokumentation*, Berlin Heidelberg New York 2000

¹⁷⁸ s. *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*, 497 U.S. 261 (1990); *Superintendent of Belchertown State School v. Saikewicz*, 373 Mass. 728, 370 N.E. 2d 417 (1977); praktische Relevanz kommt im Falle des entscheidungsfähigen Erwachsenen lediglich der Schutz dritter Personen zu; so könnte beispielsweise zum Schutze der öffentlichen Gesundheit ein Impfzwang eingeführt werden, s. *Jacobson v. Massachusetts*, 197 U.S. 11 (1905); *Wright v. DeWitt School District 1*, 238 Ark. 906, 385 S. W. 2d 644 (1965)

¹⁷⁹ Die Diskussion ist insbesondere durch den Fall von Karen Ann Quinlan (*Matter of Quinlan*, 70. N.J. 10, 355 A.2D 647 (1976)) beeinflusst worden, welche am 15. April 1975 mit 21 Jahren aus bisher unerfindlichen Gründen während einer Feier in ein Koma fiel, nachdem ihre Atmung für zwei mal 15 Minuten ausgesetzt hatte. Beatmungsversuche durch anwesende Freunde blieben erfolglos. Im Krankenhaus wurde sie an einen Respirator angeschlossen. Eine Heilungschance, d.h. die Wiedererlangung des Bewusstseins, schien nicht in Sicht. Ferner gingen die behandelnden Ärzte davon aus, dass Karen ein Abstellen des Respirators nicht überleben würde. Ihr

Recht auf Autonomie nicht durch den Verlust seiner Entscheidungsfähigkeit verliert und dieses Recht Vorrang vor dem absoluten Lebensschutz hat.¹⁸⁰ Später setzte sodann eine umfangreiche Gesetzgebung ein, welche jedoch im wesentlichen eine Reaktion auf die Rechtsprechung darstellte.

Die *Gerichte* hatten sich insbesondere mit Fällen auseinander zu setzen, in denen eine Person nicht einwilligungsfähig war, weil sie wegen Krankheit oder Unfall in einen komatösen oder vegetativen Zustand fiel oder weil sie geistig schwer beeinträchtigt war und nahe Verwandte den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen verlangten.¹⁸¹ Zu entscheiden war primär die Frage, *wem* die Entscheidung anstelle des betroffenen, nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten zusteht.

In einigen Fällen taten sich die Gerichte schwer, die Entscheidungskompetenz auf eine andere Person zu übertragen, die nach eigenem besten Ermessen Anordnungen treffen soll, da das Autonomierecht ein höchst persönliches sei. Es wurde daher allein auf eventuelle frühere Willensäußerungen des Patienten selbst abgestellt, da der Wille eines Vertreters nicht die klaren Äußerungen des Betroffenen ersetzen könne.¹⁸² In den meisten –eindeutigen– Fällen, in denen sich die Familienmitglieder eines komatösen Patienten zudem einig waren und die behandelnden Ärzte weitere Maßnahmen nicht für sinnvoll hielten, wurde jedoch dem Wunsch der Familie, lebenserhaltende Maßnahmen abubrechen, ohne weitere gerichtliche Prozedur, entsprochen.¹⁸³ Teilweise wurde die vorherige Beurteilung und Beratung eines am jeweiligen Krankenhaus ansässigen Ethikkomitees verlangt.¹⁸⁴ Im Falle fehlender vorheriger Äußerungen eines Patienten über seine Wünsche stellte ein Gericht auf das ‚beste Interesse‘ (*best interest*) des Betroffenen ab; d.h. eine dritte Person könne eine Behandlungseinstellung verlangen, wenn zwar keine klaren Willensbekundungen vorliegen, diese jedoch im besten Interesse des Betroffenen liegt, weil die Fortführung einer Maßnahme mit solchen Schmerzen verbunden sein würde, so dass dies als unmenschlich zu betrachten wäre. Die Qualität des Lebens oder die Nützlichkeit für die Gemeinschaft dürfte bei der Entscheidung jedoch keine Rolle spielen.¹⁸⁵

Im Ergebnis kann nach der überwiegenden Meinung der Gerichte von einem Konsens dahingehend ausgegangen werden, dass im Falle eines permanent entscheidungsunfähigen Patienten, von welchem keine Informationen über seine Behandlungswünsche vorliegen, es für die-

zum Betreuer bestellter Vater, Joseph Quinlan beantragte eine gerichtliche Genehmigung zur Einstellung der künstlichen lebenserhaltenden Maßnahmen. Der Antrag wurde mit der Begründung abgelehnt, dass nicht das Gericht, sondern der jeweilige behandelnde Arzt entscheidungskompetent sei. In der nächsten Instanz stellte der New Jersey Supreme Court am 31.03.1976 in seiner Grundsatzentscheidung fest, dass das staatliche Interesse an der Garantie des Lebensschutzes hinter dem verfassungsrechtlich verbürgten *right of privacy* zurückstehen müsse. Ferner wurde festgestellt, dass zur Wahrung Karens *right of privacy*, dieses durch ihren Vater als Betreuer ausgeübt werden könne. Ohne zwingende gerichtliche Genehmigung könne der Betreuer, die Familie sowie der behandelnde Arzt unter Beistand des im Krankenhaus angesiedelten Ethikkomitees für den Betroffenen entscheiden, wenn sie von der Aussichtslosigkeit einer Genesung ausgehen. (Über die Notwendigkeit gerichtlicher Zustimmung gab es im Anschluß an die Entscheidung allerdings kontroverse Diskussionen.) Der Respirator wurde sodann im Mai 1976 abgeschaltet. Karen, die dies wider Erwarten überlebte, wurde in ein Pflegeheim verlegt, wo sie in einem vegetativen Zustand unter nasogastrischer Ernährung und Antibiotikagabe noch neun Jahre verbrachte. Sie starb im Juni 1985 mit einem Gewicht von ca. 30 Kilogramm. – hierzu s. David W. Meyers „Medico – Legal Implications of Death and Dying“ 1981, 324 – 341; Callahan/Strauss „Health Care Proxies, Powers of Attorney, and Living Wills“ 1991, 87, 88

¹⁸⁰ s. In Re Quinlan, 70 N.J. 10. 355 A 2 D 647 (1976)

¹⁸¹ vgl. Matter of Eichner, zugleich Matter of Storar, 52 N. Y. 2d 363, 420 N.E. 2d 64 (1981)

¹⁸² s. Matter of Westchester County Medical Center (O'Connor), 72 N.Y. 2d 517, 531 N.E. 2d 607 (1988)

¹⁸³ vgl. Re Matter of Eichner ebd..

¹⁸⁴ S. In re Quinlan, 70 N.J. 10. 355 A 2 D 647 (1976)

¹⁸⁵ Matter of Conroy, 98 N.J. 321, 486 A.2d 1209, 48 A.L.R. 4th 1 (1985)

sen am besten sei, wenn eine andere Person die Entscheidung im Sinne des Patienten, quasi als dessen Stellvertreter träge. Hinsichtlich des Prozedere bildeten sich jedoch zwei kontroverse Meinungen heraus. Das Oberste Gericht von New Jersey erachtete die Ehegatten und nächsten Verwandten des Patienten als die am besten geeigneten Entscheidungsträger. Gegebenenfalls müssten schriftliche Bestätigungen des behandelnden Arztes sowie zweier weiterer Ärzte über die tatsächliche Entscheidungsunfähigkeit des Patienten bzw. dessen permanenten vegetativen Zustand vorliegen, jedoch keine weitere gerichtliche Bestätigung, mit Ausnahme strittiger Fälle.¹⁸⁶ Dahingegen forderte das Oberste Gericht von Massachusetts im Falle einer substituierten Entscheidung durch eine andere Person stets eine gerichtliche Bestätigung.¹⁸⁷

Nachdem die uneinheitliche Rechtsprechung als nicht befriedigend erachtet und in vielen Entscheidungen selbst zum Ausdruck gebracht worden war, dass die Sicherung der Patientenautonomie eher Aufgabe des Gesetzgebers sei, entwickelte sich seit dem Ende der 70'er Jahre eine rege staatliche *Gesetzgebung* über die Möglichkeit, sog. Vorausverfügungen – „*advance directives*“ zu treffen. Anfangs erließen einige Staaten Vorschriften über ‚Patiententestamente‘, sog. *living will – statutes*. Anfang der 80'er Jahre folgten Vorschriften über die Möglichkeit von Bevollmächtigungen, sog. *durable power of attorney- und health care proxy – Gesetze*, sozusagen als zweite Gesetzesgeneration. Seit Beginn der 90'er Jahre wurde sodann die Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten (*appointment of a health care agent*) gesetzlich zugelassen.¹⁸⁸

„Living Wills“

Die Idee einer gesetzlichen Manifestierung von Patientenverfügungen bzw. *livings wills* stammte ursprünglich von Luis Kutner, welcher bereits Ende der 60er Jahre vorschlug, solchen „Patiententestamenten“ oder „Patientenverfügungen“ zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes bzw. der Autonomie des Patienten rechtsverbindliche Kraft zuzugestehen.¹⁸⁹ Nach diesem Grundanliegen des living will sollte der Patient, solange er noch die mentalen Fähigkeiten besitzt, zum Ausdruck bringen können, unter welchen Bedingungen er keine Behandlung mehr wünscht, sofern er einmal willensunfähig werden würde. Die *Wirksamkeit* antizipierter Behandlungsverfügungen wollte Kutner an gewisse Formerfordernisse knüpfen: Der Patient solle ein *schriftliches Dokument* aufsetzen, das Behandlungswünsche bzw. einen Behandlungsverzicht ausdrücklich beinhaltet. Dieses Dokument müsste sodann durch einen *Notar beglaubigt* werden. Ferner hätten zwei Zeugen zu bestätigen, dass der Verfasser der Urkunde in vollem Besitz seiner geistigen Kräfte war und aus freien Stücken, d.h. ohne Zwang handelte.¹⁹⁰ Dieser Vorschlag wurde von den großen Sterbehilfevereinigungen der Vereinigten Staaten („Society for the Right to Die“, „Concern for Dying“) aufgenommen sowie propagiert und führte, ebenso wie der Fall der Karen Quinlan, zur Schaffung des ersten, das „*right to die*“ anerkennenden Gesetzes in den USA, dem „*California Natural Death Act*“ von 1976.¹⁹¹ ¹⁹² Dieser wies jedoch Mängel auf und war daher in der Literatur erheblicher

¹⁸⁶ Matter of Jobs, 108 N.J. 394, 529 A.2d 434 (1987); ebenso In re Fiori, 543 Pa. 592, 673 A.2d 905 (1996)

¹⁸⁷ Superintendent of Belchertown State School v. Saikewicz ebd., Fn 9; ferner Guardianship of Doe, 411 Mass. 512, 583 N.E. 2d 1263 (1992)

¹⁸⁸ s. Callahan/ Strauss aaO., 29 ff.

¹⁸⁹ Bernat E, Das Recht an der Grenze zwischen Leben und Tod .Zum Stand der Diskussion in den Vereinigten Staaten von Amerika, in Erwin Bernat (Hrsg.) *Ethik und Recht an der Grenze zwischen Leben und Tod*, S. 169 f. m.w.V.

¹⁹⁰ L. Kutner „Due Process of Euthanasia: The Living Will, a Proposal“ 44 Indiana –L.J. 539 (1969); ohne eine gesetzliche Festlegung der Wirksamkeitsvoraussetzungen eines living will stellten sich die behandelnden Ärzte sowie die Krankenhäuser häufig die Frage nach der Strafbarkeit bei Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen entsprechend dem in einem living will dokumentierten Willen des Patienten und ferner nach der Pflicht, den Wünschen eines Patienten entsprechend dem living will nachzukommen; aufgrund dieser Unsicherheit für die Ärzteschaft sowie das Pflegepersonal wurden living wills daher häufig nicht berücksichtigt

¹⁹¹ s. Anhang I

Kritik ausgesetzt. Im Gegensatz zu späteren Normierungen legte der California Natural Death Act eine beschränkte Gültigkeitsdauer auf 5 Jahre fest.¹⁹³

In den folgenden Jahren wurden in verschiedenen Staaten der USA sog. „Natural Death Acts“¹⁹⁴ oder „Living Will Statutes“¹⁹⁵ erlassen, beruhend auf der Doctrine of Informed Consent.¹⁹⁶

Im Jahre 1985 wurde auf Vorschlag der Commissioners on Uniform State Law (s.o. I.) ein einheitliches Gesetz, der sog. „Uniform Rights of the Terminally Ill Act“¹⁹⁷, später geringfügig modifiziert und vereinfacht durch das Gesetz von 1989 sowie den „Uniform Health Care Decisions Act“¹⁹⁸ von 1993 verabschiedet. Dieses Gesetz sieht u.a. vor, dass eine über 18 Jahre alte, einwilligungsfähige Person eine schriftliche, von ihr selbst sowie zwei Zeugen unterschriebene und datierte Erklärung für den Fall abgeben kann, dass sie sich in einem Zustand befindet, in dem sie nicht mehr in der Lage wäre, Entscheidungen über ihre Behandlung zu treffen und an einer unheilbaren Krankheit leidet oder sich in einem irreversiblen Zustand befindet, bei dem der Tod in verhältnismäßig kurzer Zeit zu erwarten sei. In diesem Fall solle der behandelnde Arzt Maßnahmen abbrechen bzw. nicht ergreifen, die lediglich das Sterben verlängern, jedoch nicht aufhalten können. Allein solche Maßnahmen sind durchzuführen, die dem Wohlbefinden des Patienten, insbesondere der Linderung seiner Schmerzen dienen. Weitere Bedingungen oder Wünsche können beigefügt werden. Die Feststellung, ob und inwieweit die genannten Bedingungen erfüllt sind, obliegt dem behandelnden Arzt. Im positiven Falle ist der Arzt bzw. das Krankenhaus verpflichtet, den Wünschen des Patienten gemäß zu handeln. Falls dies aus ethischen Gründen nicht vertretbar ist, wäre der Patient in eine andere Institution zu überstellen. Allgemein ist allerdings vorgeschrieben, dass eine ausdrückliche Erklärung des Patienten in seinen Krankenunterlagen zu erwähnen ist. Nach dem *Uniform Health Care Decisions Act* von 1993 wäre sogar eine *mündliche* Erklärung einer nicht nur volljährigen Person, sondern auch einer „*emanzipierten*“ *minderjährigen Person* möglich.

Die genannten Regelungen sind allgemein auf sämtliche medizinische Prozeduren anwendbar. Speziell auf Fälle, in denen es um Wiederbelebungsversuche nach Aussetzen des Herzschlages oder der Atmung geht, bezieht sich beispielsweise das ‚New York Public Health Law‘ von 1987. Danach ist es Patienten möglich, in Form von Vorausverfügungen (*advance directives*) sog. „*D.N.R. (Do not resuscitate) – orders*“ zu erteilen, welche in bestimmten Krankheitssituationen Wiederbelebungsversuche untersagen.¹⁹⁹

Am 01.12.1991 trat der Patient Self-Determination Act (PSDA)²⁰⁰ als bundesweites Gesetz in den USA in Kraft. Das Gesetz gilt für alle Krankenhäuser, Hospize und Pflegeeinrichtungen, die vom staatlichen Medicare- oder Medicaid-Programm Gelder erhalten, und ordnet an, dass Informationen über die Errichtung von Patientenverfügungen (*advance directive*) und über

¹⁹² s. The New York State Task Force on Life and the Law, „Life – Sustaining Treatment: Making Decisions and Appointing a Health Care Agent“, Albany, State New York, 1987, 76

¹⁹³ § 7189.5

¹⁹⁴ nach „Shepard’s Acts and Cases by Popular Names – Federal and State“ 5th Ed. 1999/ Cumulative Supplement April 2001 Part 2, 572 in: Alabama, Arkansas, California, District of Columbia, Idaho, Kansas, North Carolina, Nevada, New Mexico, Oklahoma, Oregon, Texas, Virginia, Washington, West Virginia

¹⁹⁵ nach Shepard’s Acts and Cases aaO., Part 2, 345 in: Colorado, Florida, Georgia, Illinois, Kansas, Kentucky, Louisiana, Massachusetts, Minnesota, New Mexico, Pennsylvania, South Carolina, Texas

¹⁹⁶ Übersicht bei G. Gelfand, Living Will Statutes: The First Decade, *Wisconsin L. Rev.* 737 (1987); Ch. J. Condie Comparison of the Living Will Statutes of the Fifty States, 14 *J. Contemporary L.* 105 (1988)

¹⁹⁷ s. Anhang I

¹⁹⁸ s. Anhang I

¹⁹⁹ N.Y. Public Health Law 1987, §§ 2960 – 2979; ähnliche Gesetze wurden u.a. erlassen in: Florida, Oklahoma; s. hierzu ferner Rozovsky ebd., 7:76 ff.

²⁰⁰ s. Anhang I

einen Stellvertreter in Gesundheitsangelegenheiten (durable power of attorney) bereitgestellt werden müssen. Somit soll für Patienten eine Aufklärung über gesetzlich garantierte Rechte sichergestellt werden, damit diese auch ausgeübt werden können. Meisel weist auf die geringe Akzeptanz von Patientenverfügungen in den USA hin²⁰¹.

„Health Care Proxies“, „Health Care Agents“

Ein entsprechend den geltenden Gesetzen verfasster *living will* garantierte jedoch nicht immer einen umfassenden Schutz der Patientenautonomie, da sich im Vorfeld oft schwer prognostizieren lässt, welche medizinische Maßnahme zu einem gegebenen Zeitpunkt wünschenswert oder abzulehnen wäre. Aus diesem Grunde haben viele Staaten Gesetze erlassen, die einer volljährigen, einwilligungsfähigen Person – meist *in Zusammenhang* mit einem *living will* – ermöglichen, einer anderen Person, einem sog. „*health care agent*“ für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit *Vollmacht* zu erteilen, in ihrem Namen Entscheidungen über medizinische Behandlungen zu treffen.²⁰² Eine solche Vollmacht wird meist als „*Durable Power of Attorney*“ bezeichnet, der Stellvertreter als „*Health Care Proxy*“.^{203 204}

Nach den Gesetzen ist *Schriftform* vorgeschrieben und i.d.R. die *Unterschrift zweier Zeugen*. Die Vollmacht wird aktiviert, wenn der behandelnde Arzt, teilweise nach Beratung mit einem weiteren Arzt, die Einwilligungsfähigkeit des Patienten feststellt. Ferner wird überwiegend bestimmt, dass der Bevollmächtigte den Wünschen des Patienten gemäß handeln muß, soweit solche Wünsche bekannt sind. Anderenfalls hat der Bevollmächtigte nach dem ‚mutmaßlichen Willen‘, im Sinne des ‚besten Interesses‘ (*best interest*)²⁰⁵ des Patienten zu handeln. Sollte ebenfalls ein *living will* vorliegen, so hätte dieser Vorrang.²⁰⁶

Wenngleich in den meisten Staaten die Möglichkeit des Verfassens von Health Care Proxies gesetzlich eingeräumt wurde, so kann die Ausgestaltung in den Einzelstaaten sehr verschieden sein: In einigen Staaten wurde bestimmt, dass ein Angestellter einer Klinik oder eines Pflegeheimes nicht als Bevollmächtigter benannt werden darf. Wollte ein Insasse einer Heilanstalt für psychisch Kranke ein Dokument ausstellen, so wird teilweise gefordert, dass einer der zwei Zeugen ein Psychiater sein muss; der andere Zeuge darf nicht mit der Anstalt in Verbin-

²⁰¹ Meisel A: Legal Issues for Incompetent Patients, in: Sass HM, Veatch R, Kimura R (Hg.) *Advance Directives and Surrogate Decision Making in Health Care* 1998, 52, 59

²⁰² s. Shepard's Acts and Cases aaO. : Part 2, 345 - Living Will Acts (Health Care Proxies)/ Health Care Proxies Act; Part 2 , 756 – Power of Attorney for Health Care Act (Durable); Part 3, 390 – Uniform Durable Power of Attorney Act

²⁰³ Der Begriff „Durable Power of Attorney“ wurde von der Möglichkeit der Vertreterbestellung in wirtschaftsrechtlichen Angelegenheiten abgeleitet, bei welcher der Geschäftsherr einem Vertreter Handlungsvollmacht per Dokument, der sog. „Power of Attorney“ erteilen kann; entsprechende Gesetze existieren in allen 50 Staaten der USA; da die Vertretungsmacht im Falle der Geschäftsunfähigkeit des Geschäftsherrn, dem „principal“ gewöhnlich endete, wurden in vielen Staaten sog. „Durable Power of Attorney – Gesetze erlassen, wonach eine Bevollmächtigung auch über die Entscheidungsfähigkeit einer Person hinaus wirksam sein konnte; diese Gesetze beziehen sich jedoch nicht ausdrücklich auf Entscheidungen in Gesundheitsfragen, sondern lediglich auf finanzielle Angelegenheiten; demgemäß erließen einige Staaten Gesetze, die ausdrücklich die Bestellung eines Vertreters in Gesundheitsangelegenheiten zuließen

²⁰⁴ da die Bezeichnung (Durable) Power of Attorney allzu sehr mit wirtschaftlichen Angelegenheiten in Verbindung gebracht wird, wurde vorgeschlagen, den Begriff „Health Care Proxy“ zur Vermeidung von Verwechslungen vorzuziehen: s. New York State Task Force ebd., 81 ff.

²⁰⁵ zu den verschiedenen amerikanischen Modellen, den mutmaßlichen Willen zu erforschen s. Bernat E, Das Recht an der Grenze zwischen Leben und Tod .Zum Stand der Diskussion in den Vereinigten Staaten von Amerika, in Erwin Bernat (Hrsg.) *Ethik und Recht an der Grenze zwischen Leben und Tod*, S. 159 ff. („subjective test“, „limited objective test“, „best interest test“/ „pure objective test“)

²⁰⁶ Herzog S. 979 in Taupitz J (Hrsg.) *Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens – Eine internationale Dokumentation*, Berlin Heidelberg New York 2000

dung stehen.²⁰⁷ Teilweise wird jedoch auch auf das Erfordernis zweier Zeugen verzichtet.²⁰⁸ Des Weiteren wird Kliniken und Pflegeheimen häufig die Pflicht auferlegt, ihre Patienten über die Möglichkeit zu informieren, eine health care proxy oder einen living will abzufassen. Ferner ist häufig vorgesehen, dass der Bevollmächtigte die Beendigung einer künstlichen Ernährung nur anordnen kann, wenn dies in der Vollmacht ausdrücklich vorgesehen ist. Aufgrund der Verschiedenheit der Einzelstaatengesetze mit ihren unterschiedlichen Wirksamkeitsvoraussetzungen kann sich das Problem ergeben, dass eine in einem Staat der USA verfasste Verfügung in einem anderen keine Rechtswirksamkeit entfaltet. Aus diesem Grunde regeln einige Gesetze die Voraussetzungen der Gültigkeit der in einem fremden Staat unterschriebenen Verfügungen.

Fehlende Wunschsäuerungen

Nachdem fast alle Einzelstaaten der USA Vorschriften über living wills und health care proxies erlassen haben, welche meist in Kombination empfohlen werden, stellt sich dennoch die Frage, *wer entscheidungsbefugt ist*, wenn der betroffene, nunmehr entscheidungsunfähige Patient keinerlei Verfügung erlassen und auch sonst keine Behandlungswünsche ausgesprochen hat.

Wurde in solchen Fällen bislang i.d.R. eine gerichtliche Entscheidung eingeholt, so sind seit den 90'er Jahren in einigen Staaten Vorschriften zu finden, die verschiedene Personen in einer bestimmten Rangordnung ermächtigen, für einen einwilligungsunfähigen, in terminalem Zustand befindlichen Patienten entsprechend seinem mutmaßlichen Willen zu entscheiden. Entscheidungsbefugt wären in folgender Reihenfolge: zunächst der Ehegatte, die Mehrheit der Kinder, die Eltern, die Mehrheit der erwachsenen Geschwister, sonstige nächste Verwandte oder dem Patienten nahestehende Personen.²⁰⁹ Lediglich in strittigen Fällen, insbesondere wenn sich die genannten Personen nicht einigen können, die Meinung des behandelnden Arztes abweicht oder die Gefahr des Missbrauches besteht, wäre eine Gerichtsentscheidung bzw. eine gerichtliche Betreuerbestellung erforderlich.

5.2 Schweiz

Gem. Art. 6 des Schweizerischen Gesetzbuches (ZGB) lassen die zivilrechtlichen Bestimmungen Raum für kantonale öffentlichrechtliche Gesetzgebungen, unter den Bedingungen, dass das Problem auf Bundesebene nicht abschließend geregelt wurde und dass die kantonalen Bestimmungen der Gesetzgebung auf Bundesebene nicht widersprechen.

Eine bundeseinheitliche Gesetzgebung im Bereich der Patientenrechte und insbesondere in Bezug auf Patientenverfügungen existiert nicht. So haben die Kantone ihre Kompetenz auf diesem Gebiet wahrgenommen. Viele Begriffe, wie das *Selbstbestimmungsrecht* der Patienten, die *Aufklärungspflicht* des Arztes, die *Patientenverfügung* u.s.w. sind daher in den *Kantonalen Gesundheitsgesetzen* geregelt.²¹⁰

Diese Gesetze haben den Begriff der Patientenverfügung jedoch lediglich in Form eines *Weisungsrechtes* aufgenommen, da Verfügungen über Persönlichkeitsgüter nach dem Recht der

²⁰⁷ so in New York State: N.Y. Publ. Health Law § 2981

²⁰⁸ s. Uniform Health Care Decisions Act 1993, § 2 (b)

²⁰⁹ s. § 7 des Uniform Rights of the Terminally Ill Act 1989; so mit Abwandlungen der Uniform Health Care Decisions Act 1993; ferner der Consent to Medical Treatment Act des Staates Texas von 1993 – hierzu näher Sold, Hessisches Ärzteblatt 9/ 2000, 365 ff., 366

²¹⁰ Steffen/ Guillod, Dokumentation Schweiz, S. 229 ff. in Taupitz J (Hrsg.) Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens – Eine internationale Dokumentation 2000

Schweiz nur im Sinne eines Realaktes, nicht hingegen in Form einer zivilrechtlichen Verfügung denkbar sind.²¹¹ Man spricht daher eher von „Bestimmungen“ als von Verfügungen.

Die Grundprinzipien der Patientenrechte und das Recht auf Erstellung „vorausformulierter Bestimmungen“, deren Verbindlichkeit sowie die Möglichkeit der Bestellung eines Vertreters finden sich beispielsweise im *Gesundheitsgesetz des Kanton Wallis* vom 09.02. 1996.²¹²

Die Schriftform ist nicht einheitlich als zwingend geregelt, sollte jedoch aus Beweisgründen eingehalten werden. Nicht zwingend erforderlich für die wirksame Erstellung einer ‚Vorausbestimmung‘ ist ferner die Handlungsfähigkeit des Patienten, d.h. die Fähigkeit, rechtswirksame Handlungen vorzunehmen.²¹³ Für die Ausübung von Persönlichkeitsrechten wie dem Selbstbestimmungsrecht reicht vielmehr die Urteilsfähigkeit aus.

Inhaltlich darf die Bestimmung eines Patienten nicht dem geltenden Recht widersprechen. Da die aktive Sterbehilfe gem. Artikel 111 StGB den Tatbestand der Tötung erfüllt und auch die Tötung auf Verlangen gem. Artikel 114 StGB mit Strafe bewährt ist, kann ein Patient (ungeachtet der Möglichkeit gegenüber einem entscheidungsfähigen Patienten Beihilfe zum Suizid zu leisten²¹⁴) entsprechende Anordnungen nicht wirksam treffen.

Weit vor einer gesetzlichen Normierung von Patientenrechten sowie Patientenverfügungen hat die Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) im Jahre 1976 ‚Richtlinien zur Sterbehilfe‘²¹⁵ erlassen, welche in den Jahren 1981, 1993 und 1995 jeweils aktualisiert wurden. Diese Richtlinien dienten später der Bundesärztekammer als Vorbild für ihre ‚Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung‘ von 1993, aktualisiert 1998²¹⁶. Insbesondere die schweizer Richtlinien von 1993, in welchen Patientenverfügungen eine deutliche Stärkung erfahren haben, dienten der Bundesärztekammer später als Vorbild für ihre ‚Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen‘ aus dem Jahre 1999²¹⁷.

5.3 Niederlande

In den Niederlanden ist das Selbstbestimmungsrecht von Patienten bezüglich Entscheidungen in Gesundheitsangelegenheiten in verschiedenen Sondergesetzen vertreten:

- Gesetz über den medizinischen Behandlungsvertrag (1995)
- Betreuungsgesetz (1994)
- Organspendegesetz (1996)
- Gesetz über die Forschung am Menschen (1998)

²¹¹ s. Kathrin Reusser *Patientenwille und Sterbebeistand*, Schulthess 1994, S. 101

²¹² s. Anhang I

²¹³ Steffen/ Guillod, in Taupitz J (Hrsg.) *Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens – Eine internationale Dokumentation 2000*, S. 234

²¹⁴ s. umstrittener Stadtratsbeschluss der Stadt Zürich, wonach Bewohner und Patienten städtischer Alters- und Krankenhäuser Suizid mit Beihilfe einer Sterbehilfeorganisation begehen können - *NZZ* v. 19.01. 2001; durch großzügige Auslegung des Art. 115 StGB, wonach die Teilnahme am Suizid strafbar ist, sofern ein „Eigensüchtiger Beweggrund“ erkennbar ist; dies sei gerade bei der Leistung von Sterbehilfe nicht der Fall

²¹⁵ s. In: Holderegger A (Hg.) *Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht* 2000, 376-379; siehe Anhang I

²¹⁶ vgl. Koch HG: *Der medizinisch assistierte Tod. Aktuelle Rechtsfragen der Sterbehilfe im deutschen Recht*, In: Holderegger A (Hg.) *Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht* 2000, 325

²¹⁷ s. Anhang II

- Gesetz über unfreiwillige Einweisung in eine Psychiatrische Anstalt (1994)

Das *Gesetz über den medizinischen Behandlungsvertrag*²¹⁸ enthält Bestimmungen hinsichtlich der rechtlichen Verbindlichkeit schriftlicher *Vorausverfügungen/Patientenverfügungen* über den Willen von Entscheidungsunfähigen. Nach Art. 450 Abs. 3 sollen Vorausverfügungen, die eine Zurückweisung bestimmter Behandlungen für den Fall der Entscheidungsunfähigkeit bestimmen befolgt werden. Die Einhaltung formeller oder verfahrensrechtlicher Vorschriften ist für eine Vorausverfügung nicht zwingend notwendig. Lediglich Name, Datum und Unterschrift sind erforderlich. Der behandelnde Arzt bzw. der Entscheidungsbevollmächtigte hat die Verfügung nicht zu beachten, wenn Anhaltspunkte für deren Unwirksamkeit vorliegen. Allerdings obliegt ihm die Beweislast, wenn er eine behandlungsablehnende Verfügung missachtet. Er riskiert eine strafrechtliche Verfolgung wegen einer Behandlung ohne die erforderliche Einwilligung.

Hinsichtlich der Verbindlichkeit einer Verfügung herrscht bislang kein Konsens über die Dauer. Angesichts der Gefahr, dass der Verfügungsinhalt im Zeitpunkt der Entscheidung über die Behandlung eines Patienten durch eine Änderung der Lebensumstände nicht mehr dessen Willen entspricht, wurde eine zeitliche Begrenzung vorgeschlagen.

Besondere Bedeutung wird den Patientenverfügungen in den Niederlanden auch im Zusammenhang mit der *Euthanasiegesetzgebung Anfang 2001* beigemessen, da solche bei nichteinwilligungsfähigen Patienten zur *Grundlage der aktiven Sterbehilfe* gemacht werden kann. Unter den „Sorgfaltskriterien“ im Sinne des Gesetzes sind keine weitergehenden Kriterien und Anforderungen an eine Patientenverfügung aufgrund derer eine aktive Sterbehilfe stattfinden darf oder ihre Interpretation zu finden.

5.4 Dänemark

Am ersten Oktober 1998 trat in Dänemark das ‚Gesetz über Patientenrechte‘/ ‚Act on Patients’ Rights‘ (APR)²¹⁹ in Kraft. Ziel der Gesetzgebung war die Sicherung der Würde, Integrität und Autonomie des Patienten.²²⁰ Ferner sollte ein umfassendes Gesetz geschaffen werden, das die Grundprinzipien der Selbstbestimmung und die rechtliche Position des Patienten in einer Behandlungssituation regelt.²²¹

Nach Sektion 17 des APR kann eine volljährige Person für den Fall, dass sie ihre Entscheidungsfähigkeit verliert und somit ihr Selbstbestimmungsrecht gegenwärtig nicht mehr ausüben kann, eine rechtsverbindliche Verfügung über ihre Behandlungswünsche erlassen. Damit die Verfügung auch Berücksichtigung findet und nicht aus Unkenntnis übergangen zu werden droht, wird nach Sektion 18 des APR durch das Gesundheitsministerium ein zentrales „*living will register*“ eingerichtet. Die entsprechenden Regelungen über die Errichtung, inhaltliche Bestimmtheit, Registrierung und des Widerrufs einer Patientenverfügung sind durch den Gesundheitsminister zu treffen. Nach diesen Regelungen bedarf eine Verfügung der Schriftform, ist zu datieren und durch den Verfügenden zu unterzeichnen. Die zentrale Gesundheitsbehörde stellt entsprechende Formulare zur Verfügung, welche jedoch lediglich

²¹⁸ s. Anhang I

²¹⁹ s. Anhang I

²²⁰ Ulla Hybel, Dokumentation Dänemark, S. 491 ff. in Taupitz J (Hrsg.) Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens – Eine internationale Dokumentation 2000.: Act no. 482 of July 1995 on practising medicine

²²¹ insoweit wurde der seit 1992 bestehende „Medical Practises Act“ modifiziert bzw. ergänzt und durch den Act on Patients’ Rights ersetzt

ein Ankreuzverfahren vorsehen ohne Raum für individuelle Bemerkungen zu geben. Der behandelnde Arzt ist zu einer Anfrage bei dem zentralen Register, ob eine Patientenverfügung vorliegt, verpflichtet. Die Verfügung wird mit ihrer Registrierung gültig. Hierfür wird eine Gebühr von 50 Kronen (ca. €6,65) erhoben. Der Verfügende kann seine Verfügung jederzeit durch (gebührenfreie) Erklärung gegenüber der Registerbehörde oder durch formlose Erklärung gegenüber dem behandelnden Arzt widerrufen.²²²

Hinsichtlich der *Verbindlichkeit* einer Patientenverfügung legt Sektion 17 Absatz (5) unter Verweis auf Absatz (2) des APR genau fest, welcher Verfügungsinhalt für den behandelnden Arzt rechtsverbindlich ist und welcher lediglich als Entscheidungshilfe dient. Danach ist eine Verfügung nur dann bindend, wenn die Ablehnung lebenserhaltender Maßnahmen bei infaufter Prognose verfügt wird. Besondere Sanktionen im Falle der Missachtung sind allerdings nicht vorgesehen.

5.5 Kanada

Ebenso wie in den USA sind auch in Kanada die zivilrechtlichen Vorschriften zur Sicherung der Patientenautonomie Recht der Einzelstaaten. Entsprechend ist auch hier die rechtliche Situation nicht einheitlich, wobei entsprechende Legislatur nicht in allen 11 Einzelstaaten existiert.

I.

Allgemein anerkannt sind zwei Arten von Vorausverfügungen in Gesundheitsangelegenheiten: die Patientenverfügung („*instructional directive*“ bzw. „*living will*“), in welcher der Betroffene spezifische Anweisungen hinsichtlich seiner Behandlungswünsche geben kann sowie die Vorsorgevollmacht („*proxy directive*“), in der ein Vertreter bestimmt werden kann, welcher an Stelle des Betroffenen im Falle seiner Entscheidungsfähigkeit entscheidet.²²³

Die Bindungswirkung eines *living will* richtet sich danach, wie präzise der Verfügende eine künftige Behandlungssituation antizipiert hat. Dies führte in der Praxis häufig zu Schwierigkeiten, da i.d.R. eine genaue Vorhersehbarkeit nicht gegeben ist. Aus diesem Grunde wurden detaillierte Verfügungsformulare entwickelt, die verschiedenste Krankheitsbilder aufzählen. Da jedoch auch bei Erstellen einer vorformulierten Verfügung gewisse Unsicherheiten verbleiben, wird in Kanada die *Kombination beider Vorausverfügungen* als der effektivste Weg der Autonomiesicherung erachtet.²²⁴

II.

Rechtliche Beachtung in Gesetzgebung und Rechtsprechung fanden antizipierte Verfügungen erst sehr spät – Ende der 80'er Jahre²²⁵, obwohl die Möglichkeit der Abfassung von *living wills* in Kanada bereits seit den 60'er Jahren bekannt war.²²⁶

²²² Koch H-G, Das Patiententestament in M. Oehmichen (Hrsg.) *Lebensverkürzung, Tötung und Serientötung – einer interdisziplinäre Analyse der ‚Euthanasie‘* 1996, S. 131 ff., 135

²²³ Sneiderman B, Decision – Making at the End of Life, 402 f., in Downie J/ Caulfield T(Eds.), *Canadian Health Law and Policy*

²²⁴ s. Sneiderman B. ebd., p.404

²²⁵ s. „Medical Consent Act“ von Nova Scotia“ 1988; „Health Act“ des Yukon Territory von 1989 – 1990

²²⁶ die ersten Exemplare eines *living will*, welche aus den Vereinigten Staaten übernommen wurden, waren sehr einfach abgefasst, wie beispielsweise der durch den N.Y. Euthanasia Educational Council von 1968 vorgeschlagene: „If there is no reasonable expectation of my recovery from physical or mental disability, I, _____, request that I be allowed to die and not be kept alive by artificial means or heroic measures.“

In dem Fall *Malette v. Shulman* von 1990²²⁷ berücksichtigte der Ontario Court of Appeal als erstes *Gericht* auf der Basis des *Common Law*²²⁸ die Autonomie eines entscheidungsfähigen Individuums. Ihm steht ein Recht auf Behandlungsverweigerung zu, selbst wenn sich dadurch die Gefahr des Todes verwirklichen könnte.²²⁹ Des weiteren sprach das Gericht den Voraussetzungen/ advance directives rechtliche Verbindlichkeit zu. Voraussetzung dafür war die schriftliche Niederlegung sowie die Signatur. Eine Bestätigung durch Zeugen war nicht erforderlich.²³⁰

Die erste *gesetzliche Regelung*, welche sowohl living wills, als auch health care proxies rechtliche Bindungswirkung zusprach, wurde erst im Jahre 1992 durch die Provinz Manitoba mit dem „*Health Care Directives Act*“ geschaffen. Dort heißt es:

„A directive may express the maker’s health care decisions, or may appoint a proxy to make health care decisions on the maker’s behalf, or both.“²³¹

Ferner wird festgelegt, dass eine ärztliche Behandlung unter Missachtung einer Patientenverfügung eine „tort of battery“, also eine zivil- bzw. deliktsrechtliche Körperverletzung darstellt. Dies wird allerdings relativiert durch sec. 215 des Criminal Code, aus welchem folgt, dass der behandelnde Arzt entgegen den Anweisungen eines Bevollmächtigten handeln darf und auch muss, wenn diese den Wünschen oder dem „best interest“ des Patienten widersprechen würden.²³² So legt der Manitoba Health Care Directives Act in sec. 17 ebenfalls fest, dass die Pflicht eines Arztes, den Anweisungen eines Bevollmächtigten Folge zu leisten aufgehoben ist, wenn der Bevollmächtigte missbräuchlich handelt. Im Ergebnis verbleibt dem Arzt eine unabhängige Entscheidungsbefugnis im Rahmen seiner Fürsorgepflicht gegenüber dem Patienten.

Ähnliche Gesetze wurden auch in anderen Provinzen und Territorien, mit einigen Abweichungen, erlassen. So in Alberta, Newfoundland, Ontario, Quebec und dem Yukon Territory;²³³ später gefolgt von British Columbia und den Prince Edward Islands.²³⁴

In British Columbia ist derzeit eine rege Gesetzgebungsinitiative im Gange, im Rahmen derer bereits bestehende Gesetze ergänzt und optimiert werden. So beispielsweise der „Representation Agreements and Powers of Attorney Act“ (1996) in der Fassung vom 28. Februar 2000, von welchem einzelne Sektionen noch bearbeitet werden und erst im September 2001 erscheinen. Danach kann eine erwachsene Person einen Vertreter u.a. für Entscheidungen in Gesundheitsabgelegenheiten auch für sog. „end – of – life decisions“ bestimmen.²³⁵

²²⁷ näher hierzu: siehe oben Kapitel 3.2.1

²²⁸ s. doctrine of informed consent

²²⁹ s. Downie J, Dokumentation Kanada, S. 192 ff. in Taupitz J (Hrsg.) Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens – Eine internationale Dokumentation 2000

²³⁰ *Malette v. Shulman* (1990), 72 O.R. (2d) 417, 419

²³¹ Minderjährige sind ab dem 16. Lebensjahr befugt, Verfügungen selbst zu unterzeichnen, sofern sie die geistige Reife hierzu besitzen; wird diese auch in früherem Alter nachgewiesen, so besteht auch früher die Befugnis

²³² Sneiderman B, Decision – Making at the End of Life, 402 f., in Downie J/ Caulfield T(Eds.), *Canadian Health Law and Policy*, p.405

²³³ Alberta - Personal Directive Act 1996, c. P – 4.03; Newfoundland - Advance Health Care Directive Act 1995,c. A – 4.1; Ontario -Substitute Decision Act 1992, c. 30, s. 46 und Health Care Consent Act 1996, c. 2., s. 20; Yukon Territory – Health Act 1989-90, c. 36, s. 45, geändert und ergänzt 1995, c. 8, ss. 19, 20

²³⁴ British Columbia - Representation Agreement Act 1996, c. 405 und P.E. Islands – Consent to Treatment and Health Care Directives Act, c. 10

²³⁵ Robert M. Gordon „The 2000 Annotated British Columbia Representation Agreement Act, Adult Guardianship Act and Related Statutes“ New Westminster, B.C. 2000, 9 ff.

„7. Standard Provisions – (1) In a representation agreement an adult may authorize his or her representative to help the adult make decisions, or to make decisions on behalf of the adult, about any or all of the following: (...)
(c) major health care and minor health care, as defined in the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*, but.....“

5.6 Australien

Ebenso wie in den USA und in Kanada besteht das Rechtssystem auch in dem föderalen Staat Australien aus Bundesrecht und Einzelstaatenrecht. Dieses wiederum besteht aus *Common Law* (Richterrecht) und *Statute Law* (kodifiziertem Recht). Die Prinzipien der Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten sind fest im australischen Medizinrecht verankert, wobei die meisten Gesetze in den einzelnen Staaten und Territorien erlassen worden und damit wiederum nicht einheitlich sind.²³⁶

Neben einer umfangreichen Einzelstaatengesetzgebung auf verschiedenen Gebieten des Medizinrechts haben nur wenige Staaten und Territories advanced directives bzw. living wills gesetzlich geregelt.²³⁷ Eine ausführliche Regelung erfolgte beispielsweise in Sektion 7 Absatz (1) des *South Australian Consent to Medical Treatment and Palliative Care Act 1995*.²³⁸ Danach kann eine über 18jährige Person nach bestimmten Formvorschriften und unter Hinzuziehung eines Zeugen Vorausverfügungen hinsichtlich ihrer Wünsche über künftige medizinische Behandlungen, für den Fall treffen, dass sie nicht mehr selbst entscheidungsfähig ist.

Bezüglich der *Verbindlichkeit* einer Verfügung regelt Absatz (3), dass die dort geäußerten Wünsche als verbindliche Zustimmung oder Ablehnung einer medizinischen Maßnahme zu betrachten sind, sofern keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass der Betreffende seine Verfügung widerrufen hätte.

In vielen Staaten wurden ferner Regelungen über eine Bevollmächtigung in Gesundheitsangelegenheiten, also die Bestellung eines sog. „*Medical Agents*“, erlassen.²³⁹

5.7 Neuseeland

Eine recht kurze gesetzliche Regelung der Patientenverfügung erfolgte im „*Code of Health and Disability Services Consumers' Rights*“²⁴⁰ von 1996. Unter Ziffer 2. (Rights of Consumers and Duties of Providers), Right 7 (Right to Make an Informed Choice and Give an Informed Consent), Absatz (5) kann jeder, der medizinische Behandlungen in Anspruch nimmt, eine Vorausverfügung (advance directive) entsprechend den Grundsätzen des Common Law erlassen.²⁴¹ Unter Ziffer 4. wird der Begriff ‘Advance Directive’ als schriftliche oder mündliche Direktive definiert, in welcher der Verfügende eine „Wahl über mögliche zukünftige medizinische Behandlungen“ treffen kann. Diese soll lediglich dann wirksam werden, wenn der Betroffene entscheidungsunfähig geworden ist.

²³⁶ Ngairé Naffine, Dokumentation Australien, 65 ff., 72 in Taupitz J (Hrsg.) *Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens – Eine internationale Dokumentation 2000*

²³⁷ South Australia – Consent to Medical Treatment and Palliative Care Act, s.7 (1); Victoria – Medical Treatment Act 1988, ss. 5A – 5F; Capital Territory – Medical Treatment Act 1994, s. 6

²³⁸ s. Anhang I

²³⁹ s. N. Naffine, S. 72, m.w.V. in Taupitz J (Hrsg.) *Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens – Eine internationale Dokumentation 2000*

²⁴⁰ s. Anhang I

²⁴¹ P.D.G. Skegg, Dokumentation Neuseeland, S. 773 ff., 796, in Taupitz ebd..

5.8 Österreich

Im Österreichischen Recht gibt es nur eine spezifische Bestimmung zu Patientenverfügungen, nämlich in der KAG-Novelle (Krankenanstaltengesetz), BGBl 1993/801. In diesem Krankenanstaltengesetz wird festgelegt, dass nach §10, Abs. 1, Ziff. 7 KAG²⁴², die Krankenanstalten durch die Landesgesetzgebung zu verpflichten sind „bei der Führung der Krankengeschichte Verfügungen des Pflégelings, durch die dieser erst für den Fall des Verlustes seiner Handlungsfähigkeit das Unterbleiben bestimmter Behandlungsmethoden wünscht, zu dokumentieren, um darauf bei allfälligen künftigen medizinischen Entscheidungen Bedacht nehmen zu können“. Abgesehen von dieser Dokumentationsvorschrift gibt es keine speziellen Rechtsvorschriften. Umgesetzt wurde dieses Recht zumeist wortgleich in den jeweiligen Krankenanstaltengesetzen bisher in Salzburg (§14, Abs. 2, Ziff. 8, Salzburg KAO), in Wien (§17, Abs. 1, lit. E, Wiener KAG), in Kärnten (§29, Abs. 9, Ktn. KAO), in Tirol (§15, Abs. 1, lit. G, Tir. KAG) und in Niederösterreich (§21, Abs. 1, lit. D, Nö. KAG).²⁴³

Auch im Österreichischen Recht gilt, dass der vorausverfügte Patientenwille nur innerhalb des rechtlich Erlaubten erheblich ist. Wünsche oder Forderungen nach aktiver, direkter Sterbehilfe sind rechtlich ohne Bedeutung. Die Abwehr von Maßnahmen im Sinne einer Behandlungsverweigerung sind grundsätzlich im Rahmen einer Patientenverfügung möglich. Das Selbstbestimmungsrecht ist wie in anderen Ländern strafrechtlich geschützt, in Österreich durch §110 StGB (Eigenmächtige Heilbehandlung). Es bestehen (laut KAG) keine Formvorschriften, jedoch muss der behandelnde Arzt, sofern ihm eine Verfügung mündlich zur Kenntnis kommt, diese schriftlich in der Krankengeschichte festhalten bzw. eine schriftliche Verfügung zu den Akten nehmen. Zur Gültigkeitsdauer gilt laut Memmer: „Der im Patiententestament unmissverständlich und unter Abwägung aller Argumente schriftlich niedergelegte Wille wirkt fort“.²⁴⁴

Andererseits kann die Verfügung jederzeit formlos abgeändert oder gänzlich widergerufen werden. In Österreich hat der Gesetzgeber möglicherweise bewusst offen gelassen ob und in welchem Umfang die Patientenverfügung verbindlich ist. Die Erwähnung im Krankenanstaltengesetz regelt ausschließlich die Dokumentationspflicht und nicht die Rechtsfolgen. Somit bleibt die Frage offen, ob das Patiententestament als ein Indiz für den realen aktuellen Willen des Patienten gewertet werden soll oder darüber hinausgehende Verbindlichkeit besitzt. Dies muss in jedem Einzelfall entschieden werden, wobei die Beachtlichkeit mit der Genauigkeit mit der die Situation antizipiert wurde, wächst.

5.9 England

Im Gegensatz zu den USA, die durch den Patient Self Determination Act von 1991, sowie diverse Regelungen einzelner Bundestaaten ein schriftliches Regelwerk haben, gibt es in England keine diesbezügliche Gesetzgebung, jedoch bedeutsame Schlüsselfälle, die für weitergehende Entscheidungen richtungsweisend sind. In dem wichtigsten Fall *Re T*²⁴⁵ wurde die Ablehnung einer Bluttransfusion durch eine schwangere Frau als ungültig abgelehnt, jedoch setzte das Gericht die Bedingungen für eine rechtlich bindende Patientenverfügung fest: 1. der Patient muss entscheidungsfähig zum Zeitpunkt der Erstellung der Verfügung sein (competent), 2. der Patient muss adäquat über die Natur und die Folgen der Behandlung informiert sein, 3. der Patient muss die Situation und die Umstände in denen eine Ablehnung zu

²⁴² s. Anhang I

²⁴³ Fußnote: Memmer M.: Patientenverfügungen im Österreichischen Recht, *Wien Med Wschr* 1997;6: 135-138.

²⁴⁴ Memmer M.: Patientenverfügungen im Österreichischen Recht, *Wien Med Wschr* 1997;6: 136.

²⁴⁵ *Re T* (adult: refusal of treatment) [1992] 4 All ER 649

tragen kommt vorhergesehen haben und diese müssen entsprechend eingetroffen sein und 4. der Patient muss frei von unlauterem Einfluss sein, wenn er die Verfügung aufstellt.²⁴⁶

Diese Regeln wurden in weiteren Fällen aufgegriffen und bestätigt. So etwa in dem Fall von Anthony Bland²⁴⁷ sowie in dem Fall von Re C²⁴⁸, in dem das Gericht eine antizipatorische Entscheidung garantierte.

Auch im Englischen Recht gilt, dass Patientenverfügungen nur solche Handlungen und Unterlassungen autorisieren können, die ein Patient, wenn er entscheidungsfähig wäre, autorisieren könnte. Die Frage nach Entscheidungsfähigkeit und dem Ausmaß der erforderlichen Information wird teils kontrovers diskutiert und sicherlich im Einzelfall aufgrund der vorhandenen Fakten zu entscheiden. Lord Donaldson machte jedoch darauf aufmerksam (im Court of Appeal – entspricht 2. Instanz), dass im Zweifel eine Entscheidung im Interesse der Lebenserhaltung gefällt würde.²⁴⁹

5.10 Bewertung

Eine Kodifizierung der Patientenrechte, einhergehend mit der Anerkennung der ‚Patientenverfügung‘ als verbindliches Rechtsinstitut wäre zugunsten der Wahrung der Patientenautonomie und zugunsten der Rechtssicherheit für die Entscheidungsbefugten auch in Deutschland zu begrüßen.

Fraglich ist, wie eine im Ergebnis statische Gesetzgebung für einen sehr individuellen und dynamischen Sachverhalt ausgestaltet sein kann und muss. Die dargestellten Gesetze haben lediglich Grundprinzipien aufgestellt, worunter somit unterschiedlichste Sachverhalte subsumiert werden können. Die meisten Gesetze legen ferner keine starre Verbindlichkeit fest, sondern machen diese – wie in Kanada – davon abhängig, wie dezidiert die aktuelle Behandlungssituation in der Verfügung antizipiert wurde (vgl. Richtlinien der Bundesärztekammer von 1998). Die Erwägung Verfügungsarten bzw. Verfügungsmuster für unterschiedliche Behandlungssituationen zu regeln, wie etwa spezielle DNR – Orders (do-not-resuscitate) in den USA, lediglich bezogen auf Wiederbelebungsversuche, wäre daher sinnvoll. Begrüßenswert wäre somit eine, wenn auch allgemein gefasste, Regelung über die Bindungswirkung einer Patientenverfügung, wie beispielsweise in Dänemark und in der Schweiz.

Ebenso wie in der Schweiz sollten Kriterien aufgestellt werden, welche Voraussetzungen an die Person des Verfügenden (vgl. Geschäftsfähigkeit, Einwilligungsfähigkeit) zu stellen sind. Die Idee eines staatlichen Zentralregisters wie in Dänemark wäre zugunsten der tatsächlichen Berücksichtigung einer Patientenverfügung, mithin der Autonomiesicherung nachahmenswert. Fraglich ist jedoch, ob ein Zentralregister in Deutschland angesichts seiner Größe und hohen Bevölkerungsdichte im Vergleich zu Dänemark praktikabel wäre.

²⁴⁶ Kessel A, Meran JG: Advance directives in the UK: legal, ethical and practical considerations for doctors. *British Journal of General Practice*, 1998, 48,1263-1266.

²⁴⁷ Airedale NHS Trust v Bland [1993] 2 WLR 316

²⁴⁸ Re C (adult: refusal of treatment) [1993] 1 WLR 290

²⁴⁹ Airedale NHS Trust v Bland [1993] 2 WLR 316 per Donaldson at 798

6 Qualitätsstandards für Patientenverfügungen

Eine global formulierte Patientenverfügung mit schwer konkret auszulegenden Äußerungen ist selten hilfreich. Die Bundesärztekammer hat mit den 1999 vorgestellten Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen die Situationen und mögliche zu regelnde Entscheidungssituationen benannt.

Die von der Bundesärztekammer in den Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen 1999 mit ‚vorsorglicher Willensbekundung‘ bezeichneten Instrumente der Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung sollen bzw. können Aussagen zu folgenden Situationen enthalten:

*Sterbephase,

*nicht aufhaltbare schwere Leiden,

*dauernder Verlust der Kommunikationsfähigkeit,

*Notwendigkeit andauernder schwerwiegender Eingriffe (zum Beispiel Beatmung, Dialyse, künstliche Ernährung, Organersatz)“. Für die genannten Situationen können ‚Patientenverfügungen‘ Aussagen ‚zur Einleitung, zum Umfang und zur Beendigung ärztlicher Maßnahmen enthalten“²⁵⁰ und dies z.B. für den nachfolgend genannten Katalog:

„*künstliche Ernährung, Beatmung oder Dialyse,

*Verabreichung von Medikamenten wie zum Beispiel Antibiotika, Psychopharmaka oder Zytostatika,

*Schmerzbehandlung, *Art der Unterbringung und Pflege,

*Hinzuziehung eines oder mehrerer weiterer Ärzte.“²⁵¹

Die Bundesärztekammer empfiehlt, „Lebenseinstellungen, religiöse Überzeugung sowie die Bewertung von Schmerzen und schweren Schäden in der verbleibenden Lebenszeit mitzuteilen“²⁵², damit der mutmaßliche Wille auch für Situationen ermittelt werden kann, die in der Patientenverfügung nicht klar zum Ausdruck kommen.

6.1 Anforderungen an die Willensbildung

Die Qualität einer Patientenverfügung hängt unter anderem ab vom Ausmaß einer vorausgegangen Willensbildung. Diese Willensbildung sollte unter Einbeziehung von adäquaten Informationen über mögliche Krankheitsverläufe, unter Reflexion auf eigene Werte und Präferenzen erfolgen. Zu berücksichtigen sind ferner die Konsequenzen der Patientenverfügung insbesondere im Hinblick auf Differenzen zwischen Verfügtem und in der aktuellen Situation geäußertem Willen. Hilfen zur Reflexion eigener Wertvorstellungen können im Gespräch oder mittels narrativer Wertanamnesen gegeben werden. Am besten geeignet zur Aufklärung erscheinen die jeweils längerfristig betreuenden Ärzte. Unterstützt werden kann der Prozess durch Informationsmaterialien und Beratungsstellen.

In Abhängigkeit von der Motivation der Verfügung werden unterschiedliche Formen zweckdienlich sein. Patientenverfügungen werden in unterschiedlichen Phasen mit unterschiedlicher Krankheitserfahrung von Gesundheit bishin zu schwerstkranken Zuständen angefertigt. Diese Ausgangssituation bedingt unterschiedliche Vorerfahrungen und Vertrautheit mit den zu entscheidenden Situationen und unterschiedliche Zielsetzungen.

Mögliche Ziele beinhalten den Wunsch nach dem Ausmaß und der Art der medizinischen Versorgung, wobei man akute und chronische Situationen differenzieren sollte.

²⁵⁰ Bundesärztekammer: Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen DÄBl 1999, 2721, Punkt 3.1 Situationen; Anhang II

²⁵¹ Ebd., 2721, Punkt 3.2 Ärztliche Maßnahmen

²⁵² Ebd., 2721, Punkt 3.3 Ergänzende persönliche Maßnahmen

Aus der Patientenverfügung sollte die Ausgangssituation, die Vorerfahrungen und die gewünschten Ziele hervorgehen.

6.1.1 Entdeckung eigener Wertvorstellungen (z.B. narrative Methode)

Die eingehende Beschäftigung des Entscheidungsträgers mit den Wünschen und Werten des Betroffenen kann in Form der narrativen Methode nach Grundstein-Amado geschehen.²⁵³ In einem *vierstufigen Schema* werden zuerst bedeutende vorausgegangene Ansichten retrospektiv herausgearbeitet. In der zweiten Stufe wird eine Identifikation und Klärung der daraus resultierenden grundlegenden und fundamentalen Werte (Überleben, Würde, Selbstrespekt, Achtung des anderen, Freiheit), moralischen (Werte (Verantwortung, Mut, Umsicht, Ehre, Wahrhaftigkeit), sozialen und politischen Werte (Teilen, Loyalität, Gerechtigkeit), spirituellen Werte (Bewusstsein, Hoffnung, Dankbarkeit, Rücksicht) und spezifischen Werte vorgenommen. Stufe 3 besteht aus einer Prüfung und Bewertung dieser Aspekte, und abschließend wird in Stufe 4 ein *gangbares Handlungsschema für die Zukunft auf Basis der Werte des Patienten* formuliert und *Instruktionen für die Zukunft* herauskristallisiert.²⁵⁴ Durch die narrative Methode wird die Patientenbiographie beleuchtet und die soziale Rolle des Befragten zu ermitteln versucht. Bei der Befragung werden Werte, Präferenzen, Gedanken und Gefühle angesprochen und geprüft und gerechtfertigt. Durch die Rechtfertigung bestimmter Werte kann gezeigt werden, ob diese Werte mit dem Lebensplan in Übereinstimmung stehen. Dies ist ein Weg zu einer Konsistenzüberprüfung, die zur Risikovermeidung oft gefordert wird. Durch die Befragung können Beziehungen zwischen grundlegenden Werten und aktuell erklärten Präferenzen untersucht werden. Mit der Methode des *Werttagebuchs* werden die Einstellungen durch eine intensive Kommunikation²⁵⁵ des gesetzlichen Betreuers mit dem Betreuten ermittelt.

Zur Vorbereitung auf mögliche Entscheidungskonflikte in der Praxis sollten als Ergänzung der klinischen Anamnese durch eine Wertanamnese *Wünsche und Werte* für zukünftige Entscheidungen ermittelt werden. Wertanamnese beschreibt „die kritische Selbstanalyse und Selbstbewertung für die eigene Selbstverständigung aktuell oder prospektiv bei Ziel- und Entscheidungskonflikten“²⁵⁶. Eine Wertanamnese kann zur *Entscheidungs- und Selbstfindung* beitragen, wenn die eigene Meinung noch nicht klar herausgebildet ist. Die narrative Wertanamnese verwendet Geschichten²⁵⁷, um Krankheitsbilder, -situationen und Behandlungsalternativen darzustellen und Patienten zu einer Stellungnahme aufzufordern. Die *narrative Wertanamnese* ist ein zweckmäßiges Instrument, „1. Um sich individuell mit den Fragen der eigenen Finalität auseinander zu setzen, 2. das Vertrauen zwischen Arzt und Patient zu stärken, 3. dem Arzt in Entscheidungskonflikten zusätzliche, wichtige und unerlässliche Informationen an die Hand zu geben für die Betreuung im Falle unheilbarer Krankheit und für die Sterbebegleitung“²⁵⁸.

Anschließend an die Tradition des Story-Konzeptes wurde anhand von Narrationen die sogenannte *value history* entwickelt.²⁵⁹ Die amerikanische President's Commission beurteilte die

²⁵³ vgl. Grundstein-Amado R: Value Inquiry: A Method of Eliciting Advance Health Care Directives *Humane Medicine* 1992, 31-39; Deutsche Übersetzung: Kielstein R Sass HM: *Materialien zur Erstellung von wertanamnestischen Betreuungsverfügungen* 1995, 23-26

²⁵⁴ vgl. Grundstein-Amado R: Value Inquiry: A Method of Eliciting Advance Health Care Directives *Humane Medicine* 1992, 31-39; Deutsche Übersetzung: Kielstein R Sass HM: *Materialien zur Erstellung von wertanamnestischen Betreuungsverfügungen* 1995, 23-26

²⁵⁵ Zur Rolle der Gesprächsführung vgl. Raack W, Thar J: *Betreuungsrecht* 1999, 106-116

²⁵⁶ Kielstein R, Sass HM: *Wertanamnese und Betreuungsverfügung* 1995, 23

²⁵⁷ vgl. Sass HM, Kielstein R: *Patientenverfügung und Betreuungsvollmacht*, 2001, 71-81

²⁵⁸ Kielstein R, Sass HM: Die Wertanamnese: ein narrativer Ansatz zur Erstellung und Interpretation von Betreuungsverfügungen *Wiener Medizinische Wochenschrift* 1997, 129

²⁵⁹ vgl. Emanuel EJ, Emanuel LL: Living Wills: Past, Present, and Future, *The Journal of Clinical Ethics* 1991, 9-19; Deutsche Übersetzung: Kielstein R, Sass HM (Hg.): *Materialien zur Erstellung von wertanamnestischen Betreuungsverfügungen* 1995, 17-22

bislang vorhandenen Formulierungsvorschläge als unscharf und wenig aussagekräftig. Als Lösungsmöglichkeit wurde die aufwendige Methode der Bearbeitung von Äußerungen zu medizinischen Entscheidungskonflikten anhand von Fallgeschichten vorgeschlagen. Diese Methode dient zur Nennung klarer Anweisungen und Ansichten für klinische Entscheidungskonflikte. Ein weiteres Ziel liegt in der retrospektiven Aufarbeitung vergangener Ereignisse und deren Auswirkungen auf die heutigen Einstellungen. Die narrative Methode soll nicht nur Patienten zu einer Diskussion über wichtige und erstrebenswerte Dinge anregen, sondern ihnen bei der Orientierung „auf einen angemessenen Lebenssinn hin“²⁶⁰ hilfreich sein. Vor einer Erstellung einer Patientenverfügung muss sich der Patient sowohl seiner individuellen medizinischen Situation und deren vorhersehbaren Entwicklung sowie auch seiner individuellen Präferenzen und Wünsche klar werden. Dies kann am besten im Rahmen einer Beratung geschehen, die auch mögliche Entscheidungskonflikte deutlich macht.

6.1.2 Aufklärung und Beratung (Ärzte, Beratungsstellen)

Es sollte klargestellt werden, dass die Beratung zu Patientenverfügungen nicht unter das *Rechtsberatungsgesetz* fällt, welches eine Rechtsberatung nur Angehörigen der rechtsberatenden Berufe erlaubt. Die Handreichungen der Bundesärztekammer rufen Ärzte explizit zur Beratung und einem ärztlichen Gespräch über Inhalt und Tragweite einer Patientenverfügung auf. Es sollte auch ein Vermerk über ein hilfreiches Gespräch mit dem Arzt über „Inhalt und Umfang und Tragweite“ der Verfügung angebracht werden als zusätzlicher Beleg, „dass der Patient sich auch mit dem medizinischen Für und Wider seiner Entscheidung auseinandergesetzt hat“ zum Beweis der Ernsthaftigkeit und als Erhöhung der Verbindlichkeit²⁶¹.

Beratung zu Fragen der Patientenverfügung erfolgt derzeit durch Mediziner, meist durch Hausärzte und vereinzelt durch lokale interdisziplinäre Beratungsstellen, in denen auch medizinischer Sachverstand vorhanden ist. Als interdisziplinärer Zusammenschluss möchte exemplarisch die „Esslinger Initiative – vorsorgen – selbst bestimmen“ durch ein Beratungsgespräch „zur Auseinandersetzung mit Sinn- und Sterbefragen anregen, die Ratsuchenden dabei begleiten und sachliche Informationen geben“²⁶². In einem Handbuch werden Beispiele für die Beratung formuliert und so nach der Zielsetzung der ratsuchenden Person und der aktuellen Lebenssituation gefragt sowie Leitfragen mit Blick auf die eigene Sterblichkeit gestellt. Es werden ausführliche methodische Hinweise für das Beratungsgespräch gegeben, die zum Standard jeder derartigen Beratung werden sollten. Die Person des Beraters sollte über folgende Fähigkeiten verfügen: „- Soziale Kompetenz (Aufgeschlossenheit, Offenheit etc.), - Einfühlungsvermögen (Empathie), - Echtheit, eigene Betroffenheit erkennen lassen, - Partnerschaftlicher Umgang, - Aktives Zuhören, - Geduld, - Persönliche Präsenz (Konzentration, Vermeidung von Hektik), - ruhige Sprechweise (situativ angepasst)“²⁶³. Eine ausführliche Liste gibt Hinweise auf ethische, medizinische, rechtliche und psychosoziale Aspekte der Beratungsinhalte²⁶⁴.

Zusätzlich zur Beratung über medizinische Sachverhalte wird von interdisziplinären Stellen auch Hilfestellung geleistet bei einer erweiterten Bewusstwerdung von persönlichen Einstellungen. Der Bundesgerichtshof hat neben mündlichen oder schriftlichen Äußerungen die religiöse Überzeugung des Patienten, seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine al-

²⁶⁰ Grundstein-Amado R: Value Inquiry: A Method of Eliciting Advance Health Care Directives, In: *Materialien zur Erstellung von wertanamnestischen Betreuungsverfügungen*. Kielstein R, Sass HM (Hg.) 1995, 23

²⁶¹ Ebd., 2720-2721, Punkt 3.4 Ärztliche Beratung

²⁶² Esslinger Initiative Vorsorgen – Selbst bestimmen (Hg.): *Vorsorgen – Selbst bestimmen – im Leben und Sterben* 2000, 36

²⁶³ Ebd., 38-39

²⁶⁴ Ebd., 40-41

tersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen genannt.²⁶⁵ Zur Bewusstwerdung und Formulierung dieser Werte ist Biographiearbeit eine sinnvolle Unterstützung. Der Willensbildungsprozess sollte durch ein umfassendes Beratungskonzept unterstützt werden, der die zur Entscheidung relevanten Aspekte und Perspektiven umfasst.

Die durch den 63. Juristentag geforderte angemessene Aufklärung soll nach Meinung des Juristentages nicht ausschließlich von Ärzten erfolgen, sondern alternativ von anderen vom Gesetzgeber zu bestimmende Beratungsstellen (Beschlüsse III 2.3 b)²⁶⁶.

Die Beratungsstellen sollten interdisziplinär besetzt sein bzw. Fachleute mit den gewünschten Kompetenzen vermitteln können. Diese Fachleute sollten vor Beginn der Beratungstätigkeit geschult werden, damit eine Patientenverfügung individuell und aussagekräftig ist.

Richtungsweisend ist das Vorgehen laut der Vorschläge des Bayerischen Justizministeriums 2001 (S. 30):

- (1) Gespräch Arzt über die Krankheitssituation;
- (2) persönliche Auseinandersetzung mit eigenen Gefühlen und Erkenntnissen, Gespräch mit einer Vertrauensperson;
- (3) Formulieren von eigenen Wünschen;
- (4) Information aller Beteiligten über Notfallmedikamente, Notfallplan.

Der mit der Erkrankung des Patienten vertraute Hausarzt ist vorrangig für die individuelle Beratung des Patienten geeignet, da sie diesen über einen längeren Zeitraum kennen. Die Kriterien für eine umfassende und nicht direktive Beratung ergeben sich oft aus der spezifischen Situation des Patienten. Die oben im Zusammenhang mit der Esslinger Initiative genannten Rahmenbedingungen sollten erfüllt sein. Zur inhaltlichen Ausgestaltung des Beratungsgesprächs zu medizinischen Sachverhalten sind Parallelen zum regelgerechten Aufklärungsgespräch über Chancen und Risiken einer Entscheidung zu ziehen. Dabei geht das Beratungsgespräch über die Informationsvermittlung zu aktuellen Sachverhalten hinaus.

Eine Beratung zu Inhalten der Patientenverfügung wird derzeit von vielen anderen Institutionen angeboten. Genaue inhaltliche Kriterien und personale Kompetenzen der meist vom Sozialdienst einiger Krankenhäuser oder kirchlicher, gemeinnütziger Stellen angebotener Information und Beratung sind häufig nicht dokumentiert.

Als Vorbereitungsmaterial können unterstützend Veröffentlichungen dienen, die von interdisziplinären Arbeitsgruppen erarbeitet wurden und die verschiedenen Aspekte von Patientenverfügungen im Hinblick auf die von der Bundesärztekammer formulierten Bandbreite von Einleitung, zum Umfang und zur Beendigung ärztlicher Maßnahmen umfassen. Eine tendenzielle, weltanschauliche Beratung sollte klar gekennzeichnet werden. Bereits vorliegende Informationsmaterialien wurden teilweise unter Beteiligung der Justizministerien erarbeitet und verteilt²⁶⁷.

Es liegen derzeit ca. 150 verschiedene Patientenverfügungsmuster²⁶⁸ vor, auf die auch in der Beratung durch Ärzte zurückgegriffen wird.²⁶⁹

Umstritten ist, ob eine umfassende vorherige Aufklärung des Verfügenden als zwingende Wirksamkeitsvoraussetzung zu fordern ist. Der 63. Deutsche Juristentag hat hiervon abgese-

²⁶⁵ BGH NJW 1995, 204, 2. Leitsatz des BGH

²⁶⁶ vgl. Beschlüsse des 63. Deutschen Juristentages Leipzig 2000 = *BtPrax* 2000, 248

²⁶⁷ z.B. mit einer Startauflage von 80.000 Exemplaren: Bayerisches Staatsministerium der Justiz: *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung* 2001

²⁶⁸ <http://www.Medizinethik-bochum.de/Verfuegungen.htm>; siehe Anhang III

²⁶⁹ Eine Auswahl aus der Menge an Verfügungsmustern findet sich im Ratgeber Patientenverfügung Hg. Jacobi T, May A, Kielstein R, Bienwald W, 2001

hen und die Aufklärung lediglich als Sollvorschrift formuliert.²⁷⁰ Hieraus ist die Grundeinstellung des Juristentages ersichtlich, die Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung von möglichst wenig Verfahrensvorschriften abhängig zu machen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Bindung des Arztes an eine ggf. formularmäßige Erklärung eines Patienten, den er nicht persönlich kennt, mit dem er kein Aufklärungs- bzw. Behandlungsgespräch führen konnte und von dem er nicht weiß, auf welcher Grundlage er seine Verfügung getroffen hat, den Grundprinzipien des Arzt- Patientenverhältnisses widerspricht.²⁷¹ Angesichts dessen, insbesondere um eine breite Akzeptanz der Patientenverfügung in der Ärzteschaft zu erzielen, sollte daher die Verbindlichkeit davon abhängig gemacht werden, dass ein Arzt oder sonstiger kompetenter Berater in der Verfügung bestätigt hat, den Betroffenen über Bedeutung und Tragweite seiner Entscheidung aufgeklärt zu haben. Umgekehrt wird durch dieses Postulat auch sichergestellt, dass der Betroffene konkret und differenziert informiert wurde und auf diese Weise tatsächlich *eigenverantwortlich* entschieden hat.

Die Honorierung für diese individuelle Beratung ist derzeit vom Ratsuchenden selbst vorzunehmen, denn auch für eine ärztliche Beratung existiert keine einschlägige Gebührensatzung zur Beratung über Patientenverfügungen. Die im Zusammenhang mit der erneuten Reform des Betreuungsrecht vorgeschlagenen Krisenschutzstellen erscheinen als mögliche Anlaufstelle für die Beratung zu Patientenverfügungen, wenn die kompetente Beratung dort gesichert erscheint. Die Vernetzung von Ärzten, Fachleuten für Palliativmedizin, Pflegepersonal, Experten für die verschiedenen lokalen und regionalen Versorgungsmöglichkeiten und Wertwissenschaftler erscheint sinnvoll.

Die Beratung zu Patientenverfügungen erfordert einen erhöhten personellen Aufwand und eine entsprechende Honorierung ist im Interesse einer qualitativ hochwertigen Beratung wünschenswert. Dies wird unter Punkt 7.2 Ökonomische Konsequenzen weiter ausgeführt.

6.1.3 Motivation (=Situation der Abfassung) und Ziele, intendierte Anwendung

Das Bedürfnis eine Vorausverfügung zu erstellen kann auf verschiedenen Motiven beruhen. Medienberichte spielen in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle. Die verstärkte Beschäftigung von Gerichten zum Abbruch künstlicher Ernährung hat auch die Auseinandersetzung mit diesen Fragen durch eine Patientenverfügung beeinflusst.

Sass / Kielstein unterscheiden vier Szenarien von Situationen, wie Patientenverfügungen gewürdigt und umgesetzt werden sollen²⁷². Dies bezieht sich auf urteilsfähige Menschen, langanhaltend komatöse Patienten, chronisch kranke Patienten und demente Patienten.

Ein urteilsfähiger gesunder Mensch, welcher Vorsorge treffen möchte, bringt mit einer Patientenverfügung seine Behandlungswünsche zum Ausdruck ohne direkt in einer Krankheits-situation zu sein. Diese Ferne zur Anwendungssituation sollte den Verfügenden zu einer regelmäßigen Überprüfung motivieren.

Patienten mit Krankheitserfahrung möchten mit einer Patientenverfügung direkt auf ihnen bekannte Entscheidungssituationen Einfluss nehmen.

Patienten möchten durch eine Patientenverfügung über ihre direkte Kommunikationsfähigkeit hinaus ihr Mitspracherecht und Entscheidungsrecht im Sinne der Einwilligung nach Aufklärung wahrnehmen.

Die Beratung zu Patientenverfügungen muss sich auf die individuelle Situation beziehen und auch auf mögliche Unterschiede zwischen vorgestellter Anwendungssituation bei Abfassen der Verfügung und dann tatsächlicher Anwendungssituation hinweisen.²⁷³

²⁷⁰ Beschlüsse des 63. Deutschen Juristentages Leipzig 2000, A. III 2.3

²⁷¹ Taupitz S. 360 f. in Taupitz J (Hrsg.) Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens – Eine internationale Dokumentation 2000

²⁷² vgl. Sass HM, Kielstein R: *Die medizinische Betreuungsverfügung in der Praxis* 2000, 43

6.2 Formale Anforderungen

Empfohlen werden sollte die schriftliche, datierte Patientenverfügung. Ein zentrales Register scheint wünschenswert. Es empfiehlt sich im Rahmen der Anamnese nach dem Vorhandensein einer Patientenverfügung zu fragen. Vorhandene Patientenverfügungen müssen Bestandteil der Krankenunterlagen werden.

6.2.1 Form der Patientenverfügung (Formblätter, Videos, etc.)

Eine Patientenverfügung ist formfrei. Auch „frühere Briefe, Audio- oder Videoaufzeichnungen“²⁷⁴ stellen bisher eine Meinungsäußerung im Sinne einer Patientenverfügung dar.

Die Bundesärztekammer fordert bei der Vorstellung der Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen Ärzte auf, „Patienten beim Aufstellen von Patientenverfügungen behilflich zu sein“²⁷⁵. In den Handreichungen wird die Formfreiheit bestätigt und die Benutzung eines Formulars nach Ansicht der Bundesärztekammer nicht ausgeschlossen. Die Unterzeichnung einer Patientenverfügung sollte „möglichst persönlich“²⁷⁶ erfolgen. Zur Beweissicherheit wird eine Bestätigung durch Zeugen empfohlen. Die Bundesärztekammer empfiehlt dem Arzt, welcher gemäß einer Patientenverfügung behandelt, eine Kopie zu seinen Unterlagen zu nehmen und „Äußerungen benannter Personen zu dokumentieren“²⁷⁷.

Wenn nicht zwingende Gründe (Z.B. Blindheit, Taubheit, krankheitsbedingte Gründe) gegen die schriftliche Abfassung und eigenhändige Unterschrift einer Patientenverfügung sprechen, so sollte eine Patientenverfügung zu Beweis Zwecken schriftlich abgefasst sein. Es empfiehlt sich die Bestätigung durch unabhängige Zeugen. Die Forderung der Bundesärztekammer nach Bestätigung der ärztlichen Beratung ist zu unterstützen. Als Wirksamkeitskriterium jedoch fraglich. Die Verwendung von Formblättern erscheint bei Bestätigung durch Zeugen unproblematisch.

6.2.2 Datierung

Die Datierung einer Patientenverfügung erscheint aus mehreren Gründen sinnvoll. Sie gibt einerseits Auskunft über die Aktualität des geäußerten Willens und andererseits kann eine Priorität bei mehrfach erstellten Verfügungen festgestellt werden in Analogie zum erbrechtlichen Testament.

Eine zwischen der nur kurzfristigen Gültigkeit einer Patientenverfügung und der nicht an einen Zeitraum gebundenen Gültigkeit beschreibt die in den USA durch den ‚Natural Death Act‘ eingeführte maximale Gültigkeit einer Patientenverfügung von 5 Jahren. Nach Ablauf dieser Zeit entfaltet die Patientenverfügung keine direkte Wirkung mehr und allenfalls käme ihr eine schwächere Indizwirkung im Rahmen der Ermittlung des mutmaßlichen Willens zu.

Die Bundesärztekammer empfiehlt eine regelmäßige Bestätigung oder Ergänzung der Patientenverfügung²⁷⁸, macht aber die Verbindlichkeit nicht von einer Zeitspanne abhängig. Von einer graduellen Bindungswirkung ist in den Handreichungen der Bundesärztekammer für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen nichts zu finden.

Eine regelmäßige Bestätigung der Verfügung wird empfohlen. Diese Bestätigung kann unterbleiben, wenn eine Patientenverfügung oder der Hinweis auf eine vorhandene Patientenverfü-

²⁷³ siehe Kapitel 3.2

²⁷⁴ Zöller MA: Passive Sterbehilfe zwischen Selbstbestimmungsrecht des Patienten und mutmaßlicher Einwilligung ZRP 1999, 319

²⁷⁵ Beleites E, Hoppe JD: Handreichungen für Ärzte DÄBI 1999, 2697

²⁷⁶ Bundesärztekammer: Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen DÄBI 1999, 2721; Anlage II

²⁷⁷ Ebd., 2721

²⁷⁸ Ebd., Punkt 6 Verbindlichkeit

gung durch eine Taschenkarte ständig mitgeführt wird, was als konkludente Handlung und als „Manifestation [des] fortbestehenden aktuellen Geltungswillens“²⁷⁹ im Sinne der „Willenskontinuität“²⁸⁰ auszulegen ist. Der Verfügende ist aufgefordert, selbst für die Überprüfung und ggf. Anpassung der Patientenverfügung zu sorgen, solange dies nicht geschieht muss von einer bestehenden Gültigkeit ausgegangen werden.

6.2.3 Aufbewahrung

Eine Patientenverfügung sollte in der Entscheidungssituation ohne größeren Zeitverlust verfügbar sein. Dies kann durch das ständige Mitführen der Verfügung geschehen. Wenn dies wegen des Umfangs der Patientenverfügung nicht praktikabel ist, so empfiehlt sich der Hinweis auf den Aufbewahrungsort in Form einer Hinweiskarte bei den persönlichen Dokumenten.

Eine bundeseinheitliche Aufbewahrungsstelle existiert im Gegensatz zu Dänemark²⁸¹ bislang nicht. Als Aufbewahrungsort könnte jedoch auch vernetzte, *dezentrale Hinterlegungsstellen* in Betracht kommen, die auch Auskunft über bei anderen Stellen hinterlegte Verfügungen geben können. In Deutschland sind derzeit einige nichtstaatliche Hinterlegungsstellen vorhanden:

Das Deutsche Rote Kreuz hat am 01.08.1996 durch den Ortsverband Mainz²⁸² das „*Zentralarchiv für Betreuungs-, Patienten-, Organspendeverfügungen und Vorsorgevollmachten*“²⁸³ gegründet und bietet die zentrale bundesweite weltanschaulich neutrale Hinterlegung sämtlicher Verfügungen und Vollmachten an. Die Verfügungen / Vollmachten werden in Mainz gegen ein Entgelt von 40,90 €²⁸⁴ archiviert und registriert. Für eine Aktualisierung wird 5,11 € berechnet. Nutzer erhalten eine Ausweiskarte mit allen notwendigen Daten, die Ärzte, Richter und Entscheidungsträger zur Anforderung in Mainz benötigen. Das Notruftelefon ist rund um die Uhr besetzt und bietet damit die Gewähr, dass die hinterlegten Verfügungen in kürzester Zeit zur Verfügung stehen. Dieses vorbildliche Angebot zur Hinterlegung wurde bisher von 2.500 Personen genutzt²⁸⁵. Über die Häufigkeit der Inanspruchnahme der Notrufnummer liegen keine Informationen vor. Die weltanschauliche Neutralität des Roten Kreuzes bietet entscheidende Vorteile für die Hinterlegung der eigenen nicht vorgeprägten individuellen vorsorglichen Verfügung.

Die *Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand (IGSL)*²⁸⁶ in Bingen bietet die Hinterlegung der gesellschaftseigenen „Willenserklärung und Betreuungsverfügung für lebensbedrohliche Situationen“, „Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht“ und fordert die Unterzeichner nach drei Jahren zur Bestätigung oder Abänderung der Erklärung auf.

²⁷⁹ Koch H-G: Der medizinisch assistierte Tod. Aktuelle Rechtsfragen der Sterbehilfe im deutschen Recht, In: Holderegger A (Hg.) *Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht* 2000, 318

²⁸⁰ Ulsenheimer K: § 149 Ärztliche Sterbehilfe, In: Laufs A, Uhlenbruck W, Genzel H, Kern BR, Krauskopf D, Schlund GH, Ulsenheimer K: *Handbuch des Arztrechts* 1999, Rdnr. 13

²⁸¹ Fraglich ist, ob das dänische Modell angesichts der unterschiedlichen Bevölkerungsdichte und Größe des Landes in Deutschland praktikabel wäre

²⁸² DRK Ortsverein Mainz, Altenauergasse 1, 55116 Mainz, Telefon: 06131-221117, E-Mail: zentralarchiv@drk-mainz.org

²⁸³ DRK Mainz: *Zentralarchiv für Betreuungs-, Patienten-, Organspendeverfügungen und Vorsorgevollmachten* online: <http://www.drk-mainz.org/zentralarchiv/Zentralarchiv.htm> [Stand: 15.07.2001]

²⁸⁴ 1 Euro (€) entspricht 1,95583 DM

²⁸⁵ DRK Mainz: *Zentralarchiv für Betreuungs-, Patienten-, Organspendeverfügungen und Vorsorgevollmachten* online: <http://www.drk-mainz.org/zentralarchiv/Zentralarchiv.htm> [Stand: 15.07.2001]

²⁸⁶ Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand (IGSL), Postfach 1408, 55384 Bingen, E-Mail: IGSL-Hospiz@t-online.de, online: <http://www.IGSL-Hospiz.de/> [Stand: 15.07.2001]

Die Hinterlegung vorsorglicher Verfügungen und Vollmachten beim *Humanistischen Verband Deutschlands*²⁸⁷ kostet für Mitglieder und Förderer 12,27 € pro Jahr und für alle anderen 30,68 € für jeweils fünf Jahre. Nach Hinterlegung der vorsorglichen Verfügung wird ein Notfallpass ausgehändigt, der die wichtigsten Daten enthält und zum Ausdruck bringt, dass der Humanistische Verband die Interessen des Hinterlegenden vertritt. Nach der Frist von drei Jahren werden die verfügenden Personen mit der Aufforderung der Überprüfung der Verfügung angeschrieben. Die Erreichbarkeit der Hinterlegungsstelle ist während der üblichen Bürozeiten gegeben.

Die „*Bundeszentrale für Patientenschutz (BPS) (eine Einrichtung der DGHS)*“²⁸⁸ nimmt seit 01.07.1999 kostenfrei persönliche Patientenverfügungen zur Hinterlegung entgegen. Die Hinterlegung bei der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) ist nun nicht mehr an die Mitgliedschaft und die Verwendung der DGHS spezifischen Verfügungen gebunden. Nach Angaben der DGHS ist die Bundeszentrale für Patientenschutz jederzeit erreichbar. Die DGHS hatte bereits 1981 für Mitglieder eine „Bank für Patientenverfügungen“ eingerichtet.

Die Deutsche Hospiz Stiftung hat im September 1999 als Reaktion auf eine Meinungsumfrage ein „*Bundeszentralregister zur Hinterlegung von ‚Willenserklärungen‘*“²⁸⁹ gegründet. Voraussetzung für die Hinterlegung bei der Geschäftsstelle in Dortmund ist die Mitgliedschaft im Deutsche Hospiz Stiftung Förderverein e.V. mit dem Jahresbeitrag von 30,68 €

Die Erreichbarkeit dieses Bundeszentralregisters als „bundesweit zentrale Anlaufstelle für Willenserklärungen und deren Registrierung“²⁹⁰ ist jedoch nur während der üblichen Bürozeiten gegeben. Die Praktikabilität der dortigen Niederlegung ist daher fraglich.

Ebenso fraglich in Bezug auf die Trägerschaft ist das jüngst eröffnete Angebot der Hinterlegung von persönlichen Verfügungen und Daten in einem internetgestützten Informationssystem der privaten Firma Sozialcard AG i.G.

6.2.4 *Bekanntgabe (Information über das Vorhandensein einer Patientenverfügung)*

Die Hauptinitiative für die Bekanntgabe geht vom Patienten aus. Dies muss durch die Integration der Frage nach einer vorhandenen Patientenverfügung in den klinischen Alltag unterstützt werden. Diese Frage durch Ärzte kann auch zur Folge haben, dass die Festlegungen einer Patientenverfügung im Lichte einer anstehenden Intervention überprüft werden und somit den behandelnden Ärzten vor Beginn der Therapie bekannt sind. Damit wird die Festlegung einer Patientenverfügung Gegenstand des ärztlichen Aufklärungsgesprächs.

Der Widerruf muss dem Betroffenen aufgrund seines Persönlichkeitsrechtes ‚bis zuletzt‘ in formloser Art und Weise möglich sein, solange er noch äusserungsfähig ist. Hierbei muss sogar ein Kopfnicken auf eine Frage des Arztes ausreichend sein.

Dritten, denen eine Patientenverfügung vorliegt, sollten diese analog zur Abgabepflichtung einer Betreuungsverfügung nach § 1901 a BGB den Entscheidungsträgern vorlegen.

6.3 **Inhaltliche Anforderungen**

6.3.1 *Inhaltliche Minimalanforderungen*

²⁸⁷ Humanistischer Verband Deutschlands, Wallstr. 61-65, 10179 Berlin, E-Mail: Mail@Patientenverfuegung.de

²⁸⁸ Bundeszentrale für Patientenschutz (BPS) (eine Einrichtung der DGHS), Lange Gasse 2-4, 86152 Augsburg, vgl. DGHS: Bundeszentrale für Patientenschutz, *Humanes Leben – Humanes Sterben*, 1999, Nr. 3, 6; DGHS: Bundeszentrale für Patientenschutz *Humanes Leben – Humanes Sterben*, 1999, Nr. 4, 1-2

²⁸⁹ Deutsche Hospiz Stiftung: Aufwertung der Medizinischen Patientenanzwaltschaft. EMNID: über 80% fordern ein solches Dokument. Rechtsgutachten bestätigt Modell der Deutschen Hospiz Stiftung. Jetzt Bundeszentralregister gegründet *Pressemitteilung 23/1999 vom 03.09.1999*, 2

²⁹⁰ Ebd., 2

Zur Wahrung der Patientenautonomie sollte der Patient in der Abfassung der Verfügung grundsätzlich frei sein. Er kann sich darauf beschränken, bei Vorliegen einer bestimmten Diagnose oder Prognose (beispielsweise „irreversibler Eintritt des Sterbeprozesses“ oder „apallisches Syndrom“) eine das Leben künstlich verlängernde Intensivbehandlung, Reanimation oder künstliche Ernährung abzulehnen. Wie oben bereits erwähnt, sollte der Patient jedoch im Rahmen einer Beratung darauf hingewiesen werden, dass seinem Willen umso konkreter entsprochen werden kann, je präziser dieser in der Verfügung artikuliert wurde. Es wäre daher ratsam diejenigen Patienten, bei denen eine Krankheitsentwicklung absehbar ist, auf mögliche Szenarien und mögliche Grenzen von Behandlung anzusprechen. Es ist in der Praxis sicherlich unmöglich die gesamte Bandbreite kritischer Krankheitsbilder sowie entsprechende intensivmedizinische Behandlungsmethoden umfassend darzustellen. Daher wird die Patientenverfügung eines gesunden Menschen, der praktisch sämtliche mögliche Krankheitsentwicklungen und Behandlungsoptionen in den Blick nehmen muss, meist nur eine allgemeine Formulierung bleiben, während andererseits ein bereits kranker Mensch, dem der Arzt ein engeres Spektrum an vorhersehbaren Verläufen aufzeichnen kann, eine viel genauere, präzisere und damit auch in ihrer Verbindlichkeit stringenterer Verfügung aufsetzen können wird. Hilfreich wären hierbei vorformulierte Muster, welche sozusagen einen ‚Leitfaden‘ für die Beratung sowie die spätere Abfassung der Verfügung liefern bzw. als Musterverfügung dienen und durch den Patienten individuell schriftlich ergänzt werden.

Der Patient sollte ferner über Grenzen des Verfügbaren aufgeklärt werden. Diese bestehen im ärztlichen Standesrecht sowie in der übrigen Rechtsordnung. Wie oben festgestellt, kann daher dem behandelnden Arzt nicht die Leistung aktiver Sterbehilfe abverlangt werden.

Zu einer validen Patientenverfügung gehört die Personalisierung durch Angabe der persönlichen Daten. Ebenso sind Informationen zu den Anwendungssituationen und den Wünschen zu medizinischen Interventionen notwendig. Der von der Bundesärztekammer in den Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen vorgestellte Kanon liefert eine Grundlage für die Entscheidungssituationen. Diese können an die individuellen Bedürfnisse des Patienten angepasst werden.

6.3.2 Grad der Verbindlichkeit / Festlegung

Voraussetzung für die Schaffung von Rechtssicherheit durch eine Patientenverfügung wäre ihre *rechtliche Verbindlichkeit*. Die Auseinandersetzung über die Frage, ob einer Patientenverfügung tatsächlich Verbindlichkeit zugesprochen werden kann, wird bereits seit den 70'er Jahren in Deutschland geführt.²⁹¹

Der Vorsicht halber sollte sich aus dem Text der Verfügung ergeben, dass der Unterzeichnende sie als bindend erachtet. Dies zeigt dem später Ausführenden, dass sich der Betroffene mit der Frage der Verbindlichkeit auseinandergesetzt hat. Man könnte jedoch auch in einer Verfügung angeben, wie weit die Verbindlichkeit gehen sollte und wie viel Interpretationsspielraum der Verfügung dem behandelnden Arzt gegebenfalls zukommen soll.

Es scheint klare Fälle zu geben, in denen an einer Verbindlichkeit kaum zu zweifeln sein wird (keine Bluttransfusionen unter allen Umständen). Andererseits gilt es für die vielen schwieriger zu fassenden komplexen Krankheitsverläufe, in denen dynamisch täglich neue „kleine“ Entscheidungen getroffen werden müssen, eine für alle Seiten hilfreiche und akzeptable Lösung zu finden. Hier sollte man Voraussetzungen und Kriterien überlegen, die weder das Selbstbestimmungsrecht des Patienten aufweichen, noch zu Dilemmasituationen führen, in denen der Arzt nicht sicher sein kann, ob die schriftlich verfügbaren Ausführungen dem tatsächlichen Willen entsprechen.

²⁹¹ Erstmals Uhlenbruck NJW 1978, 566; zu der aus den USA stammenden Lösung über den sog. „living will“ u.a. Füllmich *Neue Juristische Wochenschrift* 1990, 2301, 2302

Pauschale Äußerungen können auch zugunsten des Verfügenden nicht als verbindlich erachtet werden, da sie zu großen Interpretationsspielraum belassen. Die konkrete Behandlungssituation sollte zumindest in groben Zügen dargestellt sein. Gerade für Menschen, die noch nicht akut erkrankt sind, sondern allgemein Vorsorge treffen möchten, wäre daher die Zuhilfenahme einer Musterverfügung vorteilhaft, die verschiedene Krankheitsbilder enthält, mit denen sich der Betroffene somit auch auseinandersetzen kann (vgl. Wertanamnese Sass/Kielstein).

Eine starre Verbindlichkeitsregelung erscheint angesichts der Möglichkeit stetiger Änderungen im Leben eines Individuums und damit auch dessen Lebenseinstellung kaum möglich. Für Entscheidungsträger, welche in der kritischen Situation entscheidungsbefugt sind, müssen Verbindlichkeitskriterien aufgestellt werden. Hierdurch erlangt der Verfügende Gewissheit, ob seinem dokumentierten Willen auch tatsächlich entsprochen werden kann. Eine Patientenverfügung kann dann nicht verbindlich sein, wenn Anhaltspunkte vorliegen, dass der Verfügende an seinem Willen laut Verfügung nicht mehr festhalten will. Ferner kann eine Verfügung keine Bindungswirkung entfalten, wenn eine geforderte medizinische Maßnahme nach Auffassung des Arztes medizinisch nicht indiziert ist. Da die Fallkonstellationen höchst unterschiedlich sein können, müssten gesetzlich vorgeschriebene Kriterien relativ allgemein gehalten werden.²⁹²

Eine höchstrichterliche Entscheidung, die sich ausdrücklich mit der rechtlichen Relevanz einer Patientenverfügung auseinandersetzt, fehlt bislang. Der Bundesgerichtshof sah im Kempener Urteil (s.o.) in „schriftlichen Äußerungen“ lediglich einen Anhaltspunkt bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens. Das Oberlandesgericht Frankfurt/M. erwähnte zwar nebenbei die Patientenverfügung und ihren „Bedeutungszuwachs“, traf jedoch keinerlei Feststellung über ihre rechtliche Einordnung.

Meran sieht in Übereinstimmung mit Füllmich drei *Verbindlichkeitsstufen* für Patientenverfügungen: 1. eine Patientenverfügung ist ein Indiz bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens, 2. eine Patientenverfügung ist absolut bindend, solange sie nicht widerrufen wurde und 3. eine Patientenverfügung ist in bestimmten Situationen verbindlich, wenn sie im vollen Bewusstsein der Konsequenzen vorher präzise formuliert wurde²⁹³.

Schöne-Seifert folgt der englischen Rechtsmeinung (Re T 1992), in der einer Patientenverfügung immer dann entsprochen werden soll, wenn sie wenn sie (a) von einem urteilsfähigen, (b) informierten Patienten, (c) ohne Zwang formuliert wurde und als weiteres Kriterium der Selbstbestimmtheit (d) wohlüberlegt ist²⁹⁴. Konkrete inhaltliche Bestimmungen des Kriteriums der „Wohlüberlegtheit“ werden nicht genannt.

Bei der Wahl des Verbindlichkeitsgrades einer Verfügung gilt das Prinzip des subjektiven Risikokalküls. Wird die Verbindlichkeit einer Aussage gering gewählt, wird der Entscheidungsfindung durch Ärzte oder Betreuer / Bevollmächtigte in der konkreten Situation mehr Gewicht gegeben als der eigenen prospektiven Beurteilung ihrer Behandlungswünsche.

Sternberg-Lieben sieht keine überzeugenden Gründe dafür, bei Patientenverfügungen von den Grundsätzen der mutmaßlichen Einwilligung abzuweichen. Ein Eingriff ist durch eine mutmaßliche Einwilligung gerechtfertigt, „wenn die Würdigung aller Umstände ergibt, dass der Betroffene, wenn er gefragt werden könnte“²⁹⁵, zustimmen würde. „Der durch das Patienten-

²⁹² vgl. Schweiz, Kapitel 5.2

²⁹³ vgl. Meran JG, Poliwođa H: Clinical Perspectives of advance directives and surrogate decision-making, in: Sass HM, Veatch R, Kimura R (Hg.) *Advance Directives and Surrogate Decision Making in Health Care* 1998, 101

²⁹⁴ vgl. Schöne-Seiffert B, Eickhoff C: Behandlungsverzicht bei Schwerstkranken: Wie würden Ärzte und Pflegekräfte entscheiden? Eine Vignetten-Studie *Ethik in der Medizin* 1996, 186

²⁹⁵ Bickhardt J, Binsack T, Burger R, Fittkau-Tönnemann B, Kalb P, Möller J, Weißbauer W, Wuermeling HB: Patientenverfügung, Bestellung einer Vertrauensperson, Vorsorgevollmacht und Betreuungsvollmacht – rechtliche Hilfsmittel in Grenzsituationen der Arzt-Patienten-Beziehung *Bayerisches Ärzteblatt* 2/2000, 6

Testament bekannt gewordene, bestimmten ärztlichen Maßnahmen entgegenstehende Wille des Patienten schließt also insoweit ärztliches Eingreifen aus; er ist keineswegs nur als ein - überwindbares - Indiz bei der Ermittlung des mutmaßlichen aktuellen Willens des entscheidungsunfähigen Patienten heranzuziehen²⁹⁶. Diese starke Meinung zur Verbindlichkeit von Patientenverfügungen wurde 1998 nur mit Einschränkungen in die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung aufgenommen. Die Handreichungen der Bundesärztekammer für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen 1999 weisen nicht mehr auf die noch in den Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung 1998 formulierte möglicherweise wachsende Hoffnung in aussichtslos erscheinenden Lagen als limitierenden Faktor für die Verbindlichkeit hin. Die Begründungslast liegt auf Seiten derjenigen, die eine Patientenverfügung nicht anerkennen möchten und konkrete Anhaltspunkte für eine Willensänderung²⁹⁷ nachweisen müssen.

Es darf im Zusammenhang mit der Frage nach der Verbindlichkeit und der Beachtlichkeit nicht vergessen werden, dass Patientenverfügungen „ein Hilfsmittel zur Entscheidungsfindung und -durchsetzung in einer notwendig defizitären Situation“ sind. „Gegenüber dem Leitbild der aktuellen Selbstbestimmung des betroffenen Patienten bleiben alle denkbaren Alternativen (stellvertretende Entscheidung des Arztes, eines Betreuers, Vorabverfügung des Patienten) zwangsläufig zurück. Wer sich einer Patientenverfügung bedient, trifft damit auch eine Entscheidung darüber welchem Defizit er für sich selbst den Vorrang gibt.“²⁹⁸

Im Zusammenhang mit der Verbindlichkeit wird ferner das Kriterium der Zeit des Abfassens einer Patientenverfügung diskutiert. Es wird die Meinung vertreten, dass die Bindungswirkung sinkt, je länger die Verfügung zurückliegt. Hier wird insbesondere problematisiert, dass der Betroffene bei der Fertigung der Patientenverfügung regelmäßig noch keine Erfahrungen mit dem Tod gemacht habe. Insoweit würde er Schwierigkeiten haben, sich in eine Situation terminaler Erkrankung zu versetzen und seine Behandlungswünsche einzuschätzen. Ferner könne sich das Fühlen, Denken und Handeln eines unheilbar erkrankten oder kurz vor dem Sterben befindlichen Menschen geändert haben.²⁹⁹ In diesem Zusammenhang ist jedoch zu berücksichtigen, dass dieses Problem dem Grunde nach auch in anderen Situationen entstehen kann, in denen gleichwohl von der Rechtsverbindlichkeit antizipierter Behandlungsanweisungen ausgegangen wird. Als Beispiel sei hier die vor einer Operation geäußerte Zustimmung oder Ablehnung zu einer Operationserweiterung für den Fall genannt, dass sich während der Operation die Notwendigkeit weiterer, ggf. gefährdender medizinischer Maßnahmen zeigt.³⁰⁰ Im übrigen stellt sich die Frage, ob die sodann zu erfolgende (objektive) Drittentscheidung über Leben und Tod durch den Arzt oder einen Vertreter die bessere Entscheidung wäre, weiß doch der Betroffene im Zweifel über seine Ängste und Nöte selbst am besten Bescheid. Spann wies darauf hin, dass es nach dem Verhältnismäßigkeitsprinzip nicht vertretbar ist, dem Schwerstkranken, dessen Lebensumstände sich geändert haben, die Fähigkeit abzusprechen, das Bevorstehen des Todes mit gewissen Werten belegen und einschätzen zu können.³⁰¹ Ein autonomiebegrenzender Paternalismus wäre hier verfehlt.

Doch ist definitionsgemäß genau bei dem entscheidungsunfähigen Patienten eben diese Fähigkeit der Einschätzung nicht vorhanden. Auch ist das Beispiel der Zustimmung zu einer Operation, welches man nur zeitlich ausdehnen müsse, um in die Situation einer Patientenver-

²⁹⁶ Sternberg-Lieben D: Strafbarkeit des Arztes bei Verstoß gegen ein Patienten-Testament *Neue Juristische Wochenschrift* 1985, 2737

²⁹⁷ Bundesärztekammer: Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen *DÄBl* 1999, 2721, Punkt 6 Verbindlichkeit; siehe Anlage II

²⁹⁸ Koch HG: Wie verbindlich sind Patientenverfügungen? *Ärzteblatt Baden-Württemberg* 1999, 110, 397-399

²⁹⁹ Harder *ArztRecht* 1/ 1991, 11, 16

³⁰⁰ Hartmann *NStZ* 2000, 115

³⁰¹ s. Spann *MedR* 1983, 13, 14; Bockelmann *Ärztl. Praxis* 1974, 1235

fügung zu kommen, keine ganz korrekte Analogie. Denn die Zustimmung folgt meist zu einer dezidierten Maßnahme mit einem abgrenzbaren Risikospektrum und die Entscheidungsunfähigkeit wird nur für kurze Zeit erwartet. Die Art und der Zweck des Eingriffs, die Nebenwirkungen, vorhersehbaren Risiken können nicht nur erläutert, sondern auch zu konkreten Handlungsalternativen z.B. zum Nichtoperieren in der gegebenen Situation gesetzt werden. Es ist eher unwahrscheinlich, dass sich die aktuellen Bedürfnisse und weltanschaulichen Präferenzen während der Operation ändern. Daher kann man die andauernde Zustimmung zu der Maßnahme annehmen – und im Extremfall sogar überprüfen wenn man den Patienten aus der Narkose aufweckt. Die Patientenverfügung andererseits muss unzählbare Variationen klinischer Verläufe und Möglichkeiten abdecken und wird erst dann relevant, wenn die Situation sich tatsächlich verändert hat, nämlich der Patient so schwer krank geworden ist, dass er entscheidungsunfähig ist und dann aber auf die neue Situation nicht mehr reagieren kann. Daher ist die andauernde Validität der Zustimmung oder der Ablehnung von getroffenen Richtlinien nicht in gleicher Weise wie Operationseinwilligungen zu sehen.³⁰²

Dodegge / Fritsche schlagen vor, dass eine Patientenverfügung bindend akzeptiert werden soll, „wenn sie unter Berücksichtigung eines Wissensstandes getroffen wurde, der im konkreten Entscheidungszeitpunkt dem Stand der ärztlichen Erkenntnisse sowie der vorausbedachten persönlichen Situation des Patienten entspricht“³⁰³. Kriterien zur Erkennung der Berücksichtigung des aktuellen Standes der Medizin werden von Dodegge / Fritsche nicht angeführt.

Unklare Verfügungen sind keine Hilfe bei der Entscheidung über den Fortgang einer Behandlung bei nichtkompetenten Patienten, und Fallbeispiele³⁰⁴ zeigen, dass Verfügungen nicht nur generelle, schwer zu präzisierende Formulierungen enthalten sollen. Die Auslegung der Verfügung auf die tatsächliche Situation sollte in der Verfügung geregelt und z.B. durch den Bevollmächtigten sichergestellt sein. Diese Forderung ist jedoch in den bislang vorliegenden Verfügungen ungelöst, da beinahe immer normativ interpretationsbedürftige Vokabeln gebraucht werden³⁰⁵.

Koch unterscheidet bei der potentiellen Berücksichtigung von Patientenverfügungen exemplarisch drei Fallgruppen und sieht (a) bei Unfallopfern in der intensivmedizinischen Akutversorgung in der Regel keinen Raum für eine Patientenverfügung, da dem Sinngehalt nach nicht die „Krisenintervention“ geregelt werden soll, sondern „Vorkehrungen für das als unvermeidlich bevorstehende Lebensende“³⁰⁶ getroffen werden sollen. Eine von einem (b) unheilbar Kranken „in Kenntnis des voraussichtlichen weiteren, zum Tode führenden Krankheitsverlaufs“³⁰⁷ formulierte Patientenverfügung ist verbindlich und sollte mit dem Arzt rechtzeitig zum Ausräumen von Unklarheiten besprochen werden. Die Patientenverfügung eines (c) Gesunden mit der Weisung des Verzichts bestimmter Maßnahmen für den Fall der irreversiblen

³⁰² Meran JG: Advance Directives and Surrogate Decision Making; Ethical Questions, legal answers and clinical summary, *Annual Review of Law and Ethics* Volume 4, 1996, 381-444,

³⁰³ Dodegge G, Fritsche I: Zur Rechtslage bei der Entscheidung über den Abbruch medizinischer Behandlungen *Neue Juristische Wochenschrift* 2001, 183

³⁰⁴ vgl. Case Study: An Alert and Incompetent Self. The Irrelevance of Advance Directives, *Hastings Report* 1998, 28-30 mit Kommentaren von Dresser R und Astrow AB

³⁰⁵ z.B. Formulierungen wie „Solange eine realistische Aussicht auf Erhaltung eines erträglichen Lebens besteht, erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung der angemessenen Möglichkeiten“ (Patientenverfügung der Evangelisch-lutherischen Kirche in Bayern)

³⁰⁶ Koch H-G: Der medizinisch assistierte Tod. Aktuelle Rechtsfragen der Sterbehilfe im deutschen Recht, In: Holderegger A (Hg.) *Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht* 2000, 320

³⁰⁷ Koch H-G: Der medizinisch assistierte Tod. Aktuelle Rechtsfragen der Sterbehilfe im deutschen Recht, In: Holderegger A (Hg.) *Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht* 2000, 320

Bewusstlosigkeit, die durch einen Unfall oder eine plötzliche Erkrankung „gewissermaßen zufällig“ wirksam wird, erfordert eine genaue Abklärung der Irreversibilität und nach Koch soll ein Betreuer bestellt werden. Mit diesem Betreuer ist „die Bedeutung der Patientenverfügung“³⁰⁸ abzuklären.

Sass / Kielstein unterscheiden vier Szenarien von Situationen, wie Patientenverfügungen gewürdigt und umgesetzt werden sollen³⁰⁹. Im ersten, einfachen Fall eines *urteilsfähigen Bürgers* sollte die Verfügung als Ausdruck des aktuellen mutmaßlichen Willen des Patienten anerkannt werden, da er in der Zwischenzeit die Möglichkeit zur Änderung oder zum Widerruf gehabt hatte. Analog zu anderen lebensweltlich relevanten Entscheidungen soll die Geltung solange unterstellt werden, solange sie nicht modifiziert oder widerrufen wurde. Eine Überprüfung wird zugeraten.

Im Szenario des *langanhaltenden Koma*, in dem keine sinnvollen Erfahrungen über sich selbst und die Welt möglich sind, wird postuliert, dass keine neuen Erlebnisse und Erfahrungen zur Begründung einer möglichen Änderung des Wert- und Wunschbildes vorliegen³¹⁰. Eine weitere Gruppe von *chronisch oder terminal erkrankten Patienten* ist von eigenen Erfahrungen und Erfahrungen mit der Umwelt geprägt, die Anlass zu einer Änderung der früheren Verfügungen geben könnten. Patienten sollten auf die Überprüfung und mögliche Änderung ihrer früheren Verfügungen hingewiesen werden. Dennoch gelten die früheren Verfügungen bis zum Widerruf. Die alleinige Feststellung der Änderung der Lebensumstände ist nicht ausreichend, die Verfügung nicht anzuerkennen.

Bei vorher urteils- und entscheidungsfähigen *dementen Patienten* sehen Sass / Kielstein eine Persönlichkeitsveränderung durch eine Einengung der Lebenswelt. Sie sprechen sich für die Befolgung des verzerrten oder instabilen aktuellen Wert- und Wunschbild der Patienten aus, und es sollen kleinere alltägliche Wünsche der Dementen erfüllt werden. Bei größeren medizinischen Eingriffen soll sich die Behandlung jedoch an dem orientieren, was die Betroffenen mit Absicht prospektiv und langfristig auch mit dem spezifischen Risiko der Persönlichkeitsveränderung festgelegt haben³¹¹. Dies empfehlenswerte sequenzierte Modell berücksichtigt Erfahrungswelt und Erlebnishintergrund.

Vor dem Hintergrund der Bestätigung der Verbindlichkeit einer Patientenverfügung in Literatur und durch die Bundesärztekammer fordert Uhlenbruck, „den letztlich sinnlosen Streit um die Verbindlichkeit eines Patiententestaments zu beenden“³¹², da die Äußerungen des Patienten dem mutmaßlichen Willen entsprechen, an welchen Ärzte gebunden sind.

Wie oben bereits dargelegt, stünde eine zeitliche Begrenzung der Forderung nach Rechtssicherheit für die Beteiligten entgegen. Der Befürchtung, dass der Betroffene möglicherweise nach einiger Zeit nicht mehr an der Verfügung festhalten will, kann damit entgegengetreten werden, dass die Verfügung jederzeit formlos widerrufbar ist. Der Vorsicht halber könnte in der Verfügung durch den Betroffenen vermerkt werden, das Risiko bedacht zu haben, dass die Erklärung möglicherweise dem späteren Willen nicht mehr entspricht.^{313,314}

³⁰⁸ Koch H-G: Der medizinisch assistierte Tod. Aktuelle Rechtsfragen der Sterbehilfe im deutschen Recht, In: Holderegger A (Hg.) *Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht* 2000, 320

³⁰⁹ vgl. Sass HM, Kielstein R: *Die medizinische Betreuungsverfügung in der Praxis* 1999, 43

³¹⁰ vgl. ebd., 43

³¹¹ vgl. ebd., 43

³¹² Uhlenbruck W: § 58 Die Pflicht zum Behandlungsabbruch, In: Laufs A, Uhlenbruck W, Genzel H, Kern BR, Krauskopf D, Schlund GH, Ulsenheimer K: *Handbuch des Arztrechts* 1999, Rdnr. 9

³¹³ Taupitz, S.364 in Taupitz J (Hrsg.) *Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens – Eine internationale Dokumentation* 2000

³¹⁴ Meran JG: Aufklärung und Patientenverfügungen. in Mayer-Maly T., Prat E.H. (Hg): *Aufklärungspflicht und Haftung*, 1998 S.15-30

Trotz aller Vorsicht gibt es keine risikolosen Entscheidungen bei der Auslegung und Anwendung einer vorsorglichen Verfügung. Von Bedeutung ist der Ermessensspielraum der Entscheidungsträger, da sonst eine Patientenverfügung wegen restriktiven Weisungen unpraktikabel sein könnte. Das Nichtvorhandensein einer Verfügung bei der Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland dürfte jedoch nicht auf einer bewussten Entscheidung nach einer Risikoabwägung beruhen, sondern auf der Unterordnung unter die ärztlichen Entscheidungen oder Verdrängung der Notwendigkeit.

Nach den von der Bundesärztekammer vorgestellten Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen ist der in einer Patientenverfügung geäußerte Wille verbindlich, „es sei denn, es liegen konkrete Anhaltspunkte vor, die auf eine Veränderung seines Willens schließen lassen“³¹⁵. Die Bundesärztekammer empfiehlt eine regelmäßige Bestätigung oder Ergänzung der Patientenverfügung³¹⁶, macht aber die Verbindlichkeit nicht von einer Zeitspanne abhängig. Von einer graduellen Bindungswirkung ist in den Handreichungen der Bundesärztekammer für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen nichts zu finden.

6.3.3 Reichweite der Verfügung/Begrenzung des Verfügbaren (auch für Behandlungswünsche)

Verfügbar kann lediglich das sein, was mit den geltenden Gesetzen und Moralvorstellungen vereinbar ist. Es kann ferner nichts gefordert werden, was ungerechtfertigt die Freiheit und die Rechte einer dritten Person tangiert. Beispielsweise kann ein Arzt durch seinen Patienten nicht zu einer Behandlung gezwungen werden, die seinem Berufsethos widerspricht. Des Weiteren kann in Deutschland keine aktive Sterbehilfe gefordert werden.

Gibt es Grenzen, und wenn ja welche, von gewünschter Behandlung im Sinne des Teilhaberechtes? Muss der Arzt alles tun was ein Patient verlangt? Die Problematik des Futility-Begriffes kommt hier ins Spiel, mit dem letztlich gescheiterten Versuch sinnlose Behandlung zu quantifizieren. Denn entscheidend ist die vorausgehende Präzisierung der Therapieziele. Die Brisanz des Begriffes „Aussichtslosigkeit“ liegt in der Spannbreite, die einerseits quantitativ den Übergang von wenig erfolgversprechend bis absolut wirkungslos umfasst, andererseits qualitativ eine Bewertung durch Setzen eines normativen Therapiezieles impliziert. Letzteres entspricht einer Spielart der kaum lösbaren Frage nach dem lebenswerten Leben. Die Spannung dieser Entscheidung liegt meist zwischen Lebensverlängerung und hohen Belastungen durch eine Therapie. Die zugrundeliegende Bewertung besteht aus medizinischen Sachverhaltsanteilen und individuellen, persönlichen Anteilen die keinen medizinischen Sachverstand erfordern. Vielmehr handelt es sich um eine Risiko-Nutzen Kalkulation, die wiederum auf die Binnensicht des Patienten angewiesen ist. Daher hat sich der Begriff Futility nicht als verwendbares richtungsweisendes Konzept etablieren können.³¹⁷

Es sind auch Fälle denkbar in denen die früher geäußerten Wünsche des Patienten in einem derart gravierenden und krassen Ausmaß der aktuellen ärztlichen Einschätzung eines behebbaren medizinischen Problems entgegen stehen, dass sich die Frage stellt ob möglicherweise doch gegen den Willen des Patienten, jedoch in seinem mutmaßlichen Interesse, entschieden werden kann?³¹⁸

³¹⁵ Bundesärztekammer: Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen *DÄBl* 1999, 2721, Punkt 6 Verbindlichkeit; Anlage II

³¹⁶ Ebd., Punkt 6 Verbindlichkeit

³¹⁷ Meran JG: Aussichtslosigkeit (Futility) Therapieabbruch und die Rolle der Palliativmedizin. *Acta Med Austr* 28; 2001:s.2 suppl. 54

³¹⁸ siehe Diskussion über das Odysseus Beispiel, Kapitel 3.2.4

7 Mögliche Konsequenzen der Verbreitung von Patientenverfügungen

Die Beschäftigung mit Entscheidungskonflikten in der Medizin wird zu einem erhöhten Bewusstsein über selbige beitragen und vielleicht zu einer vermehrten Beteiligung von Patienten an Entscheidungsprozessen führen.

7.1 juristische Konsequenzen

I. Im Rahmen der vormundschaftsgerichtlichen Prüfung eines Antrages nach § 1904 BGB wird auch auf die Patientenverfügung zur Bestimmung des mutmaßlichen Willens zurückgegriffen. Im Zusammenhang mit einer Regelung zu Patientenverfügungen muss daher die Bedeutung im vormundschaftsgerichtlichen Genehmigungsverfahren nach § 1904 BGB geklärt werden.

Nach den Buchstaben des BGB bezieht sich die Norm des § 1904 BGB allein auf aktive Maßnahmen und Sachverhalte, die ein Tun bedeuten. Diese enge wörtliche Auslegung wurde durch das Oberlandesgericht Frankfurt/M. in seiner vormundschaftsgerichtlichen Entscheidung von 1998 in Nachfolge des Bundesgerichtshof in der Kemptener Entscheidung 1994 im Zuge eines „Erst Recht-Schlusses“ erweitert und fand auf den geplanten Abbruch der künstlichen Ernährung Anwendung. Die nachfolgende Rechtsprechung hat sich in der Mehrzahl dieser Meinung nicht angeschlossen. Es existiert derzeit in Deutschland eine uneinheitliche Rechtspraxis. Es wurde bisher keine Entscheidung eines Obergerichts getroffen, die sich gegen die Analogie ausspricht. Insoweit würde die Möglichkeit einer Divergenzvorlage beim Bundesgerichtshof bestehen. Die gesundheitliche Verfassung der Betroffenen duldet in der Regel kein längeres Verfahren bzw. übersteigt der Weg durch die Instanzen die Lebenszeit der Betroffenen. Eine Klärung der Frage der analogen Anwendung des § 1904 BGB scheint somit derzeit fraglich. Der Gesetzgeber ist somit aufgefordert zu klären, ob es neben dem vormundschaftsgerichtlichen Verfahren auch andere Verfahren geben sollte, damit das Selbstbestimmungsrecht zum Ausdruck gebracht werden kann.

II. Im Rahmen der Diskussion über die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen stellt sich die Frage, in wieweit hieraus zivilrechtliche Ansprüche im Sinne einer Einklagbarkeit der Befolgung sowie der strafrechtlichen Sanktionierung im Falle der Nichtbefolgung einer Patientenverfügung ableitbar sind. Handelt ein Arzt im Widerspruch zu einer Patientenverfügung, die einer validen Bekundung des (mutmaßlichen) Willens im Rahmen des rechtlich Zulässigen entspricht, so drohen folgende rechtliche Risiken: strafrechtliche Folgen einer Behandlung ohne Einwilligung (eigenmächtige Heilbehandlung als Körperverletzung) und zivilrechtliche Konsequenzen (z.B. Wegfall des Honoraranspruches) Denkbar erscheint auch, dass Krankenkassen die Vergütung einer Behandlung ablehnen, die im Widerspruch zu einer für beachtlich eingestuften Patientenverfügung erbracht wurden.³¹⁹ Grundsätzlich können auch einem Betreuer, der sich über eine Patientenverfügung hinwegsetzt straf- und zivilrechtliche Konsequenzen drohen.

III. Eine eigenständige Regelung von Patientenverfügungen muss die Berührungspunkte zu anderen juristischen Regelungen (z.B. Arzthaftung, Heimrecht, vertragliche Regelungen) berücksichtigen.

³¹⁹ Koch HG: Wie verbindlich sind Patientenverfügungen? *Ärzteblatt Baden-Württemberg* 1999, 110, 397-399

7.2 ökonomische Konsequenzen

Fraglich ist, ob ein Beratungsgespräch im Zuge der Erstellung einer Patientenverfügung zusätzlich honoriert werden sollte, oder im Rahmen der „normalen“ Patientenversorgung Platz hat. Im Hinblick auf die zu fordernde Qualität solch eines Gespräches, die einem entsprechenden Qualitätssicherungsprozess unterliegen müsste wäre eine entsprechende Honorierung wünschenswert. Derzeit existiert keine einschlägige Gebührensatzung zur Beratung über Patientenverfügungen und eine Honorierung müsste – sofern sie von einem Berater gefordert wird – vom Ratsuchenden selbst beglichen werden.

Einer individuellen Beratung zu Patientenverfügungen könnte eine generelle Information vorgeschaltet werden.

Neben der privaten Finanzierung der *Beratung* kommt auch die Finanzierung einer Beratung durch Krankenkassen unter Umständen mit einer Eigenbeteiligung des Ratsuchenden in Betracht. Eine individuelle Beratung zu Patientenverfügungen wird primär als ärztliche Aufgabe angesehen, jedoch die generelle *Information* zu Patientenverfügungen könnte ebenso durch qualifizierte Fachleute erfolgen.

Betreuungsvereine besitzen den gesetzlichen Beratungs- und Informationsauftrag gemäß § 1908 f Ziff. 2a BGB zu Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen. Dieser gesetzliche Auftrag könnte auf die Information zu Patientenverfügungen ausgeweitet werden, da die thematische Nähe gegeben ist und neben der Übertragung der Entscheidungsbefugnis auch inhaltliche Angaben für den Entscheidungsträger gegeben werden möchten.

Die Betreuungsstelle fördert gemäß § 6 BtBG die Aufklärung und Beratung über Vollmachten und Betreuungsverfügungen. Auch dieser gesetzliche Auftrag könnte erweitert werden.

Die für die Information vorgesehenen Stellen müssen auch die finanzielle Ausstattung für die Tätigkeit erhalten. Für die Finanzierung sind mehrere Modelle denkbar: private Kostenübernahme; gesamte oder teilweise Übernahme der Kosten durch Leistungserbringer im Gesundheitswesen/ Krankenkassen; staatliche Finanzierung bzw. Bezuschussung eventuell unter Berücksichtigung der Einkommensverhältnisse des Ratsuchenden (vgl. gerichtliche Beratungshilfe).

Zur Prognose der ökonomischen Auswirkungen durch eine Verbreitung von Patientenverfügungen kann die Tendenz der am Markt befindlichen Muster von Patientenverfügungen³²⁰ hilfsweise herangezogen werden. Die überwiegende Anzahl der Verfügungsmuster ist auf eine Reduktion bzw. den Nichtbeginn medizinischer Maßnahmen gerichtet. Eine überwiegende Ablehnung medizinischer Maßnahmen in der Sterbephase würde möglicherweise ökonomische Ressourcen freisetzen. In diesem Zusammenhang ist darauf zu achten, dass Verfügungen nicht als ökonomische Konsolidierungs-Instrumente missbraucht werden. Auf der anderen Seite werden in Patientenverfügungen auch Behandlungswünsche formuliert und es muss auf den verstärkten Wunsch nach Palliativmedizin in Patientenverfügungen auch die nötige Infrastruktur zur Verfügung gestellt werden.

7.3 klinische Konsequenzen

Durch die Beschäftigung mit möglichen Entscheidungskonflikten in der Klinik im Rahmen der Erstellung einer Patientenverfügung wird das Wissen der Patienten erweitert und dessen Mündigkeit erhöht. Der Patient ist u.a. motiviert sich mit gezielten Fragen an den behandelnden Arzt zu wenden und Informationen auch zu hinterfragen. Dadurch wird dem behandelnden Arzt die Möglichkeit eröffnet, sich mit dem Patienten über die aktuellen Beschwerden hinaus über Wünsche und Werte auseinander zu setzen. Der Mediziner erhält somit Informationen über das Wertbild des Patienten, sodass nicht lediglich die Krankheit sondern der Pati-

³²⁰ vgl. Jacobi T, May A, Kielstein R, Bienwald W: *Ratgeber Patientenverfügung*, 2001

ent als Individuum im Mittelpunkt der Bemühungen steht. Dies wiederum stärkt das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Patientenverfügungen sind eine Reaktion des Patienten auf die Aussicht, von fremden oder wechselnden behandelnden Ärzten versorgt zu werden.

Das Erstellen einer Patientenverfügung stellt eine höchstpersönliche Aufgabe dar, die nicht stellvertretend wahrgenommen werden kann. Die einzelne Praxis, dass Angehörigen oder Betreuern in Verbindung mit der Aufnahme in ein Pflegeheim eine Verfügung zur Unterschrift vorgelegt wird, ist abzulehnen. Eine derartige Praxis ist besonders dann nicht akzeptabel, wenn das vorgelegte Verfügungsformular keine intensivmedizinischen Maßnahmen sowie auch keine Verständigung des Notarztes vorsieht und die Motive des Heims darin bestehen, eine juristische Absicherung für diese Praxis zu erreichen. Eine Information und Beratung zu Patientenverfügungen muss ohne versteckte ideologisch geprägte Beeinflussung erfolgen und darf nicht in tendenzieller Weise mit dem Heimvertrag verknüpft werden. Die Patientenverfügung darf somit nicht zum Instrument der Deckung von Missständen im Pflegebereich werden. Dies bezieht sich z.B. auf den Verzicht auf die Verständigung des Notarztes oder lebenserhaltender Maßnahmen als einzige durch das Heim akzeptierte Verfügung.

Die Kenntnis des Arztes über den Patientenwillen bietet eine Orientierungshilfe in Entscheidungskonflikten. Die Patientenverfügung entlässt den Arzt nicht aus der Notwendigkeit der Prüfung des mutmaßlichen Willens in der Entscheidungssituation. Zur Prüfung der Patientenverfügung und Ermittlung des mutmaßlichen Willens, z.B. durch Befragung Dritter, müssen Mediziner über ausreichende kommunikative Fähigkeiten verfügen, welche in der Aus- und Weiterbildung vermittelt werden sollten.

7.4 soziale Konsequenzen

Die Information und Beratung zu Patientenverfügungen sollte entweder weltanschaulich möglichst neutral bleiben, oder in einem vom Patienten selbst gewählten weltanschaulichen Kontext stattfinden (z.B. innerhalb einer kirchlichen Institution der sich der Patient zugehörig fühlt oder durch einen Hospizverein). Jedenfalls darf kein versteckter und selbstverständlich auch kein offener Zwang auf den Patienten ausgeübt werden. Patientenverfügungen sollten nicht zu einem Instrument werden, mit dem ein gesellschaftlicher Druck ausgeübt werden kann. Insbesondere ältere Menschen, die möglicherweise leichter beeinflussbar oder sogar abhängig sind müssen auch vor der Ausübung eines subtilen Druckes bewahrt werden, der ihnen nahe legt (womöglich aus ökonomischen Motiven) rechtzeitig eine Verfügung zu erstellen.

Zur Vermeidung einer Einschränkung des Selbstbestimmungsrechtes durch (indirekte) soziale Sanktionierungen dürfen Entscheidungen über Allokation von Mitteln oder Krankenkassenbeiträgen nicht von der Erstellung einer Patientenverfügung abhängig gemacht werden.

Die vom Bundesgerichtshof als Entscheidungsgrundlage herangezogenen allgemeinen Wertvorstellungen dürfen nicht durch die Mehrzahl der am Markt befindlichen therapieablehnenden Patientenverfügungsmuster bestimmt werden, sondern sich am Prinzip der Lebenserhaltung orientieren.

Der 63. Deutsche Juristentag 2000 hat sich für eine ethische Grundsatzdiskussion auf breiter gesellschaftlicher Basis ausgesprochen, wann vom Prinzip der Lebenserhaltung abgewichen werden darf³²¹. Diese ethische Grundsatzdiskussion auf die überwiegende Zahl von Patientenverfügungen zu reduzieren, welche sich gegen intensivtherapeutische Maßnahmen aus-

³²¹ Beschlüsse des 63. Deutschen Juristentages Leipzig 2000, IV. 4.3 = *BtPrax* 2000, 249

sprechen widerspricht dem durch den Bundesgerichtshof aufgestellte Prinzip der Lebenserhaltung für den Fall, dass der individuelle mutmaßliche Wille nicht ermittelt werden kann.

8 Handlungsbedarf

Im Gegensatz zur Betreuungsverfügung (§ 1901 a BGB) sowie der Vorsorgevollmacht (§ 1896 II 2 BGB) ist die Patientenverfügung nicht durch ein Gesetz geregelt. Ebenso wenig hat die Rechtsprechung sich bislang eindeutig hinsichtlich ihrer Verbindlichkeit geäußert. Die Förderung von Patientenverfügungen ist Ausdruck der Betonung des Selbstbestimmungsrechts und dient der Förderung der Mündigkeit im Gesundheitswesen auch durch Partizipation an Entscheidungen für den Fall der Nichteinwilligungsfähigkeit.

Die Förderung des Diskurses sollte auf verschiedenen Ebenen stattfinden und die Beratungen des 63. Deutschen Juristentages 2000 haben die wissenschaftliche Fachdiskussion mit neuen Impulsen versehen.

8.1 Gesetzgebungsbedarf

Angesichts der Vielfalt der im Umlauf befindlichen Musterverfügungen³²² ist ein gesellschaftlicher Bedarf nach Vorsorgemöglichkeiten für den Fall der Entscheidungsunfähigkeit erkennbar. In der Praxis bestehen Probleme bei der Umsetzung von Patientenverfügungen. Da Unsicherheiten hinsichtlich ihrer Verbindlichkeit bestehen, werden Verfügungen häufig nicht berücksichtigt. Zur Vermeidung dieses Missstandes wäre die Etablierung von Patientenverfügungen als *Rechtsinstitut* durch entsprechende Normierungen wünschenswert.

Solche Regelungen müssen jedoch die Vielfalt der Motive und der individuellen Behandlungswünsche bei jeweils unterschiedlichen Ausgangssituationen berücksichtigen. Diese Heterogenität, die im Rahmen dieses Gutachtens ausführlich diskutiert wurde, lässt es aus unserer Sicht nicht zu, ein bundeseinheitliches, für alle Situationen brauchbares, also standardisiertes Musterformular einer Patientenverfügung aufzustellen. Möglicherweise wäre eine solche Standardisierung, die von staatlicher Seite nur bestimmte Formulierungen oder gar Formulare zulassen würde sogar kontraproduktiv, als rechtspolitisch damit eine Einschränkung der Privatautonomie folgen würde. Demgemäß wäre statt einer Standardisierung von Patientenverfügungen die Aufstellung von Richtlinien, also Standards, für Patientenverfügungen ratsam. Solche Standards müssten die oben diskutierten, notwendigen Elemente einer Patientenverfügung enthalten (siehe Kapitel 6) und deren Interpretationsspielraum (Kapitel 3.2.5) abgrenzen. Anhand solcher Richtlinien könnten entsprechende Muster neu entworfen, aber auch bestehende Muster anhand dieser Kriterien überprüft werden. Aus Sicht der Autoren des Gutachtens ist eine ärztliche Beratung (möglichst durch einen länger betreuenden Arzt des Vertrauens) zumindest als Empfehlung aufzunehmen. Da es sich im Rahmen der Aufklärung zu einem guten Teil um medizinische Sachverhalte handelt ist bei Beratung durch andere Berufsgruppen eine entsprechende Qualifikation und Kompetenz sicherzustellen. Festzuhalten ist, dass es auch im Rahmen einer interdisziplinären Beratung im Zusammenhang mit der Erstellung, Auslegung und Befolgung einer Patientenverfügung nicht um eine Tätigkeit handelt, die allein Angehörigen der rechtsberatenden Berufe zusteht. Die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen sollte bei Vorliegen und Erfüllung von definierten Kriterien (Kapitel 6) klar gestellt werden.

8.2 Standesrecht

Die von der Bundesärztekammer vorgestellten Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung und Handreichungen zum Umgang mit Patientenverfügungen³²³ bilden eine ausreichende Ba-

³²² Jacobi T, May A, Kielstein R, Bienwald W: Ratgeber Patientenverfügung, 2001, 133-146, ferner Anhang III

³²³ siehe Anhang II

sis für die Aus- und Weiterbildung von Medizinern in Fragen der Regelungsmöglichkeiten durch eine Patientenverfügung. Kommunikative Fähigkeiten sind integraler Bestandteil der Beratung (Kapitel 6.1.2), die in der Ausbildung vermittelt werden müssen. Im Falle der Existenz einer Betreuung sollte auch der Betreuer als Adressat der Patientenverfügung eine entsprechende Ausbildung erfahren.

Die Frage der Vergütung einer Beratung im Vorfeld der Erstellung und Überprüfung einer Patientenverfügung muss geregelt werden.

8.3 Öffentlichkeitsarbeit

Zur Wahrnehmung der Rechte als Patient ist die Kenntnis über Regelungsmöglichkeiten erforderlich. Durch Patientenverfügungen kann das Selbstbestimmungsrecht des Patienten auch in der Phase der Einwilligungsunfähigkeit ausgeübt werden. Die Information über Patientenverfügungen sollte sich nicht nur auf mögliche Anwendungssituationen, sondern auch auf formale Dinge wie Regelungsinhalte und prozedurale Fragen erstrecken. Diese Informationen müssen auf mehreren Ebenen vermittelt werden und es sollte niederschwellige Informationsmöglichkeiten für den Interessenten geben, wenn er nach diesen Informationen sucht. Eine erste allgemeine Information kann auch durch interdisziplinäre Beratungsstellen erfolgen. Eine individuelle Beratung zu medizinischen Fragen erfordert medizinischen Sachverstand (Kapitel 6.1.2).

Die Aufklärung der Bevölkerung könnte, initiiert durch das Bundesgesundheitsministerium, über die Verteilung von Informationsbroschüren (welche in Gesundheitsämtern, Arztpraxen, Krankenhäusern, Pflegeheimen, Krankenversicherungen, Gerichten, Anwaltskanzleien ausliegen) erfolgen.³²⁴ Ferner wäre eine Information über Kurzfilme und Plakate (vgl. Anti – Rauch/ AIDS – Kampagnen) denkbar. Informationskampagnen von Krankenkassen werden jedoch ambivalent gesehen, da der Eindruck entstehen könnte, dass ökonomische Gesichtspunkte im Vordergrund stehen.

Verschiedene weltanschaulich geprägte Institutionen und Kirchen haben sich die Information und Beratung zu Patientenverfügungen als Aufgabe gestellt. Diese Information und Beratung ist vom vertretenen weltanschaulichen Ansatz geprägt. Ein Beispiel hierfür bietet die inzwischen in einer Auflage von 1,2 Millionen verbreitete Christliche Patientenverfügung der Christlichen Kirchen von 1999. Diese Verfügung bezieht sich nur auf die Sterbephase und liefert keine darüber hinausgehenden Anweisungen. Es erfolgen durch die Christliche Patientenverfügung keine Festlegungen außerhalb der Sterbephase, da die Verfügung klar deklariert, dass sie ausgehend vom christlichen Menschenbild das Befinden „über Wert oder Unwert eines Menschenlebens“³²⁵ ablehnt.

Sobald eine Patientenverfügung oder Bevollmächtigung erstellt ist, sollte sichergestellt sein, dass der behandelnde Arzt hiervon auch Kenntnis erhält. Es stellt sich daher die Frage, wo eine solche Verfügung am besten niederzulegen wäre.

Angesichts der Verpflichtung zur Anrufung des Vormundschaftsgerichtes gem. § 1904 BGB, liegt eine dortige Niederlegung, wie dies bereits § 1901 a BGB für die Betreuungsverfügung vorsieht, nahe. Denkbar wäre ferner die Einrichtung eines gesonderten staatlichen Registers (Kapitel 6.2.3), wie dies in Dänemark praktiziert wird.³²⁶ Möglich wäre auch eine Niederle-

³²⁴ vgl. gesetzliche Verpflichtung zur Unterrichtung über Verfügungsmöglichkeiten der Kliniken und Pflegeheime über amerik. Self – Determination – Act v. 1991

³²⁵ Beykirch U, Knüppel R: Christliche Patientenverfügung – Handreichung und Formular *NJW* 2000, 1776

³²⁶ s. Taupitz S. 366 in Taupitz J (Hrsg.) *Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens – Eine internationale Dokumentation 2000*

gung in den zuständigen Krankenhäusern, wie in den USA und Kanada. Nachteilig daran ist allerdings, dass eine Einlieferung des Patienten in ein anderes Krankenhaus möglich, ja sogar wahrscheinlich ist und damit keine Kenntnis von der Verfügung erlangt werden kann. Praktischer wäre diese Möglichkeit lediglich dann, wenn die Krankenhäuser miteinander vernetzt wären.

Selbstverständlich kann der Patient seine Verfügung auch im häuslichen Bereich wie ein erbrechtliches Testament deponieren. Hier (sowie auch bei den anderen Möglichkeiten) wäre es ratsam, eine Hinweiskarte, auf welcher über die Existenz einer Verfügung informiert wird, in der Briefftasche oder Geldbörse bzw. bei sonstigen relevanten Ausweisen mitzuführen.

9 Zusammenfassung

1) Medizinische Behandlung ist grundsätzlich nur nach Einwilligung zulässig. Eine gültige Einwilligung setzt Aufklärung, Freiwilligkeit und Entscheidungsfähigkeit voraus. Bei Entscheidungs- und Einwilligungsunfähigkeit wird nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten entschieden. Wenn kein erklärter oder mutmaßlicher Wille erkennbar ist, wird nach dem Grundsatz des Lebensschutzes in dubio pro vita vorgegangen.

2) Für Zeiten, in denen Entscheidungsfähigkeit oder Kommunikationsfähigkeit fehlen, besteht die Möglichkeit, vorsorgliche Richtlinien für die medizinische Versorgung in Form einer Patientenverfügung aufzustellen. Voraussetzungen von Patientenverfügungen sind einerseits die prinzipielle Anerkennung des Selbstbestimmungsrechtes der Patienten und zweitens die Möglichkeit, dass ein Patient medizinische Behandlung nicht nur hic et nunc bestimmen, sondern auch für zukünftige, letztlich unvorhersehbare Situationen verbindliche Direktiven festlegen kann. Das Selbstbestimmungsrecht fußt auf der Autonomie als konsensfähigem moralischen Prinzip. Eine Patientenverfügung versucht also, dem Selbstbestimmungsrecht auch im Zustand der Entscheidungsunfähigkeit Geltung zu verschaffen, und bezieht sich nicht nur auf die Sterbephase, sondern kann auch für die medizinische Versorgung in anderen Situationen der Kommunikationsunfähigkeit erstellt werden.

3) Neben der Möglichkeit, schriftliche, ansonsten formfreie Patientenverfügungen aufzustellen, welche Wünsche und Präferenzen für die Behandlung enthalten, gibt es auch die Einrichtung einer Betreuung durch das Vormundschaftsgericht. Mit einer Betreuungsverfügung nach § 1901a BGB kann man gewünschte Personen und die Art und Weise der Betreuung für die Situation der Entscheidungsunfähigkeit anführen. Bei schwerwiegenden Entscheidungen, wie bei möglicher Lebensbedrohung oder möglicherweise anhaltenden Schädigungen, muss der Betreuer das Vormundschaftsgericht anrufen. Eine weitere Möglichkeit, einen Stellvertreter zu benennen, ist die Vorsorgevollmacht nach § 1896 II BGB, die auch für den höchstpersönlichen Bereich der Gesundheitsangelegenheiten gilt. Auch in diesem Fall muss das Vormundschaftsgericht bei schwerwiegenden Entscheidungen angerufen werden.

4) Die Probleme bei der Abfassung und der Anwendung einer Patientenverfügung resultieren aus der besonderen Entscheidungssituation zum Zeitpunkt, in dem der Verfügende nicht mehr zu seinen Festlegungen gefragt werden kann. Somit muss eine Patientenverfügung die vorab geäußerten individuellen Wünsche und Werte nachvollziehbar zum Ausdruck bringen.

Bei der Umsetzung einer Patientenverfügung stellt sich die Frage nach deren Verbindlichkeit. Der Grad der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen ist abhängig von Klarheit, Genauigkeit und Präzision der geäußerten Wünsche des Patienten einerseits und der tatsächlichen Situation andererseits. Ob sich der geäußerte Wille geändert hat, muss im jeweiligen Fall geprüft werden. Die Beweislast dafür sollte grundsätzlich bei denjenigen liegen, die sich an die Direktiven nicht gebunden fühlen. Somit hat der Behandelnde den Wünschen einer Verfügung zu entsprechen, sofern dies dem Wohl des Patienten nicht zuwiderläuft und dem aktuellen mutmaßlichen Willen entspricht. In Notfallsituationen kann die Umsetzung von Verfügungen problematisch sein, wenn umgehender Handlungsbedarf eine Überprüfung nicht erlaubt. Gültigkeit und Aktualität sind keine rein zeitlich determinierten Faktoren. Auch eine lang zurückliegende Verfügung kann den aktuellen mutmaßlichen Willen zum Ausdruck bringen.

5) Auch die Stellvertreterentscheidungen (Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung) richten sich nach dem erklärten und mutmaßlichen Willen des Patienten. Im Gegensatz zur Betreu-

ungsverfügung (§ 1901 a BGB) sowie der Vorsorgevollmacht (§ 1896 II 2 BGB) ist die Patientenverfügung nicht gesetzlich geregelt. Ebenso wenig hat die Rechtsprechung sich bislang eindeutig hinsichtlich ihrer Verbindlichkeit geäußert. Zwar betonten die bisherigen gerichtlichen Entscheidungen die Bedeutung einer Patientenverfügung zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens, ohne jedoch inhaltliche Konkretisierungen vorzunehmen. Die Bundesärztekammer hat sich zu Kriterien einer validen Patientenverfügung geäußert, auf die Erstellung einer Musterverfügung verzichtet.

6) Patientenverfügungen sind Hilfsmittel zur Entscheidungsfindung und Durchsetzung von Handlungs- und Unterlassungsanweisungen in einer notwendig defizitären Situation. Gegenüber dem Leitbild der aktuellen Selbstbestimmung bleiben alle denkbaren Alternativen (stellvertretende Entscheidung des Arztes, eines Betreuers, Vorabverfügung des Patienten) zwangsläufig zurück. Die Erstellung einer Patientenverfügung ist damit auch eine Entscheidung des Patienten darüber, welchem Defizit er für sich selbst den Vorzug gibt.

7) Die Qualität einer Patientenverfügung hängt unter anderem vom Ausmaß einer vorausgegangenen Willensbildung und Entscheidungsfindung ab. Diese Willensbildung sollte unter Einbeziehung von adäquaten Informationen über mögliche Krankheitsverläufe, unter Reflexion eigener Werte und Präferenzen erfolgen. Zu berücksichtigen sind ferner die Konsequenzen der Patientenverfügung insbesondere im Hinblick auf mögliche Differenzen zwischen Verfügtem und in der aktuellen Situation geäußertem Willen. Hilfen zur Reflexion eigener Wertvorstellungen können im Gespräch oder mittels narrativer Wertanamnesen gegeben werden. Am besten geeignet zur Aufklärung erscheinen die jeweils längerfristig betreuenden Ärzte. Idealerweise entsteht eine Verfügung aus einem längeren Reflexionsprozess, der auch durch zusätzliche Informationsmaterialien und Beratungsstellen unterstützt werden kann. Patientenverfügungen lösen nicht alle Probleme mit entscheidungsunfähigen Patienten, können jedoch eine sinnvolle Hilfe sein. Doch hängt ihr Wert für die konkrete Entscheidungsfindung davon ab, ob sie durchdacht und sorgfältig produziert wurden. Dringend empfehlenswert ist daher die Einbindung in einen sorgfältigen Prozess der Aufklärung.

8) Aufgrund der Vielzahl von individuellen Situationen und heterogenen weltanschaulichen Positionen kann es eine standardisierte, allgemeingültige Verfügung nicht geben. In Abhängigkeit von der Motivation der Verfügung werden unterschiedliche Schwerpunktsetzungen zweckdienlich sein. Patientenverfügungen werden in unterschiedlichen Phasen mit unterschiedlicher Krankheitserfahrung von Gesundheit bis hin zu schwerstkranken Zuständen angefertigt. Diese Ausgangssituation bedingt unterschiedliche Vorerfahrungen und Vertrautheit mit den zu entscheidenden Situationen und unterschiedlichen Zielsetzungen.

Mögliche Ziele beinhalten den Wunsch nach Ausmaß und Art der medizinischen Versorgung, wobei man akute und chronische Situationen differenzieren sollte.

Aus der Patientenverfügung sollten die Ausgangssituation, die Vorerfahrungen und die gewünschten Ziele hervorgehen. Hilfreich ist auch die Angabe, ob ein Ermessensspielraum für den Arzt bestehen soll und welcher Angehörige ggf. bei der Interpretation hinzuzuziehen ist.

9) In der klinischen Praxis wird es nur für eine kleine Minderheit tatsächlich zu einer Situation kommen, in der die Entscheidungsfähigkeit verloren geht und zeitgleich medizinische Entscheidungen anstehen. Patientenverfügungen sind daher vor allem denjenigen zu empfehlen, die solch eine Situation absehen können und die spezifische Wünsche oder Präferenzen haben.

10) Empfohlen wird eine schriftliche, datierte Patientenverfügung. Ein zentrales Register scheint wünschenswert. Vorhandene Patientenverfügungen müssen Bestandteil der Kran-

kenunterlagen werden. Es empfiehlt sich im Rahmen der Anamnese nach dem Vorhandensein einer Patientenverfügung zu fragen. Eine Patientenverfügung sollte in der Entscheidungssituation ohne größeren Zeitverlust verfügbar sein. Dies kann durch das ständige Mitführen der Verfügung geschehen. Wenn dies wegen des Umfangs der Patientenverfügung nicht praktikabel ist, so empfiehlt sich der Hinweis auf den Aufbewahrungsort in Form einer Hinweiskarte bei den persönlichen Dokumenten.

11) Grenzen des Verfügbaren werden durch den gültigen Rechtsrahmen gesetzt. Weiter besteht ein wesentlicher Unterschied zwischen Direktiven im Zusammenhang mit der negativen Freiheit in Ruhe gelassen zu werden (also eine Therapie ablehnen zu können) und der positiven Freiheit auf bestimmte Behandlungsoptionen, die nur dann wirksam gewünscht werden können, wenn sie medizinisch indiziert, rechtlich erlaubt und vorhanden sind. Weder kann aktive Sterbehilfe erfolgversprechend verlangt werden, noch kann man mittels Verfügung Ärzte zu sinnloser, dem Berufsethos widersprechender Therapie verpflichten.

12) Die mit der Erstellung einer Patientenverfügung einhergehende Beschäftigung mit Entscheidungskonflikten in der Medizin und der Versorgung am Lebensende kann zu einem tieferen Bewusstsein der menschlichen Existenz beitragen und zu einer größeren Beteiligung an normativen Entscheidungsprozessen führen. Die Förderung von Patientenverfügungen könnte somit zur Betonung des Selbstbestimmungsrechtes und der Mündigkeit im Gesundheitswesen beitragen.

10 Literatur

- Baberg, Henning; Kielstein, Rita; Sass, Hans-Martin "Der Behandlungsverzicht im Blick des Bochumer Inventars zur Medizinischen Ethik" Medizinethische Materialien, Heft 124 Zentrum für Medizinische Ethik Bochum 2000
- Birnbacher, Dieter: Ethische Kriterien des Behandlungsabbruchs. Zentralblatt für Chirurgie 119 (1994), 198-200.
- Birnbacher, Dieter: Grenzen der Intensivmedizin aus ethischer Sicht. In: G. Bruder Müller (Hrsg.): Angewandte Ethik und Medizin. Würzburg 1999, 119-129.
- Birnbacher, Dieter: Recht auf Sterbehilfe - Pflicht zur Sterbehilfe? In: Franz-Josef Illhardt/Hermann Wolfgang Heiss/Martin Dornberg (Hrsg.): Sterbehilfe - Handeln oder Unterlassen? Stuttgart/New York 1998, S. 125-136. Wiederabgedruckt in: Rechtsphilosophische Hefte 8 (1998), 75-88. Wiederabgedruckt in Kurt Seelmann (Hrsg.): Aktuelle Fragen der Rechtsphilosophie. Frankfurt am Main 2000, 131-143.
- Jacobi, Thorsten; May, Arnd; Kielstein, Rita; Bienwald, Werner: Ratgeber Patientenverfügung. Vorgesdacht oder selbstverfasst? Münster: Lit Verlag 2001
- Kaminsky, Carmen: Gesagt, gemeint, verstanden? Zur Problematik der Validität vorsorglicher Patientenverfügungen. Bochum 1997 (Bochumer Medizinethische Materialien, 115)
- Kessel A, Meran JG: Advance directives in the UK: legal, ethical and practical considerations for doctors. British Journal of General Practice, 1998, 48,1263-1266.
- Kielstein, R.; Sass, H-M. (1997) Die Wertanamnese; ein narrativer Ansatz zur Erstellung von Betreuungsverfügungen Wiener Medizinische Wochenschrift, 147(6):125-129
- Kielstein, Rita "Das Recht auf Selbstbestimmung und die Bedeutung von Patientenverfügungen" in: Ethik in der Notfallmedizin ed: M. Mohr, D. Kettler Springer Verlag, Berlin 1997
- Kielstein, Rita "Einstellung von Nephrologen zu Patientenverfügungen" Nieren- und Hochdruckkrankheiten, Jahrgang 27, April 1998, 178- 183
- Kielstein, Rita "Klinische und ethische Aspekte des Behandlungsverzichts" Medizinethische Materialien, Heft 124 Zentrum für Medizinische Ethik Bochum 2000, S. 37- 47
- Kielstein, Rita "Narrative Approach to Assist Patients in Preparing and Reviewing Advance Directives" Bioethics Special Issue (im Druck)
- Kielstein, Rita, Sass, Hans- Martin "Akzeptanz und Validierung von Betreuungsverfügungen – ethische und klinische Überlegungen" Wien. Med. Wschr., Jahrgang 147, Heft 6, 1997, S. 121- 124
- Kielstein, Rita, Sass, Hans- Martin "Die Wertanamnese: ein narrativer Ansatz zur Erstellung und Interpretation von Betreuungsverfügungen" Wien. med. Wschr., 147, 6, 1997, 125-129
- Koch, Hans-Georg: Behandlungsabbruch/-verzicht (3. Recht), Tod (2. Recht). In: A. Eser/M. v. Lutterotti/P. Sporken unter Mitwirkung von F.J. Illhardt/H.-G. Koch (Hrsg.), Lexikon Medizin-Ethik-Recht, Herder, Freiburg i. Br. 1989, Taschenbuchausgabe 1992: Sp. 42-47, 181-191, 523-531, 581-587, 601-607, 725-735, 1108-1117, 1183-1187.
- Koch, Hans-Georg: Behandlungspflicht/Behandlungsverweigerung. In: A. Eser/M. v. Lutterotti/P. Sporken unter Mitwirkung von F.J. Illhardt/H.-G. Koch (Hrsg.), Lexikon Medizin-Ethik-Recht, Herder, Freiburg i. Br. 1989, Taschenbuchausgabe 1992: Sp. 204-212 (Mitauteur mit F. Anschütz).

- Koch, Hans-Georg: Das "Patiententestament" und der "Stellvertreter in Gesundheitsangelegenheiten". Ein Vergleich des deutschen, amerikanischen und japanischen Rechts. In: B.S. Byrd/ J. Hruschka/ J.C. Joerden (Hrsg.), Jahrbuch f. Recht und Ethik/Annual Review of Law and Ethics, Bd. 4. Duncker & Humblot, Berlin 1996: 445-464 (Mitautor mit E. Bernat u. A. Meisel).
- Koch, Hans-Georg: Wie verbindlich sind Patientenverfügungen? In: Ärzteblatt Baden-Württemberg 1999;54: 397-399.
- May A, Gawrich S, Stiegel K: Empirische Erfahrungen mit wertanamnestischen Betreuungsverfügungen, Medizinethische Materialien Heft 113, 2. Auflage Bochum 1997
- May A: Autonomie und Fremdbestimmung bei medizinischen Entscheidungen für Nichteinwilligungsfähige, Münster: Lit-Verlag 2. Auflage 2001
- May A: Ethische Aspekte von Vollmachten, Materialien Nr. 14: Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung, informieren – beraten – begleiten, Workshop 29.06.1999, Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern, 2000
- May A: Vormundschaftsgerichtstag Hg.; 5. Vormundschaftsgerichtstag 1996, Materialien und Ergebnisse; Entscheidungsspielräume von Betreuern am Beispiel lebensverlängernder Behandlung, Köln 1997, 74-78
- May, A: Vormundschaftsgerichtstag Hg.; 4. Vormundschaftsgerichtstag 1994, Materialien und Ergebnisse; Patientenverfügung/ Betreuungsverfügung/ Vorsorgevollmachten sozialethische Bedeutung und rechtliche Verbindlichkeit, Köln 1995, 150-153
- May, Arnd: Betreuungsrecht und Selbstbestimmung am Lebensende, Medizinethische Materialien Heft 117, Bochum 1998
- Meran JG, Poliwoda H: Clinical Perspectives on Advance Directives and Surrogate Decision Making in Veatch R., Sass H.M. Advance Directives and Surrogate Decision Making in Transcultural perspective. Johns Hopkins University Press, 1998 p.95-113.
- Meran JG: Advance Directives and Surrogate Decision Making; Ethical Questions, legal answers and clinical summary. Annual Review of Law and Ethics Volume 4, p.381-444, 1996
- Meran JG: Aufklärung und Patientenverfügungen. in Mayer-Maly T., Prat E.H. (Hg): Aufklärungspflicht und Haftung, Springer Verlag 1998 s.15-30
- Meran JG: Ethische und rechtliche Aspekte von Patientenverfügungen: ein Vergleich zwischen England und Deutschland in Kopetzki Ch (Hg) Patientenverfügungen Manz Verlag, 2000 s. 89-130
- Meran JG: Möglichkeiten und Grenzen von Patientenverfügungen. in Jahresband des Europ.äischen Forum Alpbach 1997; Hg: Pfusterschmidt H.
- Meran JG: Patientenverfügungen aus ärztlicher Sicht, Wien Med Wschr 1997; 147: 117-120.
- Meran, J.G. Patientenverfügungen im klinischen Kontext. In: Patientenverfügung und stellvertretende Entscheidung in rechtlicher, medizinischer und ethischer Hinsicht. Hg: H.G. Koch; J.G. Meran and H.M. Sass. (1994) pp. 2-19. Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik;
- Oehmichen, Frank: "Kein Mensch darf verhungern – Künstliche Ernährung im Kontext von Sterbehilfe und Sterbebegleitung" in: Publikationen der Gedenkstätte Pirna Sonnenstein 2000
- Oehmichen, Frank: "Möglichkeiten zur Verminderung rechtlicher und ethischer Probleme bei der Behandlung nicht einwilligungsfähiger oder von Einwilligungsunfähigkeit bedrohter Patienten" Strätling, Scharf, Wedel, Oehmichen, Eisenbart MedR (im Druck)

- Oehmichen, Frank: "Palliativmedizin im Notfall?" Schriftenreihe der Technischen Universität Dresden – Dresdner hämatologisch-onkologisches Gespräch Pechstein Verlag (im Druck)
- Sass, H-M. (1997) Selbstbestimmung und Selbstentwurf in der Nähe des Todes? Zur Differentialethik medizinischer Betreuungsverfügungen Zeitschrift für Evangelische Ethik, 41: 179-185
- Sass, H-M. (1998) Advance Directives Encyclopedia of Applied Ethics, vol. I, 41-49
- Sass, H-M. (1998) Beistand im Sterben oder Hilfe zum Sterben. Zur Differentialethik medizinischer Betreuungsverfügungen II. Zeitschrift für Evangelische Ethik 42:47-65
- Sass, H-M. (1998) Patientenverfügungen in philosophisch-ethischer perspektive. Zur Validität und Praktikabilität wertanamnestischer Betreuungsverfügungen Die Patientenverfügung: Vorsorgliche Selbstbestimmung im Blick auf das eigene Sterben? Anliegen und >Probleme, ed Th Jacobi, Iserlohn: Evangelische Akademie, 49-70
- Sass, H-M.; Bonkovsky, F.O.; Akabayashi, A.; Kielstein, R.; Olick, R.S. (1996) Advance Health Care Documents in Multicultural Perspectives Jahrbuch für Recht und Ethik / Annual Review of Law and Ethics 4:465-508
- Sass, H-M.; Kielstein, R. (1997) Akzeptanz und Validierung von Betreuungsverfügungen Wiener Medizinische Wochenschrift, 147(6):121-124
- Sass, H-M.; Veatch, R.M.; Kimura, R., ed (1998) Advance Directives and Surrogate Decision Making in Health Care Baltimore: John Hopkins University Press, 311 p.
- Simon A: Informationen zum Thema Patientenverfügung. In: Göttinger Hospiz-Mitteilungen 2000: 14-15.
- Strätling M, Scharf VE, Simon A, Eisenbart B: ‚Patiententestament‘, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht. In: Journal für Anästhesie und Intensivbehandlung 1999; 101-104.
- Strätling M, Scharf VE, Wulf H, Eisenbart B, Simon A: Stellvertreterentscheidungen in Gesundheitsfragen und Vorausverfügungen von Patienten. In: Anaesthesist 2000; 49: 657-674
- Virt, Günter: Ethische Kriterien der Behandlungsbegrenzung und des Behandlungsabbruchs. Perspektive eines kath. Moraltheologen, in: Gesundheits-Oeconomica. Vorträge des Intern. Kongresses "Das Gewissen der Medizin" 19.-22.4.95 (Schriftenreihe der Österr. Ges. f. Gesundheitsökonomie, Wien 1995, 133-136.
- Virt, Günter: Moraltheologische Erwägungen zur Therapiebegrenzung in der modernen Medizin, in: Horizonte sittlichen Handelns (Richard Bruch Octogenario), hg. v. O. König/A. Wolking (Grazer Theol. Studien Bd. 14), Graz 1991, 353-360.
- Virt, Günter: Moraltheologische Überlegungen zu Patientenverfügungen, in: WMW 147 (1997) Heft 6, 130-134.
- Virt, Günter: Moraltheologische Überlegungen zu Patientenverfügungen, in: Kopetzki, Ch. (Hg.): Antizipierte Patientenverfügungen. "Patiententestament" und Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten; Schriftenreihe: Recht der Medizin Bd. 10, Wien, 2000, 131–142.
- Vollmann J, Knöchel-Schiffer I: Patientenverfügungen in der klinischen Praxis. Medizinische Klinik 94, 398-405 (1999)
- Vollmann J: Ärztliche Lebensbeendigung und Patientenselbstbestimmung. Eine medizinethische Stellungnahme. Deutsche Medizinische Wochenschrift 123, 93-96 (1998)
- Vollmann J: Chancen und Risiken von Patientenverfügungen bei dementiellen Störungen. Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie 13, 38-50 (2000)

Vollmann J: Advance directives in patients with Alzheimer's disease. Ethical and clinical considerations. *Medicine, Health Care and Philosophy. A European Journal* 2001, 161-167

11 Anhang

11.1 Gesetzestexte:

11.1.1 USA

PATIENT SELF-DETERMINATION ACT PROVISIONS

PUBLIC LAW 101-508 NOVEMBER 5, 1990 Sections 4206 and 4751 of the Omnibus Budget Reconciliation Act

SECTION 4206. MEDICARE PROVIDER AGREEMENTS ASSURING THE IMPLEMENTATION OF A PATIENT'S RIGHT TO PARTICIPATE IN AND DIRECT HEALTH CARE DECISIONS AFFECTING THE PATIENT

(a) IN GENERAL.-Section 186(a)(1) (42 U.S.C. 1395cc(a)(1)) is amended-

(1) in subsection (a)(1)-

(A) by striking "and" at the end of subparagraph (O),

(B) by striking the period at the end of subparagraph (P) and inserting "and", and

(C) by inserting after subparagraph (P) the following new subparagraph:

(Q) in the case of hospital, skilled nursing facilities, home health agencies, and hospice programs, to comply with the requirement of subsection (f) (relating to maintaining written policies and procedures respecting advance directives),"; and

(2) by inserting after subsection (e) the following new subsection:

(f)(1) For purposes of subsection (a)(1)(Q) and sections 1819(c)(2)(E), 1833 (r), 1876(c)(8), and 1891(a)(6) the requirement of this subsection is that a provider of services or prepaid or eligible organization (as the case may be) maintain written policies and procedures with respect to all adult individuals receiving medical care by or through the provider or organization-

(A) to provide written information to each such individual

concerning-

(i) an individual's rights under State law (whether statutory or as recognized by the courts of the State) to make decisions concerning such medical care, including the right to accept or refuse medical or surgical treatment and the right to formulate advance directives (as defined in paragraph (3)), and

(ii) the written policies of the provider or organization respecting the implementation of such rights;

(B) to document in the individual's medical record whether or not the individual has executed an advance directive;

(C) not to condition the provision of care or to otherwise discriminate against an individual based on whether or not the individual has executed an advance directive;

(D) to ensure compliance with requirements of State law (whether statutory or as recognized by the courts of the State) respecting advance directives at facilities of the provider or organization; and

(E) to provide (individually or with others) for education for staff and the community on issues concerning advance directives.

Subparagraph (C) shall not be construed as requiring the provision of care which conflicts with an advance directive.

(2) The written information described in paragraph (1)(A) shall be provided to an adult individual-

(A) in the case of a hospital, at the time of the individual's admission as an inpatient,

(B) in the case of a skilled nursing facility, at the time of the individual's admission as a resident,

(C) in the case of a home health agency, in advance of the individual coming under the care of the agency,

(D) in the case of a hospice program, at the time of initial receipt of hospice care by the individual from the program, and

(E) in the case of an eligible organization (as defined in section 1876 (b)) or an organization provided payments under section 1833 (a)(1)(A), at the time of enrollment of the individual with the organization.

(3) In this subsection, the term 'advance directive' means a written instruction, such as a living will or durable power of attorney for healthcare, recognized under State law (whether statu-

tory or as recognized by the courts of the State) and relating to the provision of such care when the individual is incapacitated.".

(b) APPLICATION TO PREPAID ORGANIZATIONS.-

(1) ELIGIBLE ORGANIZATIONS.-Section 1876(c) of such act (42 U.S.C. 1395mm(c)) is amended by adding at the end the follow new paragraph: (8) a contract under this section shall provide that the eligible organization shall meet the requirement of section 1866(f) (relating to maintaining written policies and procedures respecting advance directives).

(2) OTHER PREPAID ORGANIZATIONS.-Section 1833 of such Act (42 U.S.C. 13951) is amended by adding at the end the following new subsection:

(r) the Secretary may not provide for payment under subsection (a)(1)(A) with respect to an organization unless the organization provides assurances satisfactory to the Secretary that the organization meets the requirement of section 1866(f) (relating to maintaining written policies and procedures respecting advance directives).

(c) EFFECT ON STATE LAW.-Nothing in subsections (a) and (b) shall be construed to prohibit the application of a State law which allows for an objection on the basis of conscience for any health care provider or any agent of such provider which, as a matter conscience, cannot implement an advance directive.

(d) CONFORMING AMENDMENTS.-

(1) Section 1819(c)(1) of such Act (42 U.S.C. 1395i-3(c)(1)) is amended by adding at the end the following new subparagraph:

(E) INFORMATION RESPECTING ADVANCE DIRECTIVES. A skilled nursing facility must comply with the requirement of section 1866(f) (relating to maintaining written policies and procedures respecting advance directives).".

(2) Section 1891(a) of such Act (42 U.S.C. 1395bbb(a)) is amended by adding at the end the following:

(6) The agency complies with the requirement of section 1866(f)(relating to maintaining written policies and procedures respecting advance directives).

(e) EFFECTIVE DATES.-

(1) The amendments made by subsections (a) and (d) shall apply with respect to services furnished on or after the first day of the first month beginning more than 1 year after the date of the enactment of this Act.

(2) The amendments made by subsection (b) shall apply to contract under section 1876 of the social Security Act an payments under section 1833(a)(1)(A) of such Act as of first day of the first month beginning more than 1 year after the date of the enactment of this Act.

SECTION 4751. REQUIREMENTS FOR ADVANCED DIRECTIVES UNDER STATE PLANS FOR MEDICAL ASSISTANCE

(a) IN GENERAL. -Section 1902 42 U.S.C. 1396a(a), as amended by section 4401(a)(2), 4601(d), 4701(a), and 4722 of this title, is amended-

(1) in subsection (a)-

(A) by striking "and " at the end of paragraph (55),

(B) by striking the period at the end of paragraph (56) and inserting "; and", and

(C) by inserting after paragraph (56) the following new paragraphs:

(57) provide that each hospital, nursing facility, provider of home health care or personal care services, hospice program, or health maintenance organization (as defined in section 1903(m)(1)(A)) receiving funds under the plan shall comply with the requirements of subsection (w);

(58) provide that the State, acting through a state agency, association, or other private nonprofit entity, develop a written description of the law of the State) concerning advance directives that would be distributed by providers or organizations under the requirements of subsection (w); and

(2) by adding at the end the following new subsection: (w)(1) For purposes of subsection (a)(57) and 1903(m)(1)(A) and 1919(c)(2)(E), the requirement of this subsection is that a provider or organization (as the case may be) maintain written policies and procedures with respect to all adult individuals receiving medical care by or through the provider or organization-

(A) to provide written information to each such individual concerning-

(i) an individual's rights under State law (whether statutory or as recognized by the courts of the State) to a make decisions concerning such medical care, including the right to accept or refuse medical or surgical treatment and the right to formulate advance directives (as defined in paragraph (3)), and

(ii) the provider's or organization's written policies respecting the implementation of such rights;

(B) to document in the individual's medical record whether or not the individual has executed an advance directive;

(C) not to condition the provision of care or to otherwise discriminate against an individual based of whether or not the individual has executed an advance directive;

(D) to ensure compliance with requirements of State law (whether statutory or as recognized by the courts of the State) expecting advance directives; and

(E) to provide (individually or with others) for education for staff and the community on issues concerning advance directives.

Subparagraph (C) shall not be construed as requiring the provision of care which conflicts with an advance directive.

(2) The written information described in paragraph (1)(A) shall be provided to an adult individual

(A) in the case of a hospital, at the time of the individual's admission as an inpatient,

(B) in the case of a nursing facility, at the time of the individual's admission as a resident,

(C) in the case of a provider of home health care or personal care services, in advance of the individual coming under the care of the provider,

(D) in the case of a hospice program, at the time of initial receipt of hospice care by the individual from the program, and

(E) in the case of a health maintenance organization, at the time of enrollment of the individual with the organization.

(3) Nothing in this section shall be construed to prohibit the application of a State law which allows for an objection on the basis of conscience for any health care provider or any agent of such provider which as a matter of conscience cannot implement an advance directive.

(4) In this subsection, the term 'advance directive' means a written instruction, such a living will or durable power of attorney for health care, recognized under state law (whether statutory as recognized by the courts of the State) and relating to the provision of such care when the individual is

incapacitated."

(b) CONFORMING AMENDMENTS.-

(1) Section 1903(m)(1)(A) (42 U.S.C. 1396b(m)(1)(A)) is amended-

(A) by inserting "meets the requirement of section 1902(w)" after "which" the first place it appears, and

(B) by inserting "meets the requirement of section 1902(a) and" after "which" the second place it appears.

(2) Section 1919(c)(2) of such Act (42 U.S.C. 1396r(c)(2)) is amended by adding at the end the following new subparagraph:

(E) INFORMATION RESPECTING ADVANCE DIRECTIVES.-A nursing facility must comply with the requirement of section 1902(w) (relating to maintaining written policies and procedures respecting advance directives)."

(c) Effective Date.-The amendments made by this section shall apply with respect to services furnished on or after the first day of the first month beginning more than 1 year after the date of the enactment of this Act.

(d) Public Education Campaign.-

(1) IN GENERAL.-The Secretary, no later than 6 months after the date of enactment of this section, shall develop and implement a national campaign to inform the public of the option to execute advance directives and of a patient's right to participate and direct health care decisions.

(2) DEVELOPMENT AND DISTRIBUTION OF INFORMATION.-The secretary shall develop or approve nationwide informational materials that would be distributed by providers under the requirements of this section, to inform the public and the medical and legal profession of each person's right to make decisions concerning medical care, including the right to accept or refuse medical or surgical treatment, and the existence of advance directives.

(3) PROVIDING ASSISTANCE TO STATES.-The Secretary shall assist appropriate State agencies, associations, or other private entities in developing the State-specific documents that would be distributed by providers under the requirements of this section. The Secretary shall further assist appropriate State agencies, associations, or other private entities in ensuring that providers are provided a copy of the documents that are to be distributed under the requirements of the section.

(4) DUTIES OF SECRETARY.-The Secretary shall mail information to

social Security recipients [and] add a page to the Medicare handbook with respect to the provisions of this section.

Sections 4206 And 4751 Of The Omnibus Budget Reconciliation Act-1990

UNIFORM HEALTH - CARE DECISIONS Act 1993 (Auszug)

SECTION 1. DEFINITIONS. In this [Act]:

(1) "Advance health-care directive" means an individual instruction or a power of attorney for health care.

SECTION 2. ADVANCE HEALTH-CARE DIRECTIVES.

(a) An adult or emancipated minor may give an individual instruction. The instruction may be oral or written. The instruction may be limited to take effect only if a specified condition arises.

(b) An adult or emancipated minor may execute a power of attorney for health care, which may authorize the agent to make any health-care decision the principal could have made while having capacity. The power must be in writing and signed by the principal. The power remains in effect notwithstanding the principal's later incapacity and may include individual instructions. Unless related to the principal by blood, marriage, or adoption, an agent may not be an owner, operator, or employee of [a residential long-term health-care institution] at which the principal is receiving care.

(c) Unless otherwise specified in a power of attorney for health care, the authority of an agent becomes effective only upon a determination that the principal lacks capacity, and ceases to be effective upon a determination that the principal has recovered capacity.

(d) Unless otherwise specified in a written advance health-care directive, a determination that an individual lacks or has recovered capacity, or that another condition exists that affects an individual instruction or the authority of an agent, must be made by the primary physician.

(e) An agent shall make a health-care decision in accordance with the principal's individual instructions, if any, and other wishes to the extent known to the agent. Otherwise, the agent shall make the decision in accordance with the agent's determination of the principal's best interest. In determining the principal's best interest, the agent shall consider the principal's personal values to the extent known to the agent.

(f) A health-care decision made by an agent for a principal is effective without judicial approval.

(g) A written advance health-care directive may include the individual's nomination of a guardian of the person.

(h) An advance health-care directive is valid for purposes of this [Act] if it complies with this [Act], regardless of when or where executed or communicated.

SECTION 3. REVOCATION OF ADVANCE HEALTH-CARE DIRECTIVE.

(a) An individual may revoke the designation of an agent only by a signed writing or by personally informing the supervising health-care provider.

(b) An individual may revoke all or part of an advance health-care directive, other than the designation of an agent, at any time and in any manner that communicates an intent to revoke.

(c) A health-care provider, agent, guardian, or surrogate who is informed of a revocation shall promptly communicate the fact of the revocation to the supervising health-care provider and to any health-care institution at which the patient is receiving care.

(d) A decree of annulment, divorce, dissolution of marriage, or legal separation revokes a previous designation of a spouse as agent unless otherwise specified in the decree or in a power of attorney for health care.

(e) An advance health-care directive that conflicts with an earlier advance health-care directive revokes the earlier directive to the extent of the conflict.

SECTION 4. OPTIONAL FORM. The following form may, but need not, be used to create an advance health-care directive. The other sections of this [Act] govern the effect of this or

any other writing used to create an advance health-care directive. An individual may complete or modify all or any part of the following form:

ADVANCE HEALTH-CARE DIRECTIVE

Explanation

You have the right to give instructions about your own health care. You also have the right to name someone else to make health-care decisions for you. This form lets you do either or both of these things. It also lets you express your wishes regarding donation of organs and the designation of your primary physician. If you use this form, you may complete or modify all or any part of it. You are free to use a different form.

Part 1 of this form is a power of attorney for health care. Part 1 lets you name another individual as agent to make health-care decisions for you if you become incapable of making your own decisions or if you want someone else to make those decisions for you now even though you are still capable. You may also name an alternate agent to act for you if your first choice is not willing, able, or reasonably available to make decisions for you. Unless related to you, your agent may not be an owner, operator, or employee of [a residential long-term health-care institution] at which you are receiving care.

Unless the form you sign limits the authority of your agent, your agent may make all health-care decisions for you. This form has a place for you to limit the authority of your agent. You need not limit the authority of your agent if you wish to rely on your agent for all health-care decisions that may have to be made. If you choose not to limit the authority of your agent, your agent will have the right to:

(a) consent or refuse consent to any care, treatment, service, or procedure to maintain, diagnose, or otherwise affect a physical or mental condition;

(b) select or discharge health-care providers and institutions;

(c) approve or disapprove diagnostic tests, surgical procedures, programs of medication, and orders not to resuscitate; and

(d) direct the provision, withholding, or withdrawal of artificial nutrition and hydration and all other forms of health care.

Part 2 of this form lets you give specific instructions about any aspect of your health care. Choices are provided for you to express your wishes regarding the provision, withholding, or withdrawal of treatment to keep you alive, including the provision of artificial nutrition and hydration, as well as the provision of pain relief. Space is also provided for you to add to the choices you have made or for you to write out any additional wishes.

Part 3 of this form lets you express an intention to donate your bodily organs and tissues following your death.

Part 4 of this form lets you designate a physician to have primary responsibility for your health care.

After completing this form, sign and date the form at the end. It is recommended but not required that you request two other individuals to sign as witnesses. Give a copy of the signed and completed form to your physician, to any other health-care providers you may have, to any health-care institution at which you are receiving care, and to any health-care agents you have named. You should talk to the person you have named as agent to make sure that he or she understands your wishes and is willing to take the responsibility.

You have the right to revoke this advance health-care directive or replace this form at any time.

PART 1
POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

(1) DESIGNATION OF AGENT: I designate the following individual as my agent to make health-care decisions for me:

(name of individual you choose as agent)

(address) (city) (state) (zip code)

(home phone) (work phone)

OPTIONAL: If I revoke my agent's authority or if my agent is not willing, able, or reasonably available to make a health-care decision for me, I designate as my first alternate agent:

(name of individual you choose as first alternate agent)

(address) (city) (state) (zip code)

(home phone) (work phone)

OPTIONAL: If I revoke the authority of my agent and first alternate agent or if neither is willing, able, or reasonably available to make a health-care decision for me, I designate as my second alternate agent:

(name of individual you choose as second alternate agent)

(address) (city) (state) (zip code)

(home phone) (work phone)

(2) AGENT'S AUTHORITY: My agent is authorized to make all health-care decisions for me, including decisions to provide, withhold, or withdraw artificial nutrition and hydration and all other forms of health care to keep me alive, except as I state here:

(Add additional sheets if needed.)

(3) WHEN AGENT'S AUTHORITY BECOMES EFFECTIVE: My agent's authority becomes effective when my primary physician determines that I am unable to make my own health-care decisions unless I mark the following box. If I mark this box [], my agent's authority to make health-care decisions for me takes effect immediately.

(4) AGENT'S OBLIGATION: My agent shall make health-care decisions for me in accordance with this power of attorney for health care, any instructions I give in Part 2 of this form, and my other wishes to the extent known to my agent. To the extent my wishes are unknown, my agent shall make health-care decisions for me in accordance with what my agent determines to be in my best interest. In determining my best interest, my agent shall consider my personal values to the extent known to my agent.

(5) NOMINATION OF GUARDIAN: If a guardian of my person needs to be appointed for me by a court, I nominate the agent designated in this form. If that agent is not willing, able, or reasonably available to act as guardian, I nominate the alternate agents whom I have named, in the order designated.

If you are satisfied to allow your agent to determine what is best for you in making end-of-life decisions, you need not fill out this part of the form. If you do fill out this part of the form, you may strike any wording you do not want.

(6) END-OF-LIFE DECISIONS: I direct that my health-care providers and others involved in my care provide, withhold, or withdraw treatment in accordance with the choice I have marked below:

(a) Choice Not To Prolong Life

I do not want my life to be prolonged if (i) I have an incurable and irreversible condition that will result in my death within a relatively short time, (ii) I become unconscious and, to a reasonable degree of medical certainty, I will not regain consciousness, or (iii) the likely risks and burdens of treatment would outweigh the expected benefits, OR

(b) Choice To Prolong Life

I want my life to be prolonged as long as possible within the limits of generally accepted health-care standards.

(7) ARTIFICIAL NUTRITION AND HYDRATION: Artificial nutrition and hydration must be provided, withheld, or withdrawn in accordance with the choice I have made in paragraph (6) unless I mark the following box. If I mark this box , artificial nutrition and hydration must be provided regardless of my condition and regardless of the choice I have made in paragraph (6).

(8) RELIEF FROM PAIN: Except as I state in the following space, I direct that treatment for alleviation of pain or discomfort be provided at all times, even if it hastens my death:

(9) OTHER WISHES: (If you do not agree with any of the optional choices above and wish to write your own, or if you wish to add to the instructions you have given above, you may do so here.) I direct that:

(Add additional sheets if needed.)

SECTION 5. DECISIONS BY SURROGATE.

(a) A surrogate may make a health-care decision for a patient who is an adult or emancipated minor if the patient has been determined by the primary physician to lack capacity and no agent or guardian has been appointed or the agent or guardian is not reasonably available.

(b) An adult or emancipated minor may designate any individual to act as surrogate by personally informing the supervising health-care provider. In the absence of a designation, or if the designee is not reasonably available, any member of the following classes of the patient's family who is reasonably available, in descending order of priority, may act as surrogate:

(1) the spouse, unless legally separated;

(2) an adult child;

(3) a parent; or

(4) an adult brother or sister.

(c) If none of the individuals eligible to act as surrogate under subsection (b) is reasonably available, an adult who has exhibited special care and concern for the patient, who is familiar with the patient's personal values, and who is reasonably available may act as surrogate.

(d) A surrogate shall communicate his or her assumption of authority as promptly as practicable to the members of the patient's family specified in subsection (b) who can be readily contacted.

(e) If more than one member of a class assumes authority to act as surrogate, and they do not agree on a health-care decision and the supervising health-care provider is so informed, the supervising health-care provider shall comply with the decision of a majority of the members of that class who have communicated their views to the provider. If the class is evenly divided concerning the health-care decision and the supervising health-care provider is so informed, that class and all individuals having lower priority are disqualified from making the decision.

(f) A surrogate shall make a health-care decision in accordance with the patient's individual instructions, if any, and other wishes to the extent known to the surrogate. Otherwise, the surrogate shall make the decision in accordance with the surrogate's determination of the patient's best interest. In determining the patient's best interest, the surrogate shall consider the patient's personal values to the extent known to the surrogate.

(g) A health-care decision made by a surrogate for a patient is effective without judicial approval.

(h) An individual at any time may disqualify another, including a member of the individual's family, from acting as the individual's surrogate by a signed writing or by personally informing the supervising health-care provider of the disqualification.

(i) Unless related to the patient by blood, marriage, or adoption, a surrogate may not be an owner, operator, or employee of [a residential long-term health-care institution] at which the patient is receiving care.

(j) A supervising health-care provider may require an individual claiming the right to act as surrogate for a patient to provide a written declaration under penalty of perjury stating facts and circumstances reasonably sufficient to establish the claimed authority.

SECTION 6. DECISIONS BY GUARDIAN.

(a) A guardian shall comply with the ward's individual instructions and may not revoke the ward's advance health-care directive unless the appointing court expressly so authorizes.

(b) Absent a court order to the contrary, a health-care decision of an agent takes precedence over that of a guardian.

(c) A health-care decision made by a guardian for the ward is effective without judicial approval.

UNIFORM RIGHTS OF THE TERMINALLY ILL ACT 1985 (Auszug)

Sec. 1. Definitions. ... (2) “Declaration” means a writing executed in accordance with the requirements of Section 2 (a)... (4) “Life – sustaining treatment” means any medical procedure or intervention that, when administered to a qualified patient, will serve only to prolong the process of dying. (7) “Qualified patient” means a patient [18] or more years of age who has executed a declaration and who has been determined by the attending physician to be in a terminal condition. (9) “Terminal condition” means an incurable or irreversible condition that, without the administration of life – sustaining treatment, will, in the opinion of the attending physician, result in death within a relatively short time.

Sec. 2. Declaration relating to use of life – sustaining treatment. (a) An individual of sound mind and [18] or more years of age may execute at any time a declaration governing the withholding or withdrawal of life – sustaining treatment. The declaration must be signed by the declarant, or another at the declarant’s direction, and witnessed by two individuals.

Sec. 3. When declaration operative. A declaration becomes operative when (i) it is communicated to the attending physician and (ii) the declarant is determined by the attending physician to be in a terminal condition and no longer able to make decisions regarding administration of life – sustaining treatment. When the declaration becomes operative, the attending physician and other health – care providers shall act in accordance with its provisions...

Sec. 4. Revocation of declaration. (a) A declaration may be revoked at any time and in any manner by the declarant, without regard to the declarant’s mental or physical condition. A revocation is effective upon communication to the attending physician or other health – care provider by the declarant or a witness to the revocation. (b) The attending physician or other health – care provider shall make the revocation on part the declarant’s medical record.

Sec. 5. Recording determination of terminal condition and declaration. Upon determining that the declarant is in a terminal condition, the attending physician who knows of a declaration shall record the determination and the terms of the declaration in the declarant’s medical record.

Sec. 6. Treatment of qualified patient. (a) A qualified patient may make decisions regarding life – sustaining treatment as long as the patient is able to do so. (b) This [Act] does not affect

the responsibility of the attending physician or other health – care provider to provide treatment, including nutrition and hydration, for a patient’s comfort care or alleviation of pain...

Sec. 8. Immunities. (a) In the absence of knowledge of the revocation of a declaration, a person is not subject to civil or criminal liability or discipline for unprofessional conduct for carrying out the declaration pursuant to the requirements of this [Act]. (b) A physician or other health – care provider, whose actions under this [Act] are in accord with reasonable medical standards, is not subject to criminal or civil liability or discipline for unprofessional conduct with respect to those actions.

Sec.11. When health – care provider may presume validity of declaration. In the absence of knowledge to the contrary, a physician or other health – care provider may presume that the declaration complies with this [Act] and is valid.

NATURAL DEATH ACT 1976 (Auszug)

§ 7188. Directive of physicians. Any adult person may execute a directive directing the withholding or withdrawal of life – sustaining procedures in a terminal condition. The directive shall be signed by the declarant in the presence of two witnesses not related to the declarant by blood or marriage and who would not be entitled to any portion of the estate of the declarant upon his decease under any will of the declarant or codicil thereto then existing or, at the time of the directive, by operation of law then existing. In addition a witness to directive shall not be the attending physician, an employee of the attending physician or a health facility in which the declarant is a patient, or any person who has a claim against the execution of the directive....

§ 7189. Revocation of directive. (a) A directive may be revoked at any time by the declarant, without regard to his mental state or competency, by any of the following methods: (1) By being cancelled, defaced, obliterated, or burnt, torn, or otherwise destroyed by the declarant or by some person in his presence and by his direction.....

§ 7189.5. Duration of directive; reexecution; extension during comatose condition or period of incapability of communication. A directive shall be effective for five years from the date of execution thereof unless sooner revoked in a manner prescribed in Section 7189. Nothing in this chapter shall be construed to prevent a declarant from reexecuting a directive at any time in accordance with the formalities of Section 7188, including reexecution subsequent to a diagnosis of a terminal condition. If the declarant has executed more than one directive, such time shall be determined from the date of execution of the last directive known to the attending physician. If the declarant becomes comatose or is rendered incapable of communicating with the attending physician, the directive shall remain in effect for the duration of the comatose condition or until such time as the declarant’s condition renders him or her able to communicate with the attending physician.

§ 7191. Effectuation of directive by attending physician. Prior to affecting a withholding or withdrawal of life – sustaining procedures from a qualified patient pursuant to the directive, the attending physician shall determine that the directive complies with Section 7188, and, if the patient is mentally competent, that the directive and all steps proposed by the attending physician to be undertaken are in accord with the desires of the qualified patient.

11.1.2 Schweiz

GESUNDHEITSGESETZ DES KANTON WALLIS 1996:

Kapitel: Patienten

Art. 16 Recht auf Behandlung

Jeder hat, ungeachtet seiner wirtschaftlichen und sozialen Situation, Anspruch auf die seinem Gesundheitszustand entsprechende Behandlung. Dabei ist die Würde des einzelnen zu achten. Die Patienten in Sterbesituationen haben ein Anrecht auf ihren Bedürfnissen entsprechende Pflege, Linderung, Unterstützung und Trost

Art. 19 Einwilligung des Patienten

Niemand kann gegen seinen Willen gezwungen werden, sich einer Behandlung zu unterziehen oder klinische Untersuchungen über sich ergehen zu lassen. Vorbehalten bleiben die Ausnahmen des eidgenössischen und kantonalen Rechts.

Art. 20 Im voraus formulierte Bestimmungen: a) Grundsätze

Jeder kann im voraus Bestimmungen formulieren im Hinblick auf die Pflege, die er für den Fall, dass er nicht mehr in der Lage wäre, seinen Willen auszudrücken, zu erhalten wünscht oder verweigern will.

Ebenso kann jeder eine Person bestimmen, die unter diesen Umständen an seiner Stelle zu entscheiden hat, welche Pflege ihm zukommen soll.

Art. 21 b) Wirkungen

Hat der Patient im voraus Bestimmungen verfasst und befindet er sich in einer Situation, die darin vorgesehen ist, so hat die Gesundheitsfachperson seinen in diesen Bestimmungen formulierten Willen zu befolgen.

Hat die Gesundheitsfachperson Kenntnis davon, dass die im voraus formulierten Bestimmungen des Patienten nicht mehr seinem jetzigen Willen entsprechen, oder besteht ein Interessenkonflikt zwischen dem Patienten und der Person, die er gem. Artikel 20 Absatz 2 dieses Gesetzes bezeichnet hat, so hat sie die Zustimmung der Vormundschaftsbehörde einzuholen.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten

I. Geltungsbereich

Diese Richtlinien betreffen die ärztliche Betreuung von Sterbenden, d.h. von Personen, bei welchen der Arzt aufgrund klinischer Anzeichen zur Überzeugung kommt, dass die Krankheit oder die traumatische Schädigung irreversibel ist und trotz Behandlung in absehbarer Zeit zum Tode führen wird. Ferner beziehen sich diese Richtlinien auf die ärztliche Betreuung zerebral schwerst Geschädigter mit irreversiblen, fokalen oder diffusen Hirnschädigungen, welche einen chronischen vegetativen Zustand zur Folge haben. Die Betreuung umfasst Behandlung, Pflege und Begleitung dieser Patienten.

II. Richtlinien

1. Grundsätze

1.1 Grundsätzlich hat der Arzt die Pflicht, dem Patienten in jeder Weise beizustehen, sein

Leiden zu heilen oder zu lindern und sich um die Erhaltung menschlichen Lebens zu bemühen.

1.2 Ausnahmen von der ärztlichen Verpflichtung zur Lebenserhaltung bestehen bei Sterbenden, deren Grundleiden einen unabwendbaren Verlauf zum Tode genommen hat, und bei zerebral schwerst Geschädigten. Hier lindert der Arzt die Beschwerden. Der Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen und der Abbruch früher eingeleiteter Massnahmen dieser Art sind gerechtfertigt. Dabei sind Ziff. 2 und 3 dieser Richtlinien zu beachten, und der Arzt soll sein Vorgehen mit dem Pflegepersonal und mit den Angehörigen besprechen.

1.3 Der Arzt lässt Sterbenden und zerebral schwerst Geschädigten stets eine angemessene Betreuung zukommen. Er ist verpflichtet, Schmerz, Atemnot, Angst und Verwirrung entgegenzuwirken, insbesondere nach Abbruch von Massnahmen zur Lebensverlängerung. Er darf palliativ-medizinische Techniken anwenden, auch wenn sie in einzelnen Fällen mit dem Risiko einer Lebensverkürzung verbunden sein sollten.

1.4 Auch gegenüber Sterbenden und zerebral schwerst Geschädigten sind aktive Massnahmen zum Zwecke der Lebensbeendigung gesetzlich verboten.

¹ Der Einfachheit halber gilt in diesem Text die männliche Bezeichnung für beide Geschlechter.

2. Urteilsfähige Patienten

2.1 Verlangt ein urteilsfähiger Patient den Verzicht auf Behandlung oder auf lebenserhaltende Massnahmen oder den Abbruch bereits eingeleiteter Massnahmen, so ist dieser Wille zu respektieren. Dabei sorgt der Arzt dafür, dass der Patient über die damit verbundenen medizinischen Tatsachen und ihre Folgen in für ihn verständlicher Weise informiert wird.

2.2 Beihilfe zum Suizid ist kein Teil der ärztlichen Tätigkeit. Der Arzt bemüht sich, die körperlichen und seelischen Leiden, die einen Patienten zu Suizidabsichten führen können, zu lindern und zu ihrer Heilung beizutragen.

3. Urteils- oder äusserungsunfähige Patienten

3.1 Bei urteilsunfähigen, bei äusserungsunfähigen und bei bewusstlosen Patienten handelt der Arzt primär entsprechend der Diagnose und der mutmasslichen Prognose; er beurteilt die zu erwartenden Lebensumstände des Patienten nach seinem besten Wissen und in eigener Verantwortung. Er kann sich dieser nicht dadurch entziehen, dass er die Anweisungen Dritter befolgt.

3.2 Intensität und Schwere der dem Patienten zugemuteten Eingriffe und Anstrengungen sollen zum mutmasslichen Behandlungserfolg und zur Lebenserwartung des Patienten in einem medizinisch vertretbaren Verhältnis stehen.

3.3 Bei unbestimmter Prognose, die grundsätzlich voneinander abweichende Vorgehensweisen zulässt, orientiert sich der Arzt am mutmasslichen Willen des Patienten: wenn dieser Lebenszeichen äussert, die auf einen gegenwärtigen Lebenswillen schliessen lassen, sind diese entscheidend. Fehlt es an solchen Zeichen, so dienen frühere Äusserungen des Patienten, Angaben von Angehörigen und eine allenfalls vorhandene schriftliche Erklärung des Patienten selber (vgl. Ziff. 3.4 hienach) als Orientierungshilfen. Ist in Zukunft ein Leben in zwischenmenschlicher Kommunikation zu erwarten, so ist in der Regel ein Wiedererstarken des Lebenswillens vorauszusehen; eine solche Aussicht ist für das ärztliche Vorgehen massgebend.

Der Arzt soll ferner bestrebt sein, ein Vorgehen zu wählen, das von den Angehörigen des Patienten gebilligt werden kann. Bei unmündigen und entmündigten Patienten darf er unmittelbar lebenserhaltende Massnahmen gegen den Willen der gesetzlichen Vertreter weder abbrechen noch ihre Aufnahme verweigern.

3.4 Liegt dem Arzt eine Patientenverfügung vor, die der Patient in einem früheren Zeitpunkt als Urteilsfähiger abgefasst hat, so ist diese verbindlich; unbeachtlich sind jedoch

Begehren, die dem Arzt ein rechtswidriges Verhalten zumuten oder den Abbruch lebenserhaltender Massnahmen verlangen, obwohl der Zustand des Patienten nach allgemeiner Erfahrung die Wiederkehr der zwischenmenschlichen Kommunikation und das Wiedererstarken des Lebenswillens erwarten lässt.

3.5 Bei Neugeborenen mit schweren kongenitalen Fehlbildungen oder perinatalen Läsionen ist die Prognose besonders wichtig. Bei schweren Missbildungen und perinatalen Schäden des Zentralnervensystems, welche zu irreparablen Entwicklungsstörungen führen würden, und wenn ein Neugeborenes bzw. ein Säugling nur dank des fortdauernden Einsatzes aussergewöhnlicher technischer Hilfsmittel leben kann, darf nach Rücksprache mit den Eltern von der erstmaligen oder anhaltenden Anwendung solcher Hilfsmittel abgesehen werden.

III. Kommentar

Zu Teil I (Geltungsbereich)

Der chronisch-vegetative Zustand besteht im (nach mehrmonatiger Beobachtungszeit wiederholt bestätigten) irreversiblen und definitiven Verlust der kognitiven Fähigkeiten, der Willensäusserungen und der Kommunikation. Er kann nach Schädeltrauma oder Hirnblutung, bei Gefässleiden, entzündlicher oder degenerativer Hirnkrankheit, infolge eines Tumors oder einer Anoxie auftreten.

Bei Neugeborenen gelten die gleichen Grundsätze. Die Entscheidung über aktives Eingreifen oder zurückhaltendes Abwarten ist hier besonders schwerwiegend.

Zu Teil II (Richtlinien)

Zu Ziff. 1.2 (Verzicht auf ausserordentliche Massnahmen zur Lebenserhaltung)

Der Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen oder deren Abbruch in bestimmten Situationen wird als «passive Sterbehilfe» bezeichnet. Zu lebenserhaltenden Massnahmen gehören insbesondere künstliche Wasser- und Nahrungszufuhr, Sauerstoffzufuhr, künstliche Beatmung, Medikation, Bluttransfusion und Dialyse.

Zu Ziff. 1.3 (Pflicht zur Pflege)

Sofern der Patient nicht aus persönlicher Überzeugung ein gewisses Mass an Schmerz auf sich nehmen will, haben Arzt und Pflegepersonal alle zur Verfügung stehenden Mittel und Methoden der Schmerzlinderungstechniken der Palliativmedizin anzuwenden.

Schmerzzustände jeglicher Art am Lebensende, die viele Patienten befürchten, können in nahezu allen Fällen erfolgreich bekämpft werden. Für Patienten, welche trotz Schmerzbekämpfung und angemessener Betreuung weiterhin über ungelinderte Schmerzen und Angst klagen, müssen Spezialisten der Palliativmedizin und Psychiatrie beigezogen werden.

Zu Ziff. 1.4 (keine Massnahmen zum Zweck der Lebensbeendigung)

Massnahmen mit dem Ziel der Lebensbeendigung bei Sterbenden und schwer Leidenden («aktive Sterbehilfe») sind nach Art. 114 des Strafgesetzbuches strafbar, selbst dann, wenn sie auf ernsthaftes und eindringliches Verlangen eines urteilsfähigen Patienten vorgenommen werden.

Zu Ziff. 2.1 (urteilsfähige Patienten)

Bei der Beurteilung der Urteilsfähigkeit des Patienten ist allfälligen psychischen Ausnahmezuständen und depressiven oder panikartigen Reaktionen oder einer vorbestehenden Depression Rechnung zu tragen. Bevor irreversible Schritte eingeleitet werden, soll der Patient dazu veranlasst werden, seinen Entscheid reiflich zu bedenken und sich, wenn möglich, mit einem Arzt und mit Personen seines Vertrauens zu besprechen.

Zu Ziff. 2.2 (keine Beihilfe zum Suizid)

Suizid und Suizidversuche sind mit überaus seltenen Ausnahmen die Folgen von persönlichen Krisen, Sucht oder psychischer Krankheit. Die Katamnesen von überlebenden Suizidalen zeigen, dass die überwiegende Mehrzahl nach Jahrzehnten noch lebt und sich von der

damaligen Situation distanziert hat.

Die Befürchtung, am Lebensende schweren Schmerzzuständen preisgegeben zu sein und der Umgebung zur Last zu fallen, verführt zuweilen zum Wunsch, sich für eine solche

Situation die Selbstmordhilfe Dritter zu sichern. Kompetent angewandte palliative und analgetische Massnahmen können indessen in der Regel vor unnötigem Leiden bewahren und diese Angst mindern. Obwohl Suizidhilfe, wenn sie ohne selbstsüchtige Beweggründe geleistet wird, nicht strafbar ist (vgl. Art. 115 des Strafgesetzbuches), sind aus ärztlicher Sicht entschiedene Vorbehalte angebracht. Neben einer religiös oder weltanschaulich begründeten Ablehnung des Suizids, die in den persönlichen Gewissensentscheid des verantwortlichen Arztes einfließen mag, sind die Missbrauchsgefahren augenfällig, die aus der generellen Akzeptanz ärztlicher Suizidhilfe resultieren müssten.

Zu Ziff. 3.3 (urteilsunfähige Patienten)

Beim urteilsunfähigen Patienten sucht der Arzt das Gespräch mit seinen Angehörigen und mit dem Pflegepersonal, bevor er eine irreversible Entscheidung trifft. Dabei klärt er, wenn möglich, im voraus ab, ob das von ihm beabsichtigte Vorgehen von den Angehörigen gebilligt wird.

Mitglieder der für die Ausarbeitung dieser Richtlinien tätigen Subkommission:

Dr. Cécile Ernst-Allemann, Zürich, Präsidentin; Dr. A. G. Bondolfi, Zürich; Prof. Ch. Brückner, Basel; Dr. Silvia Käppeli, Zürich; Prof. Ch.-H. Rapin, Collonge-Bellerive/Genève; Dr. J. Rey-Bellet, Monthey; Dr. Getrud Siegenthaler-Zuber †, Zürich

Diese Richtlinien wurden vom Senat der SAMW am 24. 2. 1995 genehmigt und ersetzen diejenigen von 1976 und von 1981.

Prof. B. Courvoisier, Genf

(Präsident der Zentralen Ethikkommission der SAMW bis 4. 6. 1992)

Prof. W. H. Hitzig, Zürich

(Präsident der Zentralen Ethikkommission der SAMW ab 5. 6. 1992)

Literatur

Browne A. Assisted suicide and active voluntary euthanasia. *Bioethics News* 1990; 9: 9–24.

Courvoisier B. Euthanasie? *Schweiz Rundsch Med Prax* 1993; 82: 110–1.

De Wachter MAM. Active euthanasia in the Netherlands. *JAMA* 1989; 262: 3316–9.

Doucet H. Mourir. *Approche bioéthique*. Paris/Ottawa: Ed. Desclée/Novalis; 1988.

Emanuel EJ. Euthanasia, historical, ethical, and empirical perspectives. *Arch Intern Med* 1994; 154: 1890–901.

Reusser K. *Patientenwille und Sterbebeistand*. Zürcher Studien zum Privatrecht, 112. Zürich: Schulthess Polygraphischer Verlag; 1994.

11.1.3 Niederlande

ACT ON THE MEDICAL CONTRACT 1994 (Auszug)

(Act of 17 November 1994 amending the Civil Code and other legislation in connection with the incorporation of provisions concerning the contract to provide medical treatment)

Article 450. 3. If a patient aged sixteen or over cannot be deemed capable of reasonably assessing his interests in the matter, the care provider (...) shall comply with the apparent opinion of the patient expressed in writing while he was still capable of the said reasonable assessment of his interests and containing a refusal to grant consent (...).

11.1.4 Dänemark

Act on the Patients' Rights 1998 (Auszug)

The treatment of inevitably dying patients

S 16.

An inevitably dying patient can refuse treatment which will only delay death.

In case an inevitably dying patient is no longer capable of exercising his right of self determination, a member of the health profession can avoid initiating or continuing a life prolonging treatment, cf. S 17 (3)

An inevitably dying patient can receive painkillers, tranquillisers and other medical means necessary for easing the patient's condition, even though these can precipitate the time of death.

Living Wills

S 17.

(1) Anyone who has reached the age of 18 and who is not under guardianship concerning personal conditions, health conditions included, cf. A 5 of the act on guardianship, can make a living will. In the living will the person can express his wishes concerning treatment in case he should end up in a state where the patient is no longer capable of exercising his self determination right.

(2) In a living will decisions can be stated as to:

1) the wish to avoid life prolonging treatment in a situation where the testator is inevitably dying, and

2) the wish to avoid life prolonging treatment in case of disease, advanced senile decay, accident, cardiac arrest (...) causing a severe disablement of that kind, that the testator will permanently be incapable taking physically and mentally care for himself.

(3) "Life prolonging treatment" means treatment without prospect of recovery, improvement, or relief, but only a certain prolongation of life.

(4) If a member of a health profession in a case where the patient is not himself capable of exercising the right of self determination, considers initiating a life prolonging treatment on an inevitably dying patient, or consider continuing treatment (...) the member of the health profession must contact the Register of Living Wills, cf. S 18, to inquire whether there is a living will.

(5) A wish of the testator in accordance with (2) 1) is binding to the member of the health profession, while a wish in accordance with (2) 2) is guiding to the member of the health profession and is to be taken into account in the treatment considerations.

S 18.

The Minister of Health establishes a living will register and lays down the rules in particular regarding the establishment, elaboration, registration, and annulment of living wills.

S. 33.

Complaints concerning conditions covered by this act can be brought before the Sanitary Authorities' Patient Complaint Board in pursuance of the rules hereof in the act on the Central

Administration of the Sanitary Authorities, unless a specific complaint access is prescribed by law. The decisions of the Patient Complaint Board cannot be brought before another administrative authority.

11.1.5 Australien

CONSENT TO MEDICAL TREATMENT AND PALLIATIVE CARE ACT 1995 (Auszug)

3. Objects

The objects of this Act are –

- (a) to make certain reforms to the law relating to consent to medical treatment
 - ii. to allow persons over the age of 16 years to make anticipatory decisions about medical treatment...

7. Anticipatory grant or refusal of consent to medical treatment

(1) A person of or over 18 years of age may, while of sound mind, give a directive under this section about the medical treatment that the person wants, or does not want, if he or she is at some future time

(a) in the terminal phase of a terminal illness, or in a persistent vegetative state; and

(b) incapable of making decisions about medical treatment when the question of administering the treatment arises.

(2) A direction under this section –

(a) must be in the form prescribed by Schedule 2 or in a form prescribed by regulation; and

(b) must be witnessed by an authorised witness who completes a certificate in the form prescribed by regulation.

(3) If –

(a) a person by whom a direction has been given under this section –

(i) is in the terminal phase of a terminal illness or in a persistent vegetative state; and

(ii) is incapable of making decisions about his or her medical treatment; and

(b) there is no reason to suppose that the person has revoked, or intended to revoke, the direction,

the person is to be taken to have consented to medical treatment that is in accordance with the wishes of the person as expressed in the direction and to have refused medical treatment that is contrary to those expressed wishes.

11.1.6 Neuseeland

CODE OF HEALTH AND DISABILITY SERVICE CONSUMERS' RIGHTS 1996 (Auszug)

2. Rights of consumers and duties of providers

RIGHT 7 *Right to Make An Informed Choice and Give an Informed Consent*

(5) Every consumer may use an advance directive in accordance with the common law.

4. Definitions

In this Code, unless the context otherwise requires –

“Advance directive” means a written or oral directive –

(a) By which a consumer makes a choice about a possible future health care procedure; and

(b) That is intended to be effective only when he or she is not competent

11.1.7 Österreich

KRANKENANSTALTENGESETZ (KAG) 1993 (Auszug)

§ 10 Abs 1 Ziff. 7 KAG

Führung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen

(1) Durch die Landesgesetzgebung sind die Krankenanstalten zu verpflichten:

...

7. bei der Führung der Krankengeschichte Verfügungen des Pfleglings, durch die dieser erst für den Fall des Verlustes seiner Handlungsfähigkeit das Unterbleiben bestimmter Behandlungsmethoden wünscht, zu dokumentieren, um darauf bei allfälligen künftigen medizinischen Entscheidungen Bedacht nehmen zu können;... (BGBl 1993/ 801)

11.2 Texte der Bundesärztekammer

11.2.1 Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Deutsches Ärzteblatt, 95:1998, A 2365-2367

Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (11.09.1998)

Präambel

Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht jedoch nicht unter allen Umständen. Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr indiziert sind, sondern Begrenzung geboten sein kann. Dann tritt palliativ-medizinische Versorgung in den Vordergrund. Die Entscheidung hierzu darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden.

Unabhängig von dem Ziel der medizinischen Behandlung hat der Arzt in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehören u.a.: Menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.

Art und Ausmaß einer Behandlung sind vom Arzt zu verantworten. Er muss dabei den Willen des Patienten beachten. Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen. Aktive Sterbehilfe ist unzulässig und mit Strafe bedroht, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht. Die Mitwirkung

des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein. Diese Grundsätze können dem Arzt die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen.

I. Ärztliche Pflichten bei Sterbenden

Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden, d.h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie in Würde zu sterben vermögen. Die Hilfe besteht neben palliativer Behandlung in Beistand und Sorge für Basisbetreuung.

Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens dürfen in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen oder nicht weitergeführt werden, wenn diese nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann. Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf. Eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, ist unzulässig und mit Strafe bedroht.

Die Unterrichtung des Sterbenden über seinen Zustand und mögliche Maßnahmen muss wahrheitsgemäß sein, sie soll sich aber an der Situation des Sterbenden orientieren und vorhandenen Ängsten Rechnung tragen. Der Arzt kann auch Angehörige oder nahestehende Personen informieren, es sei denn, der Wille des Patienten steht dagegen. Das Gespräch mit ihnen gehört zu seinen Aufgaben.

II. Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose

Bei Patienten mit infauster Prognose, die sich noch nicht im Sterben befinden, kommt eine Änderung des Behandlungszieles nur dann in Betracht, wenn die Krankheit weit fortgeschritten ist und eine lebenserhaltende Behandlung nur Leiden verlängert. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung treten dann palliativ-medizinische und pflegerische Maßnahmen. Die Entscheidung über Änderung des Therapieziels muss dem Willen des Patienten entsprechen.

Bei Neugeborenen mit schwersten Fehlbildungen oder schweren Stoffwechselstörungen, bei denen keine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht, kann nach hinreichender Diagnostik und im Einvernehmen mit den Eltern eine lebenserhaltende Behandlung, die ausgefallene oder ungenügende Vitalfunktion ersetzt, unterlassen oder nicht weitergeführt werden. Gleiches gilt für extrem unreife Kinder, deren unausweichliches Sterben abzusehen ist und für Neugeborene, die schwerste Zerstörungen des Gehirns erlitten haben. Eine weniger schwere Schädigung ist kein Grund zur Vorenthaltung oder zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, auch dann nicht, wenn Eltern dies fordern. Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapie künstlich in die Länge gezogen werden. Alle diesbezüglichen Entscheidungen müssen individuell erarbeitet werden. Wie bei Erwachsenen gibt es keine Ausnahmen von der Pflicht zu leidensmindernder Behandlung, auch nicht bei unreifen Frühgeborenen.

III. Behandlung bei sonstiger lebensbedrohender Schädigung

Patienten mit einer lebensbedrohenden Krankheit, an der sie trotz generell schlechter Prognose nicht zwangsläufig in absehbarer Zeit sterben, haben, wie alle Patienten, ein Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung. Lebenserhaltende Therapie einschließlich - ggfs. künstlicher - Ernährung ist daher geboten. Dieses gilt auch für Patienten mit schwersten cerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit (apallisches Syndrom, sog. "Wachkoma").

Bei fortgeschrittener Krankheit kann aber auch bei diesen Patienten eine Änderung des Therapieziels und die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen in Betracht kommen. So kann der unwiderrufliche Ausfall weiterer vitaler Organfunktionen die Entscheidung rechtfertigen,

auf den Einsatz substituierender technischer Hilfsmittel zu verzichten. Die Dauer der Bewusstlosigkeit darf dabei nicht alleiniges Kriterium sein.

Alle Entscheidungen müssen dem Willen des Patienten entsprechen. Bei bewusstlosen Patienten wird in der Regel zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens die Bestellung eines Betreuers erforderlich sein.

IV. Ermittlung des Patientenwillens

Bei einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt den aktuell geäußerten Willen des angemessenen aufgeklärten Patienten zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt. Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen. Der Arzt soll Kranken, die eine notwendige Behandlung ablehnen, helfen, die Entscheidung zu überdenken.

Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist die Erklärung des gesetzlichen Vertreters, z.B. der Eltern oder des Betreuers, oder des Bevollmächtigten maßgeblich. Diese sind gehalten, zum Wohl des Patienten zu entscheiden. Bei Verdacht auf Missbrauch oder offensichtlicher Fehlentscheidung soll sich der Arzt an das Vormundschaftsgericht wenden.

Liegen weder vom Patienten noch von einem gesetzlichen Vertreter oder einem Bevollmächtigten Erklärungen vor oder können diese nicht rechtzeitig eingeholt werden, so hat der Arzt so zu handeln, wie es dem mutmaßlichen Willen des Patienten in der konkreten Situation entspricht. Der Arzt hat den mutmaßlichen Willen aus den Gesamtumständen zu ermitteln. Eine besondere Bedeutung kommt hierbei einer früheren Erklärung des Patienten zu. Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen des Patienten können seine Lebenseinstellung, seine religiöse Überzeugung, seine Haltung zu Schmerzen und zu schweren Schäden in der ihm verbleibenden Lebenszeit sein. In die Ermittlung des mutmaßlichen Willens sollen auch Angehörige oder nahestehende Personen einbezogen werden.

Lässt sich der mutmaßliche Wille des Patienten nicht anhand der genannten Kriterien ermitteln, so handelt der Arzt im Interesse des Patienten, wenn er die ärztlich indizierten Maßnahmen trifft.

V. Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen

Patientenverfügungen, auch Patiententestamente genannt, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen sind eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes.

Patientenverfügungen sind verbindlich, sofern sie sich auf die konkrete Behandlungssituation beziehen und keine Umstände erkennbar sind, dass der Patient sie nicht mehr gelten lassen würde. Es muss stets geprüft werden, ob die Verfügung, die eine Behandlungsbegrenzung erwägen lässt, auch für die aktuelle Situation gelten soll. Bei der Entscheidungsfindung sollte der Arzt daran denken, dass solche Willensäußerungen meist in gesunden Tagen verfasst wurden und dass Hoffnung oftmals in ausweglos erscheinenden Lagen wächst. Bei der Abwägung der Verbindlichkeit kommt der Ernsthaftigkeit eine wesentliche Rolle zu. Der Zeitpunkt der Aufstellung hat untergeordnete Bedeutung. Anders als ein Testament bedürfen Patientenverfügungen keiner Form, sollten aber in der Regel schriftlich abgefasst sein. Im Wege der Vorsorgevollmacht kann ein Bevollmächtigter auch für die Einwilligung in ärztliche Maßnahmen, deren Unterlassung oder Beendigung bestellt werden. Bei Behandlung mit hohem Risiko für Leben und Gesundheit bedarf diese Einwilligung der Schriftform (§ 1904 BGB) und muss sich ausdrücklich auf eine solche Behandlung beziehen. Die Einwilligung des Betreuers oder Bevollmächtigten in eine "das Leben gefährdende Behandlung" bedarf der Zustimmung des Vormundschaftsgerichts (§ 1904 BGB). Nach der Rechtsprechung (Oberlandesgericht Frankfurt a.M: vom 15.07.1998 - Az: 20 W 224/98) ist davon auszugehen, dass dieses auch für die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen im Vorfeld der Sterbephase gilt.

Betreuungsverfügungen können Empfehlungen und Wünsche zur Wahl des Betreuers und zur Ausführung der Betreuung enthalten.

11.2.2 Bundesärztekammer: Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen, Deutsches Ärzteblatt 96:1999, A 2720-2721

Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen

Präambel

Jeder Patient hat ein Recht auf Selbstbestimmung. Das gilt auch für Situationen, in denen der Patient nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern. Für diesen Fall gibt es vorsorgliche Willensbekundungen, die den Arzt darüber informieren, in welchem Umfang bei fehlender Einwilligungsfähigkeit eine medizinische Behandlung gewünscht wird.

Die umfangreichen Möglichkeiten der modernen Medizin lassen es sinnvoll erscheinen, dass Patienten sich vorsorglich für den Fall des Verlustes ihrer Einwilligungsfähigkeit zu der von ihnen dann gewünschten Behandlung erklären. Besonders ältere Personen und Patienten mit prognostisch ungünstigen Leiden sollen ermutigt werden, die künftige medizinische Versorgung mit dem Arzt ihres Vertrauens zu besprechen und ihren Willen hierzu zum Ausdruck zu bringen. In den von der Bundesärztekammer beschlossenen Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung (Dt. Ärzteblatt 1998; 95: A-2365-2367) wird auf die Bedeutung solcher Erklärungen am Ende des Lebens hingewiesen.

Da nach wie vor Unsicherheit darüber besteht, wie solche Erklärungen formal und inhaltlich zu gestalten sind und wann bzw. inwieweit sie Gültigkeit haben, wurden die nachstehenden Hinweise von der Bundesärztekammer erarbeitet. Sie dienen als Handreichung für Ärzte, die um Rat bei der Aufstellung von Patientenverfügungen gefragt werden oder denen eine Patientenverfügung vorgelegt wird.

1. Möglichkeiten der Willensbekundung

Möglichkeiten der vorsorglichen Willensbekundung zur Sicherung der Selbstbestimmung sind Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen. Sie können jederzeit vom Patienten geändert oder widerrufen werden.

1.1 Patientenverfügungen

Eine Patientenverfügung (bisweilen Patiententestament genannt) ist eine schriftliche oder mündliche Willensäußerung eines entscheidungsfähigen Patienten zur zukünftigen Behandlung für den Fall der Äußerungsunfähigkeit. Mit ihr kann der Patient u.a. bestimmen, ob und in welchem Umfang bei ihm in bestimmten, näher umrissenen Krankheitssituationen medizinische Maßnahmen eingesetzt werden sollen.

In einer Patientenverfügung kann der Patient auch eine Vertrauensperson benennen, mit der der Arzt die erforderlichen medizinischen Maßnahmen besprechen soll und die dem Arzt dann, wenn der Patient nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen selbst zu äußern, bei der ihm obliegenden Ermittlung des mutmaßlichen Willens unterstützend zur Verfügung steht. Es empfiehlt sich, den Arzt gegenüber dieser Person von seiner Schweigepflicht zu entbinden.

1.2 Vorsorgevollmachten

Mit einer Vorsorgevollmacht kann der Patient für den Fall, dass er nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, Entscheidungen mit bindender Wirkung für ihn, u.a. in seinen Gesundheitsangelegenheiten, zu treffen (§ 1904 Abs. 2 BGB).

Vorsorgevollmachten sollten schriftlich abgefasst sein und die von ihnen umfassten ärztlichen Maßnahmen möglichst benennen. Eine Vorsorgevollmacht muss schriftlich niedergelegt werden, wenn sie sich auf Maßnahmen erstreckt, bei denen die begründete Gefahr besteht, dass der Patient stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Die Einwilligung des Bevollmächtigten bedarf in diesen Fällen (§ 1904 BGB) der Zustimmung des Vormundschaftsgerichtes, es sei denn, dass mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

Ob die Einschaltung des Vormundschaftsgerichtes auch bei der Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen im Vorfeld der Sterbephase erforderlich ist, ist z. Z. strittig. Zur rechtlichen Absicherung kann es sich empfehlen, das Vormundschaftsgericht anzurufen. Die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen während des Sterbeprozesses verpflichtet nicht zur Anrufung des Vormundschaftsgerichtes.

1.3 Betreuungsverfügungen

Eine Betreuungsverfügung ist eine für das Vormundschaftsgericht bestimmte Willensäußerung für den Fall der Anordnung einer Betreuung. In ihr können Vorschläge zur Person eines Betreuers und Wünsche zur Wahrnehmung seiner Aufgaben fixiert sein. Eine Betreuung kann vom Gericht für bestimmte Bereiche angeordnet werden, wenn der Patient nicht mehr in der Lage ist, seine Angelegenheiten selbst zu besorgen und eine Vorsorgevollmacht hierfür nicht vorliegt oder nicht ausreicht. Der Betreuer entscheidet im Rahmen seines Aufgabenkreises für den Betreuten. Auch dann dürfen Maßnahmen nicht gegen den erkennbaren Willen des Patienten durchgeführt werden.

2. Vertrauensperson, Bevollmächtigter, Betreuer

In der Regel werden nahestehende Personen benannt werden. Bei der Benennung ist zu bedenken, dass Nahestehende in kritischen Situationen besonders schweren Belastungen und Konflikten ausgesetzt sein können. Es sollte niemand bestimmt werden, ohne dass mit ihm rechtzeitig und ausführlich über die anstehenden Aufgaben gesprochen wurde. Die benannte Person sollte die getroffenen Regelungen - insbesondere eine Patientenverfügung - kennen. Wer zu einer Einrichtung, in welcher der Betreute untergebracht ist oder wohnt, in einer engen Beziehung steht, darf nicht zum Betreuer bestellt werden (§ 1897 Abs. 3 BGB).

3. Inhalt

3.1 Situationen

Willensbekundungen im Sinne der Ziffer 1 sollen Aussagen zu den Situationen enthalten, für die sie gelten sollen, z. B.:

- Sterbephase
- nicht aufhaltbare schwere Leiden
- dauernder Verlust der Kommunikationsfähigkeit
- Notwendigkeit andauernder schwerwiegender Eingriffe, (z.B. Beatmung, Dialyse, künstliche Ernährung, Organersatz)

3.2 Ärztliche Maßnahmen

Für die genannten Situationen können Patientenverfügungen auch Aussagen zur Einleitung, zum Umfang und zur Beendigung ärztlicher Maßnahmen enthalten, etwa

- künstliche Ernährung, Beatmung oder Dialyse
- Verabreichung von Medikamenten wie z.B. Antibiotika, Psychopharmaka oder Zytostatika
- Schmerzbehandlung
- Art der Unterbringung und Pflege
- Hinzuziehung eines oder mehrerer weiterer Ärzte

3.3 Ergänzende persönliche Angaben

Um in Situationen, die in der Verfügung nicht erfasst sind, den mutmaßlichen Willen besser ermitteln zu können, empfiehlt es sich auch, Lebenseinstellungen, religiöse Überzeugung sowie die Bewertung von Schmerzen und schweren Schäden in der verbleibenden Lebenszeit mitzuteilen.

3.4 Ärztliche Beratung

Vor Abfassung einer Patientenverfügung kann es hilfreich sein, ein ärztliches Gespräch über deren Inhalt und Umfang und Tragweite zu führen. Ein Vermerk darüber, dass eine ärztliche Beratung stattgefunden hat, kann zusätzlich belegen, dass der Patient sich auch mit dem medizinischen Für und Wider seiner Entscheidung auseinandergesetzt hat; dies kann die Ernsthaftigkeit unterstreichen und die Verbindlichkeit erhöhen.

3.5 Schweigepflicht

Gegenüber dem Bevollmächtigten und dem Betreuer ist der Arzt zur Auskunft verpflichtet, da Vollmacht und Gesetz den Arzt von der Schweigepflicht freistellen. In der Patientenverfügung können weitere Personen benannt werden, gegenüber denen der Arzt von der Schweigepflicht entbunden wird und denen Auskunft erteilt werden soll.

3.6 Aktive Sterbehilfe

Aktive Sterbehilfe darf, auch wenn sie in einer Patientenverfügung verlangt wird, nicht geleistet werden, da sie gesetzwidrig ist.

4. Form

Patientenverfügungen bedürfen keiner besonderen Form. Aus Beweisgründen sollten sie jedoch schriftlich abgefasst sein. Eine eigenhändige Niederschrift der Patientenverfügung ist nicht notwendig. Die Benutzung eines Formulars ist möglich. Eine Patientenverfügung soll möglichst persönlich unterschrieben und mit Datum versehen sein. Rechtlich ist es weder erforderlich, die Unterschrift durch Zeugen bestätigen zu lassen, noch eine notarielle Beglaubigung der Unterschrift herbeizuführen. Um Zweifeln zu begegnen, kann sich jedoch eine Unterschrift vor Zeugen empfehlen, die ihrerseits schriftlich die Echtheit der Unterschrift sowie das Vorliegen der Einwilligungsfähigkeit des Verfassers bestätigen.

5. Einwilligungsfähigkeit

Patientenverfügungen sind nur wirksam, wenn der Patient z. Z. der Abfassung einwilligungsfähig war. Sofern keine gegenteiligen Anhaltspunkte vorliegen, kann der Arzt von der Einwilligungsfähigkeit des volljährigen Patienten ausgehen. Die Einwilligungsfähigkeit liegt vor, wenn der Patient Bedeutung, Umfang und Tragweite der Verfügung zu beurteilen vermag. Das gilt auch für Minderjährige. Die Umsetzung ihres Willens kann grundsätzlich jedoch nicht gegen den Willen der Sorgeberechtigten erfolgen.

6. Verbindlichkeit

Grundsätzlich gilt der in der Patientenverfügung geäußerte Wille des Patienten, es sei denn, es liegen konkrete Anhaltspunkte vor, die auf eine Veränderung seines Willens schließen lassen. Da Patientenverfügungen jederzeit formlos widerruflich sind, muss vom behandelnden Arzt geprüft werden, ob Anhaltspunkte für eine Willensänderung vorliegen.

Um Zweifel an der Verbindlichkeit älterer Verfügungen zu beseitigen, empfiehlt es sich, diese in regelmäßigen Abständen zu bestätigen oder zu ergänzen.

7. Aufbewahrungsempfehlung

Um sicherzugehen, dass die behandelnden Ärzte Patientenverfügungen zur Kenntnis nehmen können, sollten diese gemeinsam mit den persönlichen Papieren bei sich geführt werden. Auch ein einfacher Hinweis, dass solche Verfügungen verfasst wurden und wo sie zu finden sind, kann förderlich sein.

Hilfreich ist es weiterhin, wenn z. B. die Angehörigen oder der Arzt des Vertrauens über das Vorliegen informiert werden.

Für den Arzt, der gemäß einer Patientenverfügung behandelt, empfiehlt es sich, eine Kopie der Patientenverfügung zu den Krankenunterlagen zu nehmen und Äußerungen benannter Personen zu dokumentieren.

11.3 Liste von Verfügungen

Auszug aus: Jacobi, Thorsten; May, Arnd; Kielstein, Rita; Bienwald, Werner: *Ratgeber Patientenverfügung. Vorgesagt oder Selbstverfasst?* Münster: Lit Verlag 2001, 133-146

SAMMLUNG VON VORSORGLICHEN VERFÜGUNGEN IN DEUTSCHLAND

(Stand: Oktober 2001)

AIDS-Aufklärung e.V.: **Patientenverfügung**, 2001, AIDS-Aufklärung e.V. Verein zur Förderung von Informationen über die HIV-Infektion, AIDS-Aufklärung e.V., Hedderheimer Kirchstr. 14, 60439 Frankfurt am Main, online unter:
<http://www.hivnet.de/patienten/patientenverfuegung.htm>

AIDS-Hospizverein "die insel" e.V. Frankfurt: **Patientenverfügung**, 1999, AIDS-Hospizverein "die insel", Lenaustr. 38, 60318 Frankfurt

Ambulanter Hospizdienst Lippe-Detmold: **Patientenverfügung (Patiententestament) mit Betreuungsverfügung**, Dezember 2000, Ambulanter Hospizdienst Lippe-Detmold e.V., Sofienstr. 43, 32756 Detmold

Ambulantes Hospiz der Johanniter Marburg, Marburger Verein für Selbstbestimmung und Betreuung (SUB) e.V.: **Patientenverfügung**, In: *Keine Sorge, Vorsorge ist möglich*, Marburg 2000, 10-13

Anna Luise Altendorf Stiftung: **Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht**, 2001, Anna Luise Altendorf Stiftung, Goethestr. 42, 32427 Minden, online unter:

<http://www.anna-luise-altendorf-stiftung.de/alle/pdf/patientenverfuegung.pdf>

<http://www.anna-luise-altendorf-stiftung.de/alle/pdf/betreuungsverfuegung.pdf>

<http://www.anna-luise-altendorf-stiftung.de/alle/pdf/vorsorgevollmacht.pdf>

Anonymus: **Patientenverfügung (Wunsch nach Behandlungsabbruch bei ungünstiger Prognose), Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht**, ohne Jahr, Mego Internet Verlag, online unter:

<http://www.mego.de/r01/patientenverfuegung.pdf>

<http://www.mego.de/r01/betreuungsverfuegung.pdf>

<http://www.mego.de/r01/vorsorgevollmacht.pdf>

Anonymus: **Patientenverfügung**, Braunschweig, ohne Jahr, RNK Verlag, Rheinaustraße 3, 38112 Braunschweig

Arbeiterwohlfahrt (AWO) Gemeinschaftsstiftung Sachsen-Anhalt: **Patientenverfügung**, In: *Selbstbestimmung mit Vollmachten*, Magdeburg 2000, AWO, Landesverband Sachsen-Anhalt e.V., Klausenerstraße 17, 39112 Magdeburg, online unter: http://www.awo-lsa.de/body_selbstbestimmung_mit_vollmacht.html

Arbeiterwohlfahrt (AWO) Landesverband Berlin e.V.: **Die Patientenverfügung**, ohne Jahr, AWO Landesverband Berlin e.V., Hallesches Ufer 32-38, 10963 Berlin

Arbeiterwohlfahrt (AWO) Mülheim: **Patientenverfügung**, In: *Vorsorgende Verfügungen*, 2001, AWO Mülheim, AWO Beratungshaus, Georgstr. 4, 45468 Mülheim an der Ruhr, online unter:

www.awo-mh.de/html/privatevorsorge/patientenverfuegung.htm

Arbeitsgemeinschaft für Betreuungsangelegenheiten der Stadt und des Kreises Düren: **Patientenverfügung, und Vorbemerkung und Anleitung zur Erstellung einer Patientenverfügung**, 2001, online unter: http://www.dueren.de/downloads/pdfs/Vordruck_Patient.pdf, http://www.dueren.de/downloads/pdfs/Vorbemerkungen_Patient.pdf

Ärzttekammer Baden-Württemberg: **Patientenverfügung und Informationen zur Patientenverfügung** (= Sozialministerium Baden Württemberg: *Patientenverfügung*, Landesärztekammer Baden-Württemberg, Jahnstraße 40, 70597 Stuttgart = Ärztekammer Bezirk Nordbaden, Keßlerstraße 1, 76185 Karlsruhe = Ärztekammer Bezirk Südbaden, Sundgaullee 27, 79114 Freiburg), online unter: <http://www.aerztekammer-bw.de/Homepage/downl/Patverrrf.rtf> = Ärztekammer Bezirk Südwürttemberg, Haldenhausstraße 11, 72770 Reutlingen, online unter: http://www.aerztekammer-bw.de/Homepage/bezirkak/sued_w/download1/M14SWrtf.rtf

Ärzttekammer Bayern: **Patientenverfügung**, 2000, Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 81677 München

Ärzttekammer Berlin, Ethikkommission: **Patientenverfügung (-testament), Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht**, Februar 2001, Ärztekammer Berlin, Flottenstr. 28-42, 13407 Berlin, online unter: <http://www.aerztekammer-berlin.de/vorsorge.htm>, <http://www.aerztekammer-berlin.de/pattest.pdf>

Ärzttekammer Bezirk Nordwürttemberg: **Patientenverfügung** (= Ärztekammer Berlin: *Patientenverfügung (-testament)*, 1998), Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, Jahnstraße 32, 70597 Stuttgart, online unter: <http://www.aerztekammer-bw.de/Homepage/downl/Patientenverfuegung.pdf>

Ärzttekammer Bezirk Südwürttemberg: **Patientenverfügung und Informationen zur Patientenverfügung** (= Sozialministerium Baden Württemberg), Bezirksärztekammer Südwürttemberg, Haldenhausstraße 11, 72770 Reutlingen, online unter: http://www.aerztekammer-bw.de/Homepage/bezirkak/sued_w/download1/M14SWrtf.rtf

Ärzttekammer Brandenburg: **Patientenverfügung**, Ärztekammer Brandenburg, Dreifertstr. 12, 03044 Cottbus, online unter: http://www.laekb.de/08Patientenrecht/10Patientenverf_gung.pdf

Ärzttekammer Hamburg: **Vorschlag zur Formulierung einer persönlichen Willenserklärung (Patientenverfügung) für den Fall einer schweren, unheilbaren Erkrankung**, 11/1998. *Betreuungsrechtliche Praxis* 6:1997, 20, Ärztekammer Hamburg, Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg, online unter: <http://www.aerztekammer-hamburg.de/Patientenverfuegung.htm>

Ärzttekammer Nordrhein: **Patientenverfügung, Bevollmächtigung in medizinischen Fragen, Betreuungsverfügung zur Vorlage beim Vormundschaftsgericht**, *Rheinisches Ärzte-*

blatt 54. Jahrgang: 6/2000, Ärztekammer Nordrhein, Rechtsabteilung, Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf, online unter:

<http://www.aekno.de/htmljava/b/download/muster1.pdf>,

<http://www.aekno.de/htmljava/b/download/muster2.pdf>,

<http://www.aekno.de/htmljava/b/download/muster3.pdf>

Ärztekammer **Rheinland-Pfalz: Patientenverfügung (-testament), Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht** (= Ärztekammer Berlin: *Patientenverfügung (-testament), Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht*, November 2000), Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz, online unter: <http://www.laek-rlp.de/Download/pattest.pdf>

Ärztekammer Sachsen: **Patientenverfügung (-testament), Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht** (= Ärztekammer Berlin: *Patientenverfügung (-testament), Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht*, 1998), Sächsische Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, online unter: <http://www.slaek.de/infos/patverf/patverf.exe>

Ärztekammer Schleswig-Holstein: **Patientenverfügung (-testament), Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht** (= Ärztekammer Berlin: *Patientenverfügung (-testament), Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht*, 1998), Ärztekammer Schleswig-Holstein, Bismarckallee 8-12, 23795 Bad Segeberg, online unter: http://www.aeksh.de/info_pub/patient/patient6.pdf

Ärztekammer Westfalen-Lippe, Ärztlicher Arbeitskreis Sterbehilfe in Zusammenarbeit mit der Hospizbewegung Münster: **Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht. Ein Leitfaden für Patienten und Angehörige**, Münster: Eigenverlag 3. Aufl. 2000, Ärztekammer Westfalen-Lippe, Gartenstr. 210-214, 48147 Münster, online unter: <http://www.aekwl.de/public/buergerinfo/download/pdf/patientenverfuegung.pdf>

Bayerischer Hospizverband e.V., Hospizkreis im Landkreis Miesbach e.V., Ärztlicher Kreisverband Miesbach: **Patientenverfügung mit Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht**, 2001, Hospiz-Verein Main-Spessart e.V., Riemenschneider Str. 23, 97753 Karlstadt, online unter: <http://home.t-online.de/home/Hospiz-Verein-Regensburg/pat-bay.htm>

Bayerisches Staatsministerium der Justiz: **Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung**. In: *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung*, München: Eigenverlag, 2001, Bayerisches Staatsministerium der Justiz, Prielmayerstr. 7, 80097 München, online unter: <http://www.justiz.bayern.de/vorsorge.pdf>

Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS) Hamburg: **Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung**. In: *Ich Sorge vor! Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung*, Hamburg Januar 2001, Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Landesbetreuungsstelle, Hamburger Str. 47, 22083 Hamburg online unter: http://www.hamburg.de/Behoerden/BAGS/pressemitteilungen/archiv/9809-9906/990208_ich_sorge_vor.htm

Beratungsnetzwerk Herford: **Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung**. In: *Vorsorgen, Verfügen, Selbstbestimmen ...solange Sie dazu noch in der Lage sind*, 2. Aufl. 2001, Beratungsnetzwerk co. SKM / SKF, Berliner Str. 10, 32052 Herford

Bergmannsheil Bochum, Ethikforum: **Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht**, 2001, Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannsheil, Bürkle-de-la-Camp-Platz 1, 44789 Bochum

Berliner Rotes Kreuz: **Patiententestament, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht**, 1999, Landesverband Berliner Rotes Kreuz e.V., Bundesallee 73, 12161 Berlin

Betreuungsstelle Stadt Frankfurt am Main: *Selbstbewusst die Zukunft gestalten solange ich geistig und körperlich gesund bin mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung*, Frankfurt: Fachhochschulverlag 2. Aufl. 2001, Betreuungsstelle der Stadt Frankfurt am Main, Eschersheimer Landstr. 42-44, 60322 Frankfurt am Main

Betreuungsstelle im Landratsamt Günzburg: **Patientenverfügung (Patiententestament)**, 2000, Landratsamt Günzburg, Postfach 13 62, 89303 Günzburg, online unter: http://www.landkreis-guenzburg.de/behoerde/sozww/daten/p_01.htm

Betreuungsstelle des Landes Hamburg: **Vorsorgevollmacht**, 1998, *Hamburger Betreuungsjournal* Ausgabe 2:September 1998, 11-12.

Betreuungsstelle Hochsauerlandkreis und Betreuungsvereine: **Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht, Patienten-Verfügung**, In: *Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht, Patienten-Verfügung*, Meschede 2001, Hochsauerlandkreis, Steinstr. 27, 59872 Meschede, online unter: <http://www.hochsauerlandkreis.de/download/patientenverfuegung.pdf>

Betreuungsstelle Stadt Herne: **Vorsorgeverfügung**, 1999, Betreuungsstelle der Stadt Herne (Hg.), Eickeler Markt 1, 44651 Herne

Betreuungsstelle Landeshauptstadt München: **Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung**, In: *Münchner Vorsorgebroschüre: Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung*, München 3. Aufl. Jan. 1999, Landeshauptstadt München, Sozialreferat, Betreuungsstelle, Mathildenstr. 3a, 80336 München.
<http://www.muenchen.de/referat/sozial/vorsorge/daten/vorsorge.doc>
<http://www.muenchen.de/referat/sozial/vorsorge/daten/betreu.doc>
<http://www.muenchen.de/referat/sozial/vorsorge/daten/patient.doc>
<http://www.muenchen.de/referat/sozial/vorsorge/daten/baust.doc>

Betreuungsstelle Main-Kinzig Kreis (Hg): **Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung**, In: *Was wäre wenn? Vorsorge für den Fall der eigenen Entscheidungsunfähigkeit mit Musterformularen zur Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung*, Hanau April 2000, Main-Kinzig-Kreis, Betreuungsstelle, Eugen-Kaiser Str. 9, 63450 Hanau.

Betreuungsstelle Landratsamt München: **Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung**, In: *Wer klug ist, sorgt vor*, München 2001, Landratsamt München, Betreuungsstelle, Mariahilfplatz 17, 81541 München, online unter: <http://www.landkreis-muenchen.de/pages/landratsamt/fachbereiche/abteilung04/sachgebiet43/allgzvuv.html>
http://www.landkreis-muenchen.de/pages/landratsamt/fachbereiche/abteilung04/sachgebiet43/formular_patientenvfg.html

Betreuungsstelle Kreisverwaltung Recklinghausen und Betreuungsvereine in Datteln, Haltern, Oer-Erkenschwick und Waltrop: **Muster einer Vorsorgevollmacht, einer Betreuungsverfügung und einer Patientenverfügung und Wichtige Hinweise zur Abfassung einer**

verbindlichen Willenserklärung wie Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung, Recklinghausen: Eigenverlag 2. Aufl. 2000

Betreuungsstelle Rheingau-Taunus-Kreis: **Vollmacht/Vorsorgevollmacht und Patientinnen/Patientenverfügung**, *Betreuungsrechtliche Praxis* 5:1996, 97-98 (Patientinnen/Patienten-Verfügung ist entnommen aus: Brühl, Albrecht; Christmann, Günter: Beck-Rechtsberater: *Alt-Krank-Behindert: Das Recht in der Pflege*. München: dtv 1993)

Betreuungsverein Buntstifte: **Infobrief "Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht (2001)", Infobrief "Hilfe zur Erstellung von Betreuungsverfügungen und Vorsorgevollmachten (2001)**, Buntstifte e.V., Wüllnerskamp 38, 45329 Essen, online unter: <http://www.buntstifte-ev.de/vorsorge.htm#Muster> : Betreuungsverfügung; <http://www.buntstifte-ev.de/vorsorge.htm#Muster> : Vorsorgevollmacht

Betreuungsverein der Stiftung Altendank der Kreissparkasse Göppingen e.V.: **General- und Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung**. In: *Selbstbewusst die Zukunft gestalten solange ich gesund bin...*, 2000. Betreuungsverein der Stiftung Altendank der Kreissparkasse Göppingen e.V., Poststr. 3, 73033 Göppingen

Betreuungsvereine im Kreis Paderborn: **Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung**, In: *Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung*, Paderborn ohne Jahr, 15-17, Stadt Paderborn, Betreuungsstelle, Am Abdinghof 11, 33098 Paderborn

Birmanns, Martin: **Betreuungsverfügung und Patientenverfügung**, in: *Neue Wirtschaftsbriefe* Nr. 3 vom 12.1.1998, Fach 19, 2320-2322

Brühl, Albrecht, Christmann, Günter: **Sterbehilfe und Patiententestament**. In: Brühl/Christmann: Beck-Rechtsberater: *Alt - krank - behindert: Das Recht in der Pflege*, München: dtv 1993, 179-180

Brüker, Max Otto; Gutjahr, Ilse; Jung, Mathias: **Patientenbrief**, In: Gutjahr, Ilse; Jung, Mathias: *Sterben auf Bestellung. Fakten zur Organentnahme*. Lahnstein: emu, 1997, 153-155

Bruns, W.; Debong, B., Andreas, M.: **Vorsorge für den Ernstfall - Patiententestament, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht**. In: *Die Schwester/Der Pfleger*, 37:1998, 75-77

Bund für Geistesfreiheit (bfg) Bayern: **Freigeistige Patientenverfügung**, ohne Jahr, Bund für Geistesfreiheit (bfg) Bayern, Postfach 190145, 90730 Fürth

Bundesarbeitsgemeinschaft Schwule Juristen (BASJ) und Bundesarbeitsgemeinschaft Schwule und Lesbische Paare (SLP) e.V.: **General- und Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung**, ohne Jahr, Lesben- und Schwulenverband in Deutschland e.V., Katzbachstrasse 5, 10965 Berlin, online unter: <http://www.lsvd.de/recht/>, <http://www.lsvd.de/recht/vorsv.html>, <http://www.lsvd.de/recht/pat.html>

Carl Beier Stiftung: **Ansteckplakette, Patientenverfügung für den Arzt**, 1999, Carl Beier Stiftung, Riesengebirgstraße 11, 85540 Haar

Chauvistré, Ralph: **Vorsorgevollmacht und rechtliche Betreuung. Betreuungsverfügung und Patientenverfügung**, Simmerath: Eifelverlag 1999, 114-134

Christ, Eva; Scheliga, Franz: **Patientenverfügung**, In: *Selbstbestimmt vorsorgen ist mehr als einen kurzen Gedanken wert. Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung. Entscheidungshilfen, Muster, Textbausteine, Informationen*. Edition Vorsorge, 2001, 44-45

Christopherus Hospiz Verein e.V. (CHV): **Patientenverfügung in Verbindung mit Vollmacht und Betreuungsverfügung**, 6. überarb. Aufl. Juni 1999, online unter: <http://www.chv.org/intern/formulare.htm>, **Patientenverfügung für Schwerkranke, Vor-**

sorgevollmacht und Betreuungsverfügung. Leitfaden für Ärzte und andere Fachleute, 2000, Christopherus Hospiz Verein (CHV), Rotkreuzplatz 2a, 80634 München

Collegium Augustinum: **Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung**, 2001, Collegium Augustinum, Stiftsbogen 74, 81375 München

Deutsche AIDS-Hilfe: **Patientenverfügung**, In: *Alles geregelt? Tipps zur rechtlichen Vorsorge für Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen (mit Patientenverfügung)*, ohne Jahr, 13, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Dieffenbachstr. 22, 10967 Berlin

Deutsche Bischofskonferenz und Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen: **Christliche Patientenverfügung**, Handreichung und Formular, 4. Nachdruck 2000, online unter: <http://www.ekd.de/EKD-Texte/patient/welcome.html>

Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS): **Patientenschutzbrief, Freitodverfügung, Organspende -Zertifikat, Willensverfügung zu Fragen der Organentnahme, und Schutzbrief für lebenserhaltende Therapie**, *Neue Juristische Wochenschrift* 53:2000, 2725, DGHS, Postfach 11 05 29, 86030 Augsburg

Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke (DGM): **Patientenverfügung**, In: *Amyotrophe Lateralsklerose ALS. Mit der Krankheit leben lernen. Praktische Hilfe und Tipps für den Alltag*, 4. Aufl. 2000, 89-90

Deutsche Hospiz Stiftung: **Medizinische Patientenanzwaltschaft**, 2000, Deutsche Hospiz Stiftung, Im Defdahl 5-10, 44141 Dortmund, online unter: <http://www.hospize.de/texte/anwaltschaft.htm>

Deutscher Anwaltverein, Arbeitsgemeinschaft Familien- und Erbrecht: **Patientenverfügung**, In: Rakete-Dombek, Ingeborg: *Vorsorgevollmacht erübrigt Betreuung - Breite Beratung erforderlich*, *Familie, Partnerschaft, Recht FPR* 04/2000, 176-179

Deutscher Caritasverband: **Patientenverfügung**, In: *Caritas-Materialien zur Begleitung Schwerstkranker und Sterbender*. Freiburg 1995, 130-133

Deutscher Juristinnenbund: **Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht**, September 2000, Deutscher Juristinnenbund, Vereinigung der Juristinnen, Volkswirtinnen und Betriebswirtinnen e.V., Reuterstr. 241, 53113 Bonn, online unter: <http://www.djb.de/publikationen/patienta.pdf>

Deutsches Rotes Kreuz (DRK), Ortsverein Mainz: **Patienten- und Organspendeverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht**, Informationsbroschüre des DRK Mainz, Altenauergasse 1, 55116 Mainz, online unter: <http://www.drk-mainz.org/zentralarchiv/Zentralarchiv.htm>

Diakonisches Werk Baden: **Patientenverfügung**, In: *Diakonie-Ratgeber Patientenverfügung*, 2000, Diakonisches Werk Baden, Vorholzstr. 3, 76137 Karlsruhe

Dietz, Angelika; Pörksen, Niels; Voelzke, Wolfgang: **Die Behandlungsvereinbarung**, In: Dietz, Angelika; Pörksen, Niels; Voelzke, Wolfgang (Hg.): *Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1998, 203-210

Dodegge, Georg: **Vorsorgevollmacht**, In: Dodegge, Georg: *Die Vorsorgevollmacht im Lichte des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes*, *Betreuungsrechtliche Praxis* 9:2000, 101, online unter: http://www.EuroServices.de/bi-Pro/Dodegge/Newsletter/Formulare__Antraege_zu_Ihrer_pe/Muster_Antraege_Formulare/index.html

Esch, Heike: **Patientenanwalt-Verfügung**, In: Esch, Heike: *Der Patientenanwalt. Zur Vertretung einwilligungsunfähiger Patienten bei medizinischen Entscheidungen durch gewillkürte und gesetzliche Stellvertreter*, Frankfurt a.M.: Peter Lang, 2000, 120-121

Esslinger Initiative e.V.: **Patientenverfügung, Gesundheitsvollmacht, Betreuungsverfügung**, In: *Vorsorgen – Selbst bestimmen – im Leben und Sterben. Patientenverfügung, Gesundheitsvollmacht, Betreuungsverfügung. Ein Beratungshandbuch*, 4. überarb. und erw. Aufl. Esslingen: Eigenverlag 2000, 45-68

Evangelische Akademie Iserlohn, Arbeitskreis „Arzt und Seelsorger“: **Patientenerklärung**, In: *Für sich selber sorgen bis zum Ende. Leitfaden zum Erstellen einer persönlichen Patientenerklärung*, Publikation SO-11, Iserlohn: Evangelische Akademie Iserlohn 1999, Evangelische Akademie Iserlohn, Berliner Platz 12, 58638 Iserlohn

Evangelisch Lutherische Kirche in Bayern: **Patientenverfügung**, In: *Alt werden ohne Angst. Anregungen für ein gelingendes Miteinander der Generationen (Mit dem Formular einer Patientenverfügung)*, Hrsg. im Auftrag der Landessynode der Evang.-Luth. Kirche in Bayern von Karl Heinz Bierlein, Johannes Opp und Helmut Winter. München: Claudius Verlag, 1992. Englische Übersetzung siehe: Sass, Hans-Martin; Veatch, Robert M.; Kimura, Rhito (Ed.): *Advance Directives and Surrogate Decision Making in Health Care. United States, Germany, and Japan*, Baltimore, London: Johns Hopkins University Press, 1998, Appendix, 230-231

Evangelisches Gesangbuch. Ausgabe für die Evangelisch-Lutherischen Kirchen in Bayern und Thüringen: **Eine christliche Patientenverfügung**, Randnummer 875, 1487

Finlayson, Adam: **Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht**, 2000 (= Hessisches Sozialministerium, Dostojewskistraße 4, 65187 Wiesbaden), Schwule im Recht, online unter: <http://www.teensnet.de/recht/patientenverfuegung.htm>, <http://www.teensnet.de/recht/vorsorge.htm>

Führer, Burkhard: **Patientenverfügung mit Gesundheitsvollmacht**, In: Johannes-Hospiz Münster (Hg.) Führer, Burkhard: *Patientenverfügung, Gesundheitsvollmacht, Betreuungsverfügung. Die zunehmende Bedeutung in Recht und Medizin*. 2001 Münster: Eigenverlag

Gilead Krankenanstalten Bielefeld: **Behandlungsvereinbarung**, ohne Jahr, In: Dietz, Angelika; Pörksen, Niels; Voelzke, Wolfgang (Hg.): *Behandlungsvereinbarungen*, Bonn: Psychiatrie Verlag, 1998, 203-209

Götz, E; Weißbauer, W: **Vorsorgevollmacht für ärztliche Eingriffe**, DIOMed-Aufklärungssystem (Weißbauer, W. Hg.), 04/1999, DIOMed Verlagsgesellschaft, An der Lohwiese 8, 97500 Ebelsbach, auch in: Coeppicus, Rolf: *Vorsorgevollmacht, Patienten- und Pflegeverfügung*, aus: Sachfragen des Betreuungs- und Unterbringungsrechts, Stuttgart: Kohlhammer, 2000, Formular des DIOMed Verlags, 53-55

Haarhaus, Friedrich: **Kranken- und Schwerverletzten-Testament**, In: Mein Kranken- und Schwerverletzten-Testament, *Aus der Altenarbeit*, 1995

Haarhaus, Friedrich: **Kranken- und Schwerverletztenverfügung**, In: Neues zu Kranken- und Schwerverletztenverfügung, *Die Schwester/Der Pfleger* 38:1999, 782-785 + Teil 2: 877-880

Hackethal, Julius: **Patientenanwalt-Verfügung**, ohne Jahr

Hospizarbeit Braunschweig: **Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung**, Hospizarbeit Braunschweig, Hohetorwall 1a, 38118 Braunschweig

Hospizarbeit im Evangelischen Johanneswerk Bielefeld (Hg): **Patientenletztverfügung. Fragen und Antworten**, Bielefeld: Eigenverlag 1999, Schildesche Str. 101, 33611 Bielefeld

Hospizbewegung im Kreis Warendorf e.V.: **Patientenverfügung**, 1998, Hospizbewegung im Kreis Warendorf e.V., Weststr. 86, 59227 Ahlen

Hospizbewegung St. Martin e.V.: **Patientenverfügung**, In: *Sie sollen gehört werden, wenn andere für Sie entscheiden: Patientenverfügung*, ohne Jahr, Hospizbewegung St. Martin e.V., Klosterstr. 32, 40764 Langenfeld

Hospizdienst für den Landkreis Cloppenburg e.V.: **Patienten- und Betreuungsverfügung**, ohne Jahr, Hospizdienst für den Landkreis Cloppenburg e.V., Nelkenstr. 3, 49661 Cloppenburg

Hospizdienst Christophorus e.V.: **Patientenverfügung**, 2001, Hospizdienst Christophorus e.V., Manfred-von-Richthofen-Str. 11, 12101 Berlin

Hospizdienst Ettlingen: **Patientenverfügung**, 2001, Hospizdienst Ettlingen, Pforzheimer Str. 31, 76275 Ettlingen

Hospiz Konstanz e.V.: **Patientenverfügung**, ohne Jahr, Hospiz Konstanz e.V., Talgartenstr. 4, 78462 Konstanz

Hospizdienst Lemförde: **Patienten- und Betreuungsverfügung**, ohne Jahr, Hospizdienst Lemförde, Am Burggraben 20, 49448 Lemförde

Hospiz-Dienst Stuttgart: **Patientenverfügung**, ohne Jahr, Hospiz-Dienst, Stafflenbergstr. 22, 70184 Stuttgart

Hospizdienst TAUWERK: **Patientenverfügung**, ohne Jahr, Hospizdienst TAUWERK, Wolankstr. 19, 13187 Berlin

Hospizgruppe Da-Sein: **Patientenverfügung**, ohne Jahr, Hospizgruppe Da-Sein, Karlstr. 56-68, 80333 München

Hospizverein Bremen: **Patientenverfügung**, ohne Jahr, Hospizverein Bremen, Lebens- und Sterbebegleitung e.V., Friesenstr. 28, 28203 Bremen

Hospizverein Würzburg e.V.: **Patientenverfügung**, ohne Jahr, Hospizverein Würzburg e.V., Handgasse 10, 97070 Würzburg

Humanistischer Verband Deutschlands: **Vorsorgevollmacht für den Betreuungsfall, Patientenanzwaltschaft**, samt Fragebogen für eine individuelle Patientenverfügung, *Berliner Medizinische Schriften* Sonderdruck Heft 14/15 a, online unter:

<http://www.patientenverfuegung.de/individ/fragebogen/fragebogen.htm>

Fragebogen und Informationsbroschüre "Ihre individuelle Patientenverfügung - Konkret, verbindlich, gut", online unter: <http://www.patientenverfuegung.de/individ/individ.htm> Humanistischer Verband Deutschlands (HVD), Wallstr. 65, 10179 Berlin

Humanistische Union e.V.: **Patientenverfügung**, 1998, Humanistische Union e.V., Friedrichstr. 165, 10117 Berlin

Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand e.V. (IGSL):

1. **Vorsorgemappe**, bestehend aus: **Patientenverfügung, Vorsorgevollmachten** (Einzel- und Doppelvollmacht) für persönliche Angelegenheiten, Vollmacht für vermögensrechtliche Angelegenheiten, Ausweis; 2. **Willenserklärung und Betreuungsverfügung**; 3. **Vorbereitungsmaterial** für Aussteller von Verfügungen zu lebensverlängernden Maßnahmen, 2001, IGSL-Hospiz e.V., Postfach 1408, 55384 Bingen

Justizministerium Mecklenburg-Vorpommern: **Patientenverfügung**, In: *Vorsorgevollmacht und Betreuungsrecht. An Morgen denken. Aktiv die Zukunft gestalten*, Schwerin 2001, 27-28, (= Ärztekammer Hamburg: **Vorschlag zur Formulierung einer persönlichen Willenserklärung (Patientenverfügung) für den Fall einer schweren, unheilbaren Erkrankung**,

11/1998), Justizministerium Mecklenburg-Vorpommern, Demmlerplatz 14, 19053 Schwerin, online unter:

<http://www.jm.mv-regierung.de/doku/betreuungsrecht.doc>

Kielstein, Rita; Sass, Hans-Martin: **Patientenverfügung**, In: *Die persönliche Patientenverfügung. Ein Arbeitsbuch zur Vorbereitung mit Bausteinen und Modellen*. Münster: LIT, 2. Aufl. 2001, 16-24 = Sass, Hans-Martin, Kielstein, Rita: *Patientenverfügung und Betreuungsvollmacht*. Münster: LIT 2001, 130-138, online unter: <http://www.Medizinethik-bochum.de/Betreuungsverfuegung.htm>

Klie, Thomas: **Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung**, In: Klie, Thomas: *Recht auf Verwirrtheit? Das Betreuungsrecht für die Altenarbeit, eine Arbeitshilfe*. Hannover: Vincentz 1993, 33-35

Klie, Thomas; Student, Johann-Christoph: **Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung**, In: Klie, Thomas; Student, Johann-Christoph: *Die Patientenverfügung: Was Sie tun können, um richtig vorzusorgen*. Freiburg: Herder 2001, 157-174

Klinikum Leverkusen gGmbH, Arbeitsgruppe Ethik: **Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung**, In: *Selbst bestimmen - bis zuletzt. Vorsorgevollmacht – bei Problemen der gesundheitlichen Fürsorge, wenn es um Situationen unumkehrbarer schwerster Schädigungen und um den Prozess des Sterbens geht*. 3. ergänzte Aufl. 2000, Dhünnberg 60, 51375 Leverkusen

Knieper, Judith; Walther, Guy: *Patiententestament, Patientenverfügung*. „... damit mein Wille respektiert wird“ Antworten auf Ihre Fragen. Mit Checkliste/Glossar, Frankfurt: Fachhochschulverlag 2001

Korb, Günter: **Ich Sorge vor. Informationen, Verfügungen, Vollmachten für den Krankheits- und Sterbefall**, Starnberg: RS Schulz 1999, 22

Krause, Annette: **Altersvorsorgevollmacht - Patiententestament - Betreuungsverfügung**, In: Krause, Annette: *Haftung und Verantwortung in der ambulanten Pflege*. Hannover: Schlütersche 1997, 140-142

Kreis Hildesheim: **Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung**. In: *Die Machmits. Das Betreuungsjournal*. Nr. 7, Sonderband Ich Sorge vor!, 3. Aufl. Januar 2001, 11, 15, 17, Landkreis Hildesheim, Ludolfingerstr. 2, 31137 Hildesheim

Kreis Nordfriesland (Hg.): **Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung. Mit Bausteinen als Formulierungshilfe**, Materialien zum Betreuungsrecht, Husum neue überarb. und erw. 2. Aufl. 2000, online unter: http://www.nordfriesland.de/Media/Docs/000118_5_21_d.PDF

Kreis Passau: **Vorsorgevollmacht**, ohne Jahr, Landratsamt Passau, Besondere soziale Angelegenheiten, Domplatz 11, 94032 Passau

Kreis Reutlingen: **Vorsorgebroschüre. Selbstbestimmt die Zukunft gestalten, solange ich körperlich und geistig gesund bin, mit Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung**, Reutlingen 2000, unter Verwendung der Münchner Vorsorgebroschüre 3. Aufl. 1999

Landesarbeitsgemeinschaft für Betreuungsangelegenheiten Bremen: **Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen. Empfehlungen der Landesarbeitsgemeinschaft für Betreuungsangelegenheiten**, 2001, Freie Hansestadt Bremen, Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, - Angelegenheiten des Betreuungsgesetzes - , Bahnhofspatz 29, 28195 Bremen

Langenfeld, Andrea: **Patiententestament**. In: Langenfeld, Andrea: *Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patiententestament nach dem neuen Betreuungsrecht*, Konstanz: Hartung-Gorre 1994, 170-172

LBK Hamburg Gruppe (Landesbetrieb Krankenhäuser), [PI(K)] PatientenInitiative im Krankenhaus Klinikum Nord, Betriebsteil Heidberg: **Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung**, In: "Einfach Ihre Entscheidung", 2001, LBK Hamburg Gruppe (Landesbetrieb Krankenhäuser), Friedrichsberger Str. 56, 22081 Hamburg, online unter: <http://www.lbk-hh.de/gruppen/patienten/text3.htm>

Lebenshilfe Nordrhein-Westfalen e.V.: **Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung**, In: *Für den Fall des Falles... Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung*, ohne Jahr, Betreuungsverein Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V., Abtstr. 21, 50354 Hürth

Lehmann, Peter: **Das Psychiatrische Testament**, In: Dietz, Angelika; Pörksen, Niels; Voelcke, Wolfgang (Hg.), *Behandlungsvereinbarungen*, 1998, Bonn: Psychiatrie Verlag, 222-236

Leidenroth, Hans: **Patientenverfügung und die medizinische Betreuung**, Gütersloh 2000, Nr.1 der Schriftenreihe des Verein zur Förderung des Hospizes am Städt. Krankenhaus Gütersloh, Reckenbergerstr. 19, 33332 Gütersloh, online unter: <http://www.hospiz-und-palliativmedizin.de/schrift.html>

Malteser Krankenhaus Flensburg, Ethik-Komitee: **Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht für medizinische Eingriffe und Vorsorgliche Verfügung für die medizinische Betreuung**, 2000, St. Franziskus-Hospital, Waldstraße 17, 24939 Flensburg

Merkel, Joachim: **Patiententestament**, In: Merkel, Joachim: *Patienten und ihre Rechte. Was Sie im Ernstfall wissen sollten*. München: Mosaik 1993, 68-70

Mindener Patientenerklärung, ohne Jahr, interdisziplinäres Fachsymposium zum Thema "Patientenverfügung", Koordinator: Wolfgang Lange, Hahler Str. 29, 32427 Minden

Ministerium der Justiz und für Europaangelegenheiten des Landes Brandenburg: **Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung**, In: *Hilflos? Nein, weil ich vorgesorgt habe*, Potsdam 2. Aufl. 1999, 15, Ministerium der Justiz und für Europaangelegenheiten des Landes Brandenburg, Heinrich-Mann-Allee 107, 14473 Potsdam, online unter: <http://www.mdje.brandenburg.de/publikationen/pdf/hilflos.pdf> = Taupitz, Jochen (Hg.): *Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens: eine internationale Dokumentation = Regulations of civil law to safeguard the autonomy of patients at the end of their life*. Berlin: Springer 2000, 421-426

Ministerium der Justiz des Landes Sachsen-Anhalt: **Patientenverfügung**, In: *Das Betreuungsrecht. Wen betrifft es? Wie sorge ich vor? Wo erhalte ich Hilfe?*, Magdeburg 1999, 20, Ministerium der Justiz des Landes Sachsen-Anhalt, Wilhelm-Höpfner-Ring 6, 39116 Magdeburg, online unter: <http://www.mj.sachsen-anhalt.de/service/files/betreuungsrecht.pdf>

Molloy, D. William: **"Laßt mich entscheiden!"- Patientenverfügung** bestehend aus **"Laßt mich entscheiden!"- Persönliche Behandlungsanweisung** und **"Laßt mich entscheiden!"- Persönliches Behandlungsformular**, In: *Laßt mich entscheiden! Eine Behandlungsanweisung an Ärzte, die für Sie spricht, wenn Sie nicht mehr können*, übersetzt und bearbeitet von M. Eisemann J. Richter. Melsungen: Bibliomed – Medizinische Verlagsgesellschaft 1999, 60

OMEGA: **Patientenverfügung**, Januar 1986, OMEGA, Postfach 1407, 34334 Hann. Minden, online unter: <http://www.omega-ev.de/patientenverfuegung.html>

OMEGA: **Freundschaftsvertrag**, OMEGA, Postfach 1407, 34334 Hann. Münden, englische Übersetzung siehe: Sass, Hans-Martin; Veatch, Robert M.; Kimura, Rhito (Ed.): *Advance Directives and Surrogate Decision Making in Health Care. United States, Germany, and Japan*, Baltimore, London: Johns Hopkins University Press, 1998, Appendix, 240-242

Palliatives Hospiz Solingen e.V.: **Patientenverfügung**, ohne Jahr, Palliatives Hospiz Solingen e.V., Gotenstr. 1, 42653 Solingen

Pelka, Thomas; Schuster, Friedrich, Seibt, Matthias: **Die Bochumer Willenserklärung**, 1995, In: Dietz, Angelika; Pörksen, Niels; Voelzke, Wolfgang (Hg.), *Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildene Maßnahmen in der Akutpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag 1998, 214-221

Psychiatrie Erfahrene, Arbeitsgruppe Öffentlichkeitsarbeit und Recht des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener Berlin-Brandenburg: **Vorsorgevollmacht, Verfügung und Vereinbarung zur Vorsorgevollmacht nach § 1896 BGB**, online unter: <http://www.vovo.de/vovo/muster.htm>

Raack, Wolfgang; Thar, Jürgen: **Patientenverfügung**, In: Raack, W.; Thar, J.: *Betreuungsrecht - Ein Leitfaden*, Köln: Bundesanzeiger 2. Aufl. 1999, 21-22

Rheinische Notarkammer: **Vollmacht mit Patientenverfügung (Patientenbrief) und Generalvollmacht, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung**, ohne Jahr, Rheinische Notarkammer, Burgmauer 53, 50667 Köln, online unter: <http://www.notare.nrw.de/patient00.html>, <http://www.notare.nrw.de/vor.html>

Rudolf, Michael; Bittler, Jan: **Patientenverfügung**. In: *Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung*, Bonn: Deutscher Anwaltverlag 2000, 60-93, 84-88

Sass, Hans-Martin / Kielstein, Rita: **Vorsorgliche Verfügung für die Medizinische Betreuung**, In: Sass, Hans-Martin, Kielstein, Rita: *Die medizinische Betreuungsverfügung in der Praxis. Vorbereitungsmaterial, Modell einer Betreuungsverfügung, Hinweise für Ärzte, Betreuer und Anwälte*, Bochum: Medizinethische Materialien, 7. überarbeitete Aufl. Dezember 2000, online unter: http://www.Medizinethik-Bochum.de/mm-100-124.htm#mm_111, eine frühere Version ist abgedruckt in *Betreuungsrechtliche Praxis* 6:1997, 186-188, englische Übersetzung siehe: Sass, Hans-Martin; Veatch, Robert M.; Kimura, Rhito (Ed.): *Advance Directives and Surrogate Decision Making in Health Care. United States, Germany, and Japan*, Baltimore, London: Johns Hopkins University Press, 1998, Appendix, 267-274

Sass, Hans-Martin / Kielstein, Rita: **Leben und Sterben in Gottes Hand**, In: Sass, Hans-Martin, Kielstein, Rita: *Die medizinische Betreuungsverfügung in der Praxis. Vorbereitungsmaterial, Modell einer Betreuungsverfügung, Hinweise für Ärzte, Betreuer und Anwälte*, Bochum: Medizinethische Materialien, 7. überarbeitete Aufl. Dezember 2000, online unter: http://www.Medizinethik-Bochum.de/mm-100-124.htm#mm_111, englische Übersetzung siehe: Sass, Hans-Martin; Veatch, Robert M.; Kimura, Rhito (Ed.): *Advance Directives and Surrogate Decision Making in Health Care. United States, Germany, and Japan*, Baltimore, London: Johns Hopkins University Press, 1998, Appendix, 275-278

Saueracker, Luise: **Patiententestament**. In: Saueracker, Luise: *Die Bedeutung des Patiententestamentes in der Bundesrepublik Deutschland aus ethischer, medizinischer und juristischer Sicht*. Frankfurt a. M.: Lang 1990, 171-173

Schell, Werner: **Vollmacht, Patientenverfügung**. In: Schell, Werner: Die "Rechtliche Betreuung" hat in der Gesundheitsversorgung erheblich an Bedeutung gewonnen, In: *intensiv. Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie*. Heft 4, Juli 1999, 166, 168

Schmitt, Jürgen in der: **Die individuelle Vorausverfügung. Patienten-Selbstbestimmung hinsichtlich lebensbedrohlicher Situationen**, *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 43:1997, 420-426 =Mabuse 22:1997, Nr. 109, 56-59

Seibt, Matthias: **Das Psychiatrische Testament und die Bochumer Willenserklärung**. In: Dietz, Angelika; Pörksen, Niels; Voelzke, Wolfgang (Hg.), *Behandlungsvereinbarungen*, Bonn: Psychiatrie Verlag 1998, 156-162

Seniorenbeirat in der Landeshauptstadt Wiesbaden: **Patienten- und Betreuungsverfügung**, überarbeitete Aufl. 2000, online unter: <http://www.wiesbaden.de/formulare/download/Amt%20f%FCr%20Soziale%20Arbeit/pdf/Patverf2000.pdf>

Seniorenrat Ortenaukreis: **Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung**, 2001, Landratsamt Ortenaukreis, Badstraße 20, 77652 Offenburg, online unter: http://www.ortenaukreis.de/landratsamt/sozialamt/pdf/vorsorgevollmacht_neu.pdf

Seniorenrat des Kreises Böblingen, **Die Böblinger Patientenverfügung des Kreis-seniorenrates Böblingen**, ohne Jahr, Kreissozialamt, Geschäftsstelle des Kreissenioresrates, Parkstraße 16, 71034 Böblingen

Seniorenrat des Kreises Ludwigsburg: **Patientenverfügung**, 3. überarbeitete Aufl. 1999, Kreissenioresrat Ludwigsburg e.V., Alt-Württemberg-Allee 41/Nord, 71638 Ludwigsburg. online unter: <http://www.ksr-lb.de/patverf.html>

Seniorenrat des Kreises Tübingen e.V.: **Patientenverfügung als Entscheidungshilfe für den behandelnden Arzt**. Kuratorium für Offene Altenarbeit, Kreissenioresrat Tübingen e.V., Köllerstr. 31, 72070 Tübingen

Sozialdienst katholischer Männer (SKM) - Kath. Verein für soziale Dienste in Osnabrück: **Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung**, In: Arbeitskreis Querschnitt der Betreuungsstellen und Betreuungsvereine in Stadt und Landkreis Osnabrück (Hg.): *Informationen zum Thema Rechtliche Betreuung - Betreuungsverfügung - Vorsorgevollmacht - Patientenverfügung*. 2. überarb. Aufl. 2000, 29-35. SKM, Fachbereich Betreuung, Mercatorstr. 5, 49080 Osnabrück

Sozialministerium Baden-Württemberg: **Patientenverfügung. Entscheidungshilfe für die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt**, 1. Aufl. 1997, überarbeitet 1999, Kohlhammer Deutscher Gemeindeverlag, Heßbrühlerstr. 69, 70565 Stuttgart

Sozialministerium Hessen: **Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht**, In: *Rechtswissenschaften für gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften*, 2000, Hessisches Sozialministerium, Dostojewskistraße 4, 65187 Wiesbaden, online unter: <http://www.sozialnetz-hessen.de/homosexualitaet/referat/>

Sozialverband Deutschland e.V.: **Patientenverfügung, Versorgungsvollmacht, Betreuungsverfügung**, ohne Jahr, Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD), Beethovenallee 56-58, 53173 Bonn, online unter: <http://www.reichsbund.de/DOC/patientenverfuegung.html>

Spanl, Reinhold: **Vorsorgevollmacht, Generalvollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung**, *Juristische Vorsorge für das Alter oder eine Behinderung*, Starnberg, September 2000, 11-13

SPES VIVA e.V. „In Lebendiger Hoffnung“ Sterbebegleitung im Krankenhaus: **Patientenverfügung und -vollmacht**, ohne Jahr, SPES VIVA Krankenhausverbund St. Georgsstift e.V. Georgsmarienhütte (Hg.), Alte Rothenfelder Str. 23, 49124 Georgsmarienhütte.

St. Joseph Krankenhaus Berlin: **Patientenverfügung**, 2000, St. Joseph Krankenhaus Berlin, Bäumerplan 24, 12101 Berlin, online unter: <http://www.sjk.de/ethik/ethfs1.html>

Student, Johann-Christoph: **Patientenverfügung**, In: Student, Johann-Christoph: *Das Recht auf den eigenen Tod*, Düsseldorf: Patmos 1993, 146-149

Trauerhilfe DENK: **Patientenverfügung**, In: *Mein letzter Wille. Gedanken zur Trauervorsorge*, 2001, Trauerhilfe DENK, St. Bonifatius-Str. 8, 81541 München

Uhlenbruck, Wilhelm: **Der Patienten-Brief**, in: Uhlenbruck, Wilhelm: "Der Patientenbrief – die privatautonome Gestaltung des Rechts auf einen menschenwürdigen Tod." In: *Neue Juristische Wochenschrift*, 31:1978, 566-570

Uhlenbruck, Wilhelm: **Altersvorsorge-Vollmacht**, *Neue Juristische Wochenschrift* 49:1996, 1584-1585 = Berliner Medizinethische Schriften Heft 8: *Patiententestament, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht: Zur Selbstbestimmung im Vorfeld des Todes*, Berlin 2. Aufl. 1998

Uhlenbruck, Wilhelm: **Patienten-Testament mit Vorsorgevollmacht**, Berlin: Klaus Vahle 1997, online unter: <http://patiententestament.de/>

Verbraucher-Zentrale Hamburg: **Patientenverfügung**, In: *Patientenratgeber*, Hamburg, 1999, 121-122

Verbraucherzentrale NRW: **Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung**, 3. Aufl. 2000, Düsseldorf: Verbraucher-Zentrale NRW, Mintropstraße 27, 40215 Düsseldorf

Zeugen Jehovas e.V.: **Patientenverfügung und Vollmacht**; Zusatz zum Behandlungsvertrag, 11/96. Religionsgemeinschaft der Zeugen Jehovas e.V., Am Steinfels, 65618 Selters

12 Mitglieder der Arbeitsgruppe Patientenverfügung

Koordinatoren:

PD Dr. med. Johannes G. Meran, M.A. Olbrichgasse 7 A-1120 Wien	Tel. +431 8131087 Fax +431 8131087 johannes.meran@netway.at
Dr. phil. Alfred Simon Akademie für Ethik in der Medizin e.V. Humboldtallee 36 37073 Göttingen	Tel. 0551 39-3969 Fax 0551 39-3996 simon@aem-online.de

Wiss. Mitarbeiter:

Dr. phil. Arnd T. May Universität Bochum Zentrum für Medizinische Ethik Gebäude 3/53 44780 Bochum	Tel. 0700 24638445 Fax 02361 17121 May@Medizinethik.de
Sylke E. Geißendörfer Parkstr. 1 18057 Rostock	Tel. 0381 2005739 Fax 038203 91013 Gredor2@aol.com

Mitglieder:

Prof. Dr. phil. Dieter Birnbacher Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf Philosophisches Institut Universitätsstr. 1 40225 Düsseldorf	Tel. 0211 811-2912 Fax 0211 811-1750 dieter.birnbacher@uni-duesseldorf.de
Dr. med. Dipl. theol. Helmut Harr Manfred-Kyber-Str. 6 74544 Michelbach an d. Bilz	Tel. 0791 4994233 Helmut.Harr@t-online.de
Dr. phil. Carmen Kaminsky Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf Philosophisches Institut Universitätsstraße 1 40225 Düsseldorf	Tel. 0211 811-2918 Fax 0211 811-2917 kaminsky@phil-fak.uni-duesseldorf.de
Prof. Dr.med. Rita Kielstein Otto von Guericke Universität Zentrum für Innere Medizin Klinik für Nephrologie Leipziger Str. 44 33120 Magdeburg	Tel. 0391 671 3170

PD Dr. jur. Hans-Georg Koch Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht Günterstalstr. 73 79100 Freiburg	Tel. 0761 7081223 Fax 0761 7081294 HG.Koch@iuscrim.mpg.de
OA Dr. med. Frank Oehmichen Krankenhaus Dresden Friedrichstadt Abteilung für Internistische Intensivmedizin Friedrichstr. 41 01067 Dresden	Tel. 0351 4801123 od. 4801437 Fax 0351 4801478 oehmichen-radebeul@t-online.de
Prof. Dr. jur. Johannes Pichler Österreichisches Institut für Rechtspolitik Edmundsburg, Mönchsberg 2 A-5020 Salzburg	Tel. +43 662 842521190 Fax +43 662 842521191 rechtspolitik@sbg.ac.at
Prof. Dr. phil. Hans-Martin Sass Ruhr-Universität Bochum Zentrum für Medizinische Ethik Gebäude 3/53 44780 Bochum	Tel. 0234 322-2749 Fax 0234 3214-598 med.ethics@ruhr-uni-bochum.de
Prof. Dr. phil. Günter Virt Universität Wien Institut für Ethik in der Medizin Alser Straße 2-4, 1. Hof A-1090 Wien	Tel. +431 427722201 Fax +431 42779222 Ethik-Medizin@univie.ac.at
Prof. Dr. med. Dr. phil. Jochen Vollmann Institut für Geschichte und Ethik der Medizin Universität Erlangen-Nürnberg Glückstr. 10 91054 Erlangen	Tel:09131 85-22308 Fax: 09131 85-22852 Jochen.Vollmann@gesch.med.uni-erlangen.de