
Modelle zur praktischen Umsetzung von Patientenverfügungen

Rainer Beckmann

Im Mittelpunkt der Diskussion um die gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen standen lange die so genannten „Wirksamkeitsvoraussetzungen“. Insbesondere wurde um die Reichweite bzw. den Anwendungsbereich sowie um ggf. erforderliche Formfragen gestritten. Seit der Ausarbeitung konkreter Gesetzesvorschläge – durch das Bundesjustizministerium¹ und die Enquetekommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages² – ist aber deutlich geworden, dass der Umsetzung von Patientenverfügungen in die Praxis wohl noch stärkeres Gewicht zukommt. Wer soll an Stelle des nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten den in einer Patientenverfügung niedergelegten Willen interpretieren und umsetzen sowie den so genannten „mutmaßlichen Willen“³ ermitteln, wenn keine oder keine ausreichend konkrete Patientenverfügung vorliegt? In welchen Fällen soll das Vormundschaftsgericht an der Entscheidungsfindung beteiligt werden?

I. Grundsätzliches zur Einordnung von Patientenverfügungen

In der normalen Arzt-Patient-Beziehung kann sich der Patient zu den ärztlicherseits vorgeschlagenen Maßnahmen direkt äußern. Insbesondere kann er auf Art und Umfang

der Behandlung Einfluss nehmen, indem er die rechtlich erforderliche Einwilligung zu körperlichen Eingriffen verweigert. Wenn der Patient nicht in die Behandlung einwilligt, darf sie der Arzt nicht vornehmen. Andernfalls würde er sich der Körperverletzung schuldig machen.

Ziel der meisten Patientenverfügungen ist es, diese Möglichkeit des bestimmenden Einflusses auf die ärztliche Behandlung auch dann noch zum Tragen zu bringen, wenn der Patient zur Willensbildung bzw. Willensäußerung nicht mehr in der Lage ist. Eine im Vorhinein abgegebene Willenserklärung soll an die Stelle der nicht mehr möglichen aktuellen Entscheidung treten. Das gilt insbesondere für die Nichteinleitung oder den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen.⁴ Dass solche Erklärungen grundsätzlich für den Arzt verbindlich sind, wenn sie die konkrete Entscheidungssituation betreffen, hat die Rechtsprechung inzwischen anerkannt.⁵

Für die Frage einer gesetzlichen Regelung von Patientenverfügungen ist jedoch zu berücksichtigen, dass einerseits nicht jede Verfügung hinreichend klar ist und dass andererseits in der Praxis sehr häufig auch dann gehandelt werden muss, wenn keine solche Verfügung vorliegt. In jedem Fall ist ein stellvertretendes Handeln für den Patienten nicht zu vermeiden, weil entweder der Inhalt der Verfügung festgestellt – ggf. auch interpretiert – oder in Ermangelung eines vorab erklärten Willens der „mutmaßliche Wille“ ermittelt werden muss. Wer dies auf welche Weise zu erledigen hat und in welchen Fällen das Vormundschaftsgericht an der Entscheidungsfindung beteiligt werden sollte, muss der Gesetzgeber entscheiden. Die Rechtsprechung hat insoweit keine endgültige Klarheit geschaffen. Von den beratenden Ethik-Gremien im politischen Raum gibt es unterschiedliche Empfehlungen.

II. Grundsätzliche Regelungsoptionen

Die Prüfung, welcher Wille des Patienten in einer gegebenen Situation vorliegt und umgesetzt werden soll (Anwendungsprüfung der Patientenverfügung bzw. Ermittlung des mutmaßlichen Willens), kann grundsätzlich auf drei unterschiedliche Arten erfolgen:

- durch Alleinentscheidung des rechtlichen Vertreters⁶ (A 1),
- durch Beratung des rechtlichen Vertreters mit anderen Personen im Einzelfall (Gedanke des „Konsils“⁷) (A 2) oder
- durch ein institutionalisiertes Gremium (A 3).

Während im ersten Fall keine weiteren Regelungen erforderlich sind, müsste im dritten Fall die Zusammensetzung und die Verfahrensweise des Gremiums näher festgelegt werden. Die Lösung A 2 wäre vergleichsweise informell und käme mit wenigen Rahmenbedingungen aus.

Hinsichtlich der gerichtlichen Kontrolle bzw. Überprüfung der Entscheidung kommen ebenfalls grundsätzlich drei Verfahrensweisen in Betracht:

- keine gerichtliche Kontrolle (B 1),
- gerichtliche Kontrolle in Konfliktfällen (B 2),
- gerichtliche Kontrolle in allen Fällen (B 3).

Kombiniert man alle Möglichkeiten, erhält man insgesamt neun theoretische Regelungsoptionen. Davon sind allerdings prima facie nur drei plausibel (s. Abb. 1). So wäre es z. B. wenig überzeugend, in allen Fällen von einer Alleinentscheidung einer einzelnen Person auszugehen und gleichzeitig auf jegliche gerichtliche Kontrolle zu verzichten (A 1/B 1) oder eine spezielle Kommission mit besonderer Zusammensetzung und hohem Sachverstand mit der Entscheidungsfindung zu beauftragen und gleichzeitig in allen Fällen auch noch das Vormundschaftsgericht einzuschalten (A 3/B 3). Auf den ersten Blick plausibel wäre es dagegen, Entscheidungen Einzelner mit einer regelmäßigen Kontrolle durch das

Vormundschaftsgericht zu kombinieren (A 1/B 3) oder die Entscheidungsfindung ganz einem institutionalisierten Expertengremium zu übertragen (A 3/B 1). Wird stattdessen ein Mehrpersonen-Beratungsgespräch („Konsil“) favorisiert, wäre die Anrufung des Vormundschaftsgerichts in Konfliktfällen – wenn sich ein allseitiges Einvernehmen nicht herstellen lässt – sinnvoll (A 2/B 2).

Abb. 1: Mögliche Kombinationen von Entscheidungskompetenz und Beteiligung des Vormundschaftsgerichts

		Entscheidung		
		Allein	Beratung	Gremium
Kontrolle	ohne VormG	–	– +	+
	Konfliktfälle	– +	+	+ –
	immer VormG	+	+ –	–

III. Argumente zur Entscheidungskompetenz und Kontrolldichte

Für eine weitgehende Alleinentscheidungskompetenz des rechtlichen Vertreters sowie weitgehendes Absehen von gerichtlicher Kontrolle lassen sich folgende Argumente anführen:

- Ein persönlich vom Patienten ausgewählter Bevollmächtigter hat dessen Vertrauen, so dass die Einbeziehung weiterer Personen oder eine Kontrolle durch das Vormundschaftsgericht nicht notwendig ist.
- Durch das Verfassen einer Patientenverfügung nimmt der Patient die Verantwortung für seine medizinische Behandlung selbst in die Hand. Dies ist Ausdruck seiner

Autonomie. Die Beteiligung von anderen Personen an der Entscheidungsfindung wäre eine Einmischung in die Patientenautonomie.

- Jede Beteiligung von weiteren Personen über den rechtlichen Vertreter des Patienten hinaus würde zu einer Verzögerung der Entscheidung führen. Soweit der Patient in seiner Verfügung bestimmt hat, dass Behandlungsmaßnahmen unterlassen werden sollen, käme es zu einer ungerechtfertigten Verlängerung des Sterbeprozesses.
- Eine gerichtliche Kontrolle bleibt im Einzelfall auch dann möglich, wenn Behandlungsabbruchentscheidungen nicht einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung bedürfen. Aufgrund des Amtsermittlungsgrundsatzes kann das Gericht jederzeit durch Dritte zur Prüfung von Entscheidungen des Betreuers oder Bevollmächtigten angeregt werden.

Andererseits gibt es auch gute Argumente, die gegen eine Alleinentscheidung und für eine regelmäßige Beteiligung des Vormundschaftsgerichts sprechen:

- Zunächst ist zu beachten, dass bei der Entscheidung über die Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen ein hohes Rechtsgut auf dem Spiel steht: das Recht auf Leben. Je höher das zu schützende Rechtsgut, umso eher sollte im Sinne des Vorsichtsprinzips eine verfahrensmäßige Kontrolle (durch Mehrpersonenentscheidung oder andere Kontrollmechanismen) vorgesehen werden.
- Die Voraussetzung, dass einer Patientenverfügung eine autonome Entscheidung zugrunde liegt, muss nicht immer der Realität entsprechen. Vorausgesetztes Vertrauen in einen Bevollmächtigten kann enttäuscht werden.
- Bei der häufig erforderlichen Interpretation von Patientenverfügungen bzw. der Ermittlung des „mutmaßlichen Willens“ ist die Einbeziehung aller Personen sinnvoll, die engen Kontakt mit dem Patienten hatten

bzw. haben. Das muss nicht immer und allein der rechtliche Vertreter sein (insbesondere dann nicht, wenn es sich um einen Betreuer handelt).

- Bei der Entscheidung Einzelner können im Nachhinein eher Zweifel an ihrer Legitimität auftreten. Mancher rechtliche Vertreter kann sich auch überfordert fühlen. Die Einbeziehung weiterer Personen oder des Vormundschaftsgerichts kann hier legitimierend und entlastend wirken.
- Gerade dann, wenn keine Patientenverfügung vorliegt, ist die Entscheidungsfindung besonders schwierig und kann nicht dem rechtlichen Vertreter allein überlassen werden. Er benötigt zumindest Beratung durch andere Personen. Ansonsten bestünde in diesem Fall die nahe liegende Gefahr, dass der wirkliche Wille des Patienten verfehlt wird.

Eine Abwägung der genannten Argumente, die für bzw. gegen die Alleinentscheidung durch den rechtlichen Vertreter sowie für bzw. gegen eine bestimmte Kontrolldichte sprechen, führt zu dem Ergebnis, dass der Gesetzgeber eine gewisse verfahrensmäßige Kontrolle vorsehen sollte. Der Staat hat gerade in Hinblick auf das Rechtsgut Leben eine Schutzpflicht. Da der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen in kürzester Frist zum Tod des Patienten führt, erscheint es geboten, die praktische Umsetzung von Patientenverfügungen und die Ermittlung und Durchsetzung des „mutmaßlichen Willens“ von der Einhaltung bestimmter Verfahrensregeln abhängig zu machen und nicht blind auf die Einzelentscheidungskompetenz des rechtlichen Vertreters zu vertrauen. Abgesehen von dieser Grundaussage bleibt dem Gesetzgeber ein Gestaltungsspielraum. Dieser wird von den bislang bekannt gewordenen Regelungsvorschlägen in unterschiedlicher Weise genutzt.

IV. Vergleich der unterschiedlichen Lösungsvorschläge

Die bisherigen Vorschläge zur gesetzlichen Regelung von Patientenverfügungen weichen in der Frage der praktischen Umsetzung voneinander deutlich ab. Während der Gesetzentwurf des Bundesjustizministeriums primär auf die Alleinentscheidungskompetenz des Bevollmächtigten und teilweise auch des Betreuers setzt, favorisiert die Enquetekommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages die Beteiligung mehrerer Personen an der Entscheidungsfindung und eine Genehmigungspflicht von Behandlungsabbruchentscheidungen durch das Vormundschaftsgericht.

1. Der BMJ-Entwurf⁸

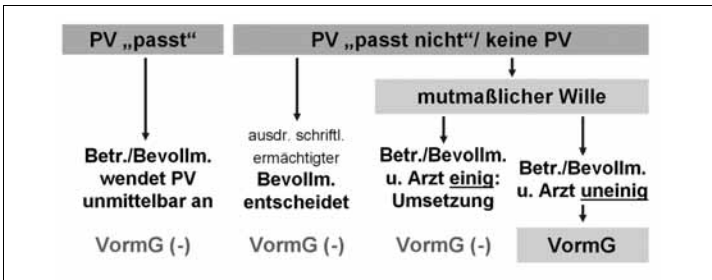
Liegt eine Patientenverfügung vor, soll nach Ansicht des Bundesjustizministeriums der Betreuer oder Bevollmächtigte den in ihr zum Ausdruck kommenden Willen des Patienten unmittelbar durchsetzen (§ 1901 a Abs. 2 S. 1, Abs. 3 BMJ-Entwurf). Voraussetzung ist, dass die Verfügung „eine Einwilligung oder Nichteinwilligung in bestimmte Untersuchungen des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe enthält, die auf die konkrete Situation zutrifft“ (§ 1901 a Abs. 2 S. 3 BMJ-E).

Es ist jedoch damit zu rechnen, dass es unklare und nicht hinreichend konkrete Patientenverfügungen gibt, die nur im Rahmen der Ermittlung des „mutmaßlichen Willens“ als Indiz für den Willen des Patienten verwendet werden können. Ob dies der Fall ist, ist nicht von vornherein klar, sondern ergibt sich erst durch die Wahrnehmung und ggf. Interpretation der Verfügung selbst. Nach dem BMJ-Gesetzentwurf trifft der Betreuer bzw. der Bevollmächtigte allein die Entscheidung, ob eine eindeutige oder eine unklare Patientenverfügung vorliegt (§ 1901 a Abs. 2 S. 1, Abs. 3). Die

rechtlichen Vertreter des Patienten sind vom Gesetz nicht verpflichtet, sich mit anderen Personen zu beraten oder solche in die Entscheidungsfindung einzubeziehen. Damit „verleiht“ sich der rechtliche Vertreter die alleinige Zuständigkeit zur Durchsetzung der Patientenverfügung quasi selbst. Eine rechtliche Kontrolle durch das Vormundschaftsgericht ist in diesen Fällen nicht vorgesehen.

Liegt keine Entscheidung des Betroffenen im Sinne einer konkreten Patientenverfügung vor, soll ein ausdrücklich und schriftlich zum Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungen bevollmächtigter Vertreter alleine (§ 1904 Abs. 4) bzw. ein gerichtlich bestellter Betreuer im Einvernehmen mit dem Arzt nach dem „mutmaßlichen Willen“ des Patienten (§ 1904 Abs. 3) entscheiden können. Nur wenn zwischen Betreuer und Arzt ein Dissens über den „mutmaßlichen Willen“ des Patienten besteht, ist die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts erforderlich.

Abb. 2: Schematische Darstellung des BMJ-Gesetzesentwurfs



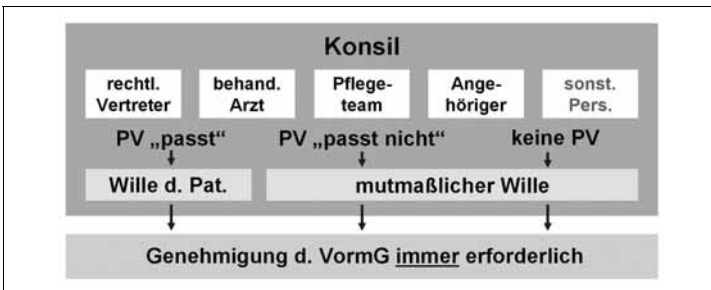
2. Der Vorschlag der Enquetekommission

Nach Auffassung der Enquetekommission sollen Patientenverfügungen, die einen Behandlungsverzicht enthalten, immer durch ein „Konsil“, das mindestens aus dem behandelnden Arzt, dem gesetzlichen Vertreter, einem Vertreter

des Pflorgeteams und einem Angehörigen besteht, überprüft und ggf. umgesetzt werden.⁹ Die eigentliche Entscheidungskompetenz bleibt zwar beim rechtlichen Vertreter des Patienten. Er soll aber verpflichtet sein, vor der Entscheidung über die Verweigerung der Aufnahme oder Fortsetzung einer medizinisch indizierten lebenserhaltenden Maßnahme die Beratung durch das Konsil in Anspruch zu nehmen und eine einvernehmliche Lösung anzustreben (§ 1901 b Abs. 6 EK-Entwurf).

Im einfachsten Fall – bei Vorliegen einer eindeutigen, nicht weiter interpretationsbedürftigen Patientenverfügung – kann das Konsil schnell den Willen des Patienten ermitteln. Ist die Patientenverfügung weniger klar, soll das Konsil beurteilen, wie der in der Verfügung geäußerte Patientenwille am besten auf die konkrete aktuelle Situation übertragen werden kann. Fehlt es an einer Patientenverfügung gänzlich, soll das Konsil gemeinsam Feststellungen über den mutmaßlichen Willen des Patienten treffen.¹⁰

Abb. 3: Schematische Darstellung des Vorschlags der Enquetekommission



Die nach Beratung durch das Konsil vom rechtlichen Vertreter des Patienten zu treffende Entscheidung soll nach Auffassung der Enquetekommission allerdings nicht unmittelbar wirksam werden. Die Kommission schlägt vor,

dass die Ablehnung der Einwilligung des Betreuers oder Bevollmächtigten in eine medizinisch indizierte lebenserhaltende Maßnahme in allen Fällen vom Vormundschaftsgericht genehmigt werden muss (§ 1901 b Abs. 7).¹¹

3. Vermittelnder Vorschlag

Ordnet man die Regelungsvorschläge des Justizministeriums und der Enquetekommission den generell denkbaren Optionen (Abb. 1) zu, ergibt sich, dass in beiden Fällen eine Abweichung von den prima facie „plausiblen“ Regelungsoptionen vorliegt. Während der BMJ-Entwurf nur sehr geringe Kontrollmechanismen vorsieht und weitgehend auf die Alleinentcheidung des rechtlichen Vertreters baut, kombiniert die Enquetekommission ein Beratungsmodell auf breiter personeller Basis (Konsil) mit zwingender vormundschaftsgerichtlicher Kontrolle. Die BMJ-Lösung ist daher auf der Matrix links oben, die EK-Lösung in der Mitte unten einzuordnen.

Abb. 4: Einordnung der Regelungsvorschläge

		Entscheidung		
		Allein	Beratung	Gremium
Kontrolle	ohne VormG	BMJ	- +	+
	Konfliktfälle	- +	?	+ -
	immer VormG	+	-EK	-

Es ist jedoch zu überlegen, ob sich nicht auch eine Regelung finden ließe, die unmittelbar im von vornherein plausiblen Bereich anzusiedeln ist und in gewisser Weise einen Kompro-

miss zwischen den gegensätzlichen Standpunkten von Bundesjustizministerium und Enquetekommission darstellt.

a) *Umsetzung durch ein Gremium mit besonderer Patientennähe*

Zustimmung verdient zunächst die Auffassung der Enquetekommission, dass die Umsetzung einer Patientenverfügung nicht durch eine Person allein, sondern durch ein „Konsil“ erfolgen sollte. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass alle Informationen über den Patienten und seine konkreten Wünsche berücksichtigt werden können. Der Vorschlag des BMJ konzentriert sich dagegen zu sehr auf den in der Patientenverfügung erklärten Willen. Dieser bedarf in vielen Fällen einer Interpretation, die wiederum nicht von einer Person allein erfolgen sollte, sondern eine breitere Wissensbasis benötigt. Erst recht gilt dies natürlich dann, wenn keine Patientenverfügung vorhanden ist und der „mutmaßliche Wille“ ermittelt werden muss.

Im BMJ-Entwurf kommt der Gedanke des Mehraugenprinzips ansatzweise darin zum Ausdruck, dass ein Betreuer bei fehlender Patientenverfügung nur im Einvernehmen mit dem Arzt dem Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen zustimmen darf (§ 1904 Abs. 3 BMJ-Entwurf).¹² Durch die Einbeziehung einer weiteren Person ist eine gewisse soziale Kontrolle der Entscheidung sichergestellt. Dies kann aber kaum als ausreichend angesehen werden. Es ist zu beachten, dass es sich hier um Fälle handelt, in denen aus verschiedenen Indizien der „mutmaßliche Wille“ des Patienten ermittelt werden soll. In Hinblick auf diese Indizien, die in der zurückliegenden Lebensspanne des Patienten liegen, kann der behandelnde Arzt nur sehr selten etwas beitragen und wird im Wesentlichen auf das Vertrauen müssen, was ihm der Betreuer vorträgt. Es ist deshalb zu erwarten, dass sich Betreuer und Arzt eher auf schwacher Tatsachenbasis – und unter Be-

rücksichtigung „allgemeiner Werthaltungen“ – über einen „mutmaßlichen Willen“ des Patienten einigen werden, als dass der Arzt sich zum „Besserwisser“ aufspielt und das Gericht einschaltet.

Soweit es sich bei den rechtlichen Vertretern (Bevollmächtigten oder Betreuern) um Angehörige handelt, darf auch nicht übersehen werden, dass Interessenkonflikte auftreten können. Nahe Angehörige gehören meistens zum Kreis der potentiellen Erben und sind persönlich von dem Krankheitsfall betroffen – sei es, dass sie sich in der Betreuung und Pflege des Patienten selbst engagieren, sei es, dass sie „nur“ in allgemeiner Form „mitleiden“. In beiden Fällen besteht die Gefahr, dass bei der Frage, was der „mutmaßliche Wille“ des Patienten sein könnte, frühere Äußerungen und Einstellungen nicht immer nur objektiv betrachtet werden. Nicht die Sorge um den Betroffenen, sondern die Sorge um den Nachlass oder der – durchaus nachvollziehbare – Wunsch nach *eigener Entlastung* könnte die „Abkürzung“ der Behandlung nahe legen.

Hinzu kommt, dass die hier geforderten Entscheidungen *irreversibel* sind. Wird eine lebenserhaltende Maßnahme beendet, stirbt der Patient innerhalb von Minuten, Stunden oder Tagen. Gerade bei derartigen Entscheidungen sind hohe Anforderungen an die Sorgfalt bei der Entscheidungsfindung zu stellen. Es wäre grob fahrlässig, wenn der Gesetzgeber die genannten Aspekte vernachlässigen würde und die ohnehin zweifelhafte Rechtsfigur¹³ des „mutmaßlichen Willens“ in der Praxis weitgehend der Alleinentscheidung entweder von Bevollmächtigten oder von Betreuern überlässt, denen der Arzt nicht widerspricht. Wenn schon der „mutmaßliche Wille“ als Legitimationsgrundlage für die Beendigung einer lebensverlängernden Maßnahme ausreichen soll, dann muss die personelle Basis der Entscheidungsfindung vergrößert und in gewissen Fällen auch eine gerichtliche Kontrolle vorgeschrieben werden.

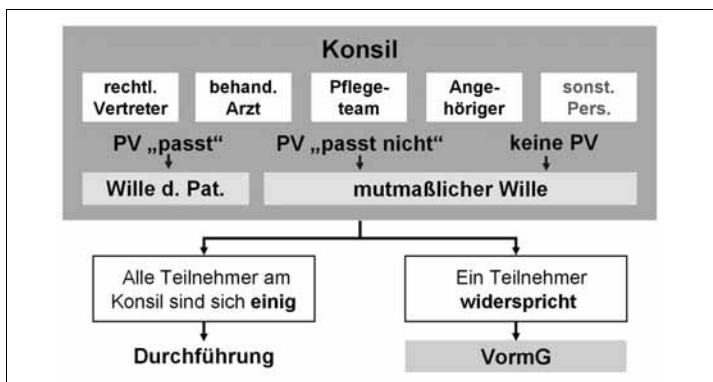
b) *Einschaltung des Vormundschaftsgerichts in
Konfliktfällen*

Unter Berücksichtigung der genannten Gesichtspunkte erscheint es sinnvoll, vom „Konsil“-Modell auszugehen und in Konfliktfällen eine vormundschaftsgerichtliche Entscheidung zu verlangen. Wenig sachgerecht erscheint die Vorstellung der Enquetekommission, dass jede Entscheidung für einen Behandlungsabbruch vom Vormundschaftsgericht genehmigt werden müsse. Sie steht in einem deutlichen Spannungsverhältnis mit der Forderung nach einem „Konsil“ bei der Umsetzung von Patientenverfügungen, das einen Konsens anstreben soll. Kommen die am Konsil beteiligten Personen nämlich *übereinstimmend* zu dem Ergebnis, dass in der gegebenen Entscheidungssituation der in einer Patientenverfügung festgelegte oder der „mutmaßliche“ Wille ein bestimmtes Handeln bzw. Unterlassen gebietet, dann wäre es überflüssig, in diesen Fällen noch eine zusätzliche Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht vorzuschreiben. Es ist nicht ersichtlich, wie der Vormundschaftsrichter zu einem anderen Ergebnis kommen könnte als das Konsil. Die am Konsil beteiligten Personen haben in Bezug auf ihre Patientennähe allesamt einen weiten Vorsprung vor dem Richter, den persönlich nichts mit diesem „Fall“ verbindet. Zwar kann Unbeteiligtsein auch ein Vorteil sein, nämlich dann, wenn ein Streitfall von einer „objektiven“ und „neutralen“ Instanz geschlichtet werden soll. Bei der Beurteilung einer Verzichtserklärung in einer Patientenverfügung, der Prüfung, ob eine Änderung des Willens bekannt geworden ist, oder der Ermittlung des „mutmaßlichen Willens“ eines Patienten kommt es aber gerade nicht auf Neutralität und Sachferne, sondern auf möglichst genaue Kenntnis des Patienten, seines persönlichen Umfeldes, seiner Gefühls- und Gedankenwelt an. All dies kann sich ein Richter nur mühsam und zeitaufwendig über die am Konsil beteiligten Per-

sonen als (ggf. sachverständige) Zeugen aneignen. Daher ist nicht damit zu rechnen, dass eine Entscheidung des Vormundschaftsrichters inhaltlich „besser“ ausfällt als ein *übereinstimmendes* Votum des Konsils.

Eine regelmäßige Genehmigung von Behandlungsverzichtentscheidungen durch das Vormundschaftsgericht ist daher nicht geboten. Es erscheint vielmehr ausreichend, das Gericht nur dann anzurufen, wenn es unter den am Konsil beteiligten Personen zu einem Dissens kommt. Dann liegt ein echter Konfliktfall vor, der einer Entscheidung durch das Gericht bedarf.

Abb. 5: Vermittelnder Lösungsvorschlag



Nicht ausreichend erscheint es andererseits, auf gerichtliche Kontrolle in den meisten Fällen von vornherein ganz zu verzichten, wie dies der BMJ-Entwurf vorsieht, und insoweit auf das allgemeine Amtsermittlungsprinzip im Bereich der freiwilligen Gerichtsbarkeit zu verweisen (§ 12 FGG)¹⁴. Hiernach kann jeder Beteiligte oder Unbeteiligte das Vormundschaftsgericht auf mögliche Ungereimtheiten und Gefahren aufmerksam machen. Das Gericht muss dann von Amts wegen in Ermittlungen eintreten. Diese

Art der „Missbrauchskontrolle“ ist davon abhängig, dass ein Dritter die einschlägige FGG-Vorschrift kennt und rechtzeitig von der Absicht erfährt, die Behandlung abzu- brechen. Das ist keineswegs immer zu erwarten. Der Ge- setzgeber sollte vielmehr den normalen Verfahrensablauf so gestalten, dass angesichts der bedrohten Rechtsgüter von vornherein ausreichende Schutzmechanismen zur Ver- fügung stehen.

V. Zusammenfassung

Die praktische Umsetzung von Patientenverfügungen, die Verzichtentscheidungen in Bezug auf lebensverlängernde Maßnahmen enthalten, kann auf unterschiedliche Weise erfolgen. Gegenwärtig konzentrieren sich die gesetzgeberischen Vorschläge darauf, entweder eine weitgehende Al- leinentscheidungskompetenz des Bevollmächtigten bzw. Betreuers (teilweise in Zusammenwirken mit dem behan- delnden Arzt) vorzusehen oder ein „Konsil“ einzuberufen, das nochmals durch das Vormundschaftsgericht kontrol- liert werden soll. Während im ersten Lösungsmodell die verfahrensmäßige Sicherung des Lebens- und Integritäts- schutzes von Patienten nur gering ausgeprägt ist, erscheint im zweiten Modell die generelle Doppelabsicherung durch Konsil und Vormundschaftsgericht überzogen. Im Rahmen der gesetzlichen Regelung von Patientenverfügungen sollte daher der Versuch gemacht werden, einen praktikablen Mittelweg zu finden. Dieser könnte darin bestehen, das Konsil-Modell zur Grundlage zu nehmen, einstimmige Konsil-Entscheidungen ohne weitere Kontrolle zu akzep- tieren und nur in Dissensfällen das Vormundschaftsgericht entscheiden zu lassen.

Anmerkungen

¹ Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts, Stand 1.11.04; im Internet als PDF-Dokument auf der Seite der Akademie für Ethik in der Medizin unter: www.aem-online.de/main.htm; zitiert als „BMJ-Entwurf“.

² Bundestags-Drucksache 15/3700; zitiert als „EK-Zwischenbericht“. Im Internet beim Bundestag unter Angabe der Drucksachen-Nr. abrufbar: <http://dip.bundestag.de/parfors/parfors.htm>.

³ Zur Kritik an diesem Konstrukt vgl. *Beckmann, R.*: Zeitschr. f. Biopolitik 2005, S. 13 ff.; *Duttge, G.*: Preis der Freiheit, 2004, S. 53 ff.; *Höfling, W.*: Juristische Schulung 2000, S. 116 f.

⁴ Die hier angestellten Betrachtungen beziehen sich ausschließlich auf Vorabverfügungen, die den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen zum Inhalt haben.

⁵ Vgl. BGH NJW 2003, S. 1588 ff.

⁶ Rechtliche Vertreter sind entweder ein Bevollmächtigter (§§ 164 ff. BGB; gem. § 1896 Abs. 2 BGB vorrangig gegenüber dem Betreuungsverfahren) oder ein vom Gericht bestellter Betreuer (§§ 1896 ff. BGB). Angehörige sind nicht per se vertretungsberechtigt, werden aber in der Praxis häufig zur Entscheidungsfindung herangezogen. Das ist zwar sinnvoll (s. u.), kann aber die Beachtung der Notwendigkeit, den rechtlichen Stellvertreter des Patienten beizuziehen bzw. einen solchen vom Gericht bestimmen zu lassen, nicht erübrigen. Der Arzt hat nur eine Eilentscheidungskompetenz, wenn sofort gehandelt werden muss und der rechtliche Vertreter entweder nicht erreichbar oder ein solcher (noch) nicht vorhanden ist.

⁷ Vgl. insoweit den EK-Zwischenbericht (Bundestags-Drucksache 15/3700), S. 43 f.

⁸ Der Gesetzentwurf wurde zwar offiziell zurückgezogen und wird deshalb nicht in unveränderter Form Grundlage für ein Gesetzgebungsverfahren werden. Er markiert aber doch eine Grundhaltung, die mit Sicherheit auch in dem noch ausstehenden parlamentarischen Gesetzgebungsverfahren eine Rolle spielen wird.

⁹ Vgl. BT-Drs. 15/3700, S. 43 ff.

¹⁰ Ebd., S. 44.

¹¹ Ebd.

¹² In der Gesetzesbegründung wird die Einbeziehung der Angehörigen oder anderer dem Patienten nahe stehender Personen lediglich

als „sinnvoll“ bezeichnet, jedoch nicht zur rechtlichen Verpflichtung gemacht (vgl. Anm. 1, S. 21).

¹³ Vgl. hierzu die Nachweise in Anm. 3.

¹⁴ So der BMJ-Entwurf (Anm. 1, S. 21, 23).