



**Rolf Stöckel**

Mitglied des Deutschen Bundestages  
Fraktion der SPD



**Irmingard Schewe-Gerigk**

Mitglied des Deutschen Bundestages  
Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

# **Sterbehilfe und Patientenschutz. Existiert ein gesetzgeberischer Handlungsbedarf?**

**Dokumentation einer  
Podiumsdiskussion  
am 27. Juni 2002  
im Berliner Reichstag**

**Beginn: 15.00 Uhr**

**Rolf Stöckel:** Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Gäste, ich freue mich, dass ich Sie zu unserer Veranstaltung "Sterbehilfe und Patientenschutz" begrüßen darf. Die Idee zu dieser Veranstaltung ist entstanden bei einem Parlamentarischen Abend des Humanistischen Verbandes Deutschlands, an dem nicht nur mehrere Abgeordnete aller Fraktionen teilnahmen, sondern auch ein Vorstandsmitglied des niederländischen Humanistischen Verbandes, das in diesem Rahmen die damals noch neue niederländische Gesetzgebung erläuterte. Wir - Irmingard Schewe-Gerigk von Bündnis 90/Die Grünen und ich von der SPD-Fraktion - waren der Meinung, dass es eine Diskussion darüber auch im parlamentarischen Raum geben muss, und zwar genau mit der Fragestellung "Gibt es einen gesetzgeberischen Handlungsbedarf?".

Wir haben heute dazu kompetente Referentinnen und Referenten eingeladen. Zwar sind noch nicht alle da, aber wir werden jetzt mit den Eingangsstatements der Expertinnen und Experten beginnen. Herr Prof. Dr. Jochen Taupitz wird um 16.00 h dazu stoßen und auch die Gelegenheit bekommen, sein Statement abzugeben. Dann wird es eine kurze Pause geben und danach eine Diskussion, an der Sie teilnehmen können unter der Moderation von Wolfgang Lüder, der ebenfalls um 16.00 h kommen wird. Danach sollten die Expertinnen und Experten noch Gelegenheit haben für ein kurzes Abschlussstatement. Soweit meine kurze Einleitung, weil ich denke, dass wir nun erst mal hören wollen, was uns die Expertinnen und Experten zu sagen haben. Ich will aber auch noch die Information geben - das werden Sie vielleicht auch der Presse entnommen haben -, dass es einen Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz vom 20./21. Juni in Düsseldorf<sup>1</sup> gibt. Der Beschlusstext liegt vor und wird allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern zur Verfügung gestellt werden. Die Referentinnen und Referenten haben diesen Text gerade bekommen. Dazu sollen Sie dann bitte auch Stellung nehmen.

**Irmingard Schewe-Gerigk:** Guten Tag, meine Damen und Herren, auch ich begrüße Sie recht herzlich. Ich bin nicht nur frauen- und familienpolitische Sprecherin, sondern auch seniorenpolitische Sprecherin meiner Fraktion und demzufolge bin ich sehr nah an diesem Thema. Ich muss feststellen, dass es bei keinem anderen Thema eine so große Diskrepanz gibt zwischen dem, was Politik und Kirchen uni-

---

<sup>1</sup> siehe Anlage 1

sono sagen und dem, was die Mehrheit der Bevölkerung sagt, wie es Umfragen belegen. Die Frage, was ein selbstbestimmtes Leben ist und wie auch ein selbstbestimmter Tod aussehen kann, ist sicherlich ein großes Thema, das viele Menschen prägt. Es ist natürlich auch ein angstbesetztes Thema. Wir glauben, dass es auch eine gewisse Rechtsunsicherheit bei Ärztinnen und Ärzten gibt und deshalb stellen wir hier die Frage nach dem gesetzgeberischen Handlungsbedarf. Auf der 2. VN-Weltversammlung über Altersfragen in Madrid waren die Niederlande bei diesem Thema sehr stark im Abseits mit ihrer Gesetzgebung. Das ist so nicht voll in die Beschlüsse aufgenommen worden. Es wurde aber intensiv diskutiert, wie ein Sterben in Würde möglich ist. In die Abschlussdokumentation der Vereinten Nationen ist das Sterben in Würde auch aufgenommen worden und ich bin ganz gespannt auf die Statements, die wir jetzt hier hören werden. Ich habe auch mehr Fragen als Antworten, aber ich finde, wir müssen uns einfach mit dem Thema beschäftigen und deshalb finde ich es gut, dass wir den heutigen Nachmittag dafür haben. Vielen Dank.

**Rolf Stöckel:** Bevor wir beginnen, möchte ich gerne unsere Referentinnen und Referenten vorstellen. Ich möchte mich aber auch bei meiner Mitarbeiterin bedanken, die diese Veranstaltung im Wesentlichen organisiert hat, und bei der SPD-Fraktion, die die Reisekosten für die Referentinnen und Referenten übernommen hat.

Von Ihnen aus beginnend auf der rechten Seite begrüße ich Herrn Klaus Kutzer aus Karlsbad. Er war Vorsitzender des 3. Strafsenats des Bundesgerichtshofes, er wird gleich beginnen. Direkt zu meiner Linken sitzt Frau Christiane Schreiber aus Sankt Wendel, Vorsitzende der Kommission "Ältere Menschen" des Deutschen Juristinnenbundes. Dann kommt Prof. Dr. med. Arne Kollwitz. Er ist hier in Berlin Dozent für Medizinethik in der ärztlichen Ausbildung der Freien Universität Berlin. Dann Frau Dipl.-Psych. Gita Neumann aus Berlin, Bundesbeauftragte für Patientenverfügung, Hospiz und Humanes Sterben des Humanistischen Verbandes Deutschlands. Wir beginnen mit Herrn Kutzer. Falls es Verständnisfragen gibt, sollten sie direkt nach jedem Beitrag gestellt werden.

**Klaus Kutzer:** Herr Vorsitzender, meine sehr geehrten Damen und Herren, ich darf mich zunächst für die Einladung bedanken und dafür, dass Sie ein besonders für die ältere Generation existentielles Thema aufgegriffen haben. Der immer größer werdende Anteil von Senioren in unserer Gesellschaft, die Emanzipierung des Patienten

aus der paternalistischen Umsorgung der Ärzte, der rasante Fortschritt der Medizin bei Lebenserhaltung und Lebensverlängerung, der Zerfall der Großfamilien mit der Folge einer Isolierung besonders älterer Menschen und der häufigen Verlagerung der Langzeitpflege in Heime und Krankenhäuser lassen viele befürchten, in ihrem letzten Lebensabschnitt nicht mehr ein würdiges Umfeld und eine liebevolle Betreuung zu finden, die sie sich für ihr Sterben wünschen.

Ich möchte Ihnen kein Konzept vorstellen. Es wurden uns bei der Einladung fünf Fragen gestellt und ich will mich zunächst darauf beschränken, Ihnen eine Antwort aus meiner Sicht auf die gestellten Fragen zu geben.

Zu Frage 1, sie lautet: "Bedarf ein Abbruch der künstlichen Ernährung oder einer anderen lebensnotwendigen Maßnahme in jedem Fall einer amtsgerichtlichen Genehmigung analog zu § 1904 Betreuungsrechtsänderungsgesetz oder ist eine vorsorglich abgefasste, valide Patientenverfügung hinreichend dazu?"

Meine Antwort darauf: Die oberstgerichtliche Rechtsprechung ist sich, meine Damen und Herren, einig, dass § 1904 BGB analog anzuwenden, das heißt eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung einzuholen ist, wenn ein Betreuer oder Gesundheitsbevollmächtigter bei einem nicht entscheidungsfähigen Patienten den Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme, etwa der künstlichen Ernährung oder Beatmung anordnet<sup>2</sup>. Die entschiedenen Fälle betrafen Patienten, die irreversibel bewusstlos waren und sich nicht im Sterbeprozess befanden. Die meisten Amts- und Landgerichte dagegen verschließen sich dieser Rechtsauffassung der Obergerichte, weil sie nicht Herren über Leben und Tod sein wollen. Dabei bleibt meist unklar, ob sie überhaupt und wenn ja, unter welchen Voraussetzungen die Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen für zulässig ansehen. Demgegenüber verweist insbesondere das Oberlandesgericht Karlsruhe in seiner jüngsten Entscheidung vom 29. Oktober vergangenen Jahres<sup>3</sup> darauf, dass es nur um eine gerichtliche Kontrolle darüber gehe, ob der angeordnete Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme dem mutmaßlichem Willen des Patienten entspricht. Juristisch dogmatisch dürfte der von der oberstgerichtlichen Rechtsprechung gezogene Analogieschluss vertretbar sein, nämlich dass dann, wenn schon auf Heilung gerichtete, lebensgefährliche Maßnahmen genehmigungsbedürftig sind, dies erst recht für auf den Tod des Betreuenden gerichtete Maßnahmen gelten müsse. Dieses Ergebnis halte ich jedoch

---

<sup>2</sup> BGHSt 40, 257, 261f; OLG Frankfurt NJW 1998, 2747; 2002, 689 ff; OLG Karlsruhe NJW 2002, 685 ff

<sup>3</sup> a.a.O.

in der Sache für zu undifferenziert, so dass mir - nicht nur um die Rechtseinheitlichkeit zwischen Amts- und Landgerichten einerseits und der oberstgerichtlichen Rechtsprechung andererseits wiederherzustellen - ein Einschreiten des Gesetzgebers in diesem Punkte erforderlich erscheint.

Ich befürworte dabei zwei Einschränkungen der Genehmigungspflicht.

Erstens: Die Einwilligung des Betreuers oder Bevollmächtigten in die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen sollte nur dann der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung bedürfen, wenn der Sterbeprozess des Betreuten noch nicht begonnen hat. Hat dagegen der Sterbeprozess bereits begonnen, wäre die Einschaltung des Vormundschaftsrichters dysfunktional. Die Art und Weise der Behandlung während des Sterbeprozesses zu bestimmen, insbesondere auch die Entscheidung über dessen Verkürzung zu treffen, ist Sache des behandelnden Arztes, der in eigener Verantwortung den mutmaßlichen Willen des Patienten hierzu festzustellen hat und dabei das Einvernehmen mit dem Patientenvertreter herstellen wird. In der bisherigen Rechtsprechung wird insoweit nicht differenziert, da heißt es einfach "bei Abbruch der lebenserhaltenden Maßnahmen vormundschaftsgerichtliche Genehmigung". Ich meine, dass zumindest bei Beginn oder nach Beginn des Sterbeprozesses für die Einschaltung von Juristen kein Raum mehr ist.

Zweite Einschränkung: Auch dann, wenn der Sterbeprozess noch nicht begonnen hat, sollte es der Einschaltung des Vormundschaftsgerichts nicht bedürfen, wenn der Wille des Patienten, auf die in Betracht kommenden lebenserhaltenden Maßnahmen zu verzichten, in einer Patientenverfügung dokumentiert ist, diese Patientenverfügung zeitnah - spätestens etwa ein Jahr vor Eintritt der Entscheidungsunfähigkeit - errichtet oder erneuert worden ist sowie der behandelnde Arzt und der Betreuer oder der Gesundheitsbevollmächtigte sich einig sind, dass die Patientenverfügung die zu beurteilende Situation erfasst. Die Einschaltung des Vormundschaftsgerichts, so wie es die obergerichtliche Rechtsprechung bisher verlangt, auch in solchen eindeutigen Fällen, zeugt von übertriebenem staatlichen Misstrauen gegen die Autonomie des Patienten und ein patientengerechtes Verhalten von Betreuer und Arzt.

Zu Frage 2, "Kann ein Patient im Falle lebensbedrohlicher Situation Arzt und Angehörige von ihrer Garantenpflicht zur Lebensrettung entbinden – auch in suizidaler Absicht?":

Die höchstrichterliche Rechtsprechung verneint dies<sup>4</sup>. Selbst wenn sie – was ich befürworten würde – geändert wird und damit eine Strafbarkeit wegen eines Tötungsdelikts durch Unterlassen entfielen, bliebe die Möglichkeit einer Bestrafung wegen unterlassener Hilfeleistung, wenn bei einem Suizid nicht helfend, also verhin-dernd, eingeschritten wird. Die Rechtsprechung, dass jeder Suizid als zur Hilfelei-stung verpflichtender Unglücksfall anzusehen ist<sup>5</sup>, bedarf meines Erachtens der Über-prüfung. Jedenfalls im Falle eines offensichtlich freiverantwortlich begangenen Suizids, insbesondere um einem langwierigen tödlichen Siechtum zu entgehen, verstößt eine strafbewehrte, also mit den Mitteln des Strafrechts erzwungene „Hilfs“-Pflicht gegen die Achtung des Persönlichkeitsrechts des Suizidenten. Wegen fehlen-der Prognostizierbarkeit einer Rechtsprechungsänderung könnte der Gesetzgeber sein Ziel durch eine Klarstellung in den §§ 13 und 323c StGB erreichen - wenn er dieses Ziel teilt.

Zu Frage 3, "Ist ein Behandlungsabbruch, wenn er dem aktuellen oder konkret ver-fügten Patientenwillen entspricht, zwingend erforderlich und demzufolge auch ein-klagbar? Oder stellt er beim bewusstseinsgetrübten Patienten, wenn dieser daraufhin als unmittelbare Folge sterben würde, vielmehr in jedem Fall ein Tötungsdelikt dar? Handelt es sich dabei auch um „aktive Sterbehilfe“, wie viele Ärzte befürchten?" Die erste Frage ist mit „ja“ zu beantworten, also ein Behandlungsabbruch ist zwin-gend erforderlich, wenn der Patient dies will. Eine Fortsetzung der mit körperlichen Eingriffen verbundenen ärztlichen Behandlung gegen den ausdrücklichen oder mut-maßlichen Willen des Patienten erfüllt den Tatbestand der vorsätzlichen oder fahr-lässigen Körperverletzung auch dann, wenn sie zur Hinausschiebung des Todes medizinisch erforderlich ist. Das Unterlassen einer solchen rechtswidrigen Körper-verletzung kann daher nicht gleichzeitig als versuchte oder vollendete Tötung straf-bar sein.

Bei einer repräsentativen Erhebung in Rheinland-Pfalz haben 48,8 % der befragten Ärzte das Abstellen einer künstlichen Beatmung für verbotene aktive Sterbehilfe gehalten<sup>6</sup>. Selbst die renommierte "Neue Juristische Wochenschrift" berichtet in Heft 17 dieses Jahres unter der Überschrift „Britisches Urteil gestattet *aktive* Sterbehilfe“ davon, dass ein britisches Urteil erstmals das Abstellen eines Beatmungsgeräts bei einer vom Hals abwärts gelähmten 43jährigen Frau erlaubt hat. Nach der deutschen

---

<sup>4</sup> z.B. BGHSt 32, 367, 373

<sup>5</sup> BGHSt 6, 147; 32, 367

<sup>6</sup> DÄrzteBl 2001 S. B-2697, 2699

Rechtsslage verwundert es, in diesem Fall von aktiver Sterbehilfe zu sprechen. In der Terminologie des Bundesgerichtshofs ist es jedenfalls klar, dass es sich bei einem solchen Fall nicht um eine strafbare aktive Tötung, sondern um zulässige passive Sterbehilfe handelt, weil der Patient von seiner Freiheit Gebrauch macht, nicht weiter behandelt zu werden und seiner Krankheit ihren natürlichen Verlauf zu lassen<sup>7</sup>.

Wegen der bei Ärzten, Juristen und in der Bevölkerung vielfach vorhandenen Fehldeutungen von zulässigen Behandlungsabbrüchen als rechtswidrige aktive Tötungen könnte es sich empfehlen, in § 216 StGB einen klarstellenden Zusatz einzufügen, etwa des Inhalts: „Eine Tötung im Sinne des Absatzes 1 liegt nicht vor, wenn eine lebenserhaltende [oder lebensverlängernde] ärztliche Maßnahme auf Wunsch des Patienten unterlassen oder beendet wird.“

Zu Frage 4, "Stellt eine unzureichende Schmerztherapie, Leidminderung oder Behandlungspflege – analog zu einem ärztlichen Eingriff gegen den Patientenwillen – eine strafbare Körperverletzung dar?"

Bei unzureichender Schmerztherapie und Leidminderung grundsätzlich ja, bei unzureichender Behandlungspflege dann, wenn sie zu einer messbaren erheblichen Verschlechterung der körperlichen Befindlichkeit führt.

Zu Frage 5, "Sind Mittel, die der Linderung bzw. der Ausschaltung von Schmerzen und unerträglichen Beschwerden bis hin zur terminalen Sedierung dienen, auch dann zulässig, wenn damit höchstwahrscheinlich eine todesbeschleunigende Wirkung verbunden ist? Darf der Arzt einen Patienten, der im terminalen Stadium qualvoll zu ersticken droht, „friedlich“ einschlafen lassen, wenn dies auf Verlangen des Patienten geschieht?"

Der Bundesgerichtshof hat die mit dieser Frage angesprochene indirekte Sterbehilfe bisher nur zugelassen, wenn eine mögliche Beschleunigung des Todeseintritts eine unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge einer schmerzlindernden Medikation ist<sup>8</sup>. Eine solche *bedingt* vorsätzliche Tötung durch aktives Eingreifen des Arztes erfüllt nach unseren strafrechtlichen Kriterien zwar den Tatbestand eines Tötungsdelikts. Der Bundesgerichtshof hat sie aber nach den Grundsätzen des rechtfertigenden Notstands<sup>9</sup> als zulässig angesehen, weil die Ermöglichung eines Todes in Würde einen höheren Wert darstelle als die kurzfristige Lebensverlängerung. Diese Rechtfertigung gilt meines Erachtens auch in dem vom

---

<sup>7</sup> vgl. BGHSt 37, 367

<sup>8</sup> BGHSt 42, 301; 46, 279, 284/285

<sup>9</sup> § 34 StGB

Bundesgerichtshof noch nicht entschiedenen Fall, dass der Arzt weiß - also nicht nur als möglich in Kauf nimmt -, dass die von ihm für notwendig gehaltene wirksame Bekämpfung der unerträglichen Schmerzen oder der terminalen Unruhe zu einem früheren Tod führt. Dass dies nicht strafbar sein darf, habe ich schon früher vertreten, obwohl es sich um einen Grenzbereich zur aktiven Sterbehilfe handelt<sup>10</sup>.

Damit darf ich es zunächst bewenden lassen und noch mal sagen, ein Konzept war aufgrund dieser Fragen-Beantwortung noch nicht möglich. Dazu können wir dann in der Diskussion, wenn gewünscht, kommen. Ich bedanke mich.

**Rolf Stöckel:** Herzlichen Dank, Herr Kutzer. Herr Prof. Dr. Arne Kollwitz.

**Prof. Arne Kollwitz:** Herr Vorsitzender, meine sehr geehrten Damen und Herren. Zunächst möchte ich mich für die Einladung zu dieser Diskussionsveranstaltung bedanken. Ich möchte aber auch darauf hinweisen, dass ich als Dozent für Medizinethik an der Freien Universität Berlin im Ruhestand bin, aber noch immer der Ethik-Kommission des "Universitätsklinikums Benjamin Franklin" angehöre. Meine heutigen Äußerungen aber mache ich im eigenen Namen als Arzt im Ruhestand und Medizinethiker.

Auch ich habe die fünf Fragen, die Sie gestellt haben, zu beantworten versucht.

Zu Ihrer 1. Frage, und zwar "Bedarf ein Abbruch der künstlichen Ernährung oder einer anderen lebensnotwendigen Maßnahme in jedem Fall einer amtsgerichtlichen Genehmigung analog zu § 1904 Betreuungsrechtsänderungsgesetz oder ist eine vorsorglich abgefasste, valide Patientenverfügung hinreichend dazu?":

1992 gab das Betreuungsgesetz dem Bürger die Möglichkeit, mittels der Altersvorsorgevollmacht eine Person seines Vertrauens zu bestimmen, die im Falle seiner Einwilligungsunfähigkeit für ihn auch gravierende medizinische Entscheidungen treffen konnte, ohne dass diese vom Vormundschaftsgericht genehmigt werden mussten. Diese Regelung hatte sich in den USA - als "Durable Power of Attorney" bezeichnet - seit vielen Jahren bewährt. In unserem Staat, dem mit Recht vorgeworfen wird, dass der mündige Patient politisch nicht gewollt ist, war das ein ermutigender Schritt vorwärts auf dem steinigen Weg zu mehr Patientenautonomie. Die Rücknahme dieser Regelung 1999 bedeutete eine weitere Entmündigung des

---

<sup>10</sup> vgl. MedR 2001, 77, 78

Bürgers in Entscheidungen, die seine eigene Gesundheit betreffen. Eine Rückkehr zur Regelung von 1992 stünde einem demokratischen Rechtsstaat wahrlich wohl an. Zum Punkt 2, "Kann ein Patient im Falle lebensbedrohlicher Situation Arzt und Angehörige von ihrer Garantenpflicht zur Lebensrettung entbinden – auch in suizidaler Absicht?":

Die Bundesärztekammer betrachtet die ärztliche Beihilfe zum Suizid zwar als unethisch und unärztlich, doch haben nach einer Befragung von Kirchner und Eckels 1996 nur 72 % der befragten niedergelassenen Ärzte einen solchen Patientenwunsch abgelehnt. Ärzte sind in ihren Entscheidungen eben nicht nur der ärztlichen Berufsordnung, sondern auch ihrem Gewissen verpflichtet - und da kann das Motiv der Leidensminderung als ärztliche Aufgabe ausschlaggebend sein.

Bekanntlich wurde schon im Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe, der 1985 von 22 namhaften Juristen und Mediziner erarbeitet wurde, in § 215 gefordert, "dass niemand strafrechtlich verpflichtet sein soll, einen anderen möglicherweise mit Gewalt am Leben zu erhalten, der aufgrund eines freien, überlegten Entschlusses nicht mehr weiterleben will" und ein entsprechend formulierter § 215 zur Aufnahme in das Strafgesetzbuch vorgeschlagen.<sup>11</sup> Die heutige Rechtsprechung verlangt, dass man den Betroffenen im entscheidenden Moment allein lassen muss, um einer Anklage wegen unterlassener Hilfeleistung zu entgehen, was meines Erachtens dringend geändert werden muss. Eine ärztliche *Pflicht* zur Beihilfe aber kann es selbstverständlich nicht geben.

Zur Gefahr des Missbrauches hat die Sozialhistorikerin Dr. Baumann<sup>12</sup> aus Berlin, die sich eingehend mit dem Suizidproblem befasst hat, kürzlich folgendes gesagt: "Der Vorwurf, dass aus dem freien Suizid eine sozial erzwungene Tötung wird, ist daher nicht von der Hand zu weisen. Ich denke aber, dass die gesellschaftliche Aufgabe gerade darin besteht, mit genauem Blick auf diese Gefahren und mit einer Sensibilität für das soziale Klima eine offene Diskussion zu führen und das Thema nicht zu tabuisieren. Nur in einer tabufreien Diskussion können diese Gefahren auch analysiert werden. Aus meiner Sicht ist es allemal besser, mit dem Licht der Aufklärung zu arbeiten, statt in einem Dunkelfeld zu agieren. Jemand, der sich krankheitsbedingt in einer ausweglosen Lage befindet, muss die Möglichkeit des würdigen

---

<sup>11</sup> "Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe". Baumann, Jürgen et al. Thieme Stuttgart, New York 1986, S. 5 und S. 12; siehe Anlage 2

<sup>12</sup> Interview in der Ärzte Zeitung vom 24.05.2002. Dr. Ursula Baumann ist Autorin des Buches "Vom Recht auf den eigenen Tod", Verlag Hermann Böhlaus Nachfolger, Weimar 2001

Sterbens erhalten und diese Freiheit sollte mit den entsprechenden institutionellen Einhebungen geschaffen werden."

Zum Punkt 3, "Ist ein Behandlungsabbruch, wenn er dem aktuellen oder konkret verfügbaren Patientenwillen entspricht, zwingend erforderlich und demzufolge auch einklagbar? Oder stellt er beim bewusstseinsgetrübten Patienten, wenn dieser daraufhin als unmittelbare Folge sterben würde, vielmehr in jedem Fall ein Tötungsdelikt dar? Handelt es sich dabei auch um „aktive Sterbehilfe“, wie viele Ärzte befürchten?": Hierzu sagte der Deutsche Ärztetag 1994, dass "der Arzt bei der Behandlung bei urteilsfähigen Patienten dem Willen des angemessen aufgeklärten Patienten zu respektieren hat... Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender technischer Maßnahmen. Bei bewusstseinsgetrübten Patienten ist der mutmaßliche Wille zu ermitteln und diesem entsprechend zu verfahren." So wäre also das Recht auf Behandlungsabbruch einklagbar. Eine weitere Basisbetreuung muss aber natürlich gewährleistet sein. Ähnlich hat sich auch der Bundesgerichtshof bereits 1991 geäußert.

Zum Punkt 4, "Stellt eine unzureichende Schmerztherapie, Leidminderung oder Behandlungspflege – analog zu einem ärztlichen Eingriff gegen den Patientenwillen – eine strafbare Körperverletzung dar?": Das wird zwar von juristischen Fachleuten so gesehen und das scheint auch dem Nicht-Juristen logisch. Für den Arzt am Sterbebett kann sich daraus aber eine unzumutbare Gratwanderung ergeben: In einem Fall kann er der Körperverletzung, im anderen Fall des Totschlags bezichtigt werden.

Zum 5. Punkt, "Sind Mittel, die der Linderung bzw. der Ausschaltung von Schmerzen und unerträglichen Beschwerden bis hin zur terminalen Sedierung dienen, auch dann zulässig, wenn damit höchstwahrscheinlich eine todesbeschleunigende Wirkung verbunden ist? Darf der Arzt einen Patienten, der im terminalen Stadium qualvoll zu ersticken droht, „friedlich“ einschlafen lassen, wenn dies auf Verlangen des Patienten geschieht?": Hierzu sagt die Bundesärztekammer: "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 und das Sterben beschleunigen sollen, ist unzulässig und mit Strafe bedroht." Diese Meinung vertrat auch der Bundesgerichtshof 1996. Im Interesse der Rechtssicherheit für Ärzte, Patienten und Angehörige sollten sowohl der Abbruch oder die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen als auch die Aspekte der Leidensminderung - also die

indirekte Sterbehilfe - gesetzlich geregelt werden. Das Gleiche gilt auch für die formalen und inhaltlichen Kriterien und die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen. Meiner Meinung nach muss auch die Rechtsstellung der Angehörigen im Entscheidungsprozess - wenn es zum Beispiel um den mutmaßlichen Willen des Patienten geht - dringend gestärkt werden.

Wie unter anderem eine Ärzte-Umfrage im Jahr 2000 in Rheinland-Pfalz ergeben hat - Herr Kutzer hat darüber eben schon gesprochen -, besteht noch immer eine große Unsicherheit darüber, was nun eigentlich genau aktive, passive und indirekte Sterbehilfe sind. Die Übergänge sind in der Tat fließend. Auch ist weiterhin umstritten, ob zum Beispiel Infusionen zur Basispflege gehören oder Behandlungsmaßnahmen sind. Hier sind aber neben Klarstellungen der Bundesärztekammer - oder besser: des Gesetzgebers - vor allem die Weiterbildungsstellen der Ärzteschaft gefordert. - Vielen Dank!

**Rolf Stöckel:** Vielen Dank. Frau Neumann, bitte.

**Gita Neumann:** Herzlichen Dank für die Einladung an die beiden Veranstalter, Frau Schewe-Gerigk und Herrn Stöckel. Meine Damen und Herren, ich habe meinen Beitrag "Aus dem Bereich Patientenrecht und Ethik" überschrieben. In unserem Land sterben ca. 850.000 Menschen jährlich. Immer häufiger werden medizinische Entscheidungskonflikte dabei an unsere Beratungsstelle, die wir als Humanistischer Verband in Berlin für Patientenverfügung, Hospiz und Humanes Sterben unterhalten, herangetragen. Verzweifelte Angehörige sehen sich nicht selten einem völlig unwägbareren Kräftespiel gegenüber Klinik, Pflegeheim und Amtsgericht ausgesetzt. Ich möchte Ihnen anhand eines Fallbeispiels aufzeigen, um welche Probleme es hier geht. Es geht um das Beispiel Walter K., geboren 1930, der 1999 aufgrund einer Hirnhautentzündung und diversen multiplen Infarkten ins Koma fiel. Diagnostiziert wurde ein sogenanntes Apallisches Syndrom, er konnte weder schlucken noch sich bewegen noch auf irgendwelche Reize reagieren. Ohne dass sich sein Zustand gebessert hatte, wurde er zweieinhalb Jahre bis zu seinem Tod im Juni 2001 künstlich mit einer PEG-Sonde am Leben erhalten. Gerichtsprozesse wurden über zwei Instanzen geführt. Insgesamt vier fachärztliche Gutachten gingen der Frage nach, ob sein Bewusstseinsverlust mit letzter Sicherheit irreversibel sei. Dies alles brachte für die Ehefrau und die behandelnde Ärztin keinerlei Klärung. Das Musterformular einer

Patientenverfügung, erst zwei Monate vor Komaeintritt von Herrn K. unterschrieben, erwies sich als völlig untauglich, denn dort war nur die Ablehnung "sterbeverlängernder Maßnahmen" für den Fall vorgesehen, dass er „*unwiederbringlich* nicht mehr in der Lage“ sei, seinen Willen auszudrücken und für den Rest seines Lebens „*unumkehrbar* bewusstlos“ bliebe. Im September 2000 kommt ein neurologisches Gutachten zu dem Schluss, eine Teilremission des Apallischen Syndroms scheine vorzuliegen, wobei allerdings unvorhersagbar bliebe, ob diese stabiler Natur sei. Zumindest sei ein Weg aus der Bewusstlosigkeit nicht mit letzter Sicherheit prognostisch auszuschließen. Es könne deshalb, ich zitiere, "eine unumkehrbare Bewusstlosigkeit entsprechend der Patientenverfügung nicht mehr ohne weiteres angenommen werden". Der Fall gipfelt darin, dass das Amtsgericht der Ehefrau zwischenzeitlich die Betreuung ihres Mannes entzieht. Ihr Ansinnen wird – wenngleich indirekt - in die Nähe gesetzlicher Legitimierung, ich zitiere, „der nationalsozialistischen Euthanasieprogramme“ gerückt. Das Gericht stellt fest, dass für die von der Ehefrau beantragte Ernährungseinstellung keinerlei Rechtsgrundlage existiere.

Meine Damen und Herren, ich spreche zu Ihnen aufgrund meiner zwölfjährigen Erfahrung im Bereich Sterbebegleitung und Hospizarbeit sowie als Leiterin der Bundeszentralstelle für Patientenverfügungen, die der Humanistische Verband Deutschlands seit 1995 unterhält. Im Namen von vielen Tausend Menschen, die sich Jahr für Jahr hilfe- und ratsuchend an uns wenden, mahne ich eine umfassende gesetzgeberische Reform an. Um keine Missverständnisse entstehen zu lassen: Es geht uns hierbei nicht um eine strafrechtliche Änderung nach dem Vorbild unserer niederländischen und belgischen Nachbarn, etwa was die Tötung auf Verlangen gemäß § 216 StGB betrifft. Vielmehr geht es uns darum, in einem Patientengesetz für Bürgerinnen und Bürger einklagbare Patientenrechte zu formulieren. Eine solche Regelung müsste zweierlei erreichen: Erstens: Schwerkranke, schwache und hilflose Menschen müssen sich sicher aufgehoben fühlen können und müssen vor fremden Mutmaßungen über ihr Lebensinteresse geschützt werden. Zweitens: Selbstbestimmungs- und vorsorgungswillige Bürgerinnen und Bürger müssen sich darauf verlassen können, dass ihre Wertvorstellungen von Würde und humanem Sterben als verbindlich beachtet werden, auch und gerade wenn diese von allgemeinen Lebensschutz-Normen abweichen.

Sie sehen, dass es mir sehr wichtig ist, eine Differenzierung vorzunehmen, was leider in den meisten Urteilen und rechtlichen Empfehlungen nicht der Fall ist. Ich

glaube, auch heute haben wir hier schon gehört, dass der mutmaßliche und der erklärte Wille sehr oft in dem gleichen Zusammenhang genannt werden. Ich denke, es ist sehr wichtig, zu unterscheiden, ob es sich um einen lediglich mutmaßlich zu ermittelnden Willen etwa eines Demenzkranken oder um den differenziert erklärten Willen eines gut informierten Patienten handelt.

Es ist ein betrübliches Kapitel, dass sich wahrscheinlich viele Hunderttausende von Menschen in der Scheinsicherheit von Vorsorgedokumenten wähnen, deren Unwert sich erst herausstellt, wenn es zumindest für sie selbst zu spät ist. Erschwerend kommt hinzu, dass inzwischen Mustertexte von mehr als 150 verschiedenen Organisationen angeboten werden, nicht zu reden von den unzähligen Entwürfen von Rechtsanwaltspraxen. Es ist heute für vorsorgewillige Bürgerinnen und Bürger sehr schwer, sich zu orientieren, denn jeder selbsternannte Experte kann im Prinzip x-beliebige Empfehlungen in die Welt setzen. Da heißt es etwa, die Verfügung muss handschriftlich erfolgen, müsse notariell beglaubigt sein und/oder einmal im Jahr aktualisiert werden, dürfe keinen Verzicht auf künstliche Ernährung oder sonstige Basisversorgung beinhalten usw. usf.

Eine Humanisierung des Sterbens unter Beachtung des Patientenwillens wird allerdings nur dann nicht im luftleeren Raum stattfinden, wenn gleichzeitig die gesetzliche Förderung von Hospizbetreuung, palliativer Schmerz- und Beschwerdelinderung festgeschrieben wird. Dem Oberarzt Friedemann Nauck vom Bonner Zentrum für Palliativmedizin ist zuzustimmen, dass es sich dabei um eine grundsätzliche Umstrukturierung des Gesundheitswesens handelt, die Vernetzung aller Angebote notwendig ist. Die vom Humanistischen Verband Deutschlands vorgeschlagene Gesetzesinitiative umfasst somit sozial- und zivilrechtliche Aspekte.

Fragen der Lebensqualität nehmen bei werteppluralistischer Orientierung und zunehmender Behandlungsvielfalt an Bedeutung zu. Wir haben es jetzt schon mehrfach gehört: Die Grenzen zwischen lebensverlängernder Intensivmedizin, Palliativmedizin - die sich auch immer weiter entwickelt und ausdifferenziert - und zulässiger Sterbehilfe sind fließend.

Ich möchte zu drei Punkten eines möglichen Lösungsansatzes kommen. Ein Patientenrechtsgesetz muss Folgendes leisten und beinhalten:

Erstens: Der Lebensschutz von Menschen muss insbesondere dann gewährleistet sein, wenn ihre mutmaßliche Zustimmung zur Sterbebeschleunigung oder zum Behandlungsverzicht nur auf sehr vagen Anhaltspunkten beruht oder wenn es sich

gar um eine reine Fremdbewertung ihres Lebensinteresses handelt, denn hier besteht ein gefährliches Einfallstor, bei zunehmender Ressourcenknappheit Alten und Schwerkranken lebensverlängernde Maßnahmen vorzuenthalten. Dazu bedarf es gesetzlicher Kontrollverfahren. Wir denken, dass in der Tat - das Eingangsbeispiel mag es auch beleuchtet haben - die amtsrichterliche Praxis sich dazu als ungeeignet erwiesen hat. Es wäre zum Beispiel zu denken an regionale Ethikausschüsse oder ähnliches, die dazu - das ist sehr wichtig - allerdings mit Befugnissen auszustatten wären wie Zeugenvernehmung und auch Entscheidungskompetenzen haben müssten. Schließlich ist daran zu denken, dass - ggf. im Auftrag des Gesetzgebers - weitere fachliche und ethische Leitlinien entwickelt werden müssten, insbesondere zur Frage der künstlichen Ernährung.

Zweitens: Staatliche Überfürsorge gegenüber mündigen und selbstverantwortlichen Patienten muss dagegen zurückgenommen werden - völlig in Übereinstimmung mit dem, was wir hier heute schon gehört haben. Wenn sie unter Umständen den Tod einem für sie unwürdigen oder unerträglichen Zustand vorziehen, dann ist und bleibt der Arzt von Hilfs- und Garantpflichten zur Lebensrettung entbunden. Ärztliches oder pflegerisches Zuwiderhandeln gegen den ausdrücklichen Willen des Patienten oder seiner dazu bevollmächtigten Vertrauensperson ist in jedem Fall rechtswidrig. Die zusätzliche Genehmigungspflicht durch ein Amtsgericht im Betreuungsfall erübrigt sich damit.

Drittens und letztens: Das Vorsorgeinstrument der Patientenverfügung ist besonders zu regeln. Soll die vorsorglich abgefasste Patientenverfügung später mit dem erklärten - nicht nur mit dem mutmaßlichen - Willen des Patienten gleichgesetzt werden, so setzt dies analog zur Gültigkeit einer aktuellen Einwilligung auch beim Verfügenden voraus, dass er über die Bedeutung und Tragweite seiner Entscheidung hinreichend aufgeklärt ist. Es muss dabei dem Einzelnen aber selbst überlassen bleiben, ob er dazu ärztliche Hilfe oder andere unabhängige Angebote zur Beratung und Aufklärung nutzen möchte, z.B. Patientenberatungsstellen, Verbraucherberatung oder krankheitsspezifische Selbsthilfegruppen. Wenn es sich um Wertvorstellungen zu Koma, Notfallmedizin, künstlicher Ernährung, Schwerstpflegebedürftigkeit und Sterben handelt, dürften die meisten Ärzte auf solche Gespräche kaum vorbereitet sein, zumal sie auch nicht abrechnungsfähig sind. Schließlich sollte auf Formvorschriften analog zur Erstellung eines Testamentes verzichtet werden. Bei der endgültigen Fassung ist jedoch darauf zu achten, dass über Leben und Tod keine Streichungen

oder Ankreuzungen zu entscheiden haben, die nur versehentlich oder auch nachträglich durch eine andere Person erfolgt sein könnten. Für die Aktualität und Gültigkeit einer Patientenverfügung sollte aus unserer Erfahrung - wie es auch die Bundesärztekammer-Richtlinien von 1998<sup>13</sup> vorsehen - der Zeitpunkt der Aufstellung nur eine untergeordnete Bedeutung haben. - Danke!

**Rolf Stöckel:** Herzlichen Dank, Frau Neumann. Ich bin froh, dass ich die Zeit nicht anmahnen musste. Jetzt begrüßen wir herzlich Herrn Prof. Dr. Jochen Taupitz. Zunächst wird Frau Schreiber ihr Statement vortragen. Bitte sehr.

**Christiane Schreiber:** Meine Damen und Herren, wir haben jetzt verschiedentlich schon gehört, dass am Krankenbett und am Sterbebett Rechtsunsicherheit herrscht. Denn die Ärzte sind einerseits grundsätzlich verpflichtet, Leben zu erhalten und, wo es möglich ist, Leiden zu lindern. Das Prinzip eines umfassenden Lebensschutzes ist ein sehr hoher Rechtswert. Aber die Entscheidungsbefugnis des Arztes, auch einer aus Artikel 12 GG zu entnehmenden Therapiefreiheit, ist begrenzt durch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und sein Recht auf körperliche Unversehrtheit. Das Grundrecht der freien Selbstbestimmung über seine leibliche Integrität gibt einem Kranken und Sterbenden grundsätzlich die volle Selbstbestimmung, frei zu wählen, ob und wie er ärztlich behandelt werden möchte. Jede Behandlungsmaßnahme bedarf, um rechtmäßig zu sein, der Zustimmung eines aufgeklärten Patienten. Und als Drittes kommt noch der Verfassungsgedanke der Menschenwürde hinzu, aus dem ein Recht auf Sterben in menschlicher Würde abgeleitet wird. In seiner Entscheidung - sie ist schon mehrfach zitiert worden - aus dem Jahre 1996 hat der Bundesgerichtshof ausdrücklich betont, dass die Ermöglichung eines Todes in Würde und Schmerzfreiheit gemäß dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten ein höherwertiges Rechtsgut ist als die Aussicht, unter schwersten, insbesondere sogenannten Vernichtungsschmerzen, noch kurze Zeit länger zu leben. Eine Abwägung vorzunehmen, kann im Einzelfall äußerst schwierig sein. Gleichgültig, wie der Arzt sich entscheidet, er riskiert ein Strafverfahren oder haftungsrechtliche Folgen. Und das ruft, wir sehen es immer wieder in der Praxis, Unsicherheit, sogar Ängste hervor, mit der nicht seltenen Folge, dass beispielsweise Schmerzbehandlungen verweigert werden oder lebensverlängernde Maßnahmen aufrecht

---

<sup>13</sup> siehe Anlage 3

erhalten bleiben, selbst gegen den Willen der Patienten. Ein pflichtwidriges Unterlassen der Schmerzlinderung kann durchaus genügen, um den Tatbestand der Körperverletzung durch Unterlassen in Garantenstellung zu erfüllen. Dabei kann es aber auch zu einer Gewissensentscheidung kommen, denn als Rechtfertigungselement kommt hier in Betracht, dass schwere Schmerzmittel durchaus suchtauslösend sein können oder bei sehr hoher Dosierung, wie sie in der Finalphase von Krebs erforderlich sind, sich lebenszeitverkürzend auswirken.

Die Diskussion, ob und inwieweit eine Pflicht zum Handeln geben ist, wenn eine Garantenstellung vorliegt, ist im Rahmen von Selbsttötungsversuchen bzw. von Zwangsernährung bei Hungerstreik immer wieder erörtert worden. Hier bewegen wir uns trotz umfangreicher Rechtsprechung in einer Grauzone zwischen Tötungsgeschehen und straffreiem Selbstmordversuch. Entscheidend ist, dass bei dem Selbstmörder eine freiverantwortliche Willensentschließung vorhanden ist. Er muss noch die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit haben und sich der Tragweite und der Unwiderruflichkeit seines Handelns bewusst sein. Es bedarf also der ungetrübten Einsicht des tödlichen Risikos, um von einem frei verantwortlichen Suizid ausgehen zu können. Und das wird oftmals bei Alten und Kranken zu verneinen sein, da die Nahrungsverweigerung auf einer Hilflosigkeit beruht. allerdings - und das dürfen wir auch nicht verkennen - hat der BGH Straflosigkeit unter dem Gesichtspunkt der Zumutbarkeit der Rettung bzw. der Unzumutbarkeit in extremen Ausnahmefällen eingeräumt. Eine Forderung, in solchen Ausnahmefällen von Strafe abzusehen und dafür auch die unmissverständliche gesetzliche Grundlage zu schaffen, kann nur unterstützt werden. Die Empfehlung geht nicht in Richtung einer Freigabe der aktiven Sterbehilfe, sondern dahin, die Vorschrift über den rechtfertigenden Notstand durch Gesetzesänderung durchgreifen zu lassen. Hierdurch könnte in besonderen Einzelfällen der Interessenkonflikt gelöst werden.

Wenn es an der Einverständniserklärung des Patienten für die Behandlungsmaßnahme fehlt, befinden sich die Ärzte in einem Spannungsfeld zwischen strafbarer Körperverletzung oder strafbarer unterlassener Hilfeleistung. Es darf aber nicht immer nur die Frage nach der strafrechtlichen Konsequenz gestellt werden. Vielmehr muss Ärzten und Patienten deutlich gemacht werden, was erlaubt ist und was nicht. Natürlich gibt es dazu bereits eine Flut von gerichtlichen Entscheidungen, die sich mit dieser Thematik auseinandergesetzt haben. Diese sind aber nur einem relativ kleinen Kreis von Fachleuten aus Arzt- und Anwaltskreisen bekannt, dem Normalbürger aber

überhaupt nicht. Und von daher wäre es wichtig, das Arzt-Patienten-Verhältnis zivilrechtlich zu regeln und darin zum Ausdruck zu bringen, welche Rechte und Pflichten bestehen. Das schafft Transparenz und baut Ängste ab.

Mit der zunehmenden medizintechnischen Entwicklung sind die Fragen im Zusammenhang mit Leben und Sterben immer dringender geworden. Die Menschen fürchten sich vor der sogenannten Apparatedizin, durch welche die Lebensfunktionen künstlich aufrechterhalten werden - auch in Fällen, in denen keine Heilung oder Besserung mehr möglich ist. Oder aber die PEG-Sonde, mit der ein Mensch jahrelang künstlich ernährt werden kann. Gegen diese medizinischen Maßnahmen ist überhaupt nichts einzuwenden, wenn sie vorübergehend zur Anwendung kommen, um einen Heilungsprozess zu ermöglichen. Das ist aber leider nicht immer der Fall. In allen Fällen der ärztlichen Behandlung ist immer, wenn der Arzt sich nicht strafbar machen will, das Einverständnis des Patienten erforderlich. Das ist unproblematisch, wenn der Patient noch in der Lage ist, seinen Willen zu äußern. Sofern der Patient aber im Zeitpunkt der Entscheidung über die ärztliche Behandlung den Einsatz oder die Fortsetzung sterbeverlängernder Maßnahmen nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, kann es sehr hilfreich sein, wenn eine Patientenverfügung vorliegt. Dadurch kann ein Patient seiner Umgebung, besonders dem betreuenden Arzt, aber auch seinen Angehörigen im Voraus seinen persönlichen Willen mitteilen, wie er unter bestimmten Umständen behandelt werden möchte. Zur Zeit ist die Patientenverfügung nicht gesetzlich geregelt. Sie ist an keinerlei formelle Voraussetzungen gebunden, obwohl es sich empfiehlt, die Wünsche schriftlich festzuhalten. Äußerst problematisch und daher immer wieder Gegenstand vieler Diskussionen ist die Frage, inwieweit die Patientenverfügung für den behandelnden Arzt verbindlich ist. Oftmals wird darin nur eine Entscheidungshilfe für den Arzt gesehen.

Wir haben auch schon den Hinweis auf die Richtlinien der Bundesärztekammer vernommen, aber leider ist immer wieder in der Praxis festzustellen, dass ein niedergelassener Arzt von diesen Richtlinien nicht informiert ist und sich eben auch in Unkenntnis dessen nicht daran hält. Aber - auch das müssen wir sehen - ein Missbrauch ist unbedingt auszuschließen, und um dem Missbrauch vorzubeugen, wird auf die Ernsthaftigkeit der Erklärung zu achten sein. Auch besteht die Notwendigkeit, für verbindliche Regelungen zur Aufbewahrung oder Hinterlegung der Patientenverfügung Sorge zu tragen.

Liegt eine Patientenverfügung nicht vor, ist der mutmaßliche Wille zu erforschen. Und dabei stellt sich schon die Frage, wer für die Erforschung dieses Willens zuständig sein soll. Dabei wird einerseits - und auch das haben wir heute schon gehört - an den behandelnden Arzt gedacht, wobei man das Bild eines Hausarztes vor Augen hat, der die betroffene Person seit Jahren kennt. Aber das ist heute eher die Ausnahme. Die meisten Menschen sterben im Krankenhaus, in einer fremden Umgebung, betreut von Ärzten, denen die persönlichen Hintergründe weitgehend unbekannt sind. Außerdem werden unsere Ärzte in ihrer Ausbildung nicht auf diese Entscheidung vorbereitet und fühlen sich oftmals überfordert. Zum anderen ist daran gedacht, den Angehörigen diese Entscheidung zu überlassen. Abgesehen davon, dass auch diese Personen mit der Entscheidung oftmals überfordert sind, stellt sich die Frage, auf wen gehört werden soll, wenn die Familienmitglieder untereinander zerstritten sind. Und weiterhin besteht die Möglichkeit, dass der Patient in Form einer Vorsorgevollmacht nach § 1896 BGB eine von ihm ausgewählte Vertrauensperson ermächtigt hat, die Rechtsgeschäfte für ihn vorzunehmen, aber auch bei Eintritt der Äußerungs- und Einwilligungsunfähigkeit die entsprechenden Entscheidungen zu treffen. Nach der derzeitigen Gesetzeslage ist ein solcher Bevollmächtigter ebenso wie der durch das Vormundschaftsgericht eingesetzte Betreuer verpflichtet, gemäß § 1904 BGB für die Einwilligungen in medizinische Untersuchungen, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe, bei denen die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet, eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung einzuholen. Diese Vorschrift wird von einigen Gerichten auch dann analog herangezogen, wenn es um den Abbruch oder die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen geht. Andere Gerichte halten eine entsprechende Anwendung dieser Vorschrift für nicht zulässig mit dem Hinweis, dass der Vormundschaftsrichter, der den Patienten kaum persönlich kenne, zum Herrscher über Leben und Tod werde.

Ich bin der Meinung, dass eine analoge Anwendung des § 1904 BGB dann nicht so sein darf, eine derart schwerwiegende Entscheidung sollte immer nur aufgrund einer konkreten Regelung getroffen werden und nicht, wie es aus § 1904 analog gemacht wird, eben entsprechend der Anwendung.

Darüber hinaus gibt es Kritik an der Erfordernis der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung für die Einwilligung des Bevollmächtigten, weil dadurch die freie Entscheidung des Vollmachtgebers nachträglich ausgehebelt wird. Aber, meine Damen

und Herren, es geht nicht allein nur um lebens- und sterbeverkürzende Maßnahmen, sondern auch um die Forschung an einwilligungsunfähigen Personen ohne Therapiechancen. Ich darf in diesem Zusammenhang auf den Entwurf eines sogenannten Zusatzprotokolls zur Bioethik-Konvention verweisen. Davon wären auch in verstärktem Maße ältere, hilflose Menschen betroffen, bei denen sich die Frage nach der Einwilligung stellt, denn in der Begründung zu dieser Erklärung wird ausdrücklich auf die Alzheimer-Krankheit hingewiesen.

Und noch ein weiterer Gesichtspunkt sollte in diesem Zusammenhang bedacht werden: Setzt sich nämlich der Arzt über das Selbstbestimmungsrecht des Patienten hinweg und lässt er eine wirksame Patientenverfügung außer acht, dürfte eigentlich eine weitere Tätigkeit des Arztes nicht von dem Behandlungsvertrag gedeckt sein mit der Folge, dass eine privatärztliche Versicherung dann für den Vergütungsanspruch nicht aufzukommen hat. Entsprechendes müsste auch für die gesetzlich versicherten Patienten gelten, denn eine Behandlung gegen den erkennbaren und zu akzeptierenden Willen schließt den Anspruch des Arztes bzw. des Krankenhauses gegen die gesetzliche Krankenkasse aus. Es wird deshalb empfohlen, das Arzt-Patienten-Verhältnis zivilrechtlich zu regeln und in diese Regelung könnte dann aufgenommen werden, dass nur die passive Sterbehilfe erlaubt ist, dass Sterbehilfe nur zulässig sein soll, wenn eine Patientenverfügung vorliegt oder bei Fehlen einer Patientenverfügung die Maßnahme gerichtlich genehmigt wurde, und dass schmerz- und leidensmindernde Maßnahmen ausdrücklich erlaubt sind sowie etwaige Formvorschriften für Patientenverfügungen und deren Hinterlegungsmöglichkeiten. - Danke schön.

**Rolf Stöckel:** Herzlichen Dank, Frau Schreiber. Ich bitte jetzt Herrn Prof. Taupitz um sein Statement.

**Prof. Jochen Taupitz:** Herzlichen Dank, Herr Vorsitzender. Ich muss mich zunächst entschuldigen, dass ich erst später zu der Diskussionsveranstaltung hinzukommen konnte. In der Einladung, die ursprünglich ausgesprochen worden war, war ein Beginn um 16.00 h vorgesehen und ich konnte meine anderen Termine nicht mehr verschieben. Ich bitte dafür um Verständnis.

Ich sehe gesetzgeberischen Handlungsbedarf auch, wie die Vorredner, wenn ich das richtig mitbekommen bzw. gelesen habe, insbesondere bei dem Problem der

Patientenverfügung und beim Problem des Gesundheitsbevollmächtigten - beides Bereiche, die in das Zivilrecht hineingehören. Ich sehe keinen gesetzgeberischen Handlungsbedarf im Bereich des Strafrechts.

Zunächst zur Patientenverfügung: Wenn man das normale zivilrechtliche Instrumentarium einschließlich des verfassungsrechtlichen Instrumentariums hier heranzieht, ist die Rechtslage eigentlich eindeutig: Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten steht über dem Lebensrecht. Ich sage es noch einmal, ganz pointiert: Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten steht über dem Lebensrecht, jedenfalls das Selbstbestimmungsrecht in seiner abwehrenden Ausprägung. Denn jeder Patient hat nach anerkannter Rechtsprechung sämtlicher Gerichtszweige das Recht, eine Behandlung zu verweigern, und sei die Behandlung auch noch so dringlich, noch so lebensrettend. Jeder Patient hat aufgrund seines Selbstbestimmungsrechts also das Recht, zu sagen: Keine Behandlung, keinen Eingriff in meinen Körper. Jede körperliche Behandlung, auch durch einen Arzt, bedarf einer Rechtfertigung. Und die wichtigste Rechtfertigung besteht in der aufgeklärten Einwilligung des Patienten. Auch die Garantenstellung des Arztes ändert daran nichts, denn die Garantenstellung führt nur dazu, dass das Unterlassen einer Person einem aktiven Tun gleichwertig gleichgestellt wird. Was die Garantenstellung aber nicht aus den Angeln hebt, ist das Bedürfnis einer Einwilligung des Patienten in den körperlichen Eingriff. Auch die Garantenstellung kann also dieses Selbstbestimmungsrecht - mit meinem Körper soll nichts geschehen - nicht aus den Angeln heben. So dass wir also auch für den bewusstlosen Patienten eine subjektivistische Rechtfertigung benötigen.

Allerdings können wir die Menschen natürlich nicht daran festhalten, wenn sie nicht rechtzeitig Vorsorge getroffen haben und für alles und jede Situation vorsorglich eine legitimierende, rechtfertigende Einwilligung formuliert haben. Deswegen haben findige Juristen das Rechtsinstitut der sogenannten mutmaßlichen Einwilligung entwickelt. Man fragt, wie hätte sich dieser Patient entschieden, wenn er in dieser Situation hätte gefragt werden können. Aber der Ausgangspunkt ist der Gleiche: Es ist nach einer mutmaßlichen Einwilligung zu fragen und nicht nach einem mutmaßlichen Veto, denn, ich sage es noch einmal, der körperliche Eingriff ist prima facie rechtswidrig und er müsste durch eine Einwilligung oder mutmaßliche Einwilligung gerechtfertigt werden. So ist es eine völlige Verdrehung der Rechtslage, wenn immer gefragt wird, liegt denn aufgrund der Patientenverfügung oder einer sonstigen Äußerung eine abwehrende Äußerung des Patienten vor, die gegen die Behandlung

gerichtet ist? Nein, es muss gefragt werden: Hat der Patient sich positiv geäußert, dass er diese Behandlungsmaßnahme, dass er diese lebensrettende Behandlungsmaßnahme *haben* möchte, dass er diese Behandlungsmaßnahme auch *weiter* haben möchte als lebenserhaltende Maßnahme im Sinne einer künstlichen Ernährung usw. Also, noch einmal: Wir brauchen ein Anzeichen des Patienten dafür, dass er dieser Behandlung zustimmt, nicht etwa ein abwehrendes Votum des Patienten. Deswegen ist auch von dieser Rechtslage her gesehen der normale Inhalt einer Patientenverfügung - ich *verweigere* die Behandlung, ich stimme einer intensivmedizinischen Maßnahme *nicht* zu - eigentlich eine Verdrehung der Rechtslage. Im Gegenteil müsste der Patient eigentlich nur positiv formulieren, unter diesen oder jenen Voraussetzungen möchte ich eine Behandlungsmaßnahme.

Trotzdem ist die Praxis anders. Warum ist die Praxis anders? Nun, die Praxis ist erstens deshalb anders, weil man - (erstaunlicherweise) in der Nähe der Todes, in der Nähe des Lebensendes auf einmal fragt, ja, will denn der Patient das, was er damals geäußert hat, denn jetzt noch? Wenn wir das bei einer ganz normalen Operation fragen würden, der Patient willigt ein in eine Operation - nach der Rechtsprechung des BGH muss bei einer gefährlichen Operation ein Tag Wartezeit dazwischenliegen -, dann müssten wir auch in der Operationssituation, in der der Patient bewusstlos auf dem OP-Tisch liegt, fragen, will er das denn noch, was er gestern gesagt hat? Stimmt er jetzt der Behandlungsmaßnahme auch noch zu? Das tun wir aber richtigerweise nicht.

Genau diese Frage wird aber erstaunlicherweise bezogen auf die Patientenverfügung gestellt. Da wird nämlich gesagt, der Patient hat vor vier Wochen oder einem halben Jahr unterschrieben, dass er eine bestimmte Maßnahme nicht haben möchte - will er das denn noch? Klammert er sich jetzt in dieser aussichtslosen Situation nicht doch an das Leben, kommt jetzt nicht doch die Hoffnung des Menschen zum Tragen, dass er also nun doch entgegen dem, was er früher gesagt hat, behandelt, am Leben erhalten werden möchte?

Ich sehe ein, dass es sehr menschlich ist, dass diese Frage gestellt wird. Und ich sehe auch ein, dass es eine gefährliche Situation wäre, wenn wir die Menschen buchstabengetreu an dem festhalten würden, was sie denn früher mal geäußert haben. Das wäre brutal. Ich sage aber auch, dass Selbstbestimmung auch Selbstverantwortung bedeutet. Selbstbestimmung heißt, dass wir den Menschen das Recht ermöglichen, eigene Entscheidungen zu treffen - aber dann müssen wir sie, unter

bestimmten Voraussetzungen, doch auch daran festhalten. Und das müsste in diesen Situationen, meine ich, den Menschen viel stärker bewusst gemacht werden als das bisher der Fall ist. Und weil die Menschen sich dessen vielleicht nicht so sehr bewusst sind, ist es vielleicht ganz gut, dass man die Patientenverfügung jedenfalls nach ganz verbreiteter Auffassung nur als Ausprägung des mutmaßlichen Willens ansieht, dass man darin nur einen Anhaltspunkt dafür sieht, wie sich der Patient in dieser Situation vermutlich entschieden hätte. Aber eigentlich ist das systemwidrig. Deswegen müssten wir dazu kommen, dass (sicherlich in erster Linie durch den Gesetzgeber) die Voraussetzungen einer Patientenverfügung und die Rechtsfolgen einer Patientenverfügung sehr viel rechtssicherer festgelegt werden.

Der zweite Punkt, warum die Ärzte naheliegender Weise einer Patientenverfügung nicht so gerne folgen, warum sie sich dann schnell auf den mutmaßlichen Willen berufen, liegt in den Rechtsfolgen: Was passiert denn, wenn sie der Patientenverfügung nicht folgen oder wenn sie ihr folgen? Wenn sie ihr nicht folgen, droht zivilrechtlich gesehen eine Verletzung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts des Patientenwillens. Viel wichtiger: Es droht der Vorwurf der Körperverletzung. Der Arzt hat behandelt ohne rechtfertigende Einwilligung, und das ist eine Körperverletzung, zivilrechtlich und strafrechtlich. - Was droht ihm aber, wenn er *nicht* handelt, wenn er also der Patientenverfügung folgt und der Patient stirbt? Ja, dann droht ihm der Vorwurf der Tötung durch Unterlassen, der unterlassenen Hilfeleistung. Und diese Strafdrohungen sind nun mal höher als bei der Körperverletzung; es ist also aus ärztlicher Sicht im ureigenen Interesse des Arztes, aus Frucht vor allzu großer Strafdrohung sinnvoll, dass er das kleinere Übel wählt, und das kleinere Übel ist nun mal die Nichtbeachtung dessen, was der Patient geäußert hat.

Aus diesem Konglomerat von Gesichtspunkten meine ich, dass es durchaus vertretbar ist, hinnehmbar, nachvollziehbar ist, dass unsere Praxis in der Bundesrepublik derzeit so ist, dass den Patientenverfügungen keine große Bedeutung beigemessen wird.

Wenn der Gesetzgeber eine Patientenverfügung in der Weise gesetzlich regelt, dass ihr unbedingt zu folgen ist, dass man die Menschen auch an ihrem früher einmal geäußerten Willen festhält, dann kann der Gesetzgeber das meiner Meinung nach nur dann tun, wenn er auch hinreichend sicherstellt, dass die Menschen, die eine entsprechende lebensgefährliche Patientenverfügung verfassen, auch hinreichend Bescheid wissen, was sie sich selbst damit antun. Sie müssen also aufgeklärt, bera-

ten werden - einmal in rechtlicher Hinsicht, aber die Rechtslage ist, glaube ich, nicht so sehr kompliziert. Viel wichtiger ist aber aus meiner Sicht, dass die Betroffenen die aus medizinischer Sicht notwendigen Informationen bekommen, was das eigentlich aus medizinischer Sicht bedeutet. Und diese Beratung, diese Aufklärung, kann aus meiner Sicht kein Notar leisten. Das kann nur eine Person leisten, die tagtäglich in der beruflichen Praxis mit Todkranken umzugehen hat, die das Leid von Todkranken zwar nicht am eigenen Leibe verspürt, aber doch als Fachmann erkennt, beobachtet, auch unter Umständen Willensänderungen von Todkranken in der täglichen Praxis erfährt und damit die Betroffenen - die ja in gesunden Tagen diese Verfügung unterschreiben - rechtzeitig darauf hinweist, welche Gefahren sie damit für sich selbst heraufbeschwören - und dass man sie dann gegebenenfalls an ihrem Wort festhält. Dass die medizinischen Prognosen unter Umständen mehr oder weniger unsicher sein können, dass palliativmedizinische, insbesondere schmerztherapeutische Maßnahmen sehr viel an Leid verhindern können aus medizinischer Sicht, dass also letztlich diese gesamten medizinischen Hintergründe - die ja doch die Grundlage für eine entsprechende abwehrende Äußerung der Patienten darstellen müssen - verdeutlicht werden. Von daher geht mein Plädoyer dahin, dass tatsächlich eine ärztliche Aufklärung dem Verfassen einer Patientenverfügung vorangehen muss als Bedingung dafür, dass diese Patientenverfügung strikt befolgt werden muss. Das entspricht natürlich nicht der herkömmlichen Dogmatik - nach der ja nur die Einwilligung, die einen Eingriff legitimiert, von einer Aufklärung getragen sein muss, während es hier darum geht, dass ein Veto, ein Abwehren (das eigentlich gar nicht nötig ist, weil ohne zustimmende Äußerung eigentlich sowieso nicht behandelt werden dürfte) jedenfalls in Lebensgefahr, also insbesondere beim Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, nur dann strikt befolgt werden soll, wenn eine ärztliche Aufklärung vorangegangen ist. In allen anderen Fällen, wenn eine Patientenverfügung ohne eine solche ärztliche Aufklärung unterschrieben wurde, soll sie, wie es der bisherigen Auffassung entspricht, Ausprägung des mutmaßlichen Willens sein, ein Indiz unter vielleicht anderen, dahin gerichtet, was der Patient in dieser Situation vermutlich gewollt hätte. Insgesamt geht mein Plädoyer also in Richtung einer gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung, in der die Bedingungen genau festgelegt werden. Zweiter Punkt: Der Gesundheitsbevollmächtigte, der ja zur Zeit nur ganz rudimentär im BGB geregelt ist. Zum Glück ist es heute so, dass in unserer Rechtsordnung anerkannt ist, dass man sich auch in Gesundheitsangelegenheiten, die das eigene

Leben betreffen, vertreten lassen kann. Früher hat man das sehr häufig als höchstpersönliche Entscheidung angesehen, die keiner Vertretung - Vertretung heißt immer Fremdbestimmung - zugänglich sei. Glücklicherweise hat da heute ein Umsenden stattgefunden. Ich befürworte also dieses Rechtsinstitut des Gesundheitsbevollmächtigten ganz nachdrücklich. Er hat insbesondere den Vorteil gegenüber der Patientenverfügung, dass situationsbezogen flexibel agiert werden kann, denn der Vertreter bekommt eigene Entscheidungsgewalt, er trifft eine eigene Entscheidung, setzt nicht nur buchstabengetreu das um, was in einer Patientenverfügung niedergelegt ist. Der Arzt, der eine Patientenverfügung befolgen soll, so wie ich es eben formuliert habe, der ist buchstabengetreu an diese Erklärung gebunden und hat da keinen Entscheidungsspielraum. Der Vertreter hat aber einen eigenen Entscheidungsspielraum, den der Vollmachtgeber natürlich mehr oder weniger stark einschränken kann, aber im Prinzip soll er gerade flexibel auf neue Situationen, auf unbekannte, unerwartete Situationen reagieren können. Wenn der Gesundheitsbevollmächtigte also eine eigene Entscheidungsmacht hat, stellt sich gerade in diesen Lebensfragen die Frage, wie wird er denn kontrolliert - oder muss er überhaupt nicht kontrolliert werden? Ein Argument gegen jede Kontrolle und insbesondere eine Kontrolle durch das Vormundschaftsgericht besteht darin, dass damit letztlich das Selbstbestimmungsrecht des Vollmachtgebers - desjenigen, der diese Person eingesetzt hat -, beschnitten wird, denn die Kontrolle führt natürlich unter Umständen dazu, dass das Gericht - oder das Ethikgremium, das Sie angesprochen haben -, nein sagt, die Entscheidung, die der Bevollmächtigte getroffen hat, nicht akzeptiert. Darin liegt in der Tat eine gewisse Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts des Betroffenen. Wir müssen aber sehen, dass die Erteilung von Vollmacht dazu führt, dass eine andere Person - eben der Bevollmächtigte - Rechtsmacht eingeräumt bekommt, Fremdbestimmungsmacht bezogen auf denjenigen, der letztlich dann von der Maßnahme betroffen ist. Und diese Fremdbestimmung muss, aus meiner Sicht, vor Missbrauch geschützt werden. Eine Missbrauchskontrolle ist also unbedingt notwendig, und aus diesem Blickwinkel plädiere ich dafür - so wie es in §1904 BGB<sup>14</sup> ja auch

---

<sup>14</sup> BGB, § 1904 [1] [Ärztliche Maßnahmen]

(1) <sup>1</sup> Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.

<sup>2</sup> Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

bezogen auf den Betreuer und bezogen auf den Bevollmächtigten, wenn er einer potentiell gefährlichen Maßnahme *zustimmen* soll, vorgesehen ist -, dass der Bevollmächtigte gleichfalls der vormundschaftlichen Kontrolle unterliegen soll, wenn er einen lebenserhaltenden Maßnahme *nicht* zustimmen will. Die analoge Anwendung des § 1904 ist sicherlich nur eine Krücke, die wir hier verwenden sollten, bis eine ausdrückliche gesetzgeberische Maßnahme in dieser Richtung getroffen ist, wie sie zu befürworten ist. Aber das Ergebnis sollte jedenfalls sein, dass eine vormundschaftsgerichtliche Kontrolle vorgesehen wird. Und zwar - ich betone noch mal ausdrücklich - nur im Sinne einer Missbrauchskontrolle, nicht im Sinne einer eigenen Entscheidung des Gerichts, sondern nur bei eklatantem Missbrauch des Bevollmächtigten bezogen auf den mutmaßlichen oder den geäußerten Willen des Vollmachtgebers. Eine solche Missbrauchskontrolle ist die originäre Aufgabe von Gerichten. Ich glaube nicht, dass hier ein Ethikgremium das richtige Gremium wäre - das würde nämlich letztendlich bedeuten, dass dieses Gremium doch eine eigene Entscheidung treffen sollte, aus ethischen Gründen, aus rechtlichen Gründen usw. Und das sollte gerade nicht sein, wenn man das Selbstbestimmungsrecht des Vollmachtgebers achten will, der eben gerade eine Person seines Vertrauens einsetzt: diese Person halte ich für fähig, dieser Person ermögliche ich es, für mich eine eigene Entscheidung des Bevollmächtigten zu treffen. Also: Missbrauchskontrolle, aber keine Bevormundung durch ein Ethikgremium usw. Man kann das vielleicht noch durch Verfahrensvorschriften absichern, wonach bei bestimmten, besonders vital lebensbedrohlichen Maßnahmen noch ein zweiter Arzt hinzugezogen werden muss, damit die medizinischen Grundlagen wirklich noch einmal geklärt werden, aber das sind letztlich Randerscheinungen, die hier zu berücksichtigen wären. Soweit von meiner Seite aus, ich freue mich auf die Diskussion. Vielen Dank.<sup>15</sup>

**Rolf Stöckel:** Wir auch. Herzlichen Dank, Herr Prof. Dr. Taupitz. Ich darf mittlerweile Herrn Wolfgang Lüder begrüßen, ehemaliger Bürgermeister von Berlin und Senator a.D., Bundestagsabgeordneter a.D. und Notar und Rechtsanwalt, der gleich hier die Diskussion moderieren wird. Wir machen jetzt zehn Minuten Pause und Sie können sich darauf vorbereiten, das Sie hier möglichst kurze Fragen, Thesen, Anregungen

---

(2) <sup>1</sup>Absatz 1 gilt auch für die Einwilligung eines Bevollmächtigten. <sup>2</sup>Sie ist nur wirksam, wenn die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die in Absatz 1 Satz 1 genannten Maßnahmen ausdrücklich umfasst.

<sup>15</sup> siehe auch Anlage 4: Prof. Dr. Jochen Taupitz: "Sterbehilfe und Patientenschutz"

vorstellen und sich kurz mit Namen, Funktion oder Institution hier melden. Wir dokumentieren die Veranstaltung und insofern wäre es wichtig, dass wir auch diese Angaben haben und jeder weiß, mit wem er es zu tun hat. Herzlichen Dank bisher an die Referentinnen und Referenten, in zehn Minuten geht's weiter.

- PAUSE -

**Wolfgang Lüder:** Ich schlage vor, dass wir für die Diskussion jetzt zunächst Stellungnahmen und Fragen von Ihnen hören. Ich weiß, dass auch die Referenten noch ein bisschen aufeinander eingehen wollen, aber für die Strukturierung würde ich vorschlagen, dass aus dem Kreis der Anwesenden jetzt die Wortmeldungen kommen und dass wir dann rechtzeitig, bevor wir uns 18 Uhr nähern, die Referenten bitten, noch einmal Stellung zu nehmen und damit auch zueinander, soweit es notwendig ist.

**Dr. Jeanne Nicklas-Faust, Ärztekammer Berlin:** Ich bin von Beruf her Ärztin, Internistin, und habe lange Jahre in einem Krankenhaus gearbeitet. Ich würde gerne zwei Anmerkungen machen. Das eine: Frau Schreiber hatte erwähnt, dass sie bestimmte Maßnahmen vorübergehend für sinnvoll hält, zum Beispiel PEG-Sonden oder auch intensive Dauertherapien, dieses aber eben nicht als Dauertherapie lebenslang. Und ich denke, das ist aus medizinischer Sicht so nicht haltbar. Es gibt immer wieder Patienten, die mit PEG-Sonden über Jahre, und das in vollem Einverständnis und erfolgreich, ernährt werden, das muss man differenzierter sehen. Eine PEG-Sonde, die am Ende des Lebens angewandt wird, kann einen ganz anderen Charakter haben als in anderen Situationen. Ich denke, das darf man nicht so sagen. Ich habe lange mit Dialyse-Patienten gearbeitet, das ist eine lebenserhaltende Therapie. Wenn man die aufhört, sterben die Patienten innerhalb weniger Wochen, dennoch ist damit jahrzehntelanges gutes Leben möglich. Also von daher würde ich das gerne ein bisschen differenzierter sehen.

Und der zweite, den ich ansprechen würde, ist Herr Taupitz. Herr Taupitz, ich finde, mit Ihrer erfrischenden Art, Dinge darzustellen, sind Sie jedoch sehr schnell über Bestimmtes hinweg gegangen. Sie haben darauf hingewiesen, dass es mit der Rechtspraxis doch gar nicht vereinbar sei, quasi das Veto abzufragen, sondern die

Einwilligung sei das, was abzufragen sei. Aber ich denke mal, im Wesentlichen handelt es sich bei den Patienten um Patienten, die im Krankenhaus sind. Und ich denke, in dem Augenblick, in dem sich ein Patient ins Krankenhaus begibt, dorthin gefahren wird und den Behandlungsvertrag unterschreibt - oder sein gesetzlicher Vertreter den unterschreibt -, geht er tatsächlich schon mal ein Behandlungsverhältnis ein. Und mit diesem Behandlungsverhältnis und dem Primat des Lebensschutzes ergeben sich für Ärzte, denke ich, schon ganz bestimmte Verpflichtungen. Und gerade wenn es um lebensrettende Therapien geht, ist es ja durchaus *lege artis*, zu behandeln, bevor die Einwilligung vorliegt, weil nämlich die Einwilligung niemals gegeben werden könnte, wenn man darauf wartet in bestimmten Situationen. Das heißt, dieses pointierte Darstellen, wir brauchen eigentlich nur die Einwilligung des Patienten, finde ich überzogen. Unterstützen möchte ich ganz entschieden Ihre Forderung nach Stärkung der Patientenverfügung, insbesondere auch dadurch, dass eine entsprechende Aufklärung stattfindet. Die Berliner Ärztekammer gibt ja schon seit Jahren Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen heraus und ich erlebe es jetzt schon, dass in Beratungsgesprächen so Sachen gesagt werden wie "Ich habe meine Mutter die Patientenverfügung unterschreiben lassen" - und in diesem Moment kribbelt's mich an allen Ecken und Enden. Da wird die Patientenverfügung schon im Vorfeld missbraucht und das darf nicht passieren, da sie generell, denke ich, ein gutes Instrument darstellt, vorsorglich seinen Willen festzuhalten. Dieser Wille ändert sich aber häufig im Angesicht von Krankheit, das sagt auch die Bundesärztekammer und das ist auch meine persönliche Erfahrung. Dialysepatienten, mit denen ich arbeite oder gearbeitet habe, mussten relativ häufig ein Bein amputiert bekommen. Fast alle haben sie gesagt, "Alles, aber nicht mein Bein amputieren" - und alle bis auf zwei Patienten in 13 Jahren Krankenhaus und vielen, vielen hundert Patienten, haben diese Haltung aufgegeben und haben sich das Bein Stunde, Tage, Wochen später doch abnehmen lassen, zur Lebensrettung, und es nicht bereut. Ich kenne zwei Patientinnen, die es tatsächlich nicht gemacht haben, eine junge Patientin voller Bewusstsein - das wurde akzeptiert im Krankenhaus, das wurde so durchgezogen und sie wurde mit Schmerztherapie bis zu ihrem Tod begleitet - und eine ältere Patientin, bei der es um das zweite Bein ging, die haben es durchgezogen. Bei allen anderen Patienten hat sich die Meinung geändert. Und das ist nicht nur meine Erfahrung als Ärztin, sondern das ist eine allgemeine Erfahrung. Ich habe eben in der Pause gesagt, sonst müsste man ja auch die

Ehescheidung verbieten, denn auch da gehen ja Leute etwas mit vollem Willen um die Schwierigkeit ein, was sie hinterher dann vielleicht gar nicht mehr so sehen unter geänderten Bedingungen.

**Wolfgang Lüder:** Danke, Frau Dr. Nicklas-Faust. Herr Gerdes, bitte.

**Jürgen Gerdes, Freie Humanisten Niedersachsen:** Als Landessprecher der Freien Humanisten Niedersachsen habe ich beruflich viel mit Sterbenden zu tun und mit den Familien, die mit dieser Problematik, die wir hier bis jetzt auch theoretisch besprochen haben, viel hautnaher zu tun haben. Ich selbst bin kein Jurist. Herr Taupitz, Sie sagten vorhin, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten steht über dem Lebensrecht. Manchmal hat man das Gefühl, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und das Lebensrecht wären gar nicht das, um das es geht, sondern es geht um eine wie auch immer geartete Lebenspflicht in diesem Zusammenhang. Ich gebe eine Vollmacht für mein Vermögen und das wird akzeptiert, selbst wenn ich das 30 Jahre vor meinem Tode tue. Ich gebe drei Jahre vor meinem wahrscheinlichen Tode eine Vollmacht über den Umgang mit meinem Leben - und es wird abgelehnt und sofort von vielfältiger Seite infrage gestellt. Das verwundert mich zunächst.

Die Frage des Gesprächs, das wir hier heute führen, "Existiert ein gesetzgeberischer Handlungsbedarf?", möchte ich mit "Ja, er ist längst überfällig" beantworten. Mein Verband hat vor acht Jahren alle Parteien des Deutschen Bundestages angeschrieben und auf diese Problematik hingewiesen. Eine der Parteien hat damals überhaupt nicht geantwortet, eine Partei hat uns geschrieben, unser Familiensinn sei etwas minderbemittelt und die beiden anderen haben gesagt, die Frage würde bei ihnen diskutiert.

Ich habe den Eindruck, dass wir etwas außen vor lassen, das ist, was den Menschen, der in einer Familie lebt und den Tod vor Augen hat und sein Leiden vor Augen hat, wirklich bewegt. Und das, was ihn bewegt, das ist so, dass man das gar nicht immer theoretisch begründen kann. Ich werde mit Patientenverfügungen konfrontiert, in denen die Bewohner einer Altenpflegeeinrichtung durch die Bank in ihre Patientenverfügung hineinschreiben, sie möchten in ein ganz bestimmtes Krankenhaus nicht eingeliefert werden, weil sie ganz genau wissen, dort wird ihre Patientenverfügung nicht akzeptiert. Ich werde aus anderen Familien mit der Frage konfrontiert, wie kann ich denn meinen Willen durchsetzen, wenn ich in die Schweiz gehe

oder in die Niederlande? Muss ich so und so lange in den Niederlanden leben, damit ich in den Genuss niederländischen Rechts komme, was mir die Möglichkeit gibt, zu sterben, wann ich es möchte und nicht, wenn es Juristen oder Ärzte zulassen. Das ist für alle in der Familie ein Dilemma, sie sind zerrissen, sie wissen nicht, wie sie damit umgehen sollen. Und dann gehen sie zu ihrem Arzt, und ich habe Fälle erlebt, wo Ärzte in dem Moment, wo jemand mit einer Patientenverfügung dahin kommt, sei sie handschriftlich oder sei sie in einem Formular abgegeben, sagen, die nehme ich nicht an. Und dann kommt der Patient zu mir und fragt, was soll ich denn tun. Dann sage ich ihm, ich würde den Arzt wechseln.

Aber diese Probleme sind da. Und warum sind sie da? - Weil sich die Menschen Sorgen machen um sich selbst. Sie haben Angst, in eine Maschinerie hineinzukommen, in der sie hilflos werden und als Mensch untergehen. Und ich selbst habe in meiner eigenen Familie zwei Fälle erlebt, in denen es auch um solche Fragen ging. Als meine Frau schwer an Leberkrebs erkrankt war, da stellte sich die Frage, wie weit lässt sie sich weiterbehandeln. Wann sagt sie, ich möchte auch nicht mehr künstlich ernährt werden? Da haben wir uns mit dem behandelnden Arzt zusammengesetzt, der hat gesagt, was Sie jetzt auf keinen Fall tun dürfen: Rufen Sie nicht 112. Dann wird ihre Frau ins Krankenhaus eingeliefert und dann wird sie so behandelt, wie Sie es nicht wollen. Und meiner Meinung nach ist es die Aufgabe der Abgeordneten, unserer Abgeordneten, dafür zu sorgen, dass so etwas nicht vorkommt.

**Wolfgang Lüder:** Darf ich um weitere Wortmeldungen bitten. Bitte schön, Herr Seifert.

**Ilja Seifert, MdB (PDS):** Also, was Sie jetzt gesagt haben, diese durchaus vorhandenen Ängste in der Bevölkerung - ich denke schon, die muss man sehr ernst nehmen. Da sind wir vermutlich alle einer Meinung. Darüber wird es, glaube ich, keinen großen Dissens geben, und dass hier Ängste vorhanden sind, ist, glaube ich, auch klar. Insofern ist, wenn wir die Frage stellen, "Ist gesetzlicher Handlungsbedarf gegeben", das gar nicht so wichtig - die Frage ist: In welcher Richtung ist der Handlungsbedarf gegeben? Dass man etwas besser regeln kann, als es geregelt ist, das stimmt immer. Aber die Frage ist, in welche Richtung. Und ich sage mal - Frau Neumann war Ihr Name? - Sie haben vorhin das Beispiel mit diesem 70jährigen Mann mit Apallischem Syndrom genannt. Sie haben bestimmte Faktoren genannt - ein paar

haben Sie aber auch nicht genannt. Zum Beispiel würde mich mal interessieren, was für Vermögen der Mann hatte. Wie groß war das Interesse der Frau daran, dass sie noch etwas erben kann? Ich sage es nochmal: Zumindest muss man den Fakt mit dazu nennen, wenn man über solche Dinge redet. Ich unterstelle nicht, dass alle jeweils dann Zuständigen nur Erbschleicher sind. Aber es gibt auch das. Und wenn es um Leben und Tod geht - und Sie sprachen ja gerade vom Testament -, das zumindest mit berücksichtigen, dass es auch Interessen derjenigen gibt, die dann sagen, der mutmaßliche Wille ist eigentlich der: Macht Schluss. Ich würde es zumindest mal andeuten, dass wir in diesem Bereich nicht so tun können, als ob es nicht auch materielle Interessen gäbe, die in diesem Zusammenhang unter Umständen eine beträchtliche Rolle spielen können. Ich will das einfach mal sagen, deshalb: Wenn wir schon regeln, dann in welche Richtung, bitte? Bauen wir Sicherungen ein und für wen bauen wir diese ein?

Zweite Frage: Das mit der Veränderung des Willens. Frau Nicklas-Faust hat ja schon aus ihrer ganz praktischen Tätigkeit als Ärztin Beispiele genannt. Ich bin nun seit Jahrzehnten in der Behindertenbewegung tätig und ich vermute, dass Sie mir zumindest glauben, dass ich mit vielen Leuten zu tun habe, deren Willen sich diesbezüglich sehr geändert hat, sehr. Und aus diesem Grunde habe ich tatsächlich gewaltige Probleme damit zu sagen, lasst uns doch mal überlegen, ob wir nicht sozusagen eine etwas wasserdichtere Patientenverfügung erfinden, wo eben drin steht: 1., 2., 3., 4., das und das möchte ich und das und das möchte ich nicht, und dann hat das befolgt zu werden, weil Selbstbestimmungsrecht über Lebensrecht steht, wie Herr Taupitz sagt. Weil man die Menschen in dieser Situation nicht mehr fragen kann, sind wir in der Situation für den Fall, man nimmt sie beim Wort und sie sterben, dann können sie hinterher nicht mehr kommen: April, April, ich habe es ganz anders gemeint. Das geht einfach nicht. Und jeder von uns, der sich ein bisschen mit der Sache befasst, wird sicherlich auch eine Handvoll oder Dutzende von Beispielen aufzählen können, wo jemand nach drei Jahren im Apallischen Syndrom plötzlich wieder wach wurde und dann wieder ein relativ normales Leben geführt hat für viele Monate oder Jahre. Man weiß es also nicht genau.

Und in diesem Zusammenhang ist diese Fragestellung, brauchen wir eine Regelung, wie gesagt, für mich relativ untergeordnet, wenn nicht gleich gefragt wird, in welche Richtung wir sie brauchen. Und ich habe den Eindruck - ich kann mich dessen nicht erwehren -, dass die Fragestellung hier in eine ganz bestimmte Richtung geht, die ich

für sehr problematisch halte, da mache ich gar keinen Hehl daraus, nämlich so unter dem Motto "Selbstbestimmungsrecht über alles und wenn jemand sterben will, dann lasst ihn doch sterben". Das klingt unheimlich human, ich bezweifle aber, dass es das wirklich ist.

Ich hatte eingangs gesagt - ich wiederhole das, das ist meine tiefste Überzeugung -, dass ich diese Ängste, die mit Apparatedizin und all diesem Zeug, das ich auch nicht will, zusammenhängen, sehr ernst nehme - aber wir reden über Grenzsituationen, wir reden nicht, meine ich, in erster Linie über intakte Familien, wo jemand stirbt. Da ist auch jemand da, der die Hand hält, wenn es nötig ist - in einer intakten Familie oder in einer intakten Gemeinschaft -, wir reden, soweit ich das beurteilen kann, eher über komplizierte partnerschaftliche Verhältnisse, wo zum Beispiel niemand da ist, der die Hand hält, wenn es nötig ist. Und in diesen Fällen denke ich, ist eine besondere Schutzfunktion auch vor Überreaktionen vor sich selbst nötig. Ich kenne relativ viele Leute, die nach einem Unfall aufwachen und feststellen, sie sind querschnittsgelähmt oder irgend so was. Das erste, was sie sagen, ist: Der Tod wäre besser gewesen. Das sagen die auch noch nach zwei Jahren, nach fünf Jahren sagen sie es nicht mehr. Und das ist das Problem. Wenn man jetzt sozusagen eine Karenzzeit einführt, wenn sie es nach zwei Jahren immer noch sagen, dann machen wir es doch... - das ist das Problem. Lasst uns Strategien entwickeln und auch nicht nur Konzepte, sondern Mechanismen einführen, wie Leute lernen können, mit ihren dann anderen Lebenssituationen ebenfalls zurechtzukommen. Das ist was anderes, als dann zu sagen: Na gut, so sind wir eben ein Problem los. Ich finde, das gehört genau dazu. Wenn wir über die eine Seite ohne die andere diskutieren, kommen wir nicht zusammen.

**Wolfgang Lüder:** Danke, Herr Seifert. Herr Braun, bitte.

**Hildebrecht Braun, MdB (FDP):** Ich möchte festhalten, dass bisher in der Geschichte des Deutschen Parlaments kein Gesetzentwurf zur Regelung der Thematik, die wir heute besprechen, eingereicht wurde - das gereicht dem Parlament nicht zur Ehre. Es kommt doch nicht von ungefähr, dass in vielen Parlamenten dieser Erde das Thema angesprochen wird, denn es handelt es sich hier um ein Problem, das kein deutsches, belgisches, amerikanisches ist, sondern es ist ein Menschenrechtsproblem. Und dem müssen wir uns nähern, wo immer Parlamentarier Verant-

wortung auch für diesen Bereich haben - eine Verantwortung, vor der sie sich bisher gedrückt haben. Das darf nicht so weitergehen.

Ich möchte Folgendes festhalten: Nach unserer Rechtsordnung und Werteordnung gibt es zweifelsfrei ein Recht zum Leben. Ich glaube, da sind wir voll d'accord. Jeder hat das Recht, auch vom Staat die Unterstützung zu erlangen, dass er so lange leben kann, wie dies medizinisch möglich ist. Es gibt aber keine Pflicht zum Leben - und das ist genau der Punkt, der meines Erachtens einer Regelung bedarf. Denn es gibt leider allzu viele, die in dieser Phase des Lebens oder des Sterbens - und das Sterben gehört ja nun zum Leben - besondere Verantwortung für einen Menschen haben, die getragen sind von der Vorstellung, es sei eine Pflicht zum Leben gegeben. Und diese vermeintliche, gar nicht existierende Pflicht zum Leben sei jedenfalls höherwertig als das Recht des Betroffenen, zu sagen, ich will nicht mehr: Ich will nicht mehr ernährt werden, ich will nicht mehr therapiert werden, ich will einfach nicht mehr. Natürlich haben Sie Recht, dass es Situationen gibt, wo ein derartiger Wille vorübergehend sein kann oder wo er basiert auf Erwägungen, die möglicherweise Krankheitscharakter haben. Das kann sein. Natürlich muss Derartiges ausgeschlossen werden. Natürlich muss erst recht ausgeschlossen werden - was Sie angesprochen haben -, dass etwa ganz sachfremde Erwägungen, wie z.B. Interessen Dritter am Erbe, hier irgendwo mit reinspielen. Deswegen muss natürlich vor einer Entscheidung, die endgültig ist, all dies abgecheckt werden. Es muss beraten werden. Eine Beratungspflicht haben wir ja bereits in anderen Gesetzen verankert, und damit, wenn ich es richtig sehe, gar keine schlechten Erfahrungen gemacht - wo es um ganz ähnliche Themenstellungen geht, zum Beispiel § 218, ich möchte nur das Stichwort hier ansprechen. Wir brauchen das Urteil von mehreren Unabhängigen, um sicherzustellen, dass hier wirklich nicht Missbrauch geübt wird.

Aber es muss eines klar sein, was eigentlich längst geltendes Recht ist, aber von vielen nicht als solches erkannt wird, aber vom Bundesgerichtshof, der obersten Instanz in Strafsachen, bereits 1993 sehr deutlich ausgedrückt wurde: Wer gegen den erklärten Willen eines Menschen ihn dazu zwingt, weiter zu leben, macht sich seinerseits strafbar. Das ist Nötigung, und das muss in das Bewusstsein der Menschen gebracht werden, die in dieser Phase des Lebens besondere Verantwortung haben. Das sind Ärztinnen und Ärzte, Pfleger, Pflegerinnen. Die Ärztekammer hat sich sicherlich in verdienstvoller Weise mit diesen Dingen befasst, aber es handelt sich hier nicht nur um ein ärztliches Problem, sondern um ein primär ethisches

Problem, eigentlich ein Problem für uns alle - also auch nicht nur um ein juristisches oder ein philosophisches Problem. Es handelt sich um ein ganz zentrales Problem unserer Existenz, für das viele Verantwortung haben. Nachdem es aber kein Gremium gibt, das dafür berufen wäre, hier endgültig zu entscheiden - weder eine Ärztekammer noch eine Psychologenkammer noch ein Pfarrerskollegium noch eine Humanistische Vereinigung - bleibt nicht anderes über, als dass das Parlament sich mit diesen Dingen auseinandersetzt und hierfür eine soweit wie möglich gangbare rechtliche Klärung einsetzt. Die müssen wir wagen, denn wir wissen, dass in diesem Bereich zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Menschenwürde in Tausenden von Fällen mit Füßen getreten wird, und das können wir nicht einfach dulden. [Beifall]

**Wolfgang Lüder:** Danke. Frau Grüber, bitte.

**Dr. Katrin Grüber, IMEW:** Ich bin Leiterin des "Institutes für Mensch, Ethik und Wissenschaft" und war zehn Jahre im Landtag NRW Abgeordnete. Ich finde es auch als ehemalige Politikerin wichtig, zu fragen, welches Problem soll eigentlich gelöst werden. In den Eingangsstatements ging es um die Angst der Bevölkerung davor, nicht in Würde sterben zu können. Aus der Einladung geht hervor, Sie meinen, das müsse man juristisch lösen. Ich will in meinem Beitrag versuchen, einige Hinweise zu geben, dass man die Frage vielleicht gerade nicht juristisch lösen sollte, sondern dass gerade die Politik einen Beitrag dazu leisten könnte, dass Sterben wieder mehr auch zur Erfahrung von Menschen gehört. Das ist ja auch etwas, was ganz entscheidend ist, was es auch prägt. Oder: Was kann getan werden, damit Menschen - wenn es denn tatsächlich so ist -, es gibt ja Berichte aus Krankenhäusern, dass sich keineswegs alle ausgeliefert fühlen - ja, was kann da getan werden? Muss es wirklich diese Patientenverfügung sein? Muss es ein Gesundheitsbevollmächtigter sein? Ich habe da ein ganz massives Problem. Auch die Fragen, die jetzt Ihnen, den Referentinnen und Referenten gestellt worden sind, setzen meines Erachtens am falschen Ende an und suggerieren eine Sicherheit, die es nicht gibt - was übrigens aus allen Beiträgen hervorging. Alle Beiträge haben gezeigt, dass diese Sicherheit, die Sie wollen, dass es die so nicht gibt. Das Beispiel des Menschen im Wachkoma, wo es verschiedene Gutachten gab... Ich plädiere sehr dafür, sich mehr damit auseinander zu setzen, als es zumindest aus den Beiträgen hervor ging- vielleicht haben Sie das jetzt eben nur so nicht gesagt -, dass es eben diese Sicherheit so nicht gibt und auch solche

Verfahren nicht gewährleistet werden können, dass wir da einfach ganz anders herangehen müssen und dass deswegen eben Patientenverfügungen auch nicht der richtige Weg sind. Frau Nicklas-Faust hat es ja auch noch einmal gesagt und auch Herr Seifert : Der Wille von Menschen kann sich ändern. Und worauf wollen Sie sich dann berufen? Es wird so nicht funktionieren und mit Menschenwürde hat das eigentlich nicht so schrecklich viel zu tun. Und es geht auch nicht nur um ein Verhindern von Missbrauch. Ich bin selber keine Ärztin, habe aber viele Berichte dazu von denen gelesen, die sich mit dem Thema sehr stark befassen. Es ist unbestritten, dass Angehörige da oft mehr drunter leiden als die, die betroffen sind. Da muss man aber eher fragen, was kann man tun, um diese Angehörigen zu stützen und nicht, wie werden sie entlastet durch ein formales juristisches Verfahren? Aber ich bin jetzt doch neugierig und deshalb eine juristische Frage an sie, Herrn Taupitz: Woher leiten Sie ab, dass das Selbstbestimmungsrecht über dem Lebensrecht steht? Da bin ich auf Ihre juristische Herleitung sehr gespannt.

**Wolfgang Lüder:** Danke sehr. Jetzt hatte sich Herr Stöckel gemeldet.

**Rolf Stöckel:** Ich will dieses Beispiel mit dem Wachkoma-Patienten aufgreifen, weil in meinem Wahlkreis eine Kinderklinik ist, die ein hervorragendes Modellprojekt durchführt, wie man gerade mit jungen Wachkoma-Patienten auch Erfolge erzielen kann. Aber das ist, glaube ich, auch gar nicht das Thema, sondern nur im Zusammenhang eben mit dem Selbstbestimmungsrecht, was ich, unter bestimmten Voraussetzungen, für mich machen lassen will oder nicht und im Zusammenhang mit den juristischen Fragen der Mutmaßung. Ich glaube nicht, dass man letztendlich aus einer bestimmten juristischen Sicht oder aus einer bestimmten ethischen Sicht für alle Menschen entscheiden kann, so und so muss es gemacht werden. Man kann aber auch nicht mit der These, dass sich der menschliche Wille verändert, sozusagen für alle Menschen verpflichtend vorschreiben, dass es etwas nicht gibt. Das ist mir gerade nicht ganz logisch gewesen, das kann ich nicht nachvollziehen. Was ich erlebe, ist in erster Linie eine Diskussion, die auch in Deutschland immer, auch in den höchsten politischen Kreisen, unter Hinweis auf den staatlich verordneten Massenmord während der Nazizeit gerichtet ist. Man muss das hier in Deutschland anders sehen und es wird verächtlich über die Diskussionen, die ja in anderen Ländern auch im parlamentarischen Raum geführt worden sind, gesprochen. Das ist kein

Thema in Deutschland - und das ist für mich ein Problem, weil es weist eigentlich darauf hin, dass es tatsächlich Probleme gibt. Wenn eine Gesundheitsministerkonferenz doch sehr dürftig begründen muss - ich habe ja eingangs erwähnt, dass dieses Papier Bestandteil der Diskussion sein soll - dass für die deutsche Gesundheitspolitik klar ist, es ist kein Thema, sondern diese Fragen werden sozusagen ausgeklammert und man konzentriert sich rein auf Schmerztherapie und Palliativmedizin - was ich für sehr wichtig halte - und Sterbebegleitung - was ich auch für sehr wichtig halte -, dann ist es ein deutlicher Hinweis, dass es ideologische Gründe dafür offenbar geben muss, dass man hier in Deutschland eben dieses Menschenrecht anders betrachtet, über das eigene Leben zu entscheiden, als in anderen europäischen Ländern. Das halte ich für sehr problematisch und insofern kann ich mir auch nicht vorstellen, dass gerade mit einem so dürftigen Beschluss dann ein Thema beendet ist in der deutschen Gesundheitspolitik.

Mich würde mal interessieren, eine Einschätzung zu haben. Margot von Renesse wäre heute gerne auch gekommen, hätte die Frage sicherlich gestellt, hätte gesagt, ihre Mutter hat immer gesagt, wichtiger als das humane Sterben ist das humane Leben. Da können wir uns sicher alle anschließen. Also, sie hätte gesagt, warum kann man denn damit nicht so umgehen, wie mit dem Problem des § 218 umgegangen wurde. Es ist ja der Kern des Kompromisses, dass man sagt, es ist unter bestimmten Umständen straffrei, aber es ist natürlich nicht legal, abzutreiben. Das ist eine Position, die man ja auch vertreten kann, die würde in eine Richtung gehen, etwa dass Ärzte in einer bestimmten Situation, in der sie nach ihrem eigenen Gewissen entscheiden müssen, sich durchaus der Verantwortung stellen müssen, dass Verwandte oder Betreuungspersonen, die in einer bestimmten Situation nach ihrem Gewissen eine Entscheidung treffen, sich verantworten müssen. Wo ist das Problem? Kann man da eine Analogie herstellen oder kann man das nicht. Wir haben das Recht auf Freitod, das finde ich völlig in Ordnung, dass es so ist, und ich denke, das erklärt oder beantwortet nicht die Frage nach dem Recht zum Leben, sondern gibt es eine Pflicht zum Leben? Das wird natürlich in bestimmten Religionen und bestimmten Ideologien anders gesehen, das mag so sein, aber in unserer Rechtsordnung ist es so, dass der Freitod straffrei ist - und wie sollte er auch geahndet werden, wenn er denn funktioniert? Aber auch der Versuch ist ja da entscheidend. Und insofern haben wir einen wichtigen Hinweis, wie man mit der Pflicht zum Leben umgeht. Insofern kann ich auch die Argumentation vom Kollegen Dr. Seifert nicht ganz nachvollziehen.

Mir wäre wichtig: Wie würden Sie eine solche Herangehensweise einschätzen, die etwa nach dem Prinzip läuft: Es ist rechtlich nicht sanktioniert, aber es kann unter bestimmten Umständen straffrei sein.

**Wolfgang Lüder:** Danke, ich habe jetzt noch zwei angemeldete Wortmeldungen und ich schlage vor, dass wir dann versuchen, den Referenten noch mal das Wort zu geben zu den hier aufgeworfenen Fragen.

**Beate Gerber:** Ich verstehe mich sozusagen als Vertreterin der Pflegenden. Herr Prof. Kollwitz, Sie sprachen von der unzumutbaren Gratwanderung der Mediziner. Ich denke, wenn ein Mediziner mit der nötigen Sorgfalt unter Berücksichtigung der Tatsache, den Betroffenen oder gesetzlich gestellten Betreuer angemessen aufgeklärt zu haben, agiert, wird er sich nicht dem Vorwurf der strafbaren unterlassenen Hilfeleistung ausgesetzt sehen müssen. Das ist, denke ich, ein Punkt, den man so festhalten kann.

Mir stellen sich folgende drei Fragen: Die erste ist die Frage nach der Aufarbeitung der Wissensdefizite zu ethischen und haftungsrechtlichen Aspekten im ärztlich-medizinischen Bereich. Herr Kutzer, die Studie in Rheinland-Pfalz: 48 % der Ärzte haben das Abstellen eines Beatmungsgerätes als aktive Sterbehilfe tituliert. Was kann da getan werden? Ich meine mich zu erinnern, dass auf dem Deutschen Juristentag festgehalten wurde - so wie es ja auch hier in der Entschließung der 75. Gesundheitsministerkonferenz geschrieben steht -, die Einbeziehung der Palliativmedizin in ärztliche Curricula könnte hier ein wichtiger Beitrag sein. Ich denke, es ist überfällig. Ich kenne selbst das Spannungsfeld zwischen Pflegenden, die zwischen ihren Wertvorstellungen und der ethischen Vertretbarkeit sich immer als Anwalt des Patienten verstehen und dem, was der Mediziner dann aber tut, dass die Pflegenden dem nachkommen müssen und aufgrund des Erfüllungsgehilfenstatus sich in einem absoluten Dilemma sehen. Ich denke, im medizinischen Bereich, dem Curricula-bereich, müsste Einiges aufgewertet werden juristisch, um diese Wissensdefizite zu minimieren.

Welche Kriterien, Herr Prof. Kollwitz, sollten zugrunde gelegt werden, bis Sie von einem angemessen aufgeklärten Patienten oder angemessen aufgeklärten gesetzlich bestellten Betreuer sprechen? Da müsste es ja Kriterien geben, die festgelegt werden. Und dann würde ich gerne noch einen vierten Punkt anmerken: In der Ent-

schließung der 75. Gesundheitsministerkonferenz wird unter anderem beschrieben, dass einschlägige Vorgaben zur Aus- und Weiterbildung bei Pflege- und Medizinberufen unverzichtbar sind. Dazu möchte ich anmerken, dass Pflegende selbst in ihrem Curriculum, in dreijährigen Ausbildungen, ganze Projektwochen im Jahr mit dem Thema Tod und Sterben verbringen. Meine Frage an die Mediziner, vielleicht mögen Sie ja selbst Stellung beziehen: Was wird im medizinischen Bereich dazu getan? Danke.

**Wolfgang Lüder:** Danke sehr. Und jetzt hatten Sie sich noch gemeldet.

**Arthur Wagner:** Ich bin seit 20 Jahren Lehrer in der Altenpflege und seit acht Jahren in Fulda an der Fachhochschule Lehrbeauftragter für Haftungsrecht in der Pflege. Ich befasse mich seit zehn Jahren intensiv mit der Frage, braucht die Bundesrepublik Deutschland ein Sterbehilfegesetz und spreche darüber öfter auf Pflegerechtskongressen. Ich erlebe hier so eine typische Veranstaltung, wie ich sie häufig erlebe: Wir behandeln sehr intensiv die Patientenverfügung, die noch nicht geregelt ist - das werden wir irgendwann auch geregelt kriegen, da bin ich mir sicher -, aber es gibt eben noch, und das wurde schon angesprochen, andere Facetten des Sterbens, der Situation am Lebensende.

Ich möchte hier einfach mal die Frage stellen: Haben Sie sich schon mal die Frage gestellt, hätte Hannelore Kohl, die Frau unseres alten Bundeskanzlers, auch zu Hause, in ihrem Haus im Beisein ihres Mannes, im Beisein eines Arztes sterben können oder ist unsere Gesellschaft von der Beschäftigung, von der Auseinandersetzung mit dem Tod und den strafrechtlichen Bestimmungen - das steht natürlich in dem Sinne nicht darin, dass die Selbsttötung straffrei ist, das ist selbstverständlich, aber die Unsicherheit über die Beihilfe ist sehr ausgeprägt. Sind wir so inhuman, dass wir 13.000 Menschen oder vielleicht auch mehr jährlich unbewusst irgendwie in eine Ecke drücken, "Macht es doch alleine"?

Zweiter Punkt: Ist Ihnen bekannt, dass ein gewisser Tourismus aus Deutschland in die Schweiz stattfindet? Im Jahr 1999 fuhr ein Mensch in die Schweiz und hat dort bei der Einrichtung Dignitas einen Giftbecher getrunken. Im Jahr 2000 waren es drei Menschen, im ersten Halbjahr 2001 zwölf, also mein Kenntnisstand geht bis 16. Ich vermute mal, Tendenz steigend. Frage: Muss ich als Mensch in der Bundesrepublik Deutschland in die Schweiz fahren, um dort sterben zu können? Und, Herr Braun,

das fand ich ganz toll, da stimme ich Ihnen voll zu: Es gehört in dieses Hohe Haus zum ersten Mal eine vorurteilsfreie Diskussion über diese Problematik. Sie ist viel vielschichtiger, als wir denken. Das wäre mein Beitrag.

**Wolfgang Lüder:** Danke. Frau Schewe-Gerigk hatte noch eine Anmerkung.

**Irmingard Schewe-Gerigk:** Es wurde gerade von Ihnen gesagt, über Patientenverfügung würde nicht gesprochen. Ich habe zu Anfang der Legislaturperiode einer Arbeitsgruppe angehört, die das Betreuungsrecht reformieren wollte, Vorsitzende war Frau von Renesse. Da haben wir sehr dezidiert darüber gesprochen, ob es nicht notwendig ist, auch entsprechende Patientenverfügungen zu formalisieren und auch einzubringen. Das ist die eine Sache. Aber meine Frage richtet sich an Herrn Kollwitz: Herr Kollwitz, Sie hatten sich für eine Rücknahme des § 1904 BGB ausgesprochen, wo es darum geht, im Betreuungsrecht nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts lebensverlängernde Maßnahmen durchführen zu können. Warum wollen Sie das verändern, können Sie das noch mal erklären? Ich habe nicht verstanden, welche Intention Sie da haben.

**Wolfgang Lüder:** Jetzt kämen dann die Damen und Herren hier vom Podium. Herr Prof. Kollwitz, fangen wir doch gleich mit Ihnen an. Sie wurden als letzter angesprochen.

**Prof. Arne Kollwitz:** Dann möchte ich zunächst auf die letzte Frage antworten: Ich meine, dass wir als Menschen, wie es ja auch in der Diskussion von einzelnen Rednern gesagt wurde, häufig im Leben Entscheidungen treffen müssen, die eben keiner Kontrolle eines anderen unterliegen und ich weiß also nicht, warum bei willensfähigen und klar denkenden Leuten unbedingt Juristen da sein müssen, die diese Menschen vor sich selber schützen. Wir hatten ja 1992 die Regelung, dass der Vorsorgebevollmächtigte nicht der Kontrolle des Vormundschaftsrichters unterlag und ich möchte Herrn Taupitz gerne fragen: In den sieben Jahren, in denen diese Regelung praktiziert worden ist, hat es denn da irgendwelche Missbrauchsfälle gegeben? Ich meine, man hätte doch vielleicht erst mal warten können, ob da missbräuchliche Benutzungen auftreten, bevor man die Autonomie, die gerade ein Stück weiter gekommen ist, wieder einengt.

Zu Ihrer Frage bezüglich der Gratwanderung: Natürlich ist das das schlimmste Risiko, das ein Arzt am Krankenbett eingehen kann. Aber man wird versuchen - so habe ich es jedenfalls auch in meiner klinischen Tätigkeit immer getan und so werden es, denke ich, die meisten Kolleginnen und Kollegen tun -, dass man im Konsens mit den Angehörigen und mit den übrigen am Krankenbett Tätigen seine Entscheidung trifft, damit es keine einsame Entscheidung ist, sondern dass man diesen Beschluss zur Therapie, den man da fasst - sei es jetzt eine starke Schmerzlinderung oder ein Behandlungsabbruch -, von allen an der Situation Beteiligten mitgetragen wird. Die Kriterien der angemessenen Aufklärung sind an und für sich seit Jahren von Juristen festgelegt. Sie müssen den Patienten aufklären zunächst über seine Situation, dann über die Risiken und Chancen der ihm vorgeschlagenen Therapie und dann über die Behandlungsalternativen, und zwar müssen wir es so tun, wie es der bekannte Medizinrechtler Prof. Laufs gesagt hat, dass der Patient im Großen und Ganzen weiß, was auf ihn zukommt und die Sache so beurteilen kann, dass er seine persönlichen Risiken oder Gesichtspunkte abschätzen kann. Zur Frage des Wissensdefizits bemängele ich seit Jahrzehnten, dass die Medizinethik wenigstens als Wahlpflichtfach in das medizinische Studium aufgenommen wird. Ich weiß jetzt nicht, wie es mit dem Entwurf zur neuen Approbationsordnung ist, aber bisher war das leider nicht der Fall, es war ein riesengroßes Defizit. Danke.

**Wolfgang Lüder:** Danke. - Frau Nicklas-Faust, Sie haben gerade gesagt, da wird es drin sein. Danke. - Dann möchte ich Frau Schreiber bitten.

**Christiane Schreiber:** Ich möchte doch noch mal auf die Patientenverfügung zurückkommen und wirklich ein wenigstens ganz kurzes Plädoyer für die Patientenverfügung hier abgeben. Natürlich wird es nicht so sein, dass wir damit alle Fälle lösen können. Es werden immer irgendwelche Fälle übrig bleiben, die unter dieses Schema nicht passen, und es wird immer menschliche Probleme geben, die man juristisch nicht lösen kann. Das steht außer Frage. Aber es würde uns weiterhelfen. Und dieser Unsicherheitszustand, den wir im Moment haben, dass das eine Gericht so entscheidet und das andere anders, das hilft uns auch nicht weiter. Und ich denke, es wäre für die ganze Bevölkerung wichtig, dort mal zu einer einheitlichen Lösung zu kommen - wie auch immer. Das kann in Form einer gemeinsamen Vorlage sein - es ist angesprochen worden, dass es viele Entwürfe gibt, nach meinem

Kenntnisstand sind es über hundert in der Zwischenzeit, da habe ich aber diese Einzelentwürfe nicht mitgezählt. Das muss ja nicht sein, wir könnten ja zu einer Lösung kommen, die so aussieht, dass wir uns mal auf Bundesebene auf eine Fassung der Patientenverfügung in der Form verständigen. Und da ist es natürlich immer der beste Weg, wir würden es auch irgendwo gesetzlich geregelt haben - ob sie schriftlich sein muss oder wie auch immer das sein sollte. Das wäre sicherlich sehr hilfreich für die einheitliche Lösung auf dem Gebiet.

Und wenn hier angesprochen worden ist, dass sich der Wille ändern kann seit der Abfassung der Patientenverfügung, also, da muss ich nun wirklich sagen - so habe ich Sie jedenfalls verstanden, dass der Umgang mit der eigenen Krankheit sich verändern kann und man zu einer anderen Entscheidung kommt -, nichts ist einfacher als das, dann wird die Patientenverfügung genommen und zerrissen oder eine andere gemacht. Das ist wirklich das Allereinfachste, wenn Sie bei der Reglementierung der Patientenverfügung keine zu hohen Hürden errichten. Das muss einfach sein, das muss einfach errichtet und einfach beseitigt werden können. Und wenn wir diese Möglichkeit ins Auge fassen, ist eine Patientenverfügung überhaupt nicht schädlich.

**Jeanne Nicklas-Faust:** Entschuldigung, das war auch nicht so gemeint. Ich wollte nicht gegen die Patientenverfügung reden mit meinem Statement.

**Christiane Schreiber:** Sie haben dann noch angesprochen meine Formulierung im Hinblick auf die PEG, weil ich gesagt habe, ich befürworte nur kurzfristige Behandlungsmaßnahmen. Ich gebe zu, dass das vielleicht ein bisschen unglücklich formuliert ist, das war in der Not der Zeit geboren. Ich hätte es gerne länger ausgeführt. Mir ging es darum - und das sage ich jetzt hier mal mit aller Deutlichkeit -, dass es nirgends so schlimm ist wie im Umgang mit der PEG, dass die angewendet und eingesetzt wird in Fällen, wo sie medizinisch überhaupt nicht indiziert ist. Das heißt, es gibt heute nach meinem Kenntnisstand schon Altenheime, die es zur Voraussetzung machen, dass so eine PEG gelegt ist, damit die Leute überhaupt als Pflegefälle aufgenommen werden. Das ist für mich ein unhaltbarer Zustand. [Beifall] In Bezug auf den Punkt, dass die PEG überhaupt gelegt wurde: Ich frage mich, Herr Prof. Taupitz, wo da die Einwilligung hergekommen ist, das müssen wir uns wirklich alle mal vorhalten und ich denke auch, da ist es noch nicht deutlich geworden, dass Ärzte

eigentlich so was nicht machen dürfen. Das muss ich mal auch so sagen. Und jetzt komme ich eigentlich wieder zu meinem Schluss, was ich mit meinen Ausführungen bezweckt habe. Ich plädiere ganz stark für die Reglementierung, das heißt eine gesetzliche Regelung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, damit man weiß - und auch Leute es wissen, die sich sonst mit den formellen und gerichtlichen Entscheidungen nicht vertraut gemacht haben, dass die nachlesen können -, was erlaubt ist und was nicht erlaubt ist. Das muss irgendwo mal niedergeschrieben werden, nachlesbar sein, eben hinsichtlich der Transparenz und der Durchsetzbarkeit. Und dann haben Sie gesagt - und darauf möchte ich auch noch antworten -, dass es so einen, wenn auch noch geringen Tourismus in Richtung Schweiz gibt, wenn man sterben möchte. Mir ist auch ein Tourismus aus den Niederlanden nach Deutschland bekannt, wo man gerne nach Deutschland umzieht, um eben nicht diesem Gesetz in den Niederlanden ausgeliefert zu sein. Die Leute sagen es so, und wir haben ganze Ortschaften am Niederrhein und in Norddeutschland, die Altenheime gebaut haben und diese Altenheime sind vorwiegend von niederländischen Bürgern besiedelt. Also, das wollte ich jetzt hier auch noch mal einführen. Danke.

**Wolfgang Lüder:** Danke, Frau Schreiber. Herr Prof. Taupitz, Sie wurden so oft angesprochen, jetzt sollten Sie endlich dazu Stellung nehmen dürfen.

**Prof. Jochen Taupitz:** Ja, herzlichen Dank. Zu Ihnen, Herr Kollwitz: Sie haben den § 1904, der das Genehmigungserfordernis bei bestimmten Entscheidungen des Betreuers bzw. Bevollmächtigten anordnet, damit angegriffen, dass Sie gesagt haben, man könne doch nicht paternalistisch jemanden kontrollieren, der eine eigene Entscheidung für sich selbst getroffen hat. Das ist ja gerade nicht die Situation des § 1904. Ich bin nicht dafür, dass eine Patientenverfügung vom Vormundschaftsgericht überprüft werden sollte, das ist eine Entscheidung, die der Betroffene für sich selbst trifft. Beim Bevollmächtigten, auch beim Betreuer, geht es aber um Fremdbestimmung. Da entscheidet der Bevollmächtigte über Wohl und Wehe des dann Bewusstlosen. Das ist eine Entscheidung über eine andere Person.

**Prof. Arne Kollwitz:** Der von mir bevollmächtigten Person.

**Prof. Jochen Taupitz:** Ja, die von Ihnen bevollmächtigt ist, aber eine eigene Entscheidungsfreiheit bekommt. Auch eine Person des Vertrauens kann das Vertrauen missbrauchen, und deswegen bin ich dafür, dass hier eine Missbrauchskontrolle - und ich betone noch mal, nur eine Missbrauchskontrolle - stattfindet.

Von dem Vorschlag, ähnlich wie beim § 218 a - rechtswidrig, aber straffrei - eine Regelung vorzunehmen, halte ich nichts. Erstens müssen wir sehen, dass diese Krückenlösung des Gesetzgebers nur die Fristenlösung betrifft. Eine Abtreibung aus medizinisch-sozialer Indikation ist rechtmäßig. Es betrifft also nur die Fristenlösung, und eine Fristenlösung nun hier auf das Lebensende zu übertragen, da habe ich doch etwas Probleme.

Zur Frage, ob das Selbstbestimmungsrecht wirklich über dem Leben steht - ganz klare Antwort: Wenn unsere Gerichte einhellig sagen, ein einwilligungsfähiger Patient hat das Recht, jegliche Behandlung abzulehnen, selbst dann, wenn diese Behandlung lebensnotwendig ist, dann steht diese selbstbestimmte Entscheidung des Patienten über seinem Lebensrecht - das er natürlich wahrnehmen kann aufgrund seines Selbstbestimmungsrechts, aber diese abwehrende Komponente der Patientenautonomie ist letztlich nach unserer Verfassung höherrangig gegenüber dem Leben. Da beißt die Maus keinen Faden ab. Ich habe nicht davon gesprochen, ob unsere Verfassung nun auch die *herausfordernde* Komponente der Patientenautonomie, die über dem Lebensrecht steht, gewährleistet; das wäre das Postulat für die aktive Sterbehilfe, dazu habe ich mich nicht geäußert.

Ich möchte, im Anschluss an die Ausführungen von Herrn Seifert, ein wenig davor warnen, dass wir hier in eine Entweder-Oder-Diskussion kommen. Entweder Patientenverfügung oder Palliativmedizin, entweder Patientenverfügung oder Hilfe zum Sterben und Erziehung der Menschen auch im Umgang mit dem Sterben - das kann es doch nicht sein; vielmehr müssen wir verschiedene Lösungen und Lösungswege vorsehen. Deswegen bin ich auch für ein Nebeneinander von Patientenverfügung und Gesundheitsbevollmächtigung und Betreuungsverfügung; diese verschiedenen Mechanismen, diese verschiedenen rechtlichen Instrumentarien müssen sich ergänzen.

Zum Stichwort finanzielle Interessen: Das ist sicherlich ein wichtiges Thema, aber man sollte auch sehen, dass es nicht nur die bösen Angehörigen sind, die finanzielle Interessen haben und deshalb den Betroffenen sterben lassen möchten. Ich kenne sehr gut eine ehemalige Richterin des Bundesgerichtshofes, die mir erklärt hat, sie

möchte, wenn sie mal sterbenskrank ist, wenn sie viel Geld kostet, ihren Erben das Häuschen erhalten und deswegen möchte sie aktive Sterbehilfe erhalten, damit sie aus finanziellen Gründen frühzeitig stirbt und damit die Erben das Geld, das Häuschen behalten. Das sind nicht die bösen Angehörigen, die das wollen, sondern sie sagt selbstbewusst, ich möchte meinen Erben das Geld erhalten. Man kann dazu stehen, wie man will, aber man sollte auch berücksichtigen, dass von daher natürlich durchaus ein Druck in der Gesellschaft aufgebaut werden kann.

Herr Seifert hat völlig recht, wenn er gesagt hat, das Ganze ist ambivalent. Ich habe ja auch gesagt, wir müssen den Menschen, wenn wir eine Patientenverfügung als verbindlich ansehen, auch verdeutlichen, dass sie an diesem Wort festgehalten werden, dass sie mit der Selbstbestimmung auch Selbstverantwortung übernehmen. Das muss ihnen verdeutlicht werden und deswegen bin ich ja so sehr dafür, dass eine angemessene Aufklärung, Beratung vorangehen sollte. Ob das nun wirklich in der Hand der Ärzte sein muss, ob man nicht auch andere Beratungsstellen einrichten kann, das lasse ich dahingestellt. Es muss jedenfalls medizinischer Sachverstand vorhanden sein. Und auch der Gesichtspunkt, dass sich der Wunsch ja ändern kann, der ist ein ganz wichtiges Thema. Es ist selbstverständlich, dass eine Patientenverfügung, die ein Veto ausspricht, von dem Betroffenen jederzeit zurück genommen werden kann. Selbst wenn die Patientenverfügung schriftlich errichtet werden müsste, damit sie wirksam ist, müsste sie auch aufgrund einer nur mündlichen Äußerung zurück genommen werden können, so dass dann die allgemeinen Grundsätze mutmaßlicher Einwilligungen usw. greifen. Das Problem besteht aber doch darin, dass wir eben nicht in den Menschen hineingucken können, wenn er denn mal bewusstlos ist oder sich nicht mehr äußern kann. Die Frage ist also - und die bewegt mich wirklich, ich habe auch vom tiefsten Inneren her da noch keine endgültige Lösung gefunden -: Wollen wir die Menschen dann wirklich an ihrer früheren Äußerung festhalten? Das ist der moralische Zwiespalt: Die Person hat es zwar geäußert, aber wir wissen nicht, was diese Person jetzt will. Deswegen noch mal: Die Leute müssen wissen, worauf sie sich einlassen, wenn sie so etwas unterzeichnen.

Letzte Bemerkung: Wenn der Behandlungsvertrag als solcher schon die Legitimation zum körperlichen Eingriff geben würde, dann könnten wir uns den ganzen Kram mit der ärztlichen Aufklärung, mit der Einwilligung sparen. Der Behandlungsvertrag wird in dem Moment geschlossen, wenn der Patient das Behandlungszimmer betritt, ohne dass er irgendein Wort mit dem Arzt gewechselt hat. Darin kann aber noch keine

Einwilligung in den späteren körperlichen Eingriff liegen. Die Rechte und Pflichten aus dem Behandlungsvertrag enden am Persönlichkeitsrecht des Betroffenen. Es ist zusätzlich zum Behandlungsvertrag eine Einwilligung nach Aufklärung erforderlich, es ist zusätzlich zum Behandlungsvertrag gegebenenfalls, wenn der Betroffene sich nicht äußern kann, eine mutmaßliche Einwilligung erforderlich. Deswegen hilft der Behandlungsvertrag aus meiner Sicht bei der Frage, ob der körperliche Eingriff legitim ist, überhaupt nicht.

**Wolfgang Lüder:** Danke sehr, Prof. Taupitz. Frau Neumann, bitte.

**Gita Neumann:** Ja, ich stimme Herrn Taupitz in fast allen Punkten zu. Was mir jedoch nicht ganz klar ist, ist, was Sie mit Missbrauchskontrolle meinen. Wir haben ja schon nach dem Betreuungsgesetz eine Missbrauchskontrolle, also wenn die Gefahr besteht, dass die Betreuung missbräuchlich durchgeführt wird, können Sie das heute schon beim Amtsgericht melden und das wird es überprüfen.

Also, mein Problem ist in der Tat, dass wir nicht von vornherein davon ausgehen sollten, dass alle Familien und Angehörigen nur darauf warten, dass sie sich so schnell wie möglich ihrer Angehörigen entledigen können. Wenn wir nicht mehr auf die Familie in dem Falle setzen, dann weiß ich nicht, worauf wir setzen sollen. Und ich kann Ihnen auch aus meiner Beratungstätigkeit - das sind ja anonyme Anrufe, die bei uns eingehen -, wirklich sagen, dass wir nicht den Eindruck haben, dass da jemand schnell seinen Angehörigen loswerden will. Ich meine, es müsste zunächst mal ein Vorschussvertrauen gegenüber der Familie und den bevollmächtigten Betreuern existieren, und natürlich insbesondere, wenn ich - die Patientenverfügung kann eben nicht alles, was auf einen zukommt, hundertprozentig abdecken - jemand bevollmächtige, der in der aktuellen Situation für mich entscheiden können soll. Es ist ja sogar so, dass Kenner der Materie - auch im Rahmen der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht - noch weitergehende Forderungen aufstellen, nämlich dahin gehend, den § 1904 gänzlich abzuschaffen. Also wenn eine Familie per Familienrat entschieden hat, jawohl, bei der Alzheimerkranken Angehörigen stimmen wir noch mal einer Operation zu, dann kann es im Grunde nicht sein, dass diese Entscheidung noch mal von einem vielleicht jungen Richter, der noch nie mit solchen Fragen zu tun hatte, positiv genehmigt werden muss. Die ganze Kontrollpflicht durch die Amtsgerichte ist am Grünen Tisch vielleicht eine schöne Sache, wenn man sich

aber anguckt, wie es in der Praxis ausartet, kann man nur fordern, weg mit zumindest dem Teil des § 1904, der jetzt den Bevollmächtigten kontrollieren soll.

Ich kann mich den Äußerungen von Frau Schreiber, insbesondere den allerletzten, absolut nicht anschließen. Ich kann mich auch dem nicht anschließen - wenn ich Sie richtig verstanden habe -, dass Sie dafür plädieren, man müsse jetzt eine allgemein standardisierte Patientenverfügung abfassen. Man hat immer so seine Zielgruppe vor Augen - wahrscheinlich Sie aus ihrer Funktion für ältere Menschen, andere sprechen wieder für Behinderte, wieder andere für Menschen, die potentiell der Hospizbewegung zugänglich sind. Es ist, glaube ich, ein Vorteil unserer Patientenberatungsstelle, dass wir mit dem ganzen Spektrum zu tun haben - und dann kann man nicht davon ausgehen, es kann irgendeine Standardlösung geben. Ganz im Gegenteil, die Angelegenheit ist hochgradig differenziert, was wir brauchen, sind - und das ist die Anforderung an den Gesetzgeber, nicht mehr und nicht weniger - Rahmenbedingungen, mit denen jede notwendig zu erfolgende Einzelfallprüfung dann zu erfolgen hat.

**Wolfgang Lüder:** Danke sehr. Herr Prof. Kutzer, bitte. Sie können noch mal so richtig resümieren.

**Klaus Kutzer:** Wir brauchen Professoren, damit sie mit logischer Stringenz alles aufarbeiten. Aber die Aufgabe der Rechtsprechung, der ich mein ganzes Leben lang gedient habe, ist es, einen Kompromiss zu schließen zwischen strenger, logischer Argumentation und den Bedürfnissen der Menschen. Und der Schwierigkeit dieser Frage bin ich zum ersten Mal anlässlich eines wirklich an die Nerven gehenden Falles aus dem Bereich der Sterbehilfe begegnet, habe mich dann der Hospizbewegung angeschlossen, weil ich glaubte, man könnte mit der Durchsetzung des Hospizgedankens vielleicht das Verlangen nach aktiver Sterbehilfe zurückdrängen. Das ist, glaube ich, richtig. Aber meine Erfahrungen - und ich bin auch in der Praxis, gerade jetzt nach meiner Pensionierung, vielfach in diesem Bereich engagiert - zeigen, dass das nicht reicht. Wir haben in der Rechtsprechung versucht, bestimmte Grenzen zu ziehen, dem Arzt einen Freiraum zu ermöglichen, der Selbstbestimmung des Patienten Raum zu geben, andererseits den Patienten auch vor Entscheidungen zu schützen, die er vielleicht in der Not des Augenblicks trifft und die dann einer ruhigen Überprüfung nach Monaten nicht mehr Stand halten. Und dabei habe ich gesehen, dass da so schwierige Fragen sind - und da möchte ich die Abgeordneten

unterstützen Ich bin also der Auffassung, dass die Grenzfragen, die in bestimmten Bereichen durchaus einer Lösung zugänglich sind, nicht allein dem Obersten Gericht und den Obergerichten überlassen werden sollten.

Ich habe mich frühzeitig mit dem holländischen Modell beschäftigt und zu meinem Erstaunen habe ich festgestellt, dass die holländische Entwicklung, die ja letztendlich zu dem Gesetz über die aktive Sterbehilfe führte, durch die Rechtsprechung eingeleitet und der Weg durch bestimmte Urteile des Hoge Raads [Hohen Gerichts] vorgezeichnet wurde. Und welche gesetzlichen Grundlagen hatten die Gerichte? - Im Strafgesetzbuch genau dieselben wie wir, ja noch viel schärfere. Tötung auf Verlangen wurde nach holländischem Strafrecht mit einer viel höheren Strafe bedroht, als es bei uns in § 216 StGB der Fall ist. Die Obersten Richter hatten sich gestützt auf eine Rechtfertigung kraft Notstands, die es bei uns auch gibt. Die richterliche Entwicklung der Sterbehilfe in Holland, die so ganz andere Wege gegangen ist als bei uns, hatte nichts mit einer anderen Rechtslage zu tun - hatte es nicht zu tun; jetzt gibt es ja ein Gesetz für die Lebensbeendigung auf Verlangen -, sondern es hatte mit einer anderen Auslegung von im Grunde identischen Bestimmungen zu tun durch Oberste Richter. Und daran sehen Sie, dass solche Weichenstellungen eigentlich nicht durch Oberste Richter getroffen werden sollen - denn da können Sie in Richtung Holland gehen, da können sie in Richtung konservative Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes gehen -, sondern das ist eine Frage, die gehört in die Gesellschaft und muss dort diskutiert werden. Und was in der Gesellschaft diskutiert werden muss, muss - jedenfalls jetzt, nachdem die Entwicklung in Europa so auseinandergeht - im Parlament besprochen werden.

Dass Anlass ist, diese Sachen im Parlament zu erörtern, notfalls gesetzliche Klarstellungen auszusprechen und gesetzliche Grenzen zu ziehen, das habe ich früher, noch bis vor ein, zwei Jahren nicht geglaubt, weil ich meinte, man kann mit den Urteilen des Bundesgerichtshofes die Fälle im Wesentlichen zufriedenstellend lösen. Das kann man auch, aber die Urteile des BGH betreffen a) immer nur einen Einzelfall, der nicht unbedingt maßgeblich ist für die Problemsituation vergleichbarer Fälle, der BGH ist kein Gesetzgeber und b) es liest sie kaum ein Kliniker. Die Ärzte lesen ja nicht einmal die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung<sup>16</sup>. Es wurden Umfragen gemacht, danach waren die Patienten und Pflegevertreter orientiert, nur die Ärzte in den Krankenhäusern kannten sie nicht oder haben

---

<sup>16</sup> siehe Anlage 3

sie missinterpretiert. Ich werde in einer Woche vor den Ärzten eines großen Krankenhauses sprechen; sie haben jetzt die Verpflichtung zu solchen Fortbildungsveranstaltungen zu erscheinen. Bis vor kurzem hat dieses Krankenhaus Patientenverfügungen nicht nur nicht zur Kenntnis genommen, sondern hat die Patientenverfügungen als rechtlich und medizinethisch irrelevant bezeichnet. Und all diese Missbräuche lassen sich so nicht mehr fortsetzen, wenn der Gesetzgeber oder eine andere Organisation - die gibt es fast nicht, da die Ärzteorganisationen nicht mit Verbindlichkeit den Patientenwillen und Bürgerinteressen regeln können, sie können höchstens ihr Standesrecht für Ärzte formulieren - bestimmte Normierungen getroffen hat. Und es geht nicht, um das Wesentliche meiner vielleicht untergegangenen Ausführungen noch mal hervorzuheben, es geht nicht an, dass die Grundsatzfragen - wann darf ich ein Beatmungsgerät abstellen, wann darf ich die künstliche Ernährung abstellen, darf ich das überhaupt - im Nebel irgendwelcher nicht zur Kenntnis genommener Gerichtsentscheidungen von der einen Organisation so, von einer anderen anders behandelt werden oder, wie wir gehört haben, dass die Zustimmung zur PEG Voraussetzung für die Aufnahme im Altenheim ist - nicht aus medizinischen Erwägungen, sondern weil das einfacher zu handhaben ist für die Pfleger, deswegen wollen sie, dass die Patienten möglichst zahlreich die PEG bekommen, dann geht ja alles viel schneller als das mühselige Füttern. Wir müssen das also klarstellen. Wir müssen auch klarstellen - das ist originärer gesetzgeberischer Handlungsbedarf -, wann Gerichte kontrollierend eingreifen oder wann nicht. Das kann doch nicht nach der Willkür des Amtsgerichts im bayerischen Wald oder hier in Berlin unterschiedlich gehandhabt werden, da sind einheitliche Maßstäbe erforderlich. Wir müssen handeln, weil der BGH nicht in der Lage ist, allgemein verbindliche Richtlinien durchzusetzen. Er kann zwar ein Urteil machen, das wird dann irgendwie interpretiert, er kann dazu nicht einmal Stellung nehmen, wenn dies eine Fehlinterpretation ist. Also, wir müssen handeln. Diese Fragen gehören weitaus eher ins Parlament als irgendwelche Durchführungsbestimmungen oder Gesetze zur Änderung des Gesetzes zur Änderung der 15. Agrarverordnung. Was Sie da manchmal an Details im Bundesgesetzblatt lesen, das versteht selbst ein Jurist nicht. Aber die Grundsatzfragen, die bleiben offen. Sie, die Damen und Herren Abgeordneten, sind dafür verantwortlich, dass juristische Entwürfe im Gesetzblatt erscheinen. Vielleicht nehmen Sie ihre Kontrollfunktion manchmal nicht so schnell und so wirksam wahr, wie es erforderlich wäre. Und zum Inhalt will ich jetzt nichts sagen, die Zeit ist abgelaufen. Da kann man

verschiedene Ansichten vertreten. Meine Prognose ist: Wir werden uns auch in Deutschland der Forderung nach aktiver Sterbehilfe, so wie in Holland und Belgien, auf Dauer nicht erwehren können, wenn wir die gegenwärtigen Zustände nicht entscheidend verbessern. Da muss schon ein bisschen mehr geschehen, als Palliativmedizin und Schmerztherapie anzubieten, wenn wir insgesamt zu würdigen Verhältnissen kommen wollen. Aber jetzt habe ich schon zu viel geredet, ich danke Ihnen fürs Zuhören.

**Wolfgang Lüder:** Danke, Herr Kutzer. Das Schlusswort hat die Gastgeberin Irmingard Schewe-Gerigk.

**Irmingard Schewe-Gerigk:** Meine Damen und Herren, auch im Namen meines Kollegen Stöckel möchte ich mich recht herzlich bei Ihnen bedanken. Dies war die erste Veranstaltung zum Thema "Patientenschutz und Sterbehilfe", es wird sicherlich nicht die letzte sein, das kann ich Ihnen versprechen. Wir haben auch die Zusicherung von Herrn Braun bekommen, dass er demnächst gemeinsam mit uns weitermachen will, vielleicht finden wir noch eine Kollegin oder einen Kollegen von der CDU, damit wir auch hier interfraktionell ein Stückchen voran kommen. Ob gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht - ich glaube, es ist hier sehr deutlich geworden, dass das so ist. In welche Richtung das gehen wird, werden wir jetzt nicht entscheiden können. Diesen Widerspruch aufzumachen, ob wir Palliativmedizin brauchen, ob wir Hospize brauchen oder gesetzliche Rahmenbedingungen für ein Sterben in Würde - wir brauchen alles, und ich glaube, dass diese gesetzlichen Rahmenbedingungen notwendig sind. Die Patientenverfügung ist eine Sache davon. Wir können es nicht zulassen, dass, ob Menschen in Würde sterben, davon abhängig gemacht wird, in welchem Amtsgericht eine bestimmte Maßnahme bestätigt oder auch nicht bestätigt wird, da kann ich wirklich Herrn Kutzer zustimmen. Wir müssen hier eine einheitliche rechtliche Basis haben, und deshalb werden wir an diesem Thema weiterarbeiten. Ich glaube, wir haben heute schon ein gutes Stück dazu geleistet. Vielen Dank und kommen Sie gut nach Hause. [Beifall]

- Ende -