



DEUTSCHE HOSPIZ STIFTUNG
Patientenschutz für Schwerstkranke und Sterbende

Weil Sterben auch Leben ist

Hospiz
Patientenschutz
Aktuell

Juni 2005

Sonder-Info . . . Sonder-Info . . . Sonder-Info . . . Sonde

**Gesetz
zur Sicherung der Autonomie und Integrität
von Patienten am Lebensende
(Patientenautonomie-
und Integritätsschutzgesetz)**

Entwurf mit Begründung

im Auftrag der Deutschen Hospiz Stiftung

vorgelegt von

Univ.-Prof. Dr. Wolfram Höfling M.A.

Inhaber des Lehrstuhls für Staats-, Verwaltungs- und Finanzrecht
Direktor des Instituts für Staatsrecht
der Universität zu Köln

Stand: 16. Juni 2005

Ein Service der Deutschen Hospiz Stiftung



§ 1 Patientenverfügung

(1) ¹Patientenverfügungen sind schriftliche, mit dem Datum ihrer Erstellung versehene Willensbekundungen einer einwilligungsfähigen Person (betroffene Person), die diese im Hinblick auf medizinische oder pflegerische Maßnahmen abgibt, die im Falle ihrer Einwilligungsunfähigkeit vorgenommen oder unterlassen werden sollen. ²Dem Schriftformerfordernis ist auch Genüge getan, wenn die Willensbekundung mündlich gegenüber einem Arzt oder einer anderen am Behandlungsgeschehen fachkundig beteiligten Person abgegeben und von diesem bzw. dieser unverzüglich schriftlich festgehalten wird.

(2) ¹Soweit Patientenverfügungen im Vorhinein getroffene Entscheidungen über die Einwilligung in medizinische oder pflegerische Maßnahmen oder deren Ablehnung enthalten, sind sie für Dritte bindend, wenn sie

1. nachweislich aufgrund ärztlicher oder anderer fachkundiger Beratung getroffen wurden,
2. nicht älter als zwei Jahre, gerechnet vom Zeitpunkt der Erstellung oder der letzten Aktualisierung, sind und
3. die konkrete Entscheidungssituation hinreichend bestimmt oder bestimmbar erfassen.

²Dritter im Sinne des Satzes 1 ist auch ein für den Bereich der Gesundheitspflege einschließlich der Einleitung oder des Abbruchs lebenserhaltender Maßnahmen bestellter Betreuer oder ein für diesen Bereich Bevollmächtigter.

(3) Die einwilligungsfähige betroffene Person kann die Patientenverfügung jederzeit widerrufen; der Widerruf ist nicht an bestimmte Formen gebunden.

(4) Soweit eine Patientenverfügung die in Absatz 2 genannten Voraussetzungen nicht erfüllt, kann sie Anhaltspunkt für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens des Betroffenen gemäß § 3 Abs. 2 sein.

(5) Die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs über die rechtliche Betreuung und die Vorsorgevollmacht sowie die Vorschriften der Vorsorgeregister-Verordnung bleiben unberührt.

§ 2 Prüfpflichten

(1) ¹Der behandelnde Arzt und, soweit vorhanden, der Bevollmächtigte oder der Betreuer im Sinne des § 1 Abs. 2 S. 2 prüfen gemeinsam, ob eine Willensbekundung der betroffenen Person im Sinne des § 1 Abs. 1 die Voraussetzungen des § 1 Abs. 2 S. 1 erfüllt. ²Soweit die betrof-

fene Person einen Bevollmächtigten schriftlich ermächtigt hat, den Inhalt der Patientenverfügung zu konkretisieren, kommt der Einschätzung des Bevollmächtigten besondere Bedeutung zu.

(2) ¹Soll die Patientenverfügung während einer stationären Krankenhausbehandlung, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in einem Heim im Sinne des Heimgesetzes (Einrichtungen) wirksam werden, können Arzt oder Bevollmächtigter bzw. Betreuer ein in der jeweiligen Einrichtung bestehendes beratendes Gremium um eine Stellungnahme bitten; der Träger der Einrichtung entscheidet, ob das beratende Gremium errichtet wird. ²Das Nähere regelt das Landesrecht.

(3) Verbleiben zwischen Arzt und Bevollmächtigtem oder Betreuer Meinungsverschiedenheiten darüber, ob eine Patientenverfügung die Voraussetzungen des § 1 Abs. 2 S. 1 erfüllt, so ist der mutmaßliche Wille des Betroffenen zu ermitteln.

§ 3

Ermittlung des mutmaßlichen Willens

(1) In den Fällen,

1. in denen jegliche Patientenverfügung fehlt,
2. in denen lediglich eine Patientenverfügung nach § 1 Abs. 1 S. 1 vorliegt oder in denen
3. Meinungsverschiedenheiten gemäß § 2 Abs. 3 verblieben sind,

ist der mutmaßliche Wille der betroffenen Person nach Maßgabe der Absätze 2 und 3 zu ermitteln.

(2) ¹ Als tatsächliche Grundlage für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens kommen nur Informationen in Betracht, die auf Äußerungen der betroffenen Person beruhen; soweit es sich um mündliche Willensbekundungen handelt, dürfen diese nicht länger als zwei Jahre zurückliegen. ² Beachtlich sind nur (*vorrangig*) Informationen, die sich auf die Umstände des eigenen Sterbens oder die Umstände des eigenen Todes beziehen, insbesondere

1. das Ausmaß der medizinischen Behandlung,
2. die Art und Weise der Sterbebegleitung,
3. den Umgang mit Schmerzen oder
4. die Haltung zu schweren Beeinträchtigungen der bisher üblichen Lebensführung in der verbleibenden Lebenszeit

betreffen. ³ *Ergänzend sind Bekundungen des natürlichen Willens sowie frühere Äußerungen der betreffenden Person zu beachten, die die Lebenseinstellung oder die religiöse bzw. weltanschauliche Überzeugung betreffen; als alleinige Anhaltspunkte für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens sind sie unbeachtlich.*



(3) ¹Die Informationen nach Absatz 2 sind vom behandelnden Arzt oder der von ihm unter seiner Aufsicht tätigen Beauftragten insbesondere durch Befragung der Personen zu erheben, die nächste Angehörige der betroffenen Person sind oder mit deren Krankheitsgeschichte durch berufliche Mitwirkung am Behandlungsgeschehen vertraut sein können (sonstige Auskunftspersonen). ²Nächste Angehörige im Sinne dieses Gesetzes sind in der Rangfolge ihrer Aufzählung

1. Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner (Lebenspartner),
2. volljährige Kinder,
3. Eltern oder, sofern die betroffene Person minderjährig ist und die Sorge für seine Person zu dieser Zeit nur einem Elternteil, einem Vormund oder einem Pflegerzustand, dieser Sorgeinhaber,
4. volljährige Geschwister,
5. Großeltern.

³Dem nächsten Angehörigen steht eine volljährige Person gleich, die der betroffenen Person bis zum Zeitpunkt ihrer Einwilligungsunfähigkeit in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe gestanden hat. ⁴Bei mehreren gleichrangigen Angehörigen genügt es, wenn einer von ihnen befragt wird. ⁵Ist ein vorrangiger Angehöriger innerhalb angemessener Zeit nicht erreichbar, genügt die Befragung nächsterreichbarer nachrangiger Angehöriger. ⁶Dass der mutmaßliche Wille zutreffend ermittelt ist, wird umso wahrscheinlicher, je mehr die bei den nächsten Angehörigen oder den sonstigen Auskunftspersonen erhobenen Informationen inhaltlich übereinstimmen. ⁷Soweit die betroffene Person in einer Einrichtung mit beratendem Gremium im Sinne von § 2 Abs. 2 behandelt wird, hat der Arzt auch dessen Stellungnahme einzuholen.

(4) ¹Über die Gespräche mit nahestehenden Personen und sonstigen Personen, die an der Ermittlung des mutmaßlichen Willens mitwirken, hat der Arzt oder die von ihm beauftragte Person eine auf die wesentlichen Angaben beschränkte Niederschrift anzufertigen. ²Die Niederschrift ist mindestens zehn Jahre aufzubewahren.

(5) Teilen der Betreuer oder der Bevollmächtigte im Sinne des § 1 Abs. 2 S. 2 die nach Maßgabe der Absätze 3 und 4 gewonnene Einschätzung des Arztes nicht, entscheidet das Vormundschaftsgericht.

(6) ¹Kann ein mutmaßlicher Wille nicht ermittelt werden, darf auf eine ärztlicherseits indizierte lebenserhaltende Behandlung einschließlich invasiv bewirkter künstlicher Ernährung nicht verzichtet werden. ²Für pflegerische Maßnahmen gilt Satz 1 entsprechend.

§ 4 Strafvorschriften

(1) ¹Wer eine medizinische oder pflegerische Maßnahme entgegen § 2 Abs. 1 einleitet oder abbricht, ohne geprüft zu haben, ob eine Patientenverfügung die Voraussetzungen des § 1 Abs. 2 S. 1 erfüllt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

²Ebenso wird bestraft, wer es entgegen § 3 Abs. 1 unterlässt, den mutmaßlichen Willen zu ermitteln.

(2) Handelt der Täter in den Fällen des Absatzes 1 fahrlässig, ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe.

§ 5 Bußgeldvorschriften

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. entgegen § 3 Abs. 4 Satz 1 keine Niederschrift anfertigt,
2. entgegen § 3 Abs. 4 Satz 2 die Niederschrift nicht oder nicht mindestens zehn Jahre aufbewahrt.

(2) Die Ordnungswidrigkeit kann im Falle des Absatzes 1 Nr. 1 mit einer Geldbuße bis zu 5000 Euro, in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 2 mit einer Geldbuße bis zu 3000 Euro geahndet werden.

§ 6 Berichtspflicht

¹Das Bundesministerium für Justiz und das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Bundesministerien) gemeinsam legen dem Deutschen Bundestag erstmals bis zum 31. Dezember 2009, sodann im dreijährigen Abstand jeweils zum 31. Dezember, einen Bericht über die Erfahrungen mit den Regelungen dieses Gesetzes vor (Patientenverfügungsbericht), insbesondere zur Bekanntheit der Regelungen, zu Anwendungs- und sonstigen Praxisproblemen sowie zu möglichen Reformen. ²Der Bericht berücksichtigt Stellungnahmen aus dem Bereich des Gesundheitswesens, der Wissenschaft, der Justiz, der Anwaltschaft sowie von anderen interessierten Personen und Organisationen. ³Aufforderungen zur Abgabe von Stellungnahmen sind rechtzeitig, spätestens dreißig Monate nach Erscheinen des letzten Patientenverfügungsberichts, bekannt zu machen, insbesondere durch leicht auffindbare Hinweise auf den Websites der Bundesministerien.

§ 7 Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2006 in Kraft.



Begründung

A. Allgemeines

Mit dem „Gesetz zur Sicherung der Autonomie und Integrität von Patienten am Lebensende (Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetz)“ wird eine Regelung geschaffen, die den in der aktuellen rechtspolitischen Debatte verbreiteten Wunsch nach einer rechtssicheren, aber zugleich von Überbürokratisierung freien Normierung des Problembereichs „Patientenverfügungen“ verbindet mit einem angemessenen Integritätsschutz am Lebensende. Autonomie wie Integrität sind gleichermaßen elementare verfassungsrechtliche Schutzgüter, deren Realisierung die Rechtsordnung ermöglichen und sichern muss.

Der Gesetzentwurf beruht auf einem *dreistufigen, aufeinander abgestimmten Entscheidungsablauf*:

- Für jene Fälle, in denen zweifelsfrei (siehe § 2) eine den strengen Anforderungen des § 1 Abs. 2 genügende Patientenverfügung vorliegt, entfaltet diese für alle Beteiligten strikte Bindungswirkung. Eine derartige Patientenverfügung wird damit einer aktuellen Willensäußerung eines einwilligungsfähigen Patienten gleichgestellt. Für die zusätzliche Einschaltung des Vormundschaftsgerichts besteht kein Anlass (**erste Stufe**).
- In allen anderen Fällen muss der mutmaßliche Wille ermittelt werden. Gerade weil diese Konstellation auch in Zukunft die zentrale Problematik von Entscheidungen am Lebensende betreffen wird, versucht der Gesetzentwurf *erstmalig*, die Ermittlung des mutmaßlichen Willens im Interesse von Autonomie *und* Integrität normativ zu steuern.
- Lässt sich nach übereinstimmender Einschätzung von Arzt und Bevollmächtigtem/Betreuer der strikt auf Äußerungen des Betroffenen selbst fixierte mutmaßliche Wille nach Maßgabe des § 3 Abs. 2 – Abs. 4, ggf. unter Einbeziehung eines beratenden Gremiums, ermitteln, ist er Grundlage des weiteren Vorgehens (**zweite Stufe**).
- Verbleiben insoweit Meinungsverschiedenheiten zwischen Arzt und Bevollmächtigtem/Betreuer, ist das Vormundschaftsgericht einzuschalten (**dritte Stufe**).

Eine denkbare Alternative wäre ein zweistufiges Modell, bei dem die Vormundschaftsgerichte stets einzuschalten wären, soweit es um Entscheidungen auf der Grundlage des mutmaßlichen Willens geht.

- Lässt sich der mutmaßliche Wille nicht ermitteln, so darf eine ärztlicherseits indizierte, lebenserhaltende Behandlung nicht unterlassen werden.

Der Entwurf legt den Begriff „Patientenverfügung“ zugrunde und definiert diesen; denn er setzt sich in der neueren Debatte zunehmend als Leitbegriff durch. Zu Recht wird immer mehr auf den Ausdruck „Patiententestament“ verzichtet, weil er missverständliche Assoziationen mit der Verfügung von Todes wegen, sozusagen dem „richtigen“ Testament, hervorruft. Andererseits ist zwar einzuräumen, dass der Begriff der „Verfügung“ im allgemeinen Zivilrecht, aber auch im Verwaltungsrecht eigene Bedeutungen hat. Gleichwohl soll er ver-

wandt werden, weil die kontextspezifische Gebrauchswise des Wortes „Patientenverfügung“ Verwechslungen mit anderen (juristischen) Wortgebrauchsweisen ausschließt.

Im Unterschied zu anderen Vorschlägen, die derzeit diskutiert werden, verzichtet der vorliegende Entwurf auf ein Artikelgesetz, das zahlreiche Normenwerke ändert. Stattdessen wählt er den Weg eines neuen, aber vergleichsweise kurz gefassten Gesetzes, das in das Geflecht der bestehenden Normen gewissermaßen als normativer Kompass eingelassen wird und so auch bei der Anwendung bereits bestehender Bestimmungen Orientierung ermöglicht. Nach allgemeinen juristischen Grundsätzen sind die Regelungen und Wertungen eines neuen Gesetzes, sofern sie thematische Berührungspunkte zu bereits bestehenden Regelwerken aufweisen, bei deren Handhabung zu berücksichtigen (sog. systematische Auslegung). Aus Gründen der Klarstellung weist der Entwurf vereinzelt darauf hin (siehe § 1 Abs. 2 S. 2, Abs. 3 S. 2, Abs. 6), dass bestehende Regelungen unberührt bleiben, also neben den Regelungen des Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetzes anzuwenden sind; das gilt vor allem für die Bestimmungen des Betreuungsrechts, soweit sie die rechtliche Betreuung und die Vorsorgevollmacht betreffen (vgl. § 1 Abs. 6 des Entwurfs).

Beeinflusst durch das Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetz wird auch die Anwendung der strafgesetzlichen Bestimmungen zum Schutz des Lebens (sog. Tötungsdelikte, §§ 211 ff. des Strafgesetzbuchs [StGB]). Soweit es um deren Anwendung geht, sind die Vorschriften des Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetzes zu beachten, weil sie zulässige Einwirkungen auf das Leben definieren und damit den Sanktionsregelungen der §§ 211 ff. StGB (soweit die Regeln des Gesetzes eingehalten werden) bereits den Bezugspunkt einer Sanktion – eine unrechtmäßige Einwirkung auf das Leben – nehmen, also die der Sanktionsnorm vorgelagerte Verhaltensnorm (Unrechtsnorm) modifizieren.

Im Übrigen lehnt sich das Gesetz an bewährte Begriffe und Unterscheidungen des allgemeinen Arztrechts an (etwa an die Einwilligungsfähigkeit), schafft aber zugleich neue Bestimmungen für das Verhältnis zwischen Patientinnen und Patienten sowie Ärzten und Ärztinnen.

Es entspricht der Bedeutung der im Bereich der Pflege tätigen Gesundheitsfachberufe, dass das Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetz auch die pflegerischen Maßnahmen erwähnt und sich nicht nur auf medizinische, d.h. unmittelbar ärztlich kontrollierte Maßnahmen beschränkt. Die in der Praxis vielfach vorbildlich realisierte und dennoch weiter ausbaufähige Kooperation aller am Behandlungsgeschehen beteiligten Personen im Interesse von Patientinnen und Patienten wird so unterstrichen.

Der Gesetzentwurf konzentriert sich auf materiell-rechtliche Regelungen. Folgeänderungen in verfahrensrechtlicher Hinsicht, die namentlich in das für Betreuungssachen maßgebliche Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG) einzufügen wären, bleiben außen vor. Findet das Konzept dieses Gesetzes Zustimmung, sind die prozessualen Ergänzungsnormen in späteren Stadien des Gesetzgebungsprojektes hinzuzufügen. Sie stellen sich insoweit als Annex zu den sachlichen Weichenstellungen dar.



B. Zu den einzelnen Vorschriften

§ 1 Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetz

§ 1 enthält die grundlegenden begrifflichen Weichenstellungen des Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetzes. Der Begriff der Patientenverfügung wird in einem spezifischen Sinne verstanden (vgl. Abs. 1), nämlich als umfassend verstandene Willensbekundung einwilligungsfähiger Personen. Gleichsam als Untergruppe der Patientenverfügung wird in Abs. 2 eine Patientenverfügung mit strikter Verbindlichkeit normiert, die sich auf konkrete Instruktionen der Patientin bzw. des Patienten bezieht.

Die Formulierung „medizinische oder pflegerische Maßnahmen“ impliziert, dass solche Maßnahmen nach den anerkannten medizinischen oder pflegerischen Standards überhaupt noch umgesetzt werden können. Solche Maßnahmen scheiden aus – mit der Folge, dass darauf bezogene Äußerungen in Patientenverfügungen ins Leere gingen –, wenn ein Behandlungsziel in medizinischer bzw. pflegerischer Hinsicht nicht mehr realisierbar ist. D.h., es muss überhaupt noch ein – und sei es noch so kleines – Behandlungsziel erreichbar sein. Vor diesem Hintergrund kann z.B. auch die Linderung von Liegeschmerzen bei einem schwer dekubituskranken Moribunden eine Behandlung sein. In diesem – weit verstandenen – Sinne wird in der Regel eine hinreichend genau definierte Behandlung auch am Lebensende noch „indiziert“ sein. Zu vermeiden ist ein Verständnis von „indizierter Behandlung“, das nicht nach der medizinisch-pflegerischen Realisierbarkeit, sondern nach der Sinnhaftigkeit einer Maßnahme gemessen an den Sinn- bzw. Wertvorstellungen von Ärzten oder Pflegenden fragt. Richtig verstanden, hat dies mit einer Indikation nichts zu tun, sondern bedeutet eine Wertentscheidung, die Ärzte und Pflegende zulasten des Patienten nicht treffen dürfen. Hierfür sind gerade Patientenverfügungen sowie Entscheidungsfindungen mithilfe des mutmaßlichen Willens vorgesehen.

Aus Gründen der Rechtssicherheit wird in Abs. 1 ein *Schriftformerfordernis* eingeführt, das allerdings nicht übermäßig streng konzipiert ist (siehe die Möglichkeit der unverzüglichen [vgl. § 121 Abs. 1 S. 1 BGB] ärztlichen Dokumentation gemäß § 1 Abs. 1 S. 2). Außerdem ist das Datum der Willensbekundung zu dokumentieren. Voraussetzung ist weiter die Einwilligungsfähigkeit, also das Vorliegen einer natürlichen Einsichts- und Handlungsfähigkeit, was sich im Ergebnis in der Regel mit der Geschäftsfähigkeit decken dürfte (vgl. die Begründung zum 2. BtÄndG, BT-Drucks. 15/2494, S. 28), es aber ermöglicht, auch Minderjährige als insoweit kompetent zu definieren.

In der bisherigen rechtspolitischen wie wissenschaftlichen Diskussion ist allerdings das *Schriftformerfordernis umstritten* (siehe hierzu etwa J. Taupitz, *Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens?*, Gutachten A zum 63. Deutschen Juristentag, in: Verhandlungen des 63. DJT, Bd. I, 2000, A 111 ff.). Zum Teil wird vehement für die Formfreiheit auch antizipierender Einwilligungen bzw. Ablehnungen plädiert (aus neuerer Zeit etwa V. Lipp, *Patientenautonomie und Lebensschutz*, 2005, S. 28 f.; M. Strätling u.a., *Die gesetzliche Regelung der Patientenverfügung in Deutschland*, Manuskript, 2005, S. 33 ff.). Der Entwurf nimmt insoweit indes eine Gegenposition ein.

Wie auch sonst in der Rechtsordnung sollen Formerfordernisse gewährleisten, dass nur diejenigen Erklärungen als verbindlich angesehen werden, die vom Erklärenden auch wirklich als solche gemeint gewesen sind. Derjenige, der eine Patientenverfügung verfasst, soll dadurch insbesondere vor voreiligen Willensbekundungen, zugleich aber auch vor – unter Umständen sogar: absichtsvollen – Missdeutungen seitens der Erklärungsmittler geschützt werden (dazu siehe etwa G. Duttge u. a., Preis der Freiheit, 2004, S. 19 f.). Die Schriftform vermag auch eher als mündliche Erklärungen den Bedeutungsgehalt und die Ernsthaftigkeit des Erklärten vor Augen zu führen. Ganz grundsätzlich gilt darüber hinaus Folgendes: Patientenverfügungen enthalten in der Regel Aussagen über sog. „Now for then-Präferenzen“ („Jetzt möchte ich, dass später Folgendes unternommen/unterlassen wird ...“). Die Rechtsordnung verlangt gerade für die Erheblichkeit solcher Präferenzen häufig eine besondere Form, insbesondere die Schriftform. Dies gilt jedenfalls dann, wenn die erklärten Präferenzen sich nicht an einen ganz bestimmten Adressaten wenden. In diesen Konstellationen verlangt die Rechtsgemeinschaft Klarheit über den Inhalt der Erklärungen. Gerade weil Dritte sowohl im Falle der Patientenverfügung als auch im geradezu klassischen Beispiel der Verfügung von Todes wegen gemäß §§ 1937 ff., 2231 ff. den Erklärenden nicht mehr fragen können, versucht die Rechtsordnung mindestens über das Schriftformerfordernis Authentizität, (relative) Eindeutigkeit, Vollständigkeit und Beweisbarkeit der Erklärung durch das Schriftformerfordernis zu sichern (dazu M. Anderheiden, Grundrechtsschutz durch Verfahren: Sterbehilfe nach privater Vorsorge statt öffentlichem Krisenmanagement, in: Archiv für Rechts- und Sozialphilosophie, Beiheft 75, 2000, S. 149 [162], der zu Recht hervorhebt, dass diesem Ergebnis auch die Auffassung des US-Supreme Court im Fall Cruzan vs. Director, Missouri Department of Health, 110 Supreme Court 2841 (1990) entspricht; aus dem frühen Schrifttum siehe ferner schon W. Uhlenbruck, Der Patientenbrief, Die privatautonome Gestaltung des Rechts auf den eigenen Tod, NJW 1978, 566 [569]). Vor dem so skizzierten Hintergrund und mit Blick auf die Gesamtkonzeption des Gesetzentwurfes begegnet das Schriftformerfordernis auch keinerlei verfassungsrechtlichen Bedenken.

Die Patientenverfügungen mit strikter Verbindlichkeit – nämlich Dritte bindender Wirkung – gemäß Abs. 2 unterliegen darüber hinaus weiteren gesonderten Anforderungen, die einerseits die Aktualität (nicht älter als zwei Jahre) und andererseits die Freiheit der informierten Willensbetätigung sichern wollen. Selbstbestimmung darf nicht formalistisch bereits dann unterstellt werden, wenn jemand nur irgendeine Entscheidung kundtut. Voraussetzung ist – dies ist Standard der internationalen medizinethischen und medizinrechtlichen Diskurse – die Wohlinformiertheit; aus der allgemeinen Debatte über die Legitimation ärztlicher Eingriffe ist dies im Hinblick auf das Erfordernis der Aufklärung bekannt. Der Patient oder die Patientin muss über die Folgen einer Patientenverfügung im Sinne des Abs. 2 informiert sein, damit man ihm/ihr seine/ihre Äußerung als *Willensäußerung* zurechnen kann.

Die *Validitätsvoraussetzung einer hinreichenden Aufklärung* benennt ein ebenfalls hoch umstrittenes Kriterium. Oftmals werden insoweit nur Empfehlungen ausgesprochen (so etwa der Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ vom 10. Juni 2004 unter III. 2. a) und 3. d). Im vorliegenden Entwurf wird eine derartige Beratung indes für verpflichtend erklärt (dies in Übereinstimmung etwa mit den Ausführungen der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, Sterbehilfe und Sterbebegleitung, Bericht vom



23.4.2004, S. 41 ff.; ferner etwa Taupitz, in: 63. DJT, Bd. I, S. A 111 ff.). Eine angemessene Aufklärung muss der betroffenen Person die bestehenden Behandlungsoptionen zu den je in Bezug genommenen Erkrankungen aufzeigen. Insbesondere dann, wenn die betroffene Person bestimmte Interventionen ablehnt (z. B. künstliche Beatmung oder Ernährung durch eine PEG-Sonde), muss er darüber in Kenntnis gesetzt sein, für welche Konstellation insoweit überhaupt eine ärztliche Indikation besteht und was dadurch bewirkt werden kann. Die Beratung muss dabei vorrangig die individuelle Situation der betroffenen Person reflektieren (siehe auch G. Duttge u. a., Preis der Freiheit, aaO, S. 17). Von besonderer Bedeutung für die Beratung ist – wie die Praxis immer wieder belegt – auch eine hinreichende Aufklärung über die Möglichkeiten schmerztherapeutischer und palliativmedizinischer Interventionen.

Gerade insoweit bedarf es aber auch entsprechender Kenntnisse der aufklärenden/beratenden Personen. Die Regelung des § 1 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 koppelt die Verbindlichkeit an eine „nachweislich“ erfolgte *fachlich qualifizierte Beratung*. Das Gesetz sieht davon ab, die Qualitätsstandards einer solchen Beratung genauer festzulegen bzw. ein formalisiertes Verfahren vorzugeben, das die Eignung von Beratungsstellen bzw. -personen bestimmbar macht. Verschiedene Wege lassen sich hier wählen:

- Zum einen kann man – dies ist der Weg des vorliegenden Gesetzentwurfs – die Frage der Qualitätssicherung gesetzlich weitgehend offen lassen. Dass eine Beratung den Vorgaben des Gesetzes entsprechen muss (was im Dokument der betroffenen Person zum Ausdruck kommen sollte), liegt ohnehin auf der Hand. Alles Weitere ist der Verantwortung der Stellen, die eine Beratung im Sinne des § 1 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 durchführen, zugewiesen. Immerhin könnte man dieses Modell durch relativ informelle Prozesse der Qualitätssicherung flankieren, z.B. indem sich im Beratungsfeld tätige Institutionen im Wege der Selbstverpflichtung auf Qualitätsstandards einigen. Solche Prozesse könnten beispielsweise auch durch das Bundesjustizministerium angestoßen werden.
- Denkbar ist aber auch – abweichend vom vorliegenden Gesetzentwurf – eine stärkere normative Programmierung der Qualitätssicherung der Beratung, ggf. sogar durch ein förmliches Zulassungsverfahren. Dieses Vorgehen würde aber wahrscheinlich mit einer stärkeren Bürokratisierung einhergehen.
- Man kann auch an ein Regelungsmodell denken, das neueren Ansätzen der Qualitätssicherung Rechnung trägt. Danach könnten Stellen, die beraten wollen, eine Zertifizierung erhalten, die wiederum von entsprechend akkreditierten Stellen vergeben würde. Der Staat würde sich bei diesem Modell auf die Ebene der Gewährleistungsverantwortung mit einem geringen Grad an direkter Intervention zurücknehmen.

In der Diskussion des Gesetzentwurfs sollte der Grad der Formalisierung der Qualitätssicherungsprozesse weiter thematisiert werden.

Soweit der Gesetzentwurf in § 1 Abs. 2 Nr. 2 als Voraussetzung für die Bindungswirkung einer *Patientenverfügung* verlangt, dass diese *nicht älter als zwei Jahre*, gerechnet vom Zeit-

punkt der Erstellung oder der letzten Aktualisierung, sein darf, versteht er sich als ein Diskussionsbeitrag, der durchaus weiterer Überlegung bedarf. Dies gilt sowohl in grundsätzlicher Hinsicht als auch im Blick auf den gewählten Zeitraum. Die Verknüpfung der Bindungswirkung von Patientenverfügungen mit dem Kriterium einer bestimmten Aktualität folgt der naheliegenden Annahme, dass der in der Entscheidungssituation umzusetzende Wille sich von dem einmal erklärten Willen mit fortschreitendem Zeitablauf tendenziell entfernt. Namentlich die Fortschritte in den medizinischen Behandlungsmethoden einschließlich der palliativmedizinischen Versorgung spielen insoweit ebenso eine Rolle wie die dynamische Entwicklung der individuellen Lebenseinstellungen. Das vom Gesetzentwurf normierte Junktim kann indes zu unerwünschten Konsequenzen führen, wenn eine „eigentlich“ valide Patientenverfügung allein wegen des Überschreitens des „Verfallsdatums“ ihre Bindungswirkung gemäß § 1 Abs. 2 verliert. Diese unerwünschten Konsequenzen versucht der Entwurf mit der Regelung des § 3 Abs. 2 weitestgehend zu kompensieren. Dort, wo es um die Ermittlung des mutmaßlichen Willens geht, ist zwar ebenfalls eine Zwei-Jahres-Grenze für den Rückgriff auf Äußerungen der betroffenen Person normiert. Hiervon ausgenommen sind indes schriftliche Äußerungen, vor allem also Patientenverfügungen, die (lediglich) die Voraussetzungen des § 1 Abs. 2 Nr. 2 nicht erfüllen. Sind diese im übrigen eindeutig formuliert und unstrittig unter die konkrete Entscheidungssituation subsumierbar, so wird es im Ergebnis in aller Regel zu einer Befolgung der entsprechenden Vorausverfügung nach Maßgabe des § 3 kommen müssen. Es mag in einer solchen Konstellation terminologisch unglücklich erscheinen, insoweit lediglich von einem mutmaßlichen Willen zu sprechen. Gleichwohl erscheint die vom Gesetzentwurf gewählte Lösung, nämlich für die Bindungswirkung gemäß § 1 Abs. 2 eine gewisse Aktualität zu verlangen, als die vorzugswürdige Variante. Nicht praktikabel erscheint es, den Fristablauf der normierten Gültigkeitsdauer mit dem Eintritt der Einwilligungsunfähigkeit als gehemmt anzusehen (so aber G. Duttge u. a., Preis der Freiheit, aaO, S. 25). Dies würde wiederum komplizierte verfahrensrechtliche Regelungen über die Voraussetzungen der Feststellung einer solchen Einwilligungsunfähigkeit und namentlich der genauen zeitlichen Bestimmungen ihres Eintritts erfordern.

Schließlich kann eine Patientenverfügung i.S.v. § 1 Abs. 2 nur dann bindend sein, wenn klar ist, hinsichtlich welcher Situation in welcher Weise Bindung ausgelöst werden soll. Das setzt insbesondere Klarheit hinsichtlich der gemeinten Situation voraus. Hierbei genügt die *hinreichende Bestimmbarkeit*; denn es entspricht allgemeinen rechtstheoretischen Einsichten, dass kaum eine sprachliche Äußerung eindeutig und nicht (sei es auch nur minimal) auslegungsfähig ist. Bestimmtheit und Bestimmbarkeit sind Punkte auf einer gleitenden Skala des Verstehens, die beide Interpretation und Deutung bzw., anders ausgedrückt, das Zuweisen von Bedeutung verlangen. Nicht auslegungsbedürftige Patientenverfügungen sind daher kaum vorstellbar. Man wird im Gegenteil sagen müssen, dass praktisch jede Patientenverfügung ausgelegt werden muss – was zunächst einmal kein Nachteil ist, sondern nur eine Tatsache – und dass es nur darum gehen kann, die Vagheiten der sprachlich-schriftlichen Kommunikation zu reduzieren, damit die Auslegungsbemühungen möglichst nah am tatsächlich Gewollten bleiben können.

Gemäß § 1 Abs. 2 S. 2 sind Dritte auch Bevollmächtigte oder Betreuer, die für den Bereich der Gesundheitspflege einschließlich der Beendigung bzw. der Nichtaufnahme lebenserhaltender



Behandlungen zuständig sind. Das unterstreicht die dienende Funktion von Bevollmächtigung und Betreuung, die grundsätzlich dem Willen des Patienten bzw. der Patientin verpflichtet sind, was in der Regel bedeutet, dass zwischen Wohl und (verlässlich ermitteltem) Willen keine Differenz auftreten kann. – Die Regelung des § 1 Abs. 2 S. 3 hat klarstellende Bedeutung (dazu schon oben A.).

Abs. 3 betrifft die Widerrufbarkeit einer Patientenverfügung. Der Widerruf ist gegenüber jedem, den es angeht, möglich. Eine besondere Form ist für diese „Gegenerklärung“ nicht erforderlich, ansonsten drohte die Effektivität der Durchsetzung des geänderten Willens zu leiden. Für den Widerruf ist Einwilligungsfähigkeit erforderlich, ein „natürlicher“ Wille, der die Voraussetzungen der Einwilligungsfähigkeit nicht erfüllt (vgl. dazu die Begründung zum 2. BtÄndG, BT-Drucks. 15/2494, S. 28), genügt nicht. Was als „natürlicher Wille“ verstanden werden muss und wie er erkannt werden kann, ist sehr umstritten (dazu noch unten in der Begründung zu § 3). Aus Gründen der Rechtssicherheit sollte auf einen Widerruf allein durch Äußerungen „natürlichen“ Willens verzichtet werden. Das schließt nicht aus, dem „natürlichen Willen“ in anderen Konstellationen durchaus (begrenzte) Bedeutung zuzumessen (siehe unten die Begründung zu § 3). – Die besonderen Regeln der Vorsorgeregister-Verordnung bleiben, wie § 1 Abs. 3 S. 2 klarstellt, unberührt (dazu schon oben A.).

Abs. 4 bringt zum Ausdruck, dass Patientenverfügungen, die den Anforderungen des Abs. 2 nicht genügen, gleichwohl als Anhaltspunkt für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens (§ 3) in Betracht kommen können. Wenn man die Patientenzentrierung der mutmaßlichen Einwilligung sichern will, ist dies nur konsequent.

Auch die Regelung des § 1 Abs. 5 hat klarstellende Bedeutung (dazu schon oben A.).

§ 2 Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetz

§ 2 legt Prüfpflichten derjenigen Personen fest, die in einer konkreten Entscheidungssituation mit Äußerungen eines Patienten konfrontiert werden, die möglicherweise als Patientenverfügung im Sinne des § 1 Abs. 2 gelten können. Der jeweils behandelnde Arzt hat mit dem ggf. vorhandenen Betreuer oder Bevollmächtigten gemeinsam zu prüfen, ob die Voraussetzungen einer Patientenverfügung im Sinne des § 1 Abs. 2 vorliegen (§ 2 Abs. 1). Die besondere Rolle des Bevollmächtigten mit Konkretisierungskompetenz wird hervorgehoben (Satz 2). Damit kann jenen Konstellationen – durch eine relativ offene Formulierung – Rechnung getragen werden, in denen eine betroffene Person sich ersichtlich gerade von der Kombination von instruktionaler Vorausverfügung und spezifischer Ermächtigung einer vertrauten Person die Realisierung ihres Patientenwillens verspricht.

Die Regelungen über ein fakultatives „Zwischenverfahren“ vor einem beratenden Gremium greifen die in der aktuellen Diskussion nicht einheitlich bewertete Rolle von (Ethik-)Konsilen bzw. Klinischen Ethik-Komitees auf, die in vielen Krankenhäusern in mehr oder weniger institutionalisierter Form existieren. Angesichts der begrenzten Mittel der Krankenhäuser und sonstiger Einrichtungen (Reha-Einrichtungen, Heime), aber auch im Hinblick auf die

Gesetzgebungskompetenz der Länder für den Bereich des Krankenhauswesens (abgesehen von der wirtschaftlichen Sicherung, vgl. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG) erscheint es sinnvoll, keine Verpflichtung zur Errichtung beratender Gremien aufzustellen, sondern diese Entscheidung in das Ermessen der jeweiligen Träger zu stellen und das Nähere dem Landesrecht zu überlassen.

Die Errichtung eines beratenden Gremiums wird sich gleichwohl vielfach, etwa auf Wunsch der ärztlichen oder pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, empfehlen. Entsprechende Anregungen von Betriebs- und Personalräten oder (im kirchlichen Bereich) von Mitarbeitervertretungen können für Lösungen sorgen, die auf den Beratungsbedarf in der jeweiligen Einrichtung abgestimmt sind. Es wird sich in aller Regel empfehlen, das beratende Gremium interdisziplinär zu besetzen, etwa durch Personen (einschließlich Stellvertreterinnen und Stellvertretern) aus den Bereichen Medizin, Pflege, Recht und soziale Dienste, die an der Behandlung bzw. Betreuung der betroffenen Person nicht unmittelbar beteiligt sind. Der Bereich „soziale Dienste“ ist offen für Kräfte aus dem Bereich der Seelsorge, der Psychologie oder der Sozialarbeit oder anderer psychosozial beratender bzw. begleitender Berufe. Das beratende Gremium sollte sich eine Geschäftsordnung geben, in der insbesondere zu regeln wäre, wie die Mitglieder des Gremiums unverzüglich, auch am Wochenende, erreicht werden können, und in welcher Besetzung Eilentscheidungen zulässig sind.

Die Stellungnahme des beratenden Gremiums hat, wie der Name sagt, nur eine beratende (Empfehlungs-)Funktion. Die Stellungnahme kann kraft ihrer argumentativen Plausibilität dazu beitragen, dass Arzt und Betreuer/Bevollmächtigter ihre divergierenden Ansichten überdenken und doch noch zu einer gemeinsamen Einschätzung gelangen. Ist dies nicht der Fall, so kommt der mutmaßliche Wille der betroffenen Person und damit § 3 ins Spiel.

§ 3 Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetz

Die Bestimmungen des § 3 sind für die Praxis von großer Bedeutung, weil die Mehrheit der Bevölkerung – schätzungsweise mindestens 90 % – keine Patientenverfügungen im Sinne des § 1 Abs. 1, erst recht keine Patientenverfügungen im Sinne des § 1 Abs. 2 getroffen hat. Entscheidend für die Praxis wird damit die mutmaßliche Einwilligung. In der bisherigen Debatte wird zwar zu Recht für den Kontext der Lebenserhaltung überwiegend die objektiv gemutmaßte Einwilligung anhand sog. allgemeiner Wertmaßstäbe abgelehnt. Gleichzeitig wird die mehr oder weniger starke Relevanz der individuell-mutmaßlichen Einwilligung (mutmaßliche Einwilligung, mutmaßlicher Wille) hervorgehoben, ohne aber die Probleme ernst zuzunehmen, die bei der Feststellung des mutmaßlichen Willens auftreten. Es muss vermieden werden, dass die Ermittlung des mutmaßlichen Willens als Grundlage einer mutmaßlichen Einwilligung zum Einfallstor für Fremdbestimmung wird. Das kann nur gelingen, wenn die Kriterien zur Feststellung des mutmaßlichen Willens und die als relevant zu erachtenden Tatsachengrundlagen der Feststellung strikt an die Person des Betroffenen und die entscheidungsrelevante Situation, in der sie sich befindet, rückgebunden werden. Diesem Ziel dient Abs. 2, indem er relevante Informationen thematisch und zeitlich eingrenzt und in Abs. 3 die



(zu dokumentierende, Abs. 4) Informationserhebung bei relevanten Personen (in Anbindung an eine vergleichbare Bestimmung des Transplantationsgesetzes) regelt.

Erläuterungsbedürftig ist die Vorschrift des § 3 Abs. 2 S. 1. Ihr Sinn ist ein zweifacher:

- Zum einen soll sichergestellt werden, dass bloß mündliche Äußerungen der betroffenen Person nur dann als Informationsquelle zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens in Betracht kommen, wenn sie nicht länger als zwei Jahre zurückliegen.
- Zum anderen ist vor allem den Konstellationen Rechnung zu tragen, in denen eine Patientenverfügung wegen zwischenzeitlichen Eintritts der Einwilligungsunfähigkeit der betroffenen Person nicht (mehr) die Validitätsbedingungen des § 1 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 erfüllen kann. Dies gilt vor allem für Patienten im Wachkoma sowie mit Altersdemenz.

Gemäß § 3 Abs. 2 S. 3 kann auch der „natürliche Wille“ ein Anhaltspunkt für den mutmaßlichen Willen sein (etwa die „Zufriedenheit“ eines schwerst altersdementen PEG-Sonden-ernährten Menschen, der zuvor verfügt hatte, bei schwerster Altersdemenz dürfe er nicht durch PEG versorgt werden, die man als lebensbejahende Äußerung deuten kann). Allerdings: Weil die Ermittlung des natürlichen Willens eine prekäre Nähe zu spekulativen Erwägungen aufweist (die Deutung im genannten Beispiel ist nicht zwingend) und damit zum Vehikel für Fremdbestimmung werden kann, empfiehlt es sich festzulegen, dass Äußerungen des natürlichen Willens als alleinige Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen unbeachtlich sind. Der Kursivdruck der gesamten Regelung – und damit korrespondierend der Klammerzusatz in § 3 Abs. 2 Satz 2 („vorrangig“) – soll deutlich machen, daß insoweit noch Diskussionsbedarf besteht.

Gemäß § 3 Abs. 3 S. 1 können nächste Angehörige und sonstige Auskunftspersonen befragt werden. Für sonstige Auskunftspersonen ist eine berufliche Mitwirkung am Behandlungsgeschehen erforderlich. Angesichts des Umstands, dass viele Patientinnen und Patienten z.B. im Krankenhaus mit Pflegekräften oder Mitarbeiter/innen des sozialen Dienstes kommunizieren, können auch und gerade deren Auskünfte ergiebig sein.

Die Befragung muss der behandelnde Arzt nicht selbst durchführen; er kann Personen damit beauftragen (vgl. § 3 Abs. 3 S. 1). Dies entspricht einer im Krankenhausbereich durchaus verbreiteten Praxis, wonach z.B. Mitarbeiter/innen des sozialen Dienstes unter Anleitung und Aufsicht der behandelnden Ärzte die Abgabe von Einwilligungen in Aufklärungsgesprächen vorbereiten bzw. Patientinnen und Patienten bei der Abfassung von Patientenverfügungen beraten.

Das Gesetz legt nicht fest, welche Angehörige befragt werden müssen, die Rangfolge bezieht sich nur darauf, dass überhaupt nächste Angehörige zu befragen sind, wobei die Rangfolge in erster Linie unter dem Aspekt der Erreichbarkeit bedeutsam ist. Eine angemessene Zeit im Sinne des § 3 Abs. 3 S. 5 liegt nur vor, wenn intensiv versucht wurde, die jeweils vorrangig zu Befragenden aufzufinden; häufig wird sich hier kein Problem ergeben, weil nächste Angehörigen meist schon vor einer Zuspitzung der Ereignisse bekannt sind. Hinsichtlich der sonstigen Auskunftspersonen liegt deren Befragung, auch ihre Reihenfolge, im Ermessen des

Arztes bzw. der von diesem beauftragten Person. § 3 Abs. 3 S. 6 legt fest, dass eine mutmaßliche Einwilligung umso eher anzunehmen, je mehr die vermittelten Informationen inhaltlich (nicht wortwörtlich) übereinstimmen. Die Vorschrift soll dazu motivieren, sich um eine möglichst hohe Zahl an Befragten zu bemühen.

Gemäß § 3 Abs. 3 S. 7 gilt allerdings für den Fall, dass die betroffene Person in einer Einrichtung mit beratendem Gremium im Sinne von § 2 Abs. 2 behandelt wird, dass der Arzt auch dessen Stellungnahme einzuholen hat. Bei der Stellungnahme des beratenden Gremiums handelt es sich um eine „neutrale“, entscheidungsentlastete Perspektive, deren Berücksichtigung den Prozess der Findung des mutmaßlichen Willens in der Regel befördern wird.

Die Bestimmung des § 3 Abs. 5 schafft für Konflikt- bzw. Zweifelsfälle eine Entscheidungszuständigkeit des Vormundschaftsgerichts.

§ 3 Abs. 6 stellt klar, dass, soweit es um lebenserhaltende Maßnahmen geht, eine „objektiv“-gemutmasste Einwilligung etwa nach sog. allgemeinen Wertmaßstäben zu Lasten des Integritätsschutzes nicht zulässig ist. Die Regelung setzt also den verfassungsrechtlich fundierten Grundsatz „im Zweifel für das Leben“ um (siehe dazu schon die Erläuterungen zu Beginn der Begründung zu § 3). Damit wird namentlich sichergestellt, dass der Abbruch der künstlichen Ernährung bei Wachkomapatienten ohne hinreichende, d. h. den Anforderungen der Absätze 2-5 genügende Legitimation im individuellen Willen des Betroffenen nicht in Betracht kommt. Diesseits des Sterbeprozesses, der etwa durch zusätzliche Komplikationen eintreten kann, wäre der Abbruch eine Tötungshandlung.

In Übereinstimmung mit der hier skizzierten Position hat etwa das Oberlandesgericht Düsseldorf nachdrücklich hervorgehoben, die vormundschaftsgerichtliche Genehmigung eines Ernährungsabbruchs komme – wenn man sie überhaupt für zulässig halte – „nur in Betracht, wenn der Wille des ... Betroffenen eindeutig feststellbar“ sei. Eine solche Feststellung sei „allenfalls möglich, wenn der Wille in jüngerer Zeit geäußert worden ist, beispielsweise durch eine unmissverständliche Patientenverfügung oder durch ernstzunehmende wiederholte Äußerungen gegenüber Vertrauenspersonen, insbesondere Verwandten, Freunden oder Ärzten“ (so OLG Düsseldorf, Beschluss vom 27. März 2001, NJW 2001, 2807 [2808]).

§ 4 Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetz

Die Strafvorschriften unterstreichen, wie wichtig die Einhaltung der Prüfpflichten gemäß § 2 und die Bestimmungen über die Ermittlung des mutmaßlichen Willens (§ 3) ist. Nichtprüfung bzw. Nicht-Ermitteln bedeutet, dass auf eine den gesetzlichen Vorschriften entsprechende Prüfung bzw. Ermittlung verzichtet wurde; die Richtigkeit des Ergebnisses der Prüfung bzw. der Ermittlung ist nicht entscheidend. D.h., die Strafandrohung zielt nicht auf eine Sanktionierung des falschen Ergebnisses – was angesichts der Vagheiten, die den Problembereich der Patientenverfügung prägen, unangemessen wäre –, sondern darauf, dass die prozeduralen Bestimmungen der in den Sanktionstatbeständen genannten Vorschriften der §§ 2, und 3, die dem Schutz von Leib und Leben einerseits und dem Schutz der (Patienten-) Selbstbestimmung andererseits dienen, nicht beachtet wurden. Die Strafandrohung



orientiert sich an den Strafandrohungen, die für Körperverletzungs- und Tötungsdelikte gelten, greift allerdings nicht auf die tendenziell höheren Strafrahmen der Tötungsdelikte zurück, weil das möglicherweise zugelassene Versterben durchaus dem Willen der betroffenen Person entsprochen haben kann, Gegenteiliges aber nicht auszuschließen ist. Die Ausweitung der strafrechtlichen Haftung auf die Fahrlässigkeitsstrafbarkeit unterstreicht die Bedeutung der in Rede stehenden Rechtsgüter.

§ 5 Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetz

Die Bußgeldbestimmungen, die sich an ähnliche Normen des Transplantationsgesetzes anlehnen, ermöglichen die Ahndung von Ordnungsbestimmungen, die den korrekten Ablauf der Einbindung von Auskunftspersonen gemäß § 3 sichern sollen.

§ 6 Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetz

Die Bestimmung entspricht den Standards neuerer Gesetzgebungspraxis. Sie soll die realen Auswirkungen eines Gesetzesprojekts sichtbar machen und auf gesicherter Grundlage Gesetzesreformen ermöglichen. Die Berichtspflicht basiert auf einem interessenpluralen Ansatz, denn er soll möglichst viele Perspektiven auf das Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetz abbilden. Die regelmäßige Berichtspflicht ist bei einem Thema wie dem der Patientenverfügung angemessen, denn es geht um ein Grundlagenthema im Verhältnis von Individuum und zunehmend älter werdender Gesellschaft, das zudem der hohen Entwicklungsdynamik im Gesundheitswesen ausgesetzt ist. Relativ kurze Intervalle der Berichtspflicht werden der hohen Bedeutung des Themas „Patientenverfügungen“ gerecht.

§ 7 Patientenautonomie- und Integritätsschutzgesetz

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten des Gesetzes. Der Inkrafttretenstermin stellt sicher, dass die Praxis genügend Zeit hat, sich auf die neuen Regelungen einzustellen, ferner bleibt ausreichend Zeit, ergänzendes Landesrecht zu schaffen (vgl. § 2 Abs. 2 S. 4, § 3 Abs. 6 S. 2). Außerdem unterstreicht der Inkrafttretenstermin, dass eine verbindliche gesetzliche Orientierung im Interesse der Sicherung von Patientensouveränität durch Patientenverfügungen nicht länger als nötig auf sich warten lassen sollte.

03.13.01.010

Impressum:

Der Hospiz Patientenschutz Aktuell (HPA) ist eine spezielle Informationsschrift, insbesondere für die Mitglieder der Deutschen Hospiz Stiftung.

Geschäftsstelle: Europaplatz 7, 44269 Dortmund, Tel. 0231 / 73 80 73-0, Fax 023 1/ 73 80 73-1
Informationsbüro Berlin, Chausseestraße 10, 10115 Berlin, Tel. 030 / 2 84 44 84 - 0, Fax 030 / 2 84 44 84 - 1
Informationsbüro München, Baldestraße 9, 80469 München, Tel. 089 / 20 20 81 - 0, Fax 089 / 20 20 81 - 11
Internet: www.hospize.de

Spendenkonto: 111 111 111, Stadtparkasse Dortmund, BLZ 440 501 99

Die Deutsche Hospiz Stiftung ist eine Stiftung bürgerlichen Rechts mit Sitz in Düsseldorf. Sie ist vom Finanzamt Dortmund-Ost mit Steuerbescheid vom 22.09.2004, 31759413835, als gemeinnützige und mildtätige Körperschaft anerkannt.