

# **Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht**

**Anmerkungen zur aktuellen Debatte  
bezüglich der gesetzlichen Regelung  
von Patientenverfügungen**

**Schney, 8.11.05**

**Dr. Jürgen Bickhardt**

# Umfragen zur Euthanasie

## BRD Oktober 2005 (SZ vom 21.10.05)

- Forsa: 74 % der Deutschen für aktive Sterbehilfe
- Emnid: 35 % der Deutschen für aktive Sterbehilfe  
56 % der Deutschen befürworten  
Hospize und Palliativmedizin

(Emnid hatte den Befragten kurz erläutert, was die Linderung von Leiden in der Palliativmedizin und die Sterbebegleitung in einem Hospiz bedeuten)

# **Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht**

- 1. Die Würde des Menschen und sein  
Recht auf Selbstbestimmung**
- 2. Anmerkungen zur gültigen Rechtslage  
und den Möglichkeiten der Vorsorge**
- 3. Zum Begriff „Sterbehilfe“**
- 4. Der aktuelle Streit im Hinblick auf eine  
wünschenswerte zukünftige Gesetz-  
gebung**
- 5. Empfehlungen**

# **Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht**

**1.**

**Die Würde des Menschen  
und sein Recht auf  
Selbstbestimmung**

# Die Würde des Menschen (1)

- Die Menschenwürde gilt in Deutschland als das höchste von der Verfassung geschützte Gut.
- Es gibt kein würdeloses menschliches Leben. Jedem Menschenleben ist Würde zuzusprechen. Und sei es noch so kläglich und geschunden.
- Unwürdig kann aber unser Umgang mit menschlichem Leben sein.

# **Die Würde des Menschen (2)**

**Zum Kern der Menschenwürde gehören sowohl seine Freiheit, Entscheidungen für und über sich zu treffen, als auch seine Bedürftigkeit und sein Angewiesensein auf die Fürsorge anderer.**

# Selbstbestimmung und Fürsorge (1)

- „Der Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten ist eine Implikation der Fürsorge.“ \*
- Fürsorge, die sich nicht vorrangig am Willen und subjektiven Wohl des Patienten orientiert, verfehlt ihren Auftrag.

\* (EKD 2005)

# Selbstbestimmung und Fürsorge (2)

- Umgekehrt wird Selbstbestimmung häufig erst durch Fürsorge möglich.
- „Die flächendeckende Bereitstellung von Palliativmedizin und hospizlicher Versorgung ist eine wesentliche Voraussetzung für die wirksame Ausübung des Rechts auf Selbstbestimmung am Lebensende.“ \*

\* („Patientenautonomie am Lebensende“ – BMJ 2004)

# **Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht**

**2.**

**Anmerkungen zur gültigen  
Rechtslage und den  
Möglichkeiten der Vorsorge**

# Zur Rechtslage

# Grundgesetz Artikel 2

- **Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit** (soweit nicht die Rechte anderer verletzt werden, soweit dies nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt)
- **Recht auf Leben**
- **Recht auf körperliche Unversehrtheit**
- **Die Freiheit der Person ist unverletzlich**

# BGH-Urteil 1994

- **„Hilfe zum Sterben“ kann im Einzelfall zulässig sein**  
(Abbruch einer ärztlichen Behandlung bei einem unheilbar erkrankten, nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten im Vorfeld des Sterbeprozesses)
- **Entscheidend ist der „mutmaßliche Wille“ des Patienten** (an dessen Annahme strenge Anforderungen zu stellen sind)
- **Hierbei sind wichtig: Frühere Äußerungen des Patienten, seine religiöse Überzeugung, seine persönlichen Wertvorstellungen, seine Lebenserwartung, das Ausmaß der Schmerzen und die Schmerztoleranz**

# BGH-Beschluss 2003

- **PVen sind grundsätzlich verbindlich**
- **PVen sind Ausdruck des tatsächlichen Patientenwillens. Nur beim Fehlen einer solchen Willensbekundung muss der mutmaßliche Wille ermittelt werden**
- **Die in Eigenverantwortung getroffene und in der PV niedergelegte Entscheidung darf nicht unter spekulativer Berufung darauf unterlaufen werden, dass der Betroffene in der konkreten Situation vielleicht doch etwas anderes gewollt hätte**
- **Das Wohl des Patienten ist vorrangig subjektiv zu verstehen**

# BGH-Beschluss 2005

- Die mit Hilfe einer Magensonde durchgeführte künstliche Ernährung ist ein Eingriff in die körperliche Integrität, der der Einwilligung bedarf.
- Eine gegen den Willen durchgeführte künstliche Ernährung ist demnach eine rechtswidrige Handlung.
- Das Selbstbestimmungsrecht von Pflegekräften findet am entgegenstehenden Willen des Patienten, also an den „Rechten anderer“ ihre Grenze.
- Das Vormundschaftsgericht ist nur dann anzurufen, wenn der Betreuer die vom behandelnden Arzt „angebotene“ medizinische Maßnahme verweigert (Konfliktfall).

# Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung 1998/2004 (1)

- **Ablehnung der „aktiven Sterbehilfe“ und der Beihilfe zum Suicid**
- **Lebenserhaltende medizinische Maßnahmen können in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten eingestellt werden („Therapiezieländerung“)**
- **Das gilt auch bei Patienten, “die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden.“**
- **Pflicht zur Basisbetreuung in jeder Situation: menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Linderung von Schmerzen, Luftnot, Übelkeit und anderen leidvollen Symptomen, Stillen von Hunger und Durst („Dazu gehören nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr.“)**

# Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung 1998/2004 (2)

- Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen sind eine wesentliche Hilfe für den Arzt
- Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist die Patientenverfügung verbindlich, wenn die konkrete Situation der in der Verfügung beschriebenen entspricht und keine Anhaltspunkte für eine nachträgliche Willensänderung erkennbar sind
- Liegt keine bindende Willenserklärung vor, dann hat der Arzt entsprechend dem mutmaßlichen Willen zu handeln, der aus den Gesamtumständen zu ermitteln ist. Dabei sind neben früheren Äußerungen seine Lebenseinstellung, seine religiöse Überzeugung, seine Haltung zu Schmerzen und zu schweren Schäden in der ihm verbleibenden Lebenszeit zu beachten

# Flussdiagramm zur Bestimmung des Patientenwillens (modifiziert nach LMU, Klinikum Großhadern)

Aktuell erklärter Wille des aufgeklärten/einwilligungsfähigen Patienten (immer vorrangig, wenn vorhanden)

Wenn  
Neg.

In PV vorausverfügter Wille (fortwirkend/verbindlich, wenn PV auf die Situation anwendbar)

Wenn  
Neg.

Mutmaßlicher Wille, subjektives Wohl  
(frühere Äußerungen, Wertvorstellungen, Lebenseinstellungen, Lebenserwartung, Krankheitssymptome...)

Wenn  
Neg.

Entscheidung zum objektiven Wohl des Patienten  
(Lebensschutz hat Vorrang)

# Das objektive Wohl

1. Abwägung von Nutzen („bonum facere“) und Schaden („nil nocere“) der geplanten lebensverlängernden Maßnahme.
2. „ In dubio pro vita“

# Möglichkeiten der Vorsorge

**Vorsorgevollmacht**

**Patientenverfügung**

**(Betreuungsverfügung)**

# **(Vorsorge) Vollmachten**

können sich beziehen auf :

- **Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit**
- **Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten**
- **Behörden**
- **Vermögenssorge**
- **Post- und Fernmeldeverkehr**
- **Vertretung vor Gericht**
- **Erteilung einer Untervollmacht**

# **(Vorsorge) Vollmachten zur Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit sollen enthalten (1):**

- **Gesundheitssorge; ambulante/ stationäre/ teilstationäre Pflege; Durchsetzung des Patientenwillens (PV)**
- **Einwilligung auch in Untersuchungen/ Heilbehandlungen, die mit Lebensgefahr/ schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schäden verbunden sein könnten (§ 1904,1 BGB)**
- **Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebenserhaltender Maßnahmen.**

# **(Vorsorge) Vollmachten**

**zur Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit**  
**sollen enthalten (2):**

- **Entbindung von der Schweigepflicht**
- **Einsicht in Krankenunterlagen**
- **Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906,1 BGB)**
- **Freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente) in einem Heim/ einer Einrichtung (§ 1906,4 BGB)**

# Die Patientenverfügung

(Die „ideale Patientenverfügung“ gibt es nicht!)

- Sicht der „Ersteller“  
einfach  
kurz
- Sicht der „Anwender“  
individuell  
möglichst mit eigenen Worten formuliert  
ernsthaft  
aktuell  
präzis

# Warum Scheu vor Patientenverfügungen?

- Die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit.
- Vielzahl an Formularen
- Vielzahl an Stellungnahmen
- Viele Ärzte beachten PV nicht
- Viele Ärzte und Vormundschaftsrichter kennen die aktuelle Rechtslage nicht
- Zu wenig Beratungsangebote

# Patientenverfügung

## Was ist unverzichtbar?

- **Eingangsformel:**

„Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes“

- **Präzise Beschreibung der Situationen,**  
für die die PV gelten soll

- **Beschreibung der Wünsche**  
bezüglich Durchführung oder Unterlassung  
ärztlicher/pflegerischer Maßnahmen

- **Ort, Datum, Unterschrift**

# Patientenverfügung

## Was wird empfohlen?

- Aussagen zur Verbindlichkeit
- Hinweise auf weitere Vorsorgemaßnahmen
- Hinweise auf persönliche Erläuterungen, z.B.
  - eigene Wertvorstellungen
  - Stellungnahme zur Organspende
  - Wünsche bezüglich Wiederbelebung
  - Ergänzung im Fall schwerer Krankheit
- Wünsche zu Ort/Art der Begleitung
- Aktualisierungen
- Dokumentation einer Beratung

# Vorsorge in gesunden Tagen (1)

Persönliche Überlegungen

Gespräch mit vertrauten Menschen

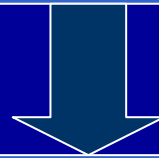
Beratung  
(z.B. Hausarzt)

Autorisierung einer/mehrerer Vertrauenspersonen  
als Bevollmächtigte (ersatzweise: Betreuer)

## Vorsorge in gesunden Tagen (2)

### Niederschrift

Patientenverfügung/eigene Wertvorstellungen  
Vorsorgevollmacht/en  
(ersatzweise Betreuungsverfügung)



### Hinterlegen

PV/eigene Wertvorstellungen: Kopie Bevollmächtigte/Hausarzt  
Vollmachten/en: Original Bevollmächtigte/Kopie Hausarzt  
Vormundschaftsgericht/Zentrales Vorsorgeregister Bundesnotarkammer



### Karte

immer bei sich tragen

## Vorsorge in gesunden Tagen (3)

### **Erneuerung der Unterschrift (PV)**

(in regelmäßigen Abständen/ bei wichtigen Veränderungen im Leben)



### **Im Falle schwerer Krankheit**

Ergänzung zur PV im Fall schwerer Krankheit in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt

# **Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht**

**3.**

**Zum Begriff „Sterbehilfe“**

# Formen der Sterbehilfe (SH)

(Die Unterschiede sind wichtig!)

- Tötung auf Verlangen („aktive SH“)
- Beihilfe zur Selbsttötung
- Verzicht auf oder Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen gemäß Patientenwunsch („passive SH“)
- Inkaufnahme eines früheren Todeszeitpunktes als Folge lindernder Maßnahmen gemäß Patientenwunsch („indirekte (aktive) SH“)

# Statt Sterbehilfe: Alternative Bezeichnungen

## ■ Euthanasie

- Tötung auf Verlangen
- Beihilfe zur Selbsttötung

## ■ Sterbebegleitung

- Palliativbetreuung, Hospizarbeit
- Therapiezieländerung gemäß Patientenwunsch

(Der Begriff „indirekte Sterbehilfe“ ist überflüssig)

# Therapiezieländerung bei tödlichen Erkrankungen

Frühere Sicht

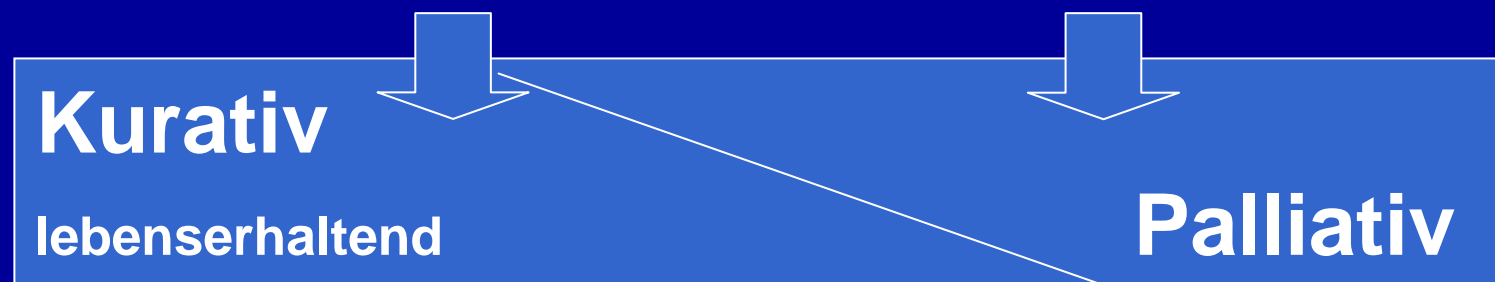
Therapiezieländerung



Heutige Sicht

Therapiezielverschiebung

Therapiezieländerung



# **Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht**

**4.**

**Der aktuelle Streit im Hinblick  
auf eine wünschenswerte  
Gesetzgebung**

# Zum Streit um eine gesetzliche Regelung

## Wichtige Vorschläge 2004:

- Arbeitsgruppe des BMJ „Patientenautonomie am Lebensende“ (Kutzer-Kommission)
- Referentenentwurf des BMJ (zurückgezogen)
- Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“
- Vorschläge der Bioethik-Kommission (Rheinl.Pf.)

## Stellungnahmen 2005:

- Nationaler Ethikrat,
- EKD,
- Gesetzesvorschlag Deutsche Hospizstiftung (Höfling)

# Die wichtigsten Streitpunkte

- **Beratungspflicht**
- **Verpflichtende Schriftform**
- **Einschaltung des Vormundschaftsgerichtes**
- **Einschaltung eines Ethik-Konsil**
- **Ermittlung des mutmaßlichen Willens**
- **Reichweitenbegrenzung**

# Ermittlung des mutmaßlichen Willens (bzw. subjektiven Wohls)

- **Frühere Willensäußerungen** (BGH 94)  
(= Der durch Dritte ermittelte Wille)
- **Persönliche Wertvorstellungen** (BGH 94)  
**Lebenseinstellungen** (Bundesärztekammer)
- **Religiöse Überzeugungen** (BGH 94)
- **Lebenserwartung** (BGH 94)
- **Einstellung/Toleranz zu/von Schmerzen** (BGH 94) **und anderen leidvollen Symptomen**  
(Bundesärztekammer)
- **Körpersprachliche Äußerungen** (Bayer.Ärzteblatt 2/2000)

# Reichweitenbegrenzung (1)

## Warum?

**u.a.:**

- **„Meinungsänderung im Laufe der Zeit“**
- **„Selbstschädigung ist erlaubt, Fremdschädigung nicht“**
- **„Nur die Krankheit darf den Tod herbeiführen, nicht der Therapieverzicht“**
- **Gesellschaftlicher Druck**
- **Grenze zur aktiven SH verwässert**

# Reichweitenbegrenzung (2)

## Wie ?

- **Beschränkung auf „irreversibel tödliche Erkrankungen“**

### Dazu sollen u.a.nicht gehören:

- „Wachkoma“ (Enquete-Kommission 04)
- „Demenz“ (Enquete-Kommission 04)

### Dazu sollen u.a. gehören:

- „Unheilbare Erkrankungen“ (W. Härle)
- „Irreversible Bewusstlosigkeit“ (EKD-Text 4/05)
- „Altersschwachheit“ (EKD-Text 4/05)
- „Wachkoma“ (BGH-Beschluss 3/03)

# Reichweitenbegrenzung (3)

## Was spricht u.a. dagegen?

- Grundgesetz: Was für den aktuell erklärten Willen gilt, muss auch für den vorausverfügten Willen gelten: Kein Eingriff in die körperliche Integrität ohne Einwilligung
- Sterben an „Altersschwäche“ muss erlaubt sein – ohne Nachweis eines „irreversiblen tödlichen Leidens“
- Verzicht auf Wiederbelebungsmaßnahmen muss erlaubt sein- auch wenn der, der dies wünscht, zuvor gesund war
- Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen wie Organtransplantation, Dauerdialyse oder Dauerbeatmung muss bei nicht unmittelbar tödlichen Erkrankungen (z.B. bei mittelgradiger Demenz) auch dann möglich sein, wenn diese medizinisch möglich oder sinnvoll erscheinen

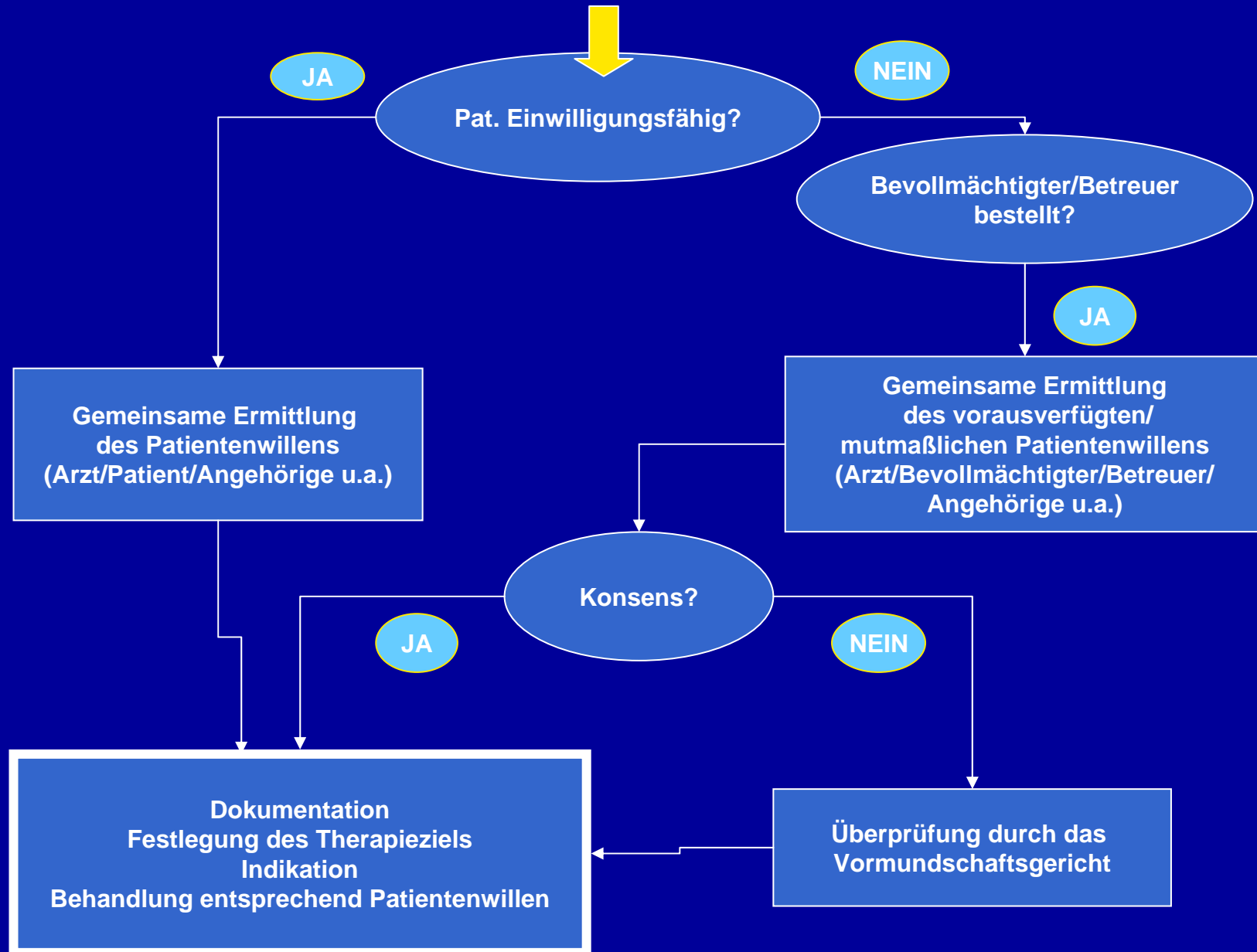
Eine medizinisch plausible Definition von Reichweitenbegrenzung gibt es bislang nicht!

# Reichweitenbegrenzung (4)

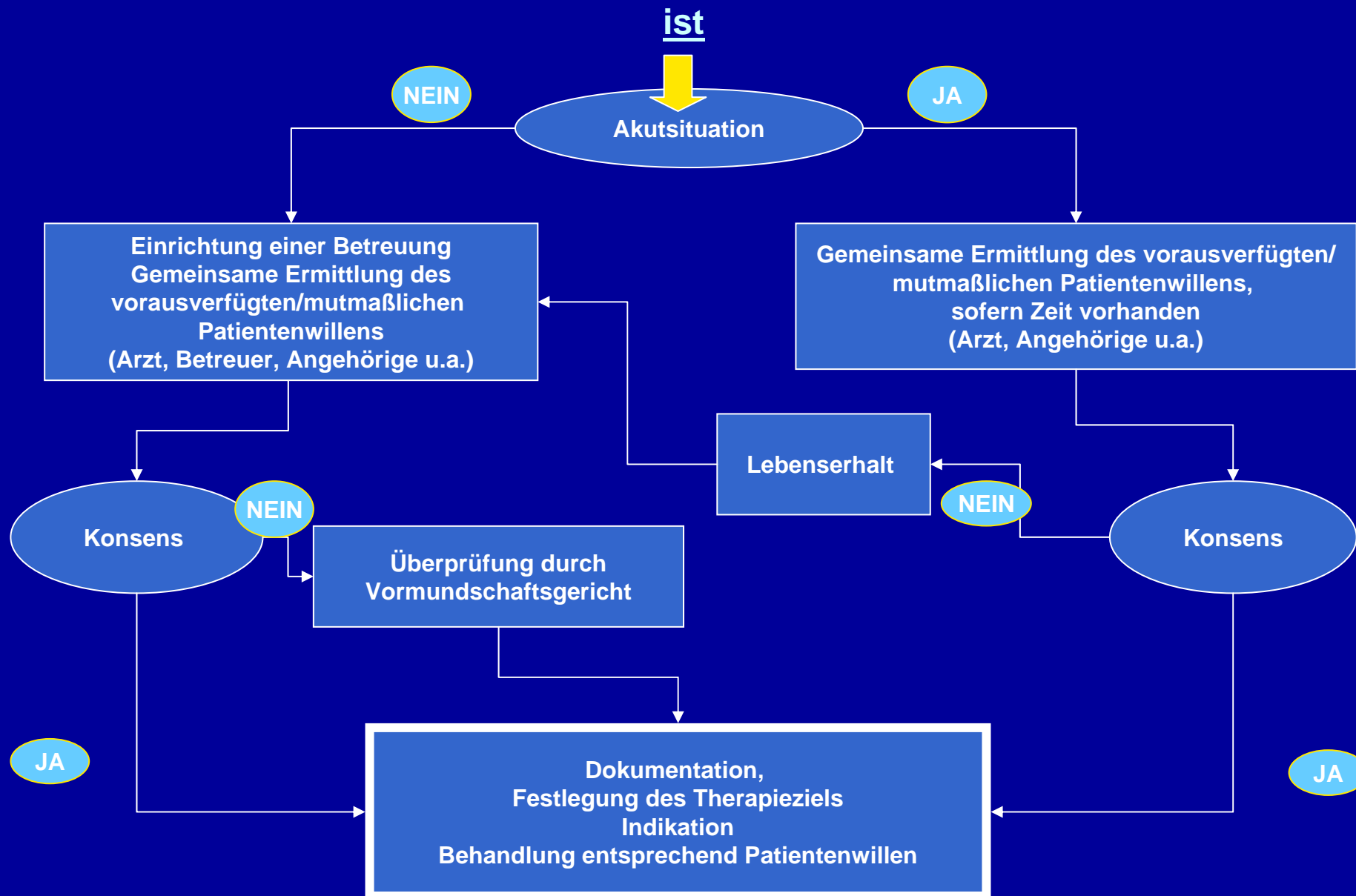
Selbst wenn es gelänge, eine medizinisch plausible „Formel“ für eine Reichweitenbegrenzung zu finden, müsste zusätzlich definiert werden, für welche der möglichen lebenserhaltenden Maßnahmen (Organtransplantation bis künstliche Ernährung) welche Reichweitenbegrenzung gelten soll. Und es müsste sichergestellt sein, dass solche Festlegungen in relativ kurzen Zeitabständen überprüft und gegebenenfalls verändert werden müssten.

Diese Schwierigkeiten sprechen ebenfalls gegen eine gesetzlich geregelte Reichweitenbegrenzung

# Entscheidungsdiagramm nach Borasio(1) (Frage nach Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen)



# Entscheidungsdiagramm nach Borasio (2) bei nichteinwilligungsfähigen Patienten, für die weder ein Bevollmächtigter noch ein Betreuer bestellt ist



# **Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht**

**5.**

## **Empfehlungen**

# Empfehlungen (1)

**Die Wahrnehmung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende sollte eingebettet sein in fürsorgliche palliative und hospizliche Begleitung.**

# Empfehlungen (2)

Patientenverfügungen sollen bei der Abfassung in Gespräche mit vertrauten Personen eingebettet sein.

## Empfehlungen (3)

Auch die Umsetzung von Patientenverfügungen sollte im Rahmen einer „Ethik des Dialogs“ erfolgen. Außer Bevollmächtigtem/Betreuer und Arzt sind gegebenenfalls andere wichtige Personen mit einzubeziehen („Ethik-Konsil“).

# Empfehlungen (4)

Die Krankheitssituationen, auf die sich die Wünsche bezüglich medizinischer Maßnahmen beziehen, sollen sehr präzis beschrieben sein. Dabei können auch Situationen vor Einsetzen des eigentlichen Sterbeprozesses genannt werden.

# Empfehlungen (5)

Schriftform und Beratung werden  
dringlich empfohlen.

# Empfehlungen (6)

Eine Patientenverfügung sollte mit einer Vorsorgevollmacht oder ersatzweise mit einer Betreuungsverfügung verbunden werden.

# Empfehlungen (7)

**Wenn die Patientenverfügung im Ernstfall nicht „trifft“, wenn Meinungsverschiedenheiten bezüglich der Auslegung bestehen oder wenn gar keine Patientenverfügung vorliegt, soll der mutmaßliche Patientenwille bzw. das subjektive Wohl des Patienten ermittelt werden.**

**Dabei sollte man sich an die Vorgaben des BGH-Urteils von 1994 und die Grundsätze der Bundesärztekammer halten.**

# Diskussion

- **Verhungern und Verdursten**
- **PEG**
- **Wachkoma**
- **Mutmaßlicher Wille**
- **Ergänzungen zur Rechtslage**

# **Abbruch der künstlichen Ernährung: Qualvolles Verhungern lassen?**

- **Die meisten schwerkranken Patienten haben keinen Appetit. Über Hungergefühl klagen sie nicht. Essen müssen wird für sie zur Qual**
- **90 % aller abgemagerter Krebspatienten haben kein Hungergefühl**
- **In fortgeschrittener Krankheitssituation, aber auch bei Altersschwäche, entwickelt sich die Appetitlosigkeit allmählich und hält bis zum Tod an**
- **Hunger ist an den Geschmackssinn gekoppelt. Gibt es für ihn keine Anreize (z.B. bei künstlicher Ernährung), verschwindet er**

# Abbruch der künstlichen Flüssigkeitsgabe: Verdursten lassen?

- **Durstgefühl bleibt sehr lange erhalten**
- **Die wichtigste Maßnahme der Durststillung bei Sterbenden ist eine fachkundige Mundpflege**
- **Für die Zufuhr geringer Mengen Flüssigkeit ist keine PEG nötig**
- **Eine Reduktion der Flüssigkeitsmenge bei Sterbenden hilft, unnötiges Leid zu verhindern (weniger Atemnot, seltener Notwendigkeit zum Absaugen; weniger Erbrechen; keine Wasseransammlung im Körper, der Lunge, dem Gehirn; geringere Decubitusgefahr; geringere Urinausscheidung (event. Vermeidung eines Dauerkatheters); Endorphinausschüttung)**

# PEG

## Unsinnige Behauptungen

- **PEG ist immer schlecht**
- **Einmal PEG = immer PEG**
- **Die Gabe von Sondennahrung über eine PEG ist eine pflegerische Maßnahme, kein ärztlicher Eingriff**
- **Sondennahrung über PEG = „normale Ernährung“, da Verabreichung auf „natürlichem Weg“ erfolgt**
- **Das Beenden einer künstlichen Ernährung = Tötung auf Verlangen**
- **Nichtbeginn und Beendigung der künstlichen Ernährung sind juristisch und ethisch unterschiedlich zu bewerten**

# **PEG**

## **Klarstellung (1)**

- **Ist eine künstliche Zufuhr von Medikamenten, Nahrung und Flüssigkeit über einen längeren Zeitraum nötig, dann ist die PEG die Methode mit den geringsten Komplikationen und der besten subjektiven Verträglichkeit**
- **Eine PEG kann allein zur Linderung (z.B. Gabe von Schmerzmitteln, Tee) gelegt werden, um eine Pflege zu Hause bis zum Tod zu ermöglichen**
- **Man kann eine PEG über längere Zeit auch liegen lassen, wenn sie nicht benötigt wird**
- **Man kann eine PEG ohne Probleme entfernen**

# **PEG**

## **Klarstellung (2)**

- **Der Arzt stellt die Indikation zum Legen einer PEG**
- **Das Legen einer PEG ist ein risikobehafteter ärztlicher Eingriff**
- **Die Entscheidung über die Fortführung einer Sondennahrung über eine PEG trifft der Arzt (was, wann, wieviel)**
- **Sondennahrung ist rezeptpflichtig**
- **Die Anpassung der Sondennahrung an die jeweilige Krankheitssituation (Kalorienbedarf, Flüssigkeitsbedarf, Begleiterkrankungen, Komplikationen) erfolgt durch den Arzt**

# **Das Wachkoma**

## **Unsinnige Behauptungen**

- **„Das Wachkoma ist eine/keine irreversibel tödliche Erkrankung.“**
- **„Kommunikation mit Wachkomapatienten ist möglich.“**
- **„Wachkomapatienten äußern Gefühle, und zeigen mitunter Lebensfreude“**
- **„Die Wahrscheinlichkeit eines Aufwachens aus dem Wachkoma bei entsprechend intensiver Therapie ist viel höher als behauptet.“**

# Das Wachkoma

## Klarstellung (1)

### Wachkoma ist nicht gleich Wachkoma

- hypoxisch versus posttraumatisch (Ursache)
- persistent vegetative state (PVS) versus minimal cognitive state (MCS) (Quantität des Schadens)
- Diagnose eines PVS nach 1 Monat (hypoxisch), nach mehr als 1 Monat (posttraumatisch)
- selbst geringe Erholung kognitiver und motorischer Funktionen nach 3 Monaten (hypoxisch) mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht gegeben
- Irreversibilität „sicher“ nach 6 Monaten (hypoxisch) bzw. nach 12 Monaten (posttraumatisch) (Zeitfaktor)
- Unterschiedliche Einschätzung je nach Lebensalter, Begleiterkrankungen (Begleitumstände)
- ...

# Das Wachkoma

## Klarstellung (2)

### PVS bedeutet:

(mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit)

- Irreversibler Bewußtseinsverlust
- Äußerungen wie Weinen oder Lächeln sind eine subcortikale, instinktive Reflexantwort auf externe Reize
- Kein Hunger - oder Durstgefühl
- Erhaltener Tag - Nacht- Rhythmus

**„Wach“ bedeutet nicht „bewusst“**

# Der mutmaßliche Wille

## Fragen zur Ermittlung (1)

- Frühere Äußerungen zu vergleichbaren Situationen (anderer)?
- Früherer Umgang mit eigenen Schicksalsschlägen?
- Früherer Umgang mit Krankheiten/Behinderungen anderer?
- Frühere Fähigkeit, die Hilfe anderer anzunehmen?
- Früher geäußerte Ängste?
- Frühere Einschätzung des eigenen Lebens (erfüllt, misslungen...)?
- Beziehungen zu anderen Menschen?

# **Der mutmaßliche Wille**

## **Fragen zur Ermittlung (2)**

- **Stellenwert der Religion im eigenen Leben?**
- **Pläne für das weitere Leben/das Lebensende?**
- **Gibt es „Unerledigtes“?**
- **Wie sah zuletzt der Alltag aus?**
- **Vorstellungen vom Leben nach dem Tod?**
- **Vorkehrungen für den eigenen Todesfall?**

**„Die strafrechtlichen Grenzen einer Sterbehilfe im weiteren Sinn („Hilfe zum Sterben“) erscheinen nicht hinreichend geklärt.“  
(Beschluss 12.Zivilsenat des BGH 2005)**

**Urteil Strafsenat des BGH 1994:**

**Ein Behandlungsabbruch vor Einsetzen des Sterbeprozesses (Sterbehilfe im weiteren Sinn, „Hilfe zum Sterben“) ist als Ausdruck der Entscheidungsfreiheit und des Rechts auf körperliche Unversehrtheit grundsätzlich anzuerkennen. Aber an die Annahme eines mutmaßlichen Willens sind im Vergleich zur Sterbehilfe im eigentlichen Sinn (Sterbeprozess) höhere Anforderungen zu stellen.**

**„Die strafrechtlichen Grenzen einer Sterbehilfe im weiteren Sinn („Hilfe zum Sterben“) erscheinen nicht hinreichend geklärt.“  
(Beschluss 12. Zivilsenat des BGH 2005)**

**Beschluss 12. Zivilsenat des BGH 2003:**

**Für das Verlangen des Betreuers, eine medizinische Behandlung einzustellen, ist kein Raum, wenn das Grundleiden noch keinen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen hat.**

**Interpretation Dr. Hahne (Vorsitzende dieses Senats):**

**Voraussetzung, künstlich lebensverlängernde Maßnahmen gegen den Patientenwillen nicht vorzunehmen ist, „dass der Patient bei einem natürlichen Verlauf seiner Krankheit ohne künstliche Hilfsmittel sterben würde.“**

# Problemsituation

Unterlassene ärztliche Hilfeleistung  
nach erfolgtem nicht assistierten  
Suicidversuch bei tödlich Erkrankten,  
deren Willen dem Arzt bekannt ist.