

# Umgang mit Patientenverfügungen

Empfehlung

Diözesaner Ethikrat  
im Caritasverband  
für das Erzbistum  
Paderborn e. V.



## INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung .....	3
<b>Das Grundanliegen der Patientenverfügung</b> .....	4
<b>Rechtlicher Rahmen</b> .....	6
Allgemeine Vorgaben der Verfassung .....	6
Konkrete Normierungen des Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts .....	7
Entscheidungen bei Vorliegen einer verbindlichen Patientenverfügung .....	7
Entscheidungen auf der Grundlage des mutmaßlichen Willens des Patienten .....	9
Entscheidungen auf der Grundlage allgemeiner Wertvorstellungen .....	10
<b>Ethische Orientierung</b> .....	11
<b>Empfehlungen</b> .....	15
Glossar .....	18
Literatur .....	20
Veröffentlichungen des Diözesanen Ethikrates .....	20
Mitglieder des Diözesanen Ethikrates .....	21
Anhang „Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts“ .....	22

## IMPRESSUM

**Diözesaner Ethikrat  
im Caritasverband für das  
Erzbistum Paderborn e. V.**

Am Stadelhof 15  
33098 Paderborn

Telefon 05251 209-0  
Telefax 05251 209-202

ethikrat@caritas-paderborn.de  
www.caritas-paderborn.de

VERANTWORTLICH

Dr. Horst Luckhaupt  
Vorsitzender des Diözesanen Ethikrates

Josef Lüttig  
Diözesan-Caritasdirektor

GESTALTUNG, HERSTELLUNG

Mues + Schrewe GmbH  
www.mues-schrewe.de

Paderborn, Stand Juli 2013, 3. Auflage Januar 2016

## EINLEITUNG

Der angemessene Umgang mit sog. *Patientenverfügungen* steht seit vielen Jahren im Mittelpunkt einer bis in die Gegenwart andauernden Debatte. Dabei werden weniger die grundsätzliche Sinnhaftigkeit und Legitimität als vielmehr die konkreten Anforderungen an die nähere Ausgestaltung dieses speziellen Vorsorgeinstruments kontrovers diskutiert.

Zwar ist zu begrüßen, dass sich immer mehr Menschen mit der Möglichkeit einer zukünftigen krankheitsbedingten eigenen Entscheidungsunfähigkeit auseinandersetzen und darüber nachdenken, wie sie für diesen Fall rechtzeitig Vorsorge treffen können. Doch darf dabei nicht aus dem Blick geraten, dass sich in diesem Zusammenhang neben mancherlei praktischen Problemen auch eine Reihe sehr grundsätzlicher *anthropologischer*, *ethischer* und *rechtlicher* Fragen stellen, die der sorgfältigen Prüfung bedürfen.

Dies gilt umso mehr, als der deutsche Gesetzgeber mit dem seit 1. September 2009 geltenden *Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts* eine Regelung in Kraft gesetzt hat, die neben manchen Vorzügen auch verschiedene Nachteile mit sich bringt, deren sich gerade wertgebundene Institutionen wie z. B. Krankenhäuser und Altenhilfeeinrichtungen in kirchlicher Trägerschaft bewusst sein sollten.

Die vorliegende Empfehlung des Diözesanen Ethikrats verfolgt dementsprechend ein doppeltes Ziel: Sie will zum einen über den gegenwärtigen Sachstand informieren, zum anderen aber auch auf Probleme und Gefahren aufmerksam machen, die sich aus der neuen rechtlichen Regelung für ein moralisch überzeugendes Handeln ergeben. Dies soll in vier Schritten geschehen:

- Zunächst wird kurz auf das generelle Grundanliegen von Vorabverfügungen hingewiesen und die der jetzigen Regelung vorausgegangene Diskussion in Erinnerung gerufen.

- Im Anschluss daran ist die gegenwärtige deutsche Rechtslage darzustellen, die den äußeren Rahmen für die Handlungsmöglichkeiten aller Beteiligten verbindlich regelt.
- Ein dritter Abschnitt ist der ethischen Reflexion einiger moralischer Probleme gewidmet, die sich für die verschiedenen Betroffenen aus den gesetzlichen Vorgaben ergeben.
- Schließlich werden einige konkrete Hinweise für einen verantwortlichen Umgang mit Patientenverfügungen in der alltäglichen Praxis gegeben.

## DAS GRUNDANLIEGEN DER PATIENTENVERFÜGUNG

In der neueren medizinischen Ethik bestand lange Zeit ein Konsens darüber, dass ärztliche und pflegerische Leistungen an eine doppelte Voraussetzung gebunden sind: erstens an deren Ausrichtung auf das Wohl des Patienten<sup>1,2</sup> und zweitens an die *informierte Zustimmung* des hinreichend aufgeklärten Patienten (also den sog. *informed consent*). Unter dem Eindruck eines immer stärkeren Rückgangs gemeinsam geteilter Wertmaßstäbe innerhalb der Gesellschaft geriet jedoch die Orientierung an *objektiven* (d. h. der individuellen Willensbestimmung des Einzelnen verpflichtend vorgegebenen) Kategorien wie z. B. dem *Patientenwohl* zunehmend unter den Verdacht einer unangemessenen (z. B. ärztlichen) Bevormundung und wurde daher durch das Prinzip der sog. *Patientenautonomie* ergänzt bzw. teilweise sogar ersetzt. Obwohl der genaue Sinngehalt des *Autonomie*-Begriffs dabei gerade in der Medizinethik bis heute umstritten blieb<sup>3</sup>,

1 Das traditionelle ärztliche Standesethos beruhte weithin auf dem Grundsatz, dass das Wohl des Patienten das oberste Gesetz ärztlichen und pflegerischen Handelns sei (lat.: *salus aegroti suprema lex*).

2 In dieser Empfehlung wird aus Gründen der Lesbarkeit auf die zusätzliche Nennung der jeweiligen weiblichen Form verzichtet.

3 Die Interpretationen des Autonomie-Begriffs schwanken zwischen einer von der Aufklärungsphilosophie inspirierten Vorstellung strikter Vernunftförmigkeit, der zufolge nur diejenige Willensäußerung als Ausdruck eines wirklich „autonomen Willens“ anzuerkennen ist, die einer argumentativen Rechtfertigung mittels jedermann zugänglicher Vernunftargumente offensteht,

wurde bei der jüngeren Diskussion um den gesetzlichen Schutz von Patientenrechten doch stets vorausgesetzt, dass sich aus einer bestimmten medizinischen Indikationsstellung nur dann eine Berechtigung zu einer ärztlichen oder pflegerischen Intervention ergibt, wenn diese vom Willensentschluss des betroffenen Patienten gedeckt ist. Da man hierbei jedoch immer die direkte Äußerung des Patienten zu einer *aktuellen* Behandlungssituation im Blick hatte, drängte sich im Zuge der Erweiterung der medizinisch-technischen Behandlungsmöglichkeiten gerade am Ende des Lebens unweigerlich die Frage auf, ob bzw. unter welchen Bedingungen auch eine *Vorausverfügung* des Patienten für einen späteren Zeitpunkt, der von einer dann nicht mehr bestehenden Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit geprägt ist, durch das Prinzip der Patientenautonomie gedeckt sein kann. Vor allem seit den 1960er-Jahren mehrten sich zunächst in den USA die Initiativen, einer drohenden unerwünschten (insbesondere intensivmedizinischen) Übertherapie am Lebensende durch die rechtliche Absicherung entsprechender Vorabverfügungen klare Grenzen zu setzen.

Die deutsche Ärzteschaft stand einer gesetzlichen Regelung von sog. Patiententestamenten bzw. Patientenverfügungen zunächst eher kritisch gegenüber, da sie der Auffassung war, dass sich Krankheits- und Sterbeverläufe aufgrund ihres individuellen Verlaufs allgemeinen rechtlichen Normierungen entzögen. Entsprechende Dokumente seien bereits seit Langem in der Entscheidungsfindung ausreichend berücksichtigt. Zudem mache man die Erfahrung, dass Patienten im Zuge einer komplexen Krankengeschichte ihre früheren Festlegungen allzu oft revidierten. Demgegenüber wiesen vor allem Patientenvertreter und Juristen darauf hin, dass es zur Absicherung des Selbstbestimmungsrechts der betroffenen Patienten sowie zur Steigerung der Rechtssicherheit notwendig sei, eine neue gesetzliche Regelung auf den Weg zu bringen, um die bislang bestehenden Unklarheiten zu beseitigen. Hauptstreitpunkt im Vorfeld des

und einem philosophisch wesentlich voraussetzungsärmeren umgangssprachlichen Verständnis i. S. voraussetzungsloser Selbstbestimmung, die auch offenkundig irrationale (z. B. selbstschädigende) Handlungswünsche mit einschließt, die sich als solche einer rationalen Rechtfertigung entziehen.

parlamentarischen Gesetzgebungsverfahrens war dabei sowohl innerhalb der wissenschaftlichen Stellungnahmen<sup>4</sup> wie auch in der politischen Diskussion<sup>5</sup> die Frage, ob und gegebenenfalls wie die Reichweite von Patientenverfügungen begrenzt werden könnte, um eine missbräuchliche Verwendung derartiger Anordnungen weitestgehend auszuschließen.

## RECHTLICHER RAHMEN

Für die rechtswissenschaftliche Diskussion um Patientenverfügungen sind einerseits die *verfassungsrechtlichen Vorgaben* und andererseits die einfachgesetzlichen Normierungen des *Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts* von Bedeutung.

### Allgemeine Vorgaben der Verfassung

Eine wichtige prinzipielle Orientierung bieten die im Grundgesetz (GG) normierten Grundrechte. Art. 1 Abs. 1 GG begründet die staatliche Verpflichtung zum Schutz der Menschenwürde. Das Recht auf freie Persönlichkeitsentfaltung sowie das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit werden durch Art. 2 Abs. 1 und 2 GG garantiert. Auf der verfassungsrechtlichen Ebene finden sich damit zwei wichtige Bezugsgrößen, die durchaus miteinander in Konflikt treten können: Einerseits wird hier das *Selbstbestimmungsrecht* der einzelnen Person abgesichert, während andererseits das Grundgesetz auch einen *staatlichen Schutzauftrag für das Rechtsgut Leben* begründet. Selbstbestimmung wie Schutzauftrag sind von der Gesetzgebung und der Rechtsprechung angemessen zu beachten. Diese doppelte Vorgabe wird allerdings in jüngster Zeit dadurch immer stärker unterlaufen, dass der Akzent zunehmend allein auf das individuelle Selbstbestimmungsrecht gelegt wird.

4 Vgl. den Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ vom 30.08.2004 sowie die gegenläufige Stellungnahme des Nationalen Ethikrats vom Juni 2005.

5 Vgl. dazu vor allem die beiden alternativen Gesetzesvorschläge von W. Bosbach und J. Stünker.

## Konkrete Normierungen des Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts

Nach der derzeit in Deutschland gültigen Rechtslage sind im klinischen und pflegerischen Kontext drei verschiedene Szenarien klar voneinander zu unterscheiden:

- 1. Entscheidungssituationen bei Vorliegen einer *verbindlichen Patientenverfügung* i. S. des seit 1. September 2009 gültigen Gesetzes;
- 2. Entscheidungssituationen, die dadurch gekennzeichnet sind, dass keine oder zumindest keine i. S. des Gesetzes verbindliche Patientenverfügung vorliegt, der *mutmaßliche Wille* des Patienten jedoch ermittelbar ist; und
- 3. solche Fälle, bei denen weder eine verbindliche Patientenverfügung noch irgendwelche einschlägigen Behandlungswünsche des Patienten vorliegen, auf deren Basis sich der mutmaßliche Patientenwille bestimmen ließe.

Bislang gibt es zwar keine genauen statistischen Daten zur Verbreitung verbindlicher Patientenverfügungen. Doch ist davon auszugehen, dass diese vom Gesetzgeber besonders präzise umschriebene Situation im Alltag am seltensten vorliegt. Umgekehrt bleiben die rechtlichen Bestimmungen zu der in der Praxis sehr häufigen dritten Konstellation nach wie vor außerordentlich vage. Ungeachtet dieser die faktische Bedeutung der neuen Gesetzesregelung im Alltag stark relativierenden Ausgangslage dürfte es hilfreich sein, sich die näheren Bestimmungen für die genannten Fallgruppen noch einmal überblicksartig zu vergegenwärtigen.

### Entscheidungen bei Vorliegen einer verbindlichen Patientenverfügung

Gemäß § 1901a Abs. 1 BGB ist unter einer *Patientenverfügung* die schriftliche Festlegung eines einwilligungsfähigen Volljährigen zu verstehen, durch die er erklärt, „ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder

sie untersagt“. Aus dieser Definition ergeben sich die folgenden vier Voraussetzungen für die *Verbindlichkeit* einer Patientenverfügung:

1. die Volljährigkeit und Einwilligungsfähigkeit (nicht die Geschäftsfähigkeit!) der Person zum Zeitpunkt der Errichtung der Patientenverfügung;
2. die Schriftform;
3. die Bestimmtheit der medizinischen Maßnahmen, die durchgeführt oder unterlassen werden sollen, und
4. die nähere Umschreibung des Regelungsgegenstandes i. S. der „nicht unmittelbar bevorstehende(n)“ Untersuchungen, Heilbehandlungen oder ärztlichen Eingriffe. Für unmittelbar bevorstehende Maßnahmen dieser Art reicht nach wie vor die mündliche Einwilligung einer einwilligungsfähigen, möglicherweise auch noch minderjährigen Person aus.

Liegt eine verbindliche Patientenverfügung vor, so hat der *Betreuer* oder der durch eine zusätzliche Vorsorgevollmacht *Bevollmächtigte* zu überprüfen, ob die darin enthaltenen „Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen“, und dem Willen des Betreuten entsprechend „Ausdruck und Geltung zu verschaffen“ (§ 1901a Abs. 1). Der Betreuer darf also ebenso wenig wie der Arzt seinen eigenen Willen durchsetzen, sondern er ist vielmehr strikt zur Wahrung der Willensbestimmung des Betreuten verpflichtet. Bei der Feststellung des Patientenwillens „soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist“ (§ 1901b Abs. 2).

Da eine Patientenverfügung „jederzeit formlos widerrufen werden“ kann, sind Ärzte und Pflegekräfte verpflichtet zu überprüfen, ob (z. B. im verbalen oder nonverbalen Verhalten des Patienten) Anhaltspunkte für einen Widerruf früherer Bestimmungen vorliegen.

Grundsätzlich gelten die Bestimmungen einer verbindlichen, d. h. formal korrekt errichteten Patientenverfügung „*unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung*“ (§ 1901a Abs. 3). Eine Begrenzung auf das Endstadium einer Krankheit ist gesetzlich nicht vorgesehen. Der Patient kann eine unstreitig indizierte Behandlung bzw. lebenserhaltende medizinische



Maßnahme (wie z. B. eine künstliche Ernährung) auch dann ablehnen, wenn dies zu einer Beeinträchtigung seines Gesundheitszustandes oder sogar seiner Überlebensfähigkeit führt. Rechtlich bedeutsam ist allein die Selbstbestimmung des Patienten.

Eine Grenze finden die Bestimmungen einer verbindlichen Patientenverfügung allein dort, wo es um Handlungen geht, die rechtlich *unzulässig* sind und folglich strafrechtlich sanktioniert werden. So kann z. B. eine sog. *aktive Sterbehilfe*, also eine gezielte Lebensverkürzung, nicht verlangt werden, da sie ein Tötungsdelikt darstellt, welches gemäß § 216 StGB als sog. *Tötung auf Verlangen* strafbar ist. Demgegenüber ist sowohl die sog. *indirekte Sterbehilfe* als auch die sog. *passive Sterbehilfe* rechtlich zulässig und kommt folglich als möglicher Inhalt einer verbindlichen Patientenverfügung in Betracht.

Um ein möglichst unbürokratisches Vorgehen zu gewährleisten, wird eine Genehmigung ärztlicher Maßnahmen durch das *Betreuungsgericht* allein für die Fälle vorgeschrieben, in denen zwischen Betreuer und behandelndem Arzt *kein* Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem nach § 1901a festgestellten Willen des Betreuten entspricht, bzw. der Bevollmächtigte keine ausdrückliche schriftliche Befugnis besitzt, die die Einwilligung, die Nichteinwilligung oder den Widerruf der Einwilligung in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff umfasst, dessen Ausführung oder Unterlassung zum Tod oder zu einem schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden des Betreuten führt (vgl. § 1904 Abs. 1-5).

### **Entscheidungen auf der Grundlage des mutmaßlichen Willens des Patienten**

Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen deren Festlegungen nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation des Patienten zu, so hat der Betreuer „aufgrund konkreter Anhaltspunkte“ den *mutmaßlichen*

*Willen* des Betreuten festzustellen und „auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme ... einwilligt oder sie untersagt“ (§ 1901a Abs. 2).

Der Betreuer hat dabei „insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten“ zu berücksichtigen (§ 1901a Abs. 2) sowie „nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung“ zu geben, „sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist“ (§ 1901b Abs. 2).

### **Entscheidungen auf der Grundlage allgemeiner Wertvorstellungen**

Da die meisten Menschen keine Patientenverfügung besitzen und aufgrund der gesamtgesellschaftlichen strukturellen Todesverdrängung auch oftmals keine hinreichend präzisen Handlungsanweisungen des Patienten für den Umgang mit bestimmten Krankheitsszenarien rekonstruiert werden können, stoßen alle selbstbestimmungsbasierten Vorsorgeinstrumente in der Praxis oft an unüberwindliche Grenzen. Für den immer häufigeren Fall, dass auch der mutmaßliche Wille des Betroffenen nicht zu ermitteln ist, bleibt dem Recht nur der Rückzug auf sog. „*allgemeine Wertvorstellungen*“ – also Grundsätze, die im Allgemeinen als normal und vernünftig angesehen werden (wie z. B. das Prinzip „im Zweifel für das Leben“ [*in dubio pro vita*] oder der Grundsatz „Das umfassende Wohl des Patienten ist das oberste Gesetz des ärztlichen Handelns“ [*salus aegroti suprema lex*] etc.). Solche allgemeinen Wertvorstellungen führen in der Regel zu einem Handeln, das sich an der *medizinischen Indikation* orientiert. Allerdings dürfte angesichts des fortschreitenden Pluralismus in der Gesellschaft davon auszugehen sein, dass der Vorrat an solchen gemeinsam geteilten Wertüberzeugungen tendenziell rückläufig ist, so dass auch hier zukünftig mit einem wachsenden Konfliktpotenzial gerechnet werden muss.

## ETHISCHE ORIENTIERUNG

Obwohl das *Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts* den unbezweifelbaren Vorteil hat, die inneren Widersprüchlichkeiten in der höchstgerichtlichen Rechtsprechung der letzten Jahre zu beenden und die Rechtssicherheit für alle Beteiligten zu erhöhen, ergeben sich aus ethischer Perspektive dennoch gewichtige kritische Anfragen an verschiedene Einzelbestimmungen dieses Gesetzes. Es ist daher ausdrücklich daran zu erinnern, dass zwischen der bloßen Rechtskonformität eines Verhaltens (i. S. der *Legalität*) und der moralischen Richtigkeit des Handelns (i. S. der *Moralität*) eine wesentliche Differenz besteht. Bereits bei der Errichtung einer Patientenverfügung ist daher unter moralischer Rücksicht nicht nur zu fragen, ob der vom Gesetzgeber eröffnete Entscheidungsspielraum vollständig ausgeschöpft werden darf oder nicht, sondern auch zu berücksichtigen, welche Folgeprobleme sich daraus möglicherweise für Dritte ergeben, die als Betreuer, Ärzte oder Pflegekräfte mit der Ausführung der jeweiligen Willensbestimmungen konfrontiert werden.

Angesichts dieser grundsätzlichen Spannung zwischen *Recht* und *Moral* ergeben sich mit Blick auf die derzeitige gesetzliche Regelung wenigstens die folgenden *drei Problembereiche*:

- 1. Praktische Schwierigkeiten**
- 2. Spannungen zwischen verschiedenen Einzelschriften**
- 3. Ungereimtheiten im Umgang mit den einschlägigen abwägungsrelevanten Gütern**

**Zu 1.:** Ein besonders markantes Beispiel für rein *praktische* Schwierigkeiten im Umgang mit dem neuen Gesetz resultiert aus der Entscheidung des Gesetzgebers, das Instrument der Patientenverfügung im *Betreuungsrecht* zu verankern. Dieser Schritt dürfte überall dort zu erheblichen Problemen führen, wo jemand eine verbindliche Patientenverfügung errichtet, jedoch keine Person seines Vertrauens benannt hat, die als Betreuer fungieren soll. In einem solchen Fall wäre der Betreuer zunächst durch ein Betreuungsgericht einzusetzen. Dies könnte unter Umständen nicht nur zeit-

raubend sein, sondern auch dazu führen, dass eine dem (möglicherweise alleinstehenden) Patienten relativ unbekannt Person bestimmt wird, die über dessen erklärte oder auch nur mutmaßliche Willensbestimmung zumindest mitzuentcheiden hätte.<sup>6</sup> Als kaum weniger problematisch dürfte sich der Umstand erweisen, dass die genauen Wirksamkeitsvoraussetzungen für den *Widerruf* einer verbindlichen Patientenverfügung insbesondere im Blick auf die Entscheidungsfähigkeit des Patienten weit hin ungergelt sind. Zudem fehlt eine Konkretion der Sorgfaltspflichten auf Seiten derjenigen Personen, die über das Vorliegen eines solchen *Widerrufs* zu entscheiden haben.

**Zu 2.:** Ein zweiter Problemkomplex betrifft die Frage, inwieweit die konkreten gesetzlichen Einzelvorschriften untereinander widerspruchsfrei sind. Die Forderung, dass die in der Verfügung niedergelegten Anweisungen einen hohen Grad an „Bestimmtheit“ aufweisen sollen, hätte eigentlich eine *ärztliche Beratungspflicht* vor Errichtung der Patientenverfügung nahegelegt, auf die man dann aber bewusst verzichtet hat. Da ein medizinischer Laie jedoch schwerlich über das notwendige Spezialwissen verfügt, um hinreichend klare Anweisungen für ganz spezifische Krankheitszustände geben zu können, läuft die fehlende Verpflichtung zur vorausgehenden sachkundigen Beratung letztlich auf eine Inkonsequenz hinaus, die die beabsichtigte Stärkung der Patientenautonomie grundsätzlich gefährdet. Ähnliches ließe sich zu der gleichermaßen fehlenden *Aktualisierungspflicht* sagen, da angesichts der rasanten Entwicklung im Bereich von Medizintechnik und Pharmakologie kaum davon auszugehen sein dürfte, dass ältere Patientenverfügungen noch den jeweils aktuellen Chancen und Grenzen ärztlichen und pflegerischen Handelns entsprechen.

6 T. Verrell stellt im Blick auf diese Konstellation fest: „Bisher wurde die Auffassung vertreten, dass jedenfalls eine eindeutige, keine Wirksamkeits- und/oder Auslegungsfragen aufwerfende Vorausverfügung eines Patienten, der noch keinen Stellvertreter hat, unmittelbar vom behandelnden Arzt umgesetzt werden kann, ein Betreuungsverfahren also insoweit nicht erforderlich ist. Das Patientenverfügungsgesetz führt jedoch zu Verunsicherung darüber, wie in der betreuungsfreien Zeit mit Patientenverfügungen zu verfahren ist. Denn § 1901a Abs. 1 BGB regelt die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen nicht unabhängig vom Adressatenkreis, sondern ausschließlich mit Blick auf die Aufgaben des Betreuers/Bevollmächtigten.“ (Patientenverfügungen, 38f.)

**Zu 3.:** Aus *ethischer* Perspektive fallen jedoch drittens besonders jene Probleme der jetzigen Gesetzeslage ins Gewicht, die aus einem fragwürdigen – weil selektiven – Umgang mit den verschiedenen am Lebensende einschlägigen moralischen Gütern resultieren. Neben der *Würde*, der *Freiheit* und der *Selbstbestimmung* jedes Einzelnen ist in diesem Zusammenhang auch der Aspekt der *Fürsorge*, des *Lebensschutzes* und der *Sorgfalt* zu berücksichtigen. Statt die mit diesen Gütern verbundenen moralischen Rechte und Pflichten aller von einer Patientenverfügung betroffenen Akteure differenziert zur Geltung zu bringen und sorgfältig gegeneinander abzuwägen, beruht das jetzige Gesetz weithin auf einer einseitigen *Verabsolutierung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten*. Dabei wird zum einen übersehen, dass individuelle Willensäußerungen immer auch die jeweiligen sozialen Bedingungen ihrer Entstehung widerspiegeln. Zum anderen ist daran zu erinnern, dass eine wirklich *autonome* Willensbestimmung an verschiedene durchaus anspruchsvolle Voraussetzungen gebunden ist: Dazu gehört nicht nur die *rationale Begründetheit* der jeweiligen Inhalte, sondern auch die Anerkennung bestimmter *moralischer Pflichten gegen sich selbst*, die zumindest in moralischer Hinsicht nicht einfach von vornherein aus der Betrachtung ausgeblendet werden dürfen.

Das größte ethische Defizit der neuen Rechtslage besteht folglich darin, dass sie in Ermangelung einer dem Fürsorgegedanken verpflichteten sog. *Reichweitenbegrenzung*, die rein gesetzestechnisch entweder material oder formal<sup>7</sup> hätte ausgestaltet werden können, einem eindimensionalen Selbstbestimmungsdenken verhaftet bleibt, das in dieser extremen Form weder der tatsächlichen Lebenssituation Schwerstkranker noch der Komplexität der Entscheidungen von Ärzten und Pflegenden am Lebensende gerecht wird. Da Patienten *unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung* bestimmte medizinisch eindeutig indizierte Maßnahmen zur Heilung bzw. Lebenserhaltung (wie z. B. eine künstliche Ernährung) zurückweisen

<sup>7</sup> Ein überzeugendes Beispiel für eine formale Reichweitenbegrenzung durch entsprechende prozedurale Hürden an eine strikt „verbindliche“ und nicht nur „beachtliche“ Patientenverfügung bietet das am 8. Mai 2006 ausgegebene österreichische Patientenverfügungsgesetz.

können, um z. B. einen *Selbsttötungswunsch* zu verwirklichen, stellt sich die Frage, wie Ärzte und Pflegekräfte künftig wirksam davor geschützt werden können, zu Erfüllungsgehilfen moralisch fragwürdiger Patientenwünsche gemacht zu werden. Niemand darf dazu verpflichtet werden, Bestimmungen Dritter auszuführen, die dem eigenen Gewissensurteil widersprechen. Zwar beinhaltet das Grundrecht auf *Gewissensfreiheit* (Art. 4 Abs. 1 GG) keine Legitimation, sich über die Willensbestimmung des Patienten hinwegzusetzen und i. S. einer *Zwangsbehandlung* in seine körperliche Integrität einzugreifen, doch bedeutet dies keinesfalls den umgekehrten Automatismus, dass Ärzte und Pflegenden unter Umgehung ihrer jeweils eigenen Selbstbestimmung und Gewissensfreiheit dazu verpflichtet wären, beliebigen Anweisungen Dritter Folge zu leisten. Im Übrigen werden der Grundsatz der Gewissensfreiheit und das damit verbundene Recht, im Rahmen der Grenzen der Vertragsfreiheit auch Vertragsschlüsse abzulehnen bzw. zu kündigen, auch den im gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungssystem Tätigen grundsätzlich zugestanden und vom Grundgesetz geschützt, solange kein (medizinischer) Notfall vorliegt.

Diese Problematik stellt sich natürlich für all jene Personen in besonderem Maße, die sich einem pflegerischen und ärztlichen Ethos verpflichtet wissen, das am umfassenden Wohl des Patienten orientiert ist. Vor allem kirchliche Einrichtungen, die sich traditionell nicht als wertneutrale Dienstleister verstehen, sind hier insofern in besonderem Maße gefordert, als sie von ihrem Auftrag und Selbstverständnis darauf ausgerichtet sind, dass nicht nur das „*rechtlich Mögliche*“, sondern das „*moralisch Verantwortbare*“ ihr Handeln – also ihr Tun und ihr Unterlassen – bestimmt. Dies schließt auch die Möglichkeit (und gegebenenfalls die Notwendigkeit!) ein, sich bestimmten, mit dem eigenen institutionellen Selbstverständnis des Trägers bzw. dem Leitbild der jeweiligen Einrichtung unvereinbaren Formen von Patientenwünschen (wie z. B. der Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen im *präterminalen* Stadium!) im Rahmen der Vertragsfreiheit zu widersetzen. Vor der Gesetzesnovelle von 2009 bestand bei manchen die Befürchtung, die Nicht-Existenz einer Patientenverfügung stelle ein

Hindernis für die Aufnahme z. B. in eine Pflegeeinrichtung dar.<sup>8</sup> Durch die neue Gesetzeslage dürfte sich demgegenüber – zumindest für katholische Institutionen – eher die umgekehrte Schwierigkeit ergeben, die darin besteht, dass bestimmte *moralisch fragwürdige* Formen von *rechtswirksamen Patientenverfügungen*<sup>9</sup> die Begründung eines Behandlungsvertrages bzw. die Aufnahme in eine entsprechende Pflegeeinrichtung definitiv ausschließen.

## EMPFEHLUNGEN

Grundsätzlich sind aus katholischer Perspektive folgende Gesichtspunkte beim Umgang mit Patientenverfügungen zu beachten:

- Katholische Einrichtungen erkennen an, dass Patientenverfügungen grundsätzlich auch dann ein *sinnvolles Instrument der Vorsorge* für den Fall der eigenen zukünftigen Entscheidungsunfähigkeit sein können, wenn es daneben noch andere Vorsorgeinstrumente (z. B. Vorsorgevollmachten, Betreuungsverfügungen oder individuelle Behandlungswünsche) gibt, die unter Umständen in der Praxis viel geeigneter sind.<sup>10</sup>
- Katholische Einrichtungen fühlen sich dem *umfassenden Wohl* der ihnen anvertrauten Menschen verpflichtet. Der Begriff des „umfassenden Wohls“ schließt neben dem Recht auf Selbstbestimmung auch die Fürsorge und den Lebensschutz mit ein. Die einseitige Ver-

8 Eine Sorge, die durch den neuen § 1901a (4) gegenstandslos geworden ist. Die Abfassung einer Patientenverfügung darf derzeit nach geltendem Recht nicht zur Bedingung einer Heimaufnahme gemacht werden.

9 Wie z. B. Anordnungen, die durch die Ablehnung medizinisch eindeutig indizierter lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen de facto auf verdeckte Suizid- oder Tötungshandlungen hinauslaufen und daher Ärzte oder Pflegenden in entsprechend fragwürdige Formen der Suizidbeihilfe verstricken können.

10 Vgl. hierzu die Handreichung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland: Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung, die am 26.01.2011 der Öffentlichkeit vorgestellt wurde.

absolutierung eines dieser Gesichtspunkte steht im Widerspruch zum christlichen Menschenbild, das nicht nur um die Freiheit und Selbstverantwortung, sondern auch um die Hinfälligkeit und Hilfsbedürftigkeit des Menschen weiß.

- Der moralisch und rechtlich gebotene Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten schließt in aller Regel eine *Zwangsbehandlung* aus. Die Aufnahme oder Fortsetzung einer Behandlung gegen den in einer verbindlichen Patientenverfügung klar ausgedrückten Willen des Patienten verletzt dessen grundlegende Rechte auf Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit und stellt daher eine *rechtswidrige Körperverletzung* dar.
- Katholische Einrichtungen sollten Sorge dafür tragen, dass den eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht nur die Existenz, sondern auch der Inhalt aller Patientenverfügungen der ihnen anvertrauten Menschen in geeigneter Form zeitnah zur Kenntnis gebracht wird.
- Katholische Einrichtungen bieten den ihnen anvertrauten Menschen soweit möglich auch *aktive Unterstützung und Beratung* bei der Abfassung von Patientenverfügungen an. Dabei verweisen sie nicht nur auf die Sinnhaftigkeit einer vorausgehenden fachlichen, z. B. ärztlichen Beratung sowie einer regelmäßigen Aktualisierung, die beide gesetzlich nicht erforderlich sind, sondern betonen auch die moralischen Implikationen und Grenzen recht verstandener *Autonomie*. Der Bewohner/Patient kann auf in der Einrichtung vorhandene Beratung zurückgreifen oder externe Beratungsstellen z. B. der Betreuungsvereine wählen.
- Die gegenwärtige Gesetzeslage schützt rechtlich auch solche Willensbestimmungen eines Patienten, die (wie z. B. der *Suizid* durch Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen außerhalb der Sterbephase) moralisch hochgradig umstritten sind. Das christliche Menschenbild lehnt solche Handlungen ab, da sie eine *Totalverfügung* über das eigene Leben und eine Missachtung des *natürlichen Todes* darstellen. Die maximale



Ausschöpfung der rechtlichen Selbstbestimmungsfreiräume bei der Errichtung einer Patientenverfügung kann daher zu Konflikten in katholischen Einrichtungen führen. Die Träger katholischer Einrichtungen sollten ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter deswegen durch dafür geeignete ethische Fortbildungsmaßnahmen *gezielt schulen*, um solche Konfliktsituationen frühzeitig zu erkennen und in einer Weise zu bewältigen, die in Übereinstimmung mit ihrem Leitbild steht.

- Katholische Einrichtungen verstehen sich nicht als *wertneutrale Dienstleister*, sondern messen ihr Handeln stets an dem moralisch Verantwortbaren. Mit potenziell interessierten Heimbewohnern sollten daher schon beim Informationsgespräch das Leitbild und die ethische Grundhaltung der Pflegeeinrichtung mit Blick auf Entscheidungen am Lebensende gemeinsam erörtert werden. Ein solcher ethischer Austausch vor einem etwaigen Einzug ist Ausdruck eines verantwortlichen und vertrauensvollen Umgangs und Grundlage eines partnerschaftlichen Miteinanders. Die Gewissensgrundsätze im Vorfeld anzusprechen, vermeidet Auseinandersetzungen in späteren Krisensituationen. Auch kann eine Vertrauensbasis beiderseits nur gefunden werden, wenn Werte und Ansichten übereinkommen. Sollte aber bereits vor Aufnahme ein Dissens deutlich werden, der einer Vertrauensbasis zwischen Einrichtung und potenziellem Bewohner zuwiderläuft, kann in beiderseitigem Interesse nur der Abstand von einem Vertragsabschluss die Konsequenz sein.

## GLOSSAR

**Autonomie** | Unter „Autonomie“ versteht man seit der Aufklärungsphilosophie die *Selbstgesetzlichkeit des vernünftigen Willens*. Die Vernünftigkeit der Willensbestimmung wird dabei etwa von I. Kant mit Hilfe formaler (wie z. B. der Verallgemeinbarkeit bzw. Universalisierbarkeit) und inhaltlicher Kriterien (wie z. B. der Selbstzwecklichkeit des Menschen) bestimmt. Einem umgangssprachlichen Verständnis zufolge kann der Begriff auch einfach die *voraussetzungslose Selbstbestimmung* des Menschen bezeichnen, die sich einer vernunftförmigen Rechtfertigung entzieht und als solche auch irrationale (z. B. vermeidbare selbstschädigende) Handlungen einschließen kann.

**Betreuer** | Betreuer ist im rechtlichen Sinne diejenige Person, die entweder bei der Errichtung einer Patientenverfügung oder nachträglich vom Betreuungsgericht eingesetzt wird, um als Sachwalter des innerhalb einer Patientenverfügung ausgedrückten Patientenwillens zu fungieren. Der Betreuer ist also strikt dem Willen des Patienten verpflichtet und darf daher nicht versuchen, seinen eigenen Willen durchzusetzen.

**Bevollmächtigter** | Der Bevollmächtigte ist eine Person des eigenen Vertrauens, die mittels einer sog. Vorsorgevollmacht rechtlich dazu ermächtigt ist, im Falle der eigenen Entscheidungsunfähigkeit stellvertretend für die betroffene Person in einem bestimmten Sachbereich zu entscheiden und zu handeln.

**Aktive Sterbehilfe** | Unter „aktiver Sterbehilfe“ versteht man alle Handlungen Dritter, die ihrer kausalen Wirksamkeit nach geeignet sind, den Tod des Patienten derart herbeizuführen, dass dieses Handeln die *alleinige hinreichende Bedingung* für den Eintritt des Todes darstellt. Die aktive Sterbehilfe kann *freiwillig*, d. h. vom Patienten ausdrücklich verlangt (sog. Tötung auf Verlangen), *unfreiwillig*, d. h. gegen den Willen des Patienten oder *nicht freiwillig*, d. h. ohne ausdrückliche Zustimmung des Patienten erfolgen.

**Indirekte Sterbehilfe** | Unter „indirekter Sterbehilfe“ wird die – durch die Fortschritte der modernen Schmerztherapie heute im Grunde überholte – Situation verstanden, in der ein auf die Schmerzlinderung gerichtetes ärztliches Handeln ungewollt (i. S. nicht beabsichtigter, aber in Kauf genommener Nebenfolgen) zu einer Lebensverkürzung auf Seiten des Patienten führt. Diese Konstellation ist insofern nicht mehr aktuell, als sich eine *entsprechend den anerkannten Regeln* („lege artis“) durchgeführte palliative Versorgung schwerstkranker Patienten auch bei hohen Dosierungen derzeit verfügbarer Schmerzmedikamente eher lebensverlängernd als lebensverkürzend auswirkt.

**Natürlicher Tod** | „Natürlich“ sind Sterben und Tod eines Menschen immer dann, wenn sie infolge einer Erkrankung auftreten, die bereits so weit fortgeschritten ist, dass es zu einer definitiven, d. h. mit dem verhältnismäßigen Einsatz medizinisch-therapeutischer Maßnahmen nicht mehr zu revidierenden Zerstörung jener somatischen (insbesondere zerebralen) Wirkungsabläufe gekommen ist, die die Bedingung der Möglichkeit eines wenigstens minimalen personalen Selbstvollzugs darstellen.

**Passive Sterbehilfe** | Unter „passiver Sterbehilfe“ versteht man das Sterbenlassen eines Patienten durch den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen unter Beibehaltung von Grundpflege und Schmerztherapie (Palliation). Die für diesen Handlungstyp einschlägigen jeweiligen ärztlichen Handlungen dürfen nicht die kausale Wirksamkeit der einzigen hinreichenden Bedingung für den Eintritt des Todes zum jeweiligen Zeitpunkt erreichen. Der Patient stirbt an seiner weit fortgeschrittenen Krankheit, die noch länger aufzuhalten weder medizinisch indiziert noch moralisch notwendig ist.

**LITERATUR**

- Bormann, F.-J.: Selbstbestimmung bis zum Schluss? Chancen und Grenzen von Patientenverfügungen, in: Theologische Quartalschrift 191 (2011), 168-181.
- DBK und EKD: Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung, Bonn/Hannover 2011.
- Hahnen, M.-C.: Autonomie, Würde, Patientenverfügung: die Medizin am Lebensende im Spiegel der Gesellschaft, Wuppertal 2009.
- Mieth, D.: Grenzenlose Selbstbestimmung? Der Wille und die Würde Sterbender, Düsseldorf 2008.
- Verrell, T./Simon, A.: Patientenverfügungen. Rechtliche und ethische Aspekte, Freiburg 2010.
- Bundesgesetz über Patientenverfügungen (Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG): <http://www.ris.bka.gv.at> (Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, Jahrgang 2006: 55. Bundesgesetz: Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG [NR: GP XXII RV 1299 AB 1381 S. 142. BR: AB 7518 S. 733]).
- Synoptische Darstellung der Gesetzentwürfe von MdB Stünker, MdB Bosbach und MdB Zöller: [www.bgt-ev.de](http://www.bgt-ev.de).
- Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts (BtÄndG), 29.07.2009, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2009 Teil I Nr. 48, S. 2286-2287, [www.patverfue.de/media/pv-gesetz.pdf](http://www.patverfue.de/media/pv-gesetz.pdf).

**VERÖFFENTLICHUNGEN DES DIÖZESANEN ETHIKRATES**

- Empfehlung:  
Das integrative Modell ethischer Fallbesprechung (2015)
- Empfehlung:  
Umgang mit Vorsorgevollmachten (2. Auflage 2015)
- Empfehlung:  
Ernährung bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz (2. Auflage 2015)
- Positionierung:  
Gerechter Lohn für hauptberufliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in kirchlichen Einrichtungen und Diensten (2011)

## MITGLIEDER DES DIÖZESANEN ETHIKRATES

### Vorsitzender

Dr. Horst Luckhaupt  
St.-Johannes-Hospital, Dortmund

### Stellvertreter

Prof. Dr. Günter Wilhelms  
Theologische Fakultät, Paderborn

### Geschäftsführung

Max Niehoff  
Diözesan-Caritasverband, Paderborn

### Mitglieder

Margret Backhove  
Caritas-Altenhilfe Dortmund GmbH

Brigitte von Germeten-Ortmann  
Diözesan-Caritasverband, Paderborn

Klaus Bathen  
Kath. St.-Johannes-Gesellschaft  
Dortmund gGmbH

Josef Lüttig  
Diözesan-Caritasverband, Paderborn

Thomas Becker  
Caritasverband für den Kreis Soest e. V., Soest

Dr. Gerhard Markus  
ehem. St. Vincenz-Krankenhaus,  
Paderborn

Prof. Dr. Franz-Josef Bormann  
Eberhard Karls Universität Tübingen

Krankenhauspfarrer Thomas Müller  
St.-Johannes-Hospital, Dortmund

Judith Brüggemann  
St. Marien-Hospital Hamm gGmbH

Dr. Werner Sosna  
Liborianum, Paderborn

Dr. Ulrich Dickmann  
Katholische Akademie Schwerte

Domkapitular Dr. Thomas Witt  
Diözesan-Caritasverband, Paderborn

An der Erstellung der ersten und zweiten Auflage haben außerdem die ehemaligen Mitglieder Pfarrer Matthias Bruders, Prof. Dr. Gerhard Kilz und Dr. Cornelia Wiemeyer-Faulde mitgewirkt.

## Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts

Vom 29. Juli 2009

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

### Artikel 1

#### Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs

Das Bürgerliche Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 6. Juli 2009 (BGBl. I S. 1696) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

- In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 1901a durch folgende Angaben ersetzt:

„§ 1901a Patientenverfügung

§ 1901b Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens

§ 1901c Schriftliche Betreuungswünsche, Vorsorgevollmacht“.

- Nach § 1901 werden folgende §§ 1901a und 1901b eingefügt:

„§ 1901a

#### Patientenverfügung

(1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

(2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.

(4) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder

Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.

(5) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

#### § 1901b

##### Gespräch zur

##### Feststellung des Patientenwillens

(1) Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1901a zu treffende Entscheidung.

(2) Bei der Feststellung des Patientenwillens nach § 1901a Absatz 1 oder der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens nach § 1901a Absatz 2 soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.“

- Der bisherige § 1901a wird § 1901c.

- § 1904 wird wie folgt gefasst:

„§ 1904

#### Genehmigung des

#### Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen

(1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

(2) Die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.

(3) Die Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist zu erteilen, wenn die Einwilligung, die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Betreuten entspricht.

(4) Eine Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist nicht erforderlich, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem nach § 1901a festgestellten Willen des Betretenen entspricht.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für einen Bevollmächtigten. Er kann in eine der in Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 2 genannten Maßnahmen nur einwilligen, nicht einwilligen oder die Einwilligung widerrufen, wenn die Vollmacht diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst und schriftlich erteilt ist.“

**Artikel 2**  
**Änderung**  
**des Gesetzes über das**  
**Verfahren in Familiensachen und in den**  
**Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit**

Das Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit vom 17. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2586, 2587), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 8 des Gesetzes vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2258) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 287 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Ein Beschluss, der die Genehmigung nach § 1904 Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs zum Gegenstand hat, wird erst zwei Wochen nach Bekanntgabe an den Betreuer oder Bevollmächtigten sowie an den Verfahrenspfleger wirksam.“

2. § 298 wird wie folgt gefasst:

„§ 298

Verfahren in Fällen des  
§ 1904 des Bürgerlichen Gesetzbuchs

(1) Das Gericht darf die Einwilligung eines Betreuers oder eines Bevollmächtigten in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff (§ 1904 Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs) nur genehmigen, wenn es den Betroffenen zuvor persönlich angehört hat. Das Gericht soll die sonstigen Beteiligten anhören. Auf Verlangen des Betroffenen hat das Gericht eine ihm nahestehende Person anzuhören, wenn dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

(2) Das Gericht soll vor der Genehmigung nach § 1904 Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs die sonstigen Beteiligten anhören.

(3) Die Bestellung eines Verfahrenspflegers ist stets erforderlich, wenn Gegenstand des Verfahrens eine Genehmigung nach § 1904 Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist.

(4) Vor der Genehmigung ist ein Sachverständigen-gutachten einzuholen. Der Sachverständige soll nicht auch der behandelnde Arzt sein.“

**Artikel 3**  
**Inkrafttreten**

Dieses Gesetz tritt am 1. September 2009 in Kraft.

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates  
sind gewahrt.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt. Es  
ist im Bundesgesetzblatt zu verkünden.

Berlin, den 29. Juli 2009

Der Bundespräsident  
Horst Köhler

Die Bundeskanzlerin  
Dr. Angela Merkel

Die Bundesministerin der Justiz  
Brigitte Zypries

[www.caritas-paderborn.de](http://www.caritas-paderborn.de)

Diözesaner Ethikrat  
im Caritasverband  
für das Erzbistum  
Paderborn e. V.

