

**Fachgruppe Klinische Psychologinnen und Psychologen im  
Allgemeinkrankenhaus der Sektion Klinische Psychologie im  
Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen  
e. V.**

Anlage zum Tätigkeitsbericht 2005

Stellungnahme des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen zum Entwurf für ein 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts

**Vorbemerkung**

Der BDP begrüßt ausdrücklich die mit dem Änderungsgesetz verbundene Herstellung rechtlicher Grundlagen für den Umgang mit Patientenverfügungen.

Die in den letzten Jahrzehnten rasant vorangeschrittenen Möglichkeiten der modernen Medizin, Krankheiten zu heilen, Leben zu erhalten und zu verlängern, bringen die Notwendigkeit mit sich, dass sich Betroffene, aber auch Heilberufe, Betreuer und Angehörige verstärkt mit dem Thema Lebensverlängerung mithilfe der Apparatedizin, der Ausschöpfung aller oder der Unterlassung von Möglichkeiten Leben zu erhalten und einem würdevollen Sterben auseinandersetzen.

Gleichzeitig besteht bislang jedoch große Rechtsunsicherheit bei Ärzten, Psychologen, Pflegenden und anderen mit der Betreuung von Patienten betrauten Berufsgruppen im Umgang mit Patientenverfügungen. Der Patient, die Patientin mit Verfügung oder Vorsorgevollmacht kann sich derzeit nicht sicher sein, dass sein bzw. ihr geäußertes Wille Beachtung findet.

Aufgrund der bisherigen Rechtsunsicherheit und aufgrund des Grundsatzes ärztlichen Handelns, Leben zu retten und zu erhalten, wird häufig gegen den erklärten Willen des Patienten verfahren bzw. dieser nicht konsequent ermittelt. Dies trifft in noch stärkerem Maße zu, wenn keine schriftliche

Willensbekundung vorliegt und der mutmaßliche Wille des Patienten, der Patientin sorgfältig ermittelt werden müsste.

Der vorliegende Gesetzentwurf orientiert sich konsequent am Selbstbestimmungsrecht des Menschen, mit den gesetzlich verankerten Beschränkungen bezüglich der Tötung auf Verlangen oder der Beihilfe zum Suizid. Er ist geeignet, den mit der medizinischen Betreuung beauftragten Personen, insbesondere der Ärzteschaft, deutlich zu machen, dass es kein eigenständiges Behandlungsrecht aufgrund der tatsächlich oder vermeintlich bestehenden höheren Fachkompetenz gegenüber dem Patienten oder der Patientin gibt. Der erklärte Wille des Patienten erhält Vorrang vor dem ärztlichen Heilauftrag. Dies ist aus der Sicht des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen zu begrüßen.

Zu § 1901a Patientenverfügungen, Absatz 1 und 2

Der Forderung anderer Berufsgruppen oder Verbände nach einer **schriftlichen, zeitnahen, auf die konkrete Situation bezogenen und nur bei irreversibel zum Tode führender Krankheit zu akzeptierenden sowie Formvorschriften** genügenden Patientenverfügung kann sich der BDP nicht anschließen. Die Erfüllung solch harter Kriterien ist für den Einzelfall zwar wünschenswert und erleichtert dem medizinischen Personal, gemäß dem formulierten Willen des Patienten, der Patientin zu handeln, ohne selbst in unüberwindliche Gewissenskonflikte zu geraten. Sie sollten jedoch nicht in einem Gesetz als obligatorisch verankert werden, würde dies doch bedeuten, dass bereits kleinere Formfehler, etwa die Überschreitung eines Zeitfensters der Gültigkeit, dazu führen können, dass ein ansonsten eindeutig und glaubhaft erklärter Wille eines Patienten ignoriert werden kann.

Der BDP unterstützt den Gesetzentwurf auch insofern, dass ein **mündlich geäußelter Wille** oder ein sorgfältig ermittelter mutmaßlicher Wille

Gültigkeit hat. Psychologen haben ständig mit der Tatsache umzugehen, dass psychologische Erkenntnisse oder Informationen nur in mündlich geäußelter, keiner Formvorschrift genügenden Art und Weise vorliegen, ohne dessentwegen an Gewicht einzubüßen. Das Gesetz führt, insbesondere in den Erläuterungen S. 22 f, hinreichend aus, was zu unternehmen ist, wenn ein nicht schriftlich niedergelegter Wille ermittelt werden soll.

Der BDP vertritt auch die Auffassung, dass die Patientenverfügung **nicht zeitlich begrenzte Wirksamkeit** erhalten sollten. Vielmehr sollte der Entscheidend sich daran orientieren, ob die Verfügung auf die konkrete Situation zutrifft und die Lebenssituation vor dem Eintritt der Entscheidungsunfähigkeit noch der Lebenssituation zum Zeitpunkt der Abfassung der Verfügung entspricht.

Die Regelung, dass eine Patientenverfügung auch dann Gültigkeit hat, wenn die Erkrankung noch **keinen tödlichen Verlauf** genommen hat, trägt dem Umstand Rechnung, dass es eine Reihe von Erkrankungen gibt, die für den Patienten, die Patientin unerträgliches Leiden ohne eine für ihn bzw. sie ausreichende Lebensqualität über einen längeren, unabsehbaren Zeitraum bzw. lebenslang darstellen. Auch einem entscheidungsunfähigen Patienten wird damit das Recht eingeräumt, seinen in voraus erklärten Willen nach Einstellung lebensverlängernder Maßnahmen oder nach Inkaufnahme von Lebensverkürzung etwa durch die Beendigung einer künstlichen Ernährung zu folgen, selbst wenn seine Erkrankung nicht zwingend tödlich verläuft. Dies wird vom BDP unterstützt. Es darf aus psychologischer Sicht keinen Behandlungszwang zu einer aus ärztlicher Sicht vernünftigen Maßnahme geben. Die Gründe für einen Sterbewunsch bzw. die Nichtanwendung lebensverlängernder Maßnahmen sind in der Regel körperliche und / oder seelische Leiden, physische und oder psychische Schmerzen, die als unerträglich empfunden werden. Nur das Individuum, das solche Leiden oder Schmerzen erlebt, kann dessen Ausmaß beurteilen. Die zutiefst

subjektive Natur der Empfindungen von Leid und Qual lässt keine Möglichkeit der Fremdbeurteilung zu.

In der Fachwelt diskutierte „**Ethikkonsile**“ sind zwar sinnvoll, in der Praxis jedoch mit großem Zeit- und Personalaufwand verbunden. Es wäre weltfremd, generell die Einsetzung eines Ethikkonsils bei der Umsetzung von Patientenverfügungen zu fordern. Zu leicht würde damit auch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, der Patientin wieder in Frage gestellt. Selbstverständlich sind Ethikberatung, Ethikkonsil oder ethische Fallbesprechung aber in uneindeutigen oder heiklen Situationen hilfreich.

### Ethische Probleme

Themen wie Sterben und Tod, Lebensverlängerung mittels High-Tech-Medizin, Behandlungsbegrenzung oder Behandlungsabbruch, passive und aktive Sterbehilfe betreffen in hohem Maße ethische und moralische Wertvorstellungen der Gesellschaft, verschiedener Kulturen und jedes Einzelnen. Insofern ist es besonders schwierig bis überhaupt unmöglich, allseits anerkannte, rechtsverbindliche Regelungen zu treffen. Dieser Tatsache sollte eine gesetzliche Regelung Rechnung tragen.

Das bedeutet, dass Ärztinnen und Ärzte sowie andere mit der Betreuung von Patienten betraute Berufsgruppen nicht zu Handlungen verpflichtet werden können, die sie mit ihrem Gewissen, ihren ethischen und moralischen Vorstellungen nicht in Einklang bringen können. Es sollte daher die praktische Möglichkeit geschaffen werden, dass sich medizinisches Personal bei Maßnahmen, die sie mit den eigenen ethisch-moralischen Vorstellungen nicht in Einklang bringen können, aus diesen zurückziehen können.

Ethische Dilemmata entstehen im Bereich psychischer Erkrankungen beispielsweise, wenn die Krankheit de facto heilbar ist, aber für den

betroffenen Patienten über einen langen Zeitraum unerträgliches Leiden mit sich bringen kann. Als Beispiel seien hier schwere Depressionen oder anorektische Erkrankungen genannt. Es ist vorstellbar, dass solcherart erkrankte Menschen in einer gewissen Phase eine Patientenverfügung verfassen, in der sie beispielsweise verfügen, dass auf eine lebensverlängernde künstliche Ernährung oder eine wirksame pharmakologische Behandlung verzichtet werden soll. In solchen Konstellationen sind ethisch-moralische Konflikte beim behandelnden Personal vorprogrammiert. Das Selbstbestimmungsrecht des Menschen kollidiert mit dem Heil Auftrag und der Möglichkeit zu heilen der Ärzteschaft und anderer Heilberufe. Es ist dem Heilpersonal nicht per Gesetz zuzumuten, in einem Fall, bei dem gute Heilungschancen durch medizinische und/oder andere, beispielsweise psychotherapeutische Interventionen bestehen, diese aufgrund einer „unvernünftigen“ Verfügung zu unterlassen, genauso wie Ärzte und andere Heilpersonen nicht verpflichtet werden können, nicht indizierte Heilmaßnahmen auf Wunsch des Patienten durchzuführen. Die Grenzziehung dürfte für den Einzelfall äußerst schwierig sein. In solch schwierigen ethischen Konfliktsituationen bewähren sich ethische Fallbesprechungen, Beratungen oder Konsile und sollten in jedem Fall gefördert werden.

Gesetzgeber und Gesellschaft sollten daher über die gesetzliche Regelung hinaus eine offene Diskussion zum Thema unter Einbeziehung aller Auffassungen fördern, weitergehende Empfehlungen für die Erstellung von und den Umgang mit Patientenverfügungen erarbeiten und die Praxistauglichkeit des Gesetzes im Verlauf überprüfen.

Gerne nehmen wir näher mündlich Stellung

Berlin, Januar 2005