

»Was würdest Du wollen?«

Patientenverfügung und vermuteter Patientenwille – Zum praktisch-hermeneutischen Problem von Patientenverfügungen

Von Michael Coors

»Mögen hätt' ich schon wollen,
aber dürfen hab ich mich nicht getraut.«
(Karl Valentin)

Betrachtet man die unterschiedlichen Formulare für Patientenverfügungen, so fällt ein verbreitetes Defizit auf, das in der Diskussion bisher selten eine Rolle spielte. In der Regel wird eine Reihe von Situationsbeschreibungen angeboten (klassischerweise vier: der unabwendbare unmittelbare Sterbeprozess; das Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit; das sog. Wachkoma; Demenz im schweren Stadium). Im Folgenden bezieht man sich dann für die jeweiligen Verfügungen auf alle unter diesem Punkt ausgewählten Situationen. Somit ist es nicht möglich, mit Hilfe dieser Formulare für unterschiedliche Situationen Unterschiedliches zu verfügen. Das gilt z.B. auch für das beliebte Formular des Bayerischen Staatsministeriums für Justiz.¹ Man kann dort unter Punkt 1) des Formulars unterschiedliche Situationen, für die die Verfügung gelten soll, ankreuzen und auch weitere Situationen ergänzen, jedoch kann man sich im Folgenden dann immer nur pauschal auf die »unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen« beziehen und damit z.B. nicht differenzieren zwischen dem, was man für die Situation einer schweren (nicht irreversibel tödlich verlaufenden) Krankheit oder eines Unfalls mitten im Leben und dem, was man für Situationen am Lebensende verfügen möchte. Das trifft auch auf die im Januar 2011 von den christlichen Kirchen neu herausgegebene und überarbeitete Christliche Patientenvorsorge zu:² Während der Haupttext des Formulars lediglich Situationen des unabwendbaren unmittelbaren Sterbeprozesses und unheilbarer, tödlich verlaufender Krankheiten im Blick hat, werden für den Abschnitt »Raum für ergänzende Verfügungen« zwei Textbausteine angeboten, die die Verfügung in unterschiedlicher Weise auf die Situation des so genannten Wachkomas hin ausweiten.³ Aber auch das gilt dann für alles, was zuvor verfügt wurde. Der Möglichkeit, für unterschiedliche Situationen Unterschiedliches zu verfügen, hat man sich auch hier beraubt. Eine solche Differenzierung ist z.Z. meines Wissens nur mit Hilfe des Bausteinmodells des Bundesministeriums für Justiz möglich.⁴

Für dieses Arrangement der Formulare mitverantwortlich ist vermutlich, dass die Debatte, die der neuen gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung durch die Novellierung des Betreuungsgesetzes zum 1. September 2009 voranging, sich zunehmend auf die Frage der Reichweite von Patientenverfügungen konzentrierte. Dadurch lief diese Debatte am Ende auf die Alternative hinaus, dass die Patientenverfügung entweder in allen Situationen gilt oder aber nur für den unabwendbaren unmittelbaren Sterbeprozess resp. im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit. Dass man diese Phasen zwar durchaus unterschiedlich bewerten kann, aber dennoch für beide in einer Patientenverfügung etwas verfügen will, geriet angesichts dieses Gegensatzes wohl aus dem Blick. Das wiederum ist symptomatisch dafür, dass durch die Fokussierung auf die Frage der Reichweite viel wichtigere Fragen zum Umgang mit Patientenverfü-

gungen aus dem Blick geraten sind, die nun, nachdem das Gesetz in Kraft ist und seine Wirkung entfaltet, wieder in den Blick kommen: Es sind v.a. Fragen der praktischen Hermeneutik im Umgang mit Patientenverfügungen, die nicht minder komplexe ethische Fragen aufwerfen.

Die Debatte vor der Gesetzesnovellierung war deutlich geprägt von der Forderung nach Rechtssicherheit für den handelnden Arzt.⁶ Ob und inwieweit diese nun gegeben ist, bleibt aber durchaus strittig. Nur dann, wenn völlig klar scheint, dass eine Patientenverfügung auf eine bestimmte Situation passt, ist eine hohe Rechtssicherheit gegeben.⁷ Die Praxis jedoch zeigt, dass dies sehr häufig nicht der Fall ist, und hier bedarf es der ethischen Reflexionen darüber, wie man einen schriftlich niedergelegten ethischen Willen eigentlich so auslegen kann, dass dadurch der Selbstbestimmung des Patienten genüge getan wird. Die sehr grobmaschigen Verfahrensrichtlinien des Gesetzestextes helfen hier nur begrenzt weiter: Sie geben einen weiten Rahmen vor, innerhalb dessen nun aber die eigentliche interpretatorische Arbeit zu geschehen hat.⁸

Ich möchte im Folgenden einige theoretische Grundlagen zu diesen praktischen Problemen erörtern, indem ich danach frage, wie der Begriff der Selbstbestimmung angesichts des Todes theologisch gedeutet werden kann. Dafür werde ich von einer Theorie der ethischen Urteilsbildung ausgehen, die ich anhand der Arbeiten von Johannes Fischer herausarbeite, um mit dieser Theorie einige hermeneutische Probleme im Umgang mit vorwegnehmenden ethischen Urteilen und ihrer schriftlichen Fixierung deutlich zu machen, die insbesondere die m.E. problematische, aber gesetzlich festgeschriebene Verhältnisbestimmung von Patientenverfügung und mutmaßlichem Willen betreffen. Daraus ergeben sich dann ganz praktische Konsequenzen für den Umgang mit Patientenverfügungen, aber auch dafür, worauf man bei der Abfassung achten sollte.

1. Theologische Deutung der Selbstbestimmung des Menschen angesichts des Todes

Im Hintergrund der folgenden Ausführungen steht ein bestimmtes, verbreitetes theologisches Verständnis von Sterben und Tod, das in dieser Form auch Eingang gefunden hat in maßgebliche kirchliche Stellungnahmen. So wird in dem gemeinsam von Deutscher Bischofskonferenz und Evangelischer Kirche in Deutschland verantwortetem Text »Sterben hat seine Zeit« formuliert: »Nach christlichem Verständnis darf der Tod eines Menschen nicht herbeigeführt, sondern muss abgewartet werden. Denn Christen sehen sich selbst als Geschöpfe Gottes. Geburt und Tod liegen somit in Gottes Hand.«⁹ Ein ähnliches Verständnis liegt bei aller Differenz im Detail bei so unterschiedlichen Theologen wie z.B. Johannes Fischer¹⁰, Wilfried Härle¹¹, Peter Dabrock¹² und Eberhard Jüngel¹³ vor und konnte wohl auch deswegen maßgeblich für dieses Papier werden. Man kann diese Position sicher noch einmal eigens diskutieren, denn sie ist auch innerhalb der Theologie nicht unbestritten.¹⁴ Allein ist das hier nicht mein Thema, sondern ich wende mich dem Verständnis von Selbstbestimmung im Angesicht des so verstandenen Todes zu.

1.1 Selbstbestimmung als hermeneutische Kompetenz

Ist die Zeit des Todes eine Zeit, die herbeizuführen nicht unsere Aufgabe ist, so kann Selbstbestimmung angesichts des Todes nicht heißen, dass ich Leben oder Tod wähle. Johannes Fischer

deutet darum die Selbstbestimmung des Menschen angesichts des Todes als dessen Fähigkeit, wahrzunehmen, ob die von Gott gegebene Zeit zu sterben gekommen ist oder nicht.¹⁵ Der Mensch führt die Zeit seines Sterbens nicht herbei, aber er kann erkennen und anerkennen, dass seine Zeit zu sterben gekommen ist. Das aber bedeutet, dass Selbstbestimmung angesichts des Todes v.a. eine hermeneutische Kompetenz ist, sein Leben zu deuten, und darüber hinaus eine praktische Kompetenz (ähnlich der biblischen Weisheit) sich auf die Situation, in der man sich vorfindet, einzustellen: Sie ist die Freiheit zu erkennen, was an der Zeit ist. Dieses bewertende Urteil in der Eigenperspektive des Patienten muss dabei von dem zuschreibenden, objektiv-einschätzenden Urteil eines Mediziners unterschieden werden, das einen kausalen Zusammenhang zwischen einer Krankheit und dem Tod als deren Folge feststellt.¹⁶ Die deutende und darin wertende Perspektive des Patienten auf die eigene Situation darf nicht mit der Perspektive der medizinischen Indikation verwechselt werden. Nur weil ein Eingriff medizinisch aus der Außenperspektive des Arztes indiziert ist – also weil es medizinische Gründe dafür gibt, zu intervenieren¹⁷ – ist er noch lange nicht ethisch zulässig. Denn darüber entscheidet am Ende der Patient, der seine Situation deutet – und die Behandlungsoptionen, die sich aus der medizinischen Indikation ergeben, sind ein (wichtiger) Aspekt der Situation, die er zu deuten hat. Diese in der medizinethischen Diskussion allgemein anerkannten Grundlagen formuliert Fischer theologisch, indem er den Akt der Selbstbestimmung des Patienten als einen Akt der theologischen Deutung der eigenen Situation beschreibt. Ethisch relevant für die Frage, ob der Tod herbeigeführt oder zugelassen wird, ist allein die in diesem Sinne theologische Deutung des Patienten – auch wenn sie in der Außenperspektive unvernünftig erscheinen mag, z.B. weil man die theologisch-religiösen Voraussetzungen der behandelten Person nicht teilt.

Das erweckt zunächst den Eindruck, dass der theologische Aspekt des medizinethischen Problems hier ganz auf die individualethische Ebene verlagert wird. Das stimmt insofern, als das Individuum unhintergebar das Entscheidungssubjekt ist und bleiben muss: Der Patient entscheidet. Das stimmt andererseits insofern nicht, als der individuelle Akt der Selbstbestimmung als Akt der Deutung einer mich treffenden Situation begriffen wird: Im selbstbestimmten Entscheiden schaffe ich nicht eine neue Situation, sondern ich stelle mich auf eine mir widerfahrende Situation ein und verhalte mich zu ihr. Meine Selbstbestimmung ist Antwort auf eine mich treffende Situation.

1.2 Der kommunikative Vollzug von Selbstbestimmung

Man kann in diesem Sinne mit Peter Dabrock von einer kommunikativen Struktur der Selbstbestimmung reden. Die exemplarische Situation, die meine Selbstbestimmung herausfordert, ist die Situation, in der ich angedredet werde und daraufhin befragt werde, wer ich bin. Diese Frage fordert meine selbstbestimmte Antwort heraus. Selbstbestimmung ist darum immer eine in kommunikative Beziehungen eingebundene Antwort des Menschen: »Kein Mensch kann Selbstbestimmung entwickeln, entfalten, bewahren und bewähren, wenn er nicht aus und für Beziehungen lebt.«¹⁸ Das gilt auch und gerade für die selbstbestimmte Annahme des Sterbens: Dass ich mich im Prozess des Sterbens selbst bestimme, indem ich meine Situation als Zeit zu sterben deute, gehört selber unmittelbar in den Kontext der Kommunikation mit anderen Menschen und in den Kontext der Kommunikation des Menschen mit Gott bzw. Gottes mit dem Menschen.

Aus theologischer Perspektive ist die grundlegende Anrede, durch die ich als Mensch konstituiert und zur Selbstbestimmung herausgefordert werde, Gottes Anrede an den Menschen: »Selbstbestimmung heißt dann binnentheologisch zunächst, als menschliches Selbst Antwort auf das von Gott Angesprochenensein sein und entsprechend das eigene Leben führen zu dürfen.«¹⁹ Hier wird das Von-außen-bestimmt-Sein unserer Selbstbestimmung, die allem Wechselspiel von Aktivität und Passivität zugrunde liegende konstitutive Passivität des Menschseins, in radikalster Form deutlich: Menschliche Selbstbestimmung beruht auf der schöpferischen Anrede Gottes, menschliche Freiheit beruht darauf, dass Gott den Menschen in Jesus Christus von der zerstörerischen Macht der Sünde befreit und damit neues Leben ermöglicht. »Selbstbestimmung heißt im christlichen Kontext also, als Person, so wie man ist, ein Leben lang Antwort auf das Von-Gott-Angesprochen-Sein sein zu dürfen.«²⁰ Auch unser selbstbestimmtes Deuten einer Situation als Situation des von Gott verfügtens Sterbens ist so verständlich als unsere Antwort auf Gottes Anrede.

Die grundlegende, theologische Passivität unseres Lebens vor Gott eröffnet also Räume kommunikativ selbstbestimmter Gestaltung des Lebens wie des Sterbens: z.B. Räume des Gebetes und Räume des Gespräches mit Angehörigen und Freunden. So gesehen stirbt keiner allein, sondern Sterben ist immer ein Prozess, der in sozialen Kontexten geschieht. Sterben kommt so als ein Prozess in den Blick, in dem es um das Auflösen sozialer, kommunikativer Beziehungen geht und an dessen Ende der Tod als Beziehungslosigkeit steht.²¹ Im besten Fall geschieht das in, mit und durch Kommunikation: dann ist Sterben ein sozialer Prozess der Desozialisation. Ein sterbender Mensch wird herausgelöst aus seinen sozialen Bindungen – langsam, schrittweise, oder aber auch sehr abrupt. Von daher wird auch deutlich, warum die Möglichkeit, von einem vertrauten sterbenden Menschen Abschied zu nehmen, nicht nur emotional, sondern auch ethisch wichtig ist.

1.3 Ethisch-moralische Urteilsbildung und szenische Wahrnehmung

Fischers Theorie der ethisch-moralischen Urteilsbildung macht nun darüber hinausgehend deutlich, dass der deutende Akt der Selbstbestimmung auf komplexen sozialen Voraussetzungen beruht.

Weil im Folgenden notwendiger Weise zu verwendende Begriffe im Kontext der ethischen Debatten nicht einheitlich verwendet werden, erläutere ich für diese folgenden Ausführungen kurz meine Verwendung der Begriffe Sittlichkeit, Ethos, Ethik und Moral.²² Der Begriff der Sittlichkeit soll als Übersetzung des griechischen Wortes Ethos dienen. Als ein Ethos werden überlieferte, gemeinschaftliche Überzeugungen über das gute Leben bezeichnet. Wenn ich sittlich lebe, so gestalte ich mein Leben in der Ausrichtung auf ein (sittliches) Gut. So gibt es z.B. ein christliches Ethos bzw. eine christliche Sitte, aber auch ein muslimisches Ethos, oder aber auch das Ethos des Arztes. Ethik bezeichnet im Folgenden die kritische Reflexion und Interpretation eines solchen Ethos, der Sittlichkeit. Entsprechend gibt es nicht das Ethos bzw. die Sitte, sondern eine Pluralität von Sitten wie auch eine Pluralität von Ethiken. Im Unterschied zu dieser Pluralität der Ethiken soll mit Moral die allgemein nachvollziehbare Begründung von Handlungsnormen auch jenseits sittlicher Orientierung bezeichnet werden, die in der Moralphilosophie kritisch reflektiert wird. Damit ist allerdings nicht ausgeschlossen, dass schon auf der Ebene der Ethik rationale Begründungen eine Rolle spielen.²³

Was wir in einer Patientenverfügung festlegen, gehört in den Kontext sittlich-ethischer Urteilsbildung. Denn was wir für eine gute Art zu Sterben halten, das hat mit unserer Vorstellung

eines guten Lebens, also mit unserem Ethos zu tun und eben darauf reflektieren wir, wenn wir eine Patientenverfügung abfassen wollen, um dann unseren Entschluss niederzuschreiben. Was aber geht vor sich, wenn wir solche ethischen Urteile bilden? Den Ausgangspunkt für Fischers Theorie der ethischen Urteilsbildung bildet eine Theorie sittlichen Handelns.²⁴ Dabei geht Fischer davon aus, dass der Regelfall sittlichen Handelns spontanes Handeln ist. D.h. wir fragen im Moment des Handelns nicht nach Gründen, Motiven und Ursachen, sondern wir handeln angesichts einer bestimmten Situation. Doch die Spontaneität solchen Handelns ist nicht willkürlich, sondern unser Handeln hat durchaus eine bestimmte Richtung: Wir handeln intuitiv in einer bestimmten Weise – z.B. wenn wir ein Kind sehen, das vor ein Auto rennt oder wenn wir jemanden sehen, der verwundet ist und schwere Schmerzen leidet. Die intuitive Ausrichtung unseres spontanen sittlichen Handelns wiederum beruht darauf, wie wir eine Situation wahrnehmen und in sie hineingezogen werden. Solche Situationen, die uns unmittelbar zum Handeln herausfordern, bezeichnet Fischer als Szenen: »Für das szenische Erleben ist es [...] entscheidend, dass wir erfasst und in die Szene hineingezogen werden.«²⁵ Im Moment des Hineintretens in eine Szene – ich sehe ein Kind, das auf die Straße rennt –, setzt nicht ein reflexiver Denkprozess ein, in dem ich erörtere, wie ich nun zu handeln habe, sondern ich handle spontan – ich halte das Kind fest oder versuche den Verkehr aufzuhalten.

Bestimmte Szenen entfalten dabei eine besonders prägende Wirkung und werden für uns zu Schlüsselszenen, die wiederum unsere Wahrnehmungsmuster prägen, durch die wir andere Situation als Szenen wahrnehmen, die ein Handeln von uns verlangen.²⁶ Dass die szenische Wahrnehmung einer Situation für unser Handeln in einer Situation leitend ist, zeigt sich auch darin, dass wir, wenn wir nach den Gründen unseres Handelns in einer solchen Situation gefragt werden, in der Regel erzählend antworten: Die Narration zielt dabei darauf, den Zuhörer in die Szene hineinzuziehen und so die Plausibilität des eigenen sittlichen Handelns selber szenisch zu begründen.²⁷ So können Erzählungen von ethischen Szenen selber eine Funktion übernehmen, die der psychologischen Funktionsweise von Schlüsselszenen analog ist. Durch bestimmte Erzählungen wird unsere Wahrnehmung bestimmter Situationen so geprägt, dass wir uns von ihnen zum Handeln herausgefordert sehen. Dass unser sittliches Handeln in einer Situation von solchen die Erfahrungen prägenden Schlüsselszenen gebildet wird, erklärt dann auch, warum solche Situationen von unterschiedlichen Beteiligten sehr unterschiedlich wahrgenommen werden: Weil Menschen durch unterschiedliche Schlüsselszenen geprägt sind, nehmen sie Situationen unterschiedlich wahr und handeln unterschiedlich.²⁸ Bliebe Fischer also bei einer ethischen Theorie der szenischen Wahrnehmung stehen, würde er nicht mehr beschreiben als den faktischen ethischen Pluralismus, in dem wir leben.

Darum tritt zu dieser Theorie der Wahrnehmung bei Fischer die Ebene des reflektierenden moralischen Urteilens hinzu, in der es darum geht, Gründe für ein Handeln zu benennen: Wir sind der »Wirkung von Situationen auf uns nicht einfach ausgeliefert«²⁹. Menschen, die Situationen unterschiedlich wahrnehmen und unterschiedlich handeln, können im Rückblick, in der Verständigung über eine Situation, Argumente austauschen und nach Gründen dafür fragen, was für ein Handeln angemessener gewesen ist.³⁰ Hier setzt nun eine ethisch-moralische Reflexion auf die eigene sittliche Prägung ein. Nur weil wir uns also unweigerlich von sittlichen Intuitionen leiten lassen, sind wir nicht davon befreit, unser Handeln auch begründen zu können und solche Begründungsdiskurse prägen wiederum unsere sittliche Intuition: insofern setzt sittliche

Intuition auch moralischen Diskurs voraus – zugleich aber können sittliche Intuitionen moralische Urteile stützen und korrigieren.³¹ Denn ohne unsere sittlichen Intuitionen gäbe es gar keinen moralischen oder ethischen Diskurs, weil wir nur aufgrund dieser intuitiven Wahrnehmung überhaupt eine Situation als ethische Herausforderung wahrnehmen. Durch die sittliche Intuition werden moralische Urteile also gewissermaßen in der (sozialen) Wirklichkeit des Lebens verankert und deshalb gehören sie mit zum Prozess der ethisch-moralischen Urteilsbildung, die auf ein reflektives Gleichgewicht zwischen sittlicher Intuition und moralischem Urteil zielt.³² Fischer geht es dabei v.a. darum, dass die moralische Reflexion nicht einseitig aus der intuitiven sittlichen Wahrnehmung abgeleitet wird, sondern dass ethische Intuition und moralische Reflexion einander wechselseitig bedingen. Das bedeutet aber auch, dass jede ethisch-moralische Urteilsbildung durch situative Wahrnehmungen geprägt ist: »Es gibt hier [...] kein einseitiges Fundierungsverhältnis.«³³ Gilt schon von der ethisch-moralischen Urteilsbildung, dass sie auch von den Erfahrungen und Szenen unseres Lebens geprägt ist, so ist dieser Bezug auf eine konkret gegebene Situation umso deutlicher im Kontext ethisch-sittlicher Urteilsbildung. Diese ist immer eingebunden in einen sozialen Kontext von Narrationen und Erfahrungen. Meine ethischen Vorstellungen von einem guten Sterben sind also nicht vorrangig aus rationaler Reflexion entstanden, sondern sie sind geprägt davon, wie ich Situationen des Sterbens anderer Menschen entweder unmittelbar oder medial vermittelt erlebt und wahrgenommen habe, und wie ich diese Wahrnehmung meinerseits deute.

Selbstbestimmung als Deutung der eigenen Situation angesichts von Sterben und Tod vollzieht sich also auf der Grundlage erlebter Situationen und Narrationen, aus denen das sich selbst bestimmende Subjekt seine Deutungspotentiale schöpft, die es aber auf der Ebene moralischer Argumentation auch kritisch hinterfragen kann.

2. Aktueller Wille und vermuteter Wille

2.1 Kommunikative Selbstbestimmung und schriftliche Verfügung

Begreift man den Akt der Selbstbestimmung als einen kommunikativen Prozess, dann muss man dem aktuell geäußerten Willen eines Patienten einen Primat vor anderen Formen der Willensäußerung – und das heißt hier insbesondere vor dem schriftlich verfügten Willen – einräumen. Das dürfte soweit noch unstrittig sein. Vollzieht sich die Selbstbestimmung eines Menschen aber in kommunikativen Prozessen, dann kann sich in solchen Prozessen das, wozu ein Mensch sich bestimmt, auch ändern. Das wurde deutlich an den Ausführungen zur situativen Bedingtheit ethischer Urteile. In dem Moment nun, in dem ich meinen Willen schriftlich niederlege und für eine vermutete Zukunft festlege, wird der im Text festgelegte Wille den kommunikativen Prozessen, in denen ich mich selbst bestimme, entzogen und damit von seinen kommunikativ-narrativen Voraussetzungen abgelöst und in einen anderen Kommunikationsprozess überführt, nämlich in den Prozess der Auslegung eines Textes. So erzeugt der Text der Verfügung einen fiktiven Abschluss des ethischen Willensbildungsprozesses. Er kann natürlich jederzeit wieder in diesen integriert werden, indem ich den Text der Verfügung ändere und auf den aktuellen Stand bringe – was mit gutem Grund auch empfohlen wird. Aber gerade in der Notwendig-

keit, erneut in den Text einzugreifen zeigt sich, dass der schriftlich verfügte Wille in einen anderen Kommunikationskontext gehört. Der schriftlich verfügte Wille ist aber gerade deshalb als Willensäußerung auch noch dann da, wenn ich nicht mehr kommunizieren kann. Andererseits ist diese Willensäußerung dann in einer solchen Situation keine aktuelle Willensäußerung, sondern immer nur eine Momentaufnahme aus einem Prozess, der weitergegangen ist. Die Frage ist, welche Funktion solch ein in einer Patientenverfügung schriftlich fixierter Wille für einen ethischen Entscheidungsprozess haben kann, wenn die Patientenverfügung zur Anwendung kommt.

Gängig ist in diesem Zusammenhang in der juristischen Diktion die Unterscheidung von aktuell geäußertem, antizipativem und subsidiärem bzw. mutmaßlichem Patientenwillen.³⁴ Sie liegt auch dem aktuell geltenden Gesetzestext zu Grunde, der in § 1901a Abs. 1 BGB von der Patientenverfügung handelt und der in Abs. 2 für den Fall, dass keine Patientenverfügung vorliegt, vom mutmaßlichen Patientenwillen redet.³⁵ Setzt man dies in ein Entscheidungsverfahren um, dann muss man bei einem Patienten, der seinen Willen nicht äußern kann, zunächst fragen, ob eine Patientenverfügung vorliegt oder nicht. Ist dies der Fall, dann ist danach zu verfahren, wenn nicht, dann gilt es, den mutmaßlichen Willen des Patienten zu erheben.³⁶ Das heißt, wenn ich einen zutreffenden verfügten Willen habe, brauche ich nicht nach dem mutmaßlichen Willen zu fragen. Der Effekt ist, dass der schriftlich verfügte Wille schlicht für den gegenwärtigen Patientenwillen eintritt.

Ich halte das in dieser Form für problematisch, weil es im Blick auf den Umgang mit einer Patientenverfügung übergeht, dass diese dem aktuell geäußerten Willen eines Patienten nicht gleichwertig ist, dass aber für die zu treffende Entscheidung der aktuelle Wille maßgeblich wäre, wenn der Patient ihn denn äußern könnte. Weiterführend scheint mir darum, zwischen dem aktuell geäußerten Willen eines Patienten, seinem vermuteten gegenwärtigen Willen und seinem mutmaßlichen Willen zu unterscheiden. Neben den inzwischen rechtlich fixierten Terminus des mutmaßlichen Willens tritt hier also der Begriff eines vermuteten gegenwärtigen Willens, auf den der verfügte Wille zu beziehen ist. Dieser vermutete Wille ist eine Rekonstruktion dessen, was der Patient oder die Patientin sagen würde, wenn sie kommunikationsfähig wäre: Es ist ein vermuteter gegenwärtiger Wille. Darin entspricht er grundsätzlich dem mutmaßlichen Willen. Er unterscheidet sich von diesem aber dadurch, dass der mutmaßliche Wille juristisch auf Situationen festgelegt ist, in denen keine Patientenverfügung vorliegt bzw. eine vorliegende Patientenverfügung nicht zutrifft. Der vermutete Wille ist hingegen das, was wir als den gegenwärtigen Willen eines Patienten aufgrund seiner Patientenverfügung vermuten.

Am sinnvollsten wäre es, die juristische Definition des mutmaßlichen Willens zu öffnen, so dass nur noch zwischen mutmaßlichem Willen (der dann auch den vermuteten Willen einschliesse) und aktuell geäußertem Willen zu unterscheiden wäre. Da aber die Begriffe nun einmal juristisch so definiert sind, dass ein mutmaßlicher Wille nur dann vorliegt, wenn es keine Patientenverfügung gibt, wird hier die Einführung eines weiteren Willensbegriffs notwendig.

Die Patientenverfügung ist dann als schriftliche Fixierung einer früheren Willensäußerung in den Kontext der Erhebung des vermuteten gegenwärtigen Willens des Patienten einzuordnen. Die leitende Frage muss dann lauten: »Wie würde der Patient seine jetzige Situation deuten, wenn er bei Bewusstsein wäre? Als Situation des Sterbens oder nicht?« Dabei ist dann zu beach-

ten, dass eine Patientenverfügung nicht den gegenwärtigen Willen des Patienten wiedergibt, sondern das, was er zu einem früheren Zeitpunkt als seinen (für ihn selbst nur vermuteten zukünftigen) Willen für die gegenwärtige Situation im Voraus festgelegt hat. Das, was juristisch als mutmaßlicher Wille definiert ist, ist dann der vermutete Wille für den Fall, dass keine Patientenverfügung vorliegt.

2.2 Vorwegnehmende Urteile

Vorwegnehmende Entscheidungen, wie wir sie in einer Patientenverfügung vornehmen, folgen dabei einer bestimmten zeit-logischen Struktur, die man folgendermaßen fassen kann:³⁷ Ich entscheide zu einem Zeitpunkt t1 darüber, was ich zu einem Zeitpunkt t2 für den Zeitpunkt t3 entscheiden möchte. Also zum Zeitpunkt der Abfassung der Patientenverfügung (t1) entscheide ich darüber, wie ich zum Zeitpunkt z.B. eines komaartigen Zustandes (t2) über ein Therapieangebot, das sich auf den Zeitpunkt t3 bezieht, entscheiden würde. Das Ungewöhnliche an dieser Struktur ist also, dass die Entscheidung zum Zeitpunkt t1 über eine Handlung zu Zeitpunkt t2 entscheidet, die selber wiederum eine Entscheidung über eine spätere Handlung ist. Solche Entscheidungen sind durchaus möglich, aber sie funktionieren v.a. unter stabilen Rahmenbedingungen, und je kurzfristiger, desto besser. Gerade im Blick auf ethische Urteile bereitet diese zeitliche Struktur gewisse Probleme, aufgrund der oben herausgearbeiteten situativen Gebundenheit ethischer Urteile. Ich kann im Blick auf eine Situation, die mir nicht bekannt ist, zwar ein moralisch-ethisches Urteil bilden, aber dieses unterliegt doch der massiven Einschränkung, dass meine sittliche Intuition durch das Erleben der Situation radikal verändert werden kann und dass dies Rückwirkungen auf mein Urteil hat.³⁸ Damit ziehe ich aus Fischers Theorie der ethischen Urteilsbildung nun eine durchaus andere Folgerung als dieser selbst. Denn Fischer hat dem Argument der zeitlichen Differenz, die zwischen der Abfassung der Patientenverfügung und ihrer Anwendung liegt, für die Gültigkeit einer Patientenverfügung kein Gewicht beigemessen.³⁹ Dem kann ich auf der einen Seite durchaus zustimmen, weil es m.E. nicht um eine grundsätzliche Begrenzung der Reichweite von Patientenverfügungen geht. Ich halte es aber auf der anderen Seite für zumindest problematisch, diesen Aspekt auszuklammern, weil damit die gesamte hermeneutische Problematik aus der Diskussion ausgeschlossen wird.⁴⁰ Hier zeigt sich mehr als deutlich, dass die Engführung der Diskussion auf die Frage der Reichweite problematische Folgen zeitigt.

Wenn gelegentlich gegen die Problematik der zeitlichen Differenz zwischen Abfassung der Patientenverfügung und ihrer Anwendung darauf verwiesen wird, dass uns dies bei einem Testament z.B. ja auch keine Probleme bereite, oder bei anderen Formen von Verfügungen⁴¹, so übergeht man dabei die Einsichten, die ich weiter oben als Theorie des ethischen Urteilens versucht habe zu rekonstruieren: Ethische Urteile funktionieren anders als Urteile über juristische Fragen (wie sie in einem Testament geregelt werden) und im Blick auf ein vorwegnehmendes ethisches Urteil ist das entscheidende Problem die situative Gebundenheit eines ethischen Urteils. Meine Vorstellung von einem menschenwürdigen Sterben ist geprägt von Szenen, die ich erlebt habe, Szenen, die mir erzählt wurden und werden (z.B. auch biblische Szenen) und Szenen, die mir in medialen Inszenierungen begegnen. Durch solche Szenen und durch die Narrationen solcher Szenen wird das Ethos, in dem ich lebe und von dem ich in meiner Selbstbestimmung geprägt

bin, gebildet und transformiert. Es sind solche Erlebnisse, Erzählungen und Wahrnehmungen, die wesentlich das prägen, was Menschen in Patientenverfügungen für solche Situationen als ihren Willen schriftlich fixieren. Das eigene Erleben einer solchen Situation wird diese Wahrnehmung und die sittliche Intuition aber mit hoher Wahrscheinlichkeit verändern. Dem entspricht es, dass empirische Studien gezeigt haben, dass Menschen in Situationen akuten Leidens ihre Gesamtsituation mitunter völlig anders einschätzen, als sie dies im Vorfeld antizipiert haben.⁴²

2.3 Der Vorrang der Auslegungsfrage vor dem Reichweitenproblem

Diese Einsichten sprechen nun nicht grundsätzlich gegen jegliche Patientenverfügung und sie sollen auch nicht deren Reichweite pauschal begrenzen, aber sie machen deutlich, dass eine Patientenverfügung in einem konkreten Fall anzuwenden zunächst einmal ein praktisch-hermeneutisches Problem ist: Die Verfügung muss angesichts einer konkreten Situation auf den vermuteten Willen des Patienten hin ausgelegt werden. Erst dadurch klärt sich dann auch die Frage der Reichweite.⁴³ Bei der Auslegung der Patientenverfügung muss es dann aber darum gehen, den vermuteten Willen des Patienten für die gegenwärtige Situation zu erkunden: »Was würde der Patient, wenn er denn bei Bewusstsein wäre, jetzt für sich wollen? Wie würde er die Szene wahrnehmen?« Diesen Willen, den er nun nicht mehr äußern kann, gilt es mit Hilfe der Patientenverfügung zu erheben, die dabei die Funktion einer rechtsgültigen Leitlinie übernehmen kann.⁴⁴ Weil es dabei um die Realisierung der kommunikativen Selbstbestimmung des Patienten geht, müssen die Entscheidungsträger (also der Arzt und der Bevollmächtigte oder Betreuer) dafür immer auch mit den Menschen reden, mit denen der Patient in Kommunikation stand: mit Angehörigen, Freunden, Pflegenden und Ärzten.⁴⁵ Der in der Patientenverfügung niedergelegte Wille ist gerade als selbstbestimmter Wille das Ergebnis eines kommunikativen Prozesses, den es zu verstehen gilt, um dem Patienten nun in einer Situation, in der er sich nicht mehr selbst bestimmen kann, gerecht zu werden. Darum ist es durchaus richtig, dass in der Christlichen Patientenversorgung die Rolle des durch den Patienten Bevollmächtigten betont wird⁴⁶, weil dieser die Funktion übernehmen muss, den Auslegungsprozess im Sinne des Patienten zu gestalten. Die Patientenverfügung hat in diesem Prozess ein besonderes Gewicht, weil sie den Ausgangspunkt der Frage bildet und einziger direkter Ausdruck von Selbstbestimmung des Patienten ist; aber sie bleibt der Auslegung bedürftig, weil sie auf die konkrete Situation hin angewendet werden muss. Das mag gelegentlich sehr einfach sein, so dass sich dann nur noch die Frage stellt, ob die Patientenverfügung auch wirklich noch dem aktuellen (vermuteten) Willen entspricht: Doch wenigstens diese Frage gilt es zu stellen und auch sie wird man nur verantwortungsvoll im Dialog mit Angehörigen und Freunden des Patienten klären können. In den weitaus häufigeren Fällen allerdings scheint es so zu sein, dass die Anwendung der Patientenverfügung auf eine bestimmte Situation gar nicht eindeutig ist.

Das bedeutet auf der anderen Seite im Blick auf die Abfassung einer Patientenverfügung, dass sie sehr bewusst in den Kontext eines kommunikativen Prozesses eingebettet werden sollte: Es bedarf des Gesprächs mit den Menschen, die später durch meine Patientenverfügung betroffen sind, weil sie u.U. entscheiden müssen, oder doch wenigstens gefragt werden sollten, wenn es darum geht, über Leben und Tod zu entscheiden.⁴⁷ An diesem Punkt hat das aktuell geltende

Gesetz m.E. seine deutlichste Schwäche. Die *intentio legis*, die Selbstbestimmung des Patienten zu stärken, lässt sich hier nämlich leicht unterlaufen, weil sich in keiner Weise überprüfen lässt, ob eine Patientenverfügung wirklich den selbstbestimmten Willen eines Patienten wiedergibt oder ob sie – wie es in einigen Kliniken durchaus Praxis zu sein scheint – eine Routineanfertigung ist, der keine ethische Reflexion und kein (nennenswertes) Gespräch vorausgegangen ist. Würde eine Patientenverfügung unter solchen Bedingungen abgefasst, schützt sie nicht die Selbstbestimmung des Patienten, sondern sie gefährdet sie. Patientenverfügungen können so auch zu einem Instrument defensiver Medizin werden⁴⁸, durch das Ärzte oder Kliniken sich rechtlich absichern wollen – zumindest ist das eine Gefahr, die durch das Gesetz gerade nicht ausgeschlossen wird. Eine klar geregelte Beratungspflicht und die Pflicht zur Dokumentation solcher Beratung hätte hier zumindest teilweise Abhilfe schaffen können.⁴⁹ Da nun aber selbst eine ärztliche Beratung nicht vorgeschrieben ist, kann man noch nicht einmal überprüfen, ob der ansonsten grundsätzlich vorausgesetzte *informed consent* gegeben ist.⁵⁰

3. Gewichtung der Patientenverfügung im Auslegungsprozess

Eine Patientenverfügung ist v.a. dann ethisch ein hilfreiches Instrument, wenn sie in den Kontext eines kommunikativ-ethischen Urteilsprozesses eingebunden ist. Das gilt sowohl für ihre Abfassung als auch für ihre Auslegung. Es geht damit nicht darum, einer generellen Begrenzung der Reichweite von Patientenverfügungen das Wort zu reden. Es geht vielmehr darum, die Reichweitenfrage in den Horizont der hermeneutischen Problematik zu rücken. Anstatt zu fragen: »In welchen Situationen gilt die Patientenverfügung und in welchen nicht?«, scheint es mir angemessener, nach Kriterien der Gewichtung einer Patientenverfügung für die Erhebung des vermuteten Patientenwillens im Blick auf die konkrete gegenwärtige Situation zu fragen. Die Reichweite ist dann nicht definitiv festgelegt, sondern sie ergibt sich in einem Prozess der Auslegung, in dem das Gewicht der Patientenverfügung für die konkrete Situation erhoben wird. Nur wenn es klare Regeln und Kriterien gibt, welches Gewicht der Patientenverfügung für die Erhebung des vermuteten gegenwärtigen Willens des Patienten zukommt, erfüllt eine Patientenverfügung auch ihre Funktion, die Selbstbestimmung des Patienten zu schützen.

Aus den hier bisher vorgebrachten Ausführungen ergeben sich m.E. die folgenden Kriterien für den Umgang mit Patientenverfügungen und für die Gewichtung derselben im Blick auf die Erhebung des mutmaßlichen Patientenwillens:

1. Eine Patientenverfügung, die in (unmittelbarer) Aussicht auf ein zu erwartendes Leiden und den Tod formuliert wurde (z.B. angesichts einer konkreten Erkrankung), hat in hermeneutisch-ethischer Perspektive eine höhere Verbindlichkeit als eine solche, die in größerer Distanz und abstrakter formuliert ist.
2. In einer Situation, in der »es nach medizinischer Einschätzung therapeutische Möglichkeiten gibt, die dem Patienten neue Lebensperspektiven eröffnen«⁵¹, ist ein in einer zutreffenden Patientenverfügung geäußerter Wunsch nach Therapiebegrenzung abzuwägen gegen die u.U. weiter reichenden Konsequenzen der Therapiebegrenzung (auch für andere Betroffene wie z.B. junge Kinder einer Mutter). Dass auch in solchen Situationen dem Wunsch nach Therapiebegrenzung nachzukommen ist, darf aber nicht ausgeschlossen werden.

3. Individuell formulierte Hinweise des Patienten zu seinem eigenen Verständnis von Leben und Tod, Hinweise auf Szenen, die seine Wahrnehmung des Sterbens prägen (sog. Werteanamnese), sind für die Interpretation der Verfügung unerlässlich.⁵²

Zwar verlangt das geltende Gesetz grundsätzlich die Anwendung der Patientenverfügung, aber da juristischerseits nach § 133 BGB gilt, dass jede Willenserklärung der Auslegung bedarf, stellt sich die grundsätzliche Frage nach den Regeln für die Auslegung einer Patientenverfügung.⁵³ Aus juristischer Perspektive verschärft sich diese Notwendigkeit durch die Zukunftsbezogenheit der Patientenverfügung noch: Sie macht eine »ergänzende Auslegung« notwendig, die in den Blick nimmt, »was der Patient gewollt hätte, wenn er auch diese [tatsächlichen] Entwicklungen[, die über die vorgestellten hinausgehen,] bedacht hätte.«⁵⁴ Während allerdings die juristischen Fachleute diese Auslegung als die Frage nach dem verstehen, was der Patient für seine Zukunft festlegen *wollte* (also als Frage nach dem vergangenen Willen)⁵⁵, sollte man aus theologisch-ethischer Perspektive danach fragen, was der Patient jetzt *wollen* würde. Die Frage, die zwischen Ärzten, Pflegenden, Angehörigen und Patient im Raum steht, ist die Frage an den nicht antwortenden Patienten: »Was würdest Du wollen?«⁵⁶

Dr. Michael Coors

Zentrum für Gesundheitsethik an der Evangelischen Akademie Loccum

Knochenhauerstr. 33

D–30159 Hannover

michael.coors@evlka.de

Abstract

The question of the scope of advanced directives has been a crucial issue during the debate on the new German law on advanced directives in 2009. Yet in retrospect it shows that this was a problematic restriction of the debate. The far more complex ethical issues concern questions of how to interpret an advanced directive and of how to apply it to a present situation. This paper explores the communicative structures of autonomy and the temporal structure of advanced ethical judgments and applies them to these ethical issues. The author argues for relating the advanced directive to the presumed present will of a patient.

Anmerkungen

1. *Bayrisches Staatsministerium für Justiz*, Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung, München, ¹¹2009.
2. Vgl. *Deutsche Bischofskonferenz/Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland*, Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung, Hannover/Bonn 2011.
3. Vgl. *DBK/EKD*, a.a.O. (s. Anm. 2), 21f.
4. *Bundesministerium der Justiz*, Patientenverfügung: Leiden – Krankheit – Sterben, Berlin 2010.
5. Wo immer hier und im Folgenden nur die männliche Form verwendet wird, ist immer auch die weibliche mitzudenken. Ich verzichte aus Umfangsgründen auf die explizite Nennung.
6. Vgl. *Ralph Weber*, Die Patientenverfügung – eine Hilfe für Mediziner und Juristen?!, in: *ArztRecht* 8/2004, 300–316, 315; *Henriette Krug*, Patientenverfügung: Balanceakt zwischen Autonomie und Fürsorge, *Chance für das Arzt-Patientenverhältnis*, ZEE 50 (2006), 121–132, 129.

7. Allerdings betont der Jurist Volker Lipp: »Jede Willensbekundung des Patienten bedarf der Auslegung, d.h. der Feststellung ihres Inhalts dahingehend, ob der Patient eine verbindliche antizipierte Erklärung abgeben wollte, für welche Fälle sie gedacht ist und welche Anweisungen der Patient hierfür gegeben hat« (*Volker Lipp/Anne Röthel Jürgen Spalckhaver*, Handbuch der Vorsorgeverfügungen, München 2009, 375, Nr. 104).
8. Sehr viel weiterführender sind hier die »Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis«, Deutsches Ärzteblatt 18/107 (2010), A 877–A 882.
9. *Evangelische Kirche in Deutschland/Deutsche Bischofskonferenz*, Sterben hat seine Zeit. Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht. Ein Beitrag der Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland, Hannover 2005, 12.
10. Vgl. *Johannes Fischer*, Sterben hat seine Zeit. Zur deutschen Debatte über die Reichweite von Patientenverfügungen, ZThK 102 (2005), 352–370.
11. Vgl. z.B. *Wilfried Härle*, Selbstbestimmung und Fürsorge – ein unlösbarer Widerspruch?, in: *Michael Anderheiden/Hubert J. Bardenheuer/Wolfgang U. Eckart* (Hg.), Ambulante Palliativmedizin als Bedingung einer ars moriendi, Tübingen 2008, 53–66.
12. Vgl. *Peter Dabrock*, Formen der Selbstbestimmung. Theologisch-ethische Perspektiven zu Patientenverfügung und Demenzerkrankung, ZfmE 53 (2007), 127–144; *ders.*, Patientenverfügung und Demenz. Theologisch-ethische Reflexionen zwischen Menschenbildern und Rechtsgestaltung, in: *Kirchenamt der EKD* (Hg.), Leben mit Demenz. Beiträge aus medizinisch-pflegerischer, theologischer und lebenspraktischer Sicht, Hannover 2008, 81–98.
13. Vgl. *Eberhard Jüngel*, Tod, Stuttgart 1971, Vgl. auch *ders.*, Meine Zeit steht in Deinen Händen (Psalm 31,16). Zur Würde des befristeten Menschenlebens, in: *ders.*, Indikativ der Gnade – Imperativ der Freiheit. Theologische Erörterungen IV, Tübingen 2000, 58–83.
14. Prominent kritisieren sie z.B. *Walter Jens/Hans Küng*, Menschenwürdig Sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung, München 1995. Vgl. aber auch die polemische Einlassung zur aktuellen Debatte um den assistierten Suizid von *Michael Frieß*, Der Mensch darf helfen. Ethischer Rigorismus hilft nicht im wahren Leben und Sterben, ZeitZeichen 2/2011, 11–13, und *ders.*, Sterbehilfe. Zur theologischen Akzeptanz von assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe, Stuttgart 2010.
15. Vgl. *Johannes Fischer*, a.a.O. (s. Anm. 10), 356f.
16. Vgl. a.a.O. (s. Anm. 10), 360.
17. Zu den ethischen Aspekten von medizinischer und ärztlicher Indikation vgl. *Gerald Neitzke*, Unterscheidung zwischen medizinischer und ärztlicher Indikation. Eine ethische Analyse der Indikationsstellung, in: *Ralph Charbonnier/Klaus Dörner/Steffen Simon* (Hg.), Medizinische Indikation und Patientenwille. Behandlungsentscheidungen in der Intensivmedizin und am Lebensende, Stuttgart 2008, 53–66.
18. *Peter Dabrock*, Patientenverfügung und Demenz (s. Anm. 12), 92. Die relationale und kommunikative Dimension der Selbstbestimmung wird auch aus philosophischer Perspektive betont, vgl. z.B. *Silke Schicktanz*, Zwischen Selbstdeutung und Interpretation durch Dritte. Zum Wechselverhältnis von soziokulturellen und ethischen Aspekten von Patientenverfügungen, EthMed 3/2008, 181–190; *Susanne Brauer*, Die Autonomiekonzeption in Patientenverfügungen – die Rolle von Persönlichkeit und sozialen Beziehungen, EthMed 3/2008, 230–239.
19. *Peter Dabrock*, Formen der Selbstbestimmung (s. Anm. 12), 135. Dabrock knüpft hier an die lutherische Worttheologie Oswald Bayers an. Vgl. zum Verhältnis von promissio (verheißender Anrede) und fides (Glaube als Antwort) z.B. *Oswald Bayer*, Promissio. Geschichte der reformatorischen Wende in Luthers Theologie, Darmstadt 1989; *ders.*, Theologie, Gütersloh 1994, insb. 443–448 (zur Wortgestalt des Glaubens); *ders.*, Autorität und Kritik. Zu Hermeneutik und Wissenschaftstheorie, Tübingen 1991, 156–168.
20. *Peter Dabrock*, Patientenverfügung und Demenz (s. Anm. 12), 92.
21. Vgl. *Eberhard Jüngel*, Tod (s. Anm. 13), 99, 138, 145.
22. Ich orientiere mich dabei im Wesentlichen an *Johannes Fischer*, Theologische Ethik. Grundbegriffe und Orientierung, Stuttgart u.a. 2002. Ein ähnliche Unterscheidung, allerdings auf der Ebene der Urteilspraxis, findet sich in der jüngeren Frankfurter Schule: vgl. z.B. *Jürgen Habermas*, Vom pragmatischen, ethischen und moralischen Gebrauch der praktischen Vernunft, in: *ders.*, Erläuterungen zur Diskursethik, Frankfurt a.M. 1991, 100–118; *Rainer Forst*, Das Recht auf Rechtfertigung. Elemente einer konstruktivistischen Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt a.M. 2007, 100–126.
23. In breiten Teilen der englischsprachigen und der von der analytischen Philosophie und Ethik geprägten Literatur wird allgemeiner zwischen der Moral als vorreflexiven Wertvorstellungen und der Ethik als kritischer Reflexion und Begründung von Moral unterschieden (vgl. z.B. *Tom L. Beauchamp/James F. Childress*, Principles of Biomedical Ethics, Oxford 2009, 1f). Mit Hilfe dieser Unterscheidung wären aber die Überlegungen, die im Folgenden getroffen werden, nicht möglich, was deutlich macht, dass es hier eines höheren Differenzierungsgrades bedarf.
24. Vgl. zum Folgenden *Johannes Fischer*, Theologische Ethik (s. Anm. 22), 213–216, und *ders.*, Handeln, ZEE 54 (2010), 213–216.
25. *Johannes Fischer*, Sittliche Intuition und reflektives Gleichgewicht, ZEE 44 (2000), 247–268, 251.
26. Vgl. a.a.O., 254; *ders.*, Theologische Ethik (s. Anm. 22), 130f, und *Johannes Fischer u.a.*, Grundkurs Ethik. Grundbegriffe philosophischer und theologischer Ethik, Stuttgart 2007, 60–66.

27. Vgl. *Johannes Fischer*, Sittliche Intuition (s. Anm. 25), 254f. Vgl. zu diesem narrativen Aspekt *Johannes Fischer*, Theologische Ethik (s. Anm. 22), 107, 112, 120 und *Johannes Fischer u.a.*, Grundkurs Ethik (s. Anm. 26), 48–51.
28. Vgl. *Johannes Fischer*, Sittliche Intuition (s. Anm. 25), 257.
29. A.a.O., 254.
30. Zur Verortung der Rede über Gründe, Motive und Ursachen des Handelns in der Verständigung mit dem Handelnden bzw. über das Handeln vgl. *Johannes Fischer*, Theologische Ethik (s. Anm. 22), 115, und *ders.*, Handeln (s. Anm. 24).
31. Vgl. *Johannes Fischer*, Sittliche Intuition (s. Anm. 25), 255.
32. A.a.O., 256.
33. A.a.O., 255.
34. Vgl. *Klaus Ulsenhömer*, Neue Regelung der Patientenverfügung. Welche Konsequenzen ergeben sich für die Praxis?, *Der Anaesthesist* 2/2010, 111–117, 114.
35. 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts, Bundesgesetzblatt 2009, Teil I Nr. 48, 2286–2287, zugänglich unter http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI (Zugriff am 1.3.2011).
36. Vgl. z.B. die Schemata bei *Georg Markmann*, Ethische Entscheidungen am Lebensende, in: *Susanne Kränzle u.a.* (Hg.), *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung*, Berlin 2010, 91–99, 96 oder *U. Wiesing u.a.*, A new law on advanced directives in Germany, *Journal of Medical Ethics* 36 (2010), 779–783, 781 und 782.
37. Vgl. zum Folgenden *Michael Anderheiden*, Leben, Sterben, Patientenverfügungen, in: *ders./Hubert J. Bardenheuer/Wolfgang U. Eckart* (Hg.), *Ambulante Palliativmedizin* (s. Anm. 11), 131–151, 146, der sich auf *Richard M. Hare*, *Moral Thinking. It's Levels, Method and Point*, Oxford 1981, 101–106, und seine Terminologie der »now-for-then« und »then-for-then« Präferenzen bezieht (was allerdings nur bedingt passend ist).
38. Darauf wird in der Literatur immer wieder hingewiesen. Vgl. z.B. *Michael Anderheiden*, a.a.O. (s. Anm. 37), 148.
39. Vgl. *Johannes Fischer*, Sterben hat seine Zeit (s. Anm. 10), 364f.
40. Die Gefahr der Ausblendung des Verstehensprozesses sieht auch *Monika Bobbert*, Chancen und Schwierigkeiten von Patientenverfügungen aus ethischer und psychologischer Sicht, in: *Michael Anderheiden/Hubert J. Bardenheuer/Wolfgang U. Eckart* (Hg.), a.a.O. (s. Anm. 11), 111–129, 127.
41. Vgl. z.B. den Verweis auf das Erbrecht bei *Ralph Weber*, a.a.O. (s. Anm. 6), 308.
42. Vgl. dazu z.B. *Monika Bobbert*, a.a.O. (s. Anm. 40), 124.
43. Dem entspricht der Vorschlag von Reiner Anselm, Patientenverfügungen v.a. als Kommunikationsinstrumente zu begreifen, weil sie als solche auch von den Patienten gebraucht werden. So die Ergebnisse einer empirischen Studie in *Reiner Anselm*, Wir müssen darüber reden – Patientenverfügungen als Kommunikationsinstrumente, *EthMed* 3/2008, 191–200.
44. Diese Formulierung übernehme ich von *Henriette Krug*, a.a.O. (s. Anm. 6), 129f.
45. Diese Kommunikation zu ermöglichen ist die zentrale Funktion strukturierter Ethikberatung im Krankenhaus. Vgl. dazu *Andrea Dörries u.a.* (Hg.), *Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch für Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege*, Stuttgart 2010.
46. Vgl. *DBK/EKD*, a.a.O. (s. Anm. 2), 7f.
47. Vgl. die empirische Studie von *Caroline Zellweger u.a.*, Patientenverfügungen als Ausdruck individualistischer Selbstbestimmung? Die Rolle der Angehörigen in Patientenverfügungsformularen, *EthMed* 3/2008, 201–212.
48. Vgl. zur Diskussion um den Begriff der Defensiven Medizin u.a.: *U.S. Congress, Office of Technology Assessment*, *Defensive Medicine and Medical Malpractice*, OTA-H-602, Washington D.C.: U.S. Government Printing Office 1994; *D.P. Kessler/M.B. McClellan*, How liability law affects medical productivity, *Journal of Health Economics* 21 (2002), 931–955; *D.M. Studdert u.a.*, Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment, *Journal of the American Medical Association* 293 (2005), 2609–2617; *F.A. Sloan/J.H. Shadle*, Is there empirical evidence for »Defensive Medicine«? A reassessment, *Journal for Health Economics* 28 (2009), 481–491.
49. Die Österreichische Regelung mit ihrer Unterscheidung von verbindlicher und beachtlicher Patientenverfügung ist hier m.E. erheblich besser. Vgl. 55. Bundesgesetz über Patientenverfügungen, Bundesgesetzblatt Österreich 2006, Teil I, Nr. 55 (zugänglich unter http://www.aerztekammer.at/service/PS/BGGBL_I_55_2006_PatVG.pdf, letzter Zugriff: 15.3.2011).
50. Zur Problematik der fehlenden gesetzlichen Regelung ärztlicher Beratung vgl. *U. Wiesing u.a.*, a.a.O. (s. Anm. 36), 781.
51. *EKD/DBK*, a.a.O. (s. Anm. 9), 8.
52. Dass die neue Christliche Patientenvorsorge (s. Anm. 2) hierfür keinen Raum und keine Hilfen bietet, ist m.E. das größte Problem dieses Formulars.
53. Vgl. *Völker Lipp u.a.*, a.a.O. (s. Anm. 7), 370f (Nr. 104f).
54. Vgl. a.a.O., 387 (Nr. 152).
55. Vgl. a.a.O., 376 (Nr. 105f).
56. Ich danke Dr. Andrea Dörries und Dr. Christa Wewetzer (beide ZfG) für hilfreiche Anmerkungen und Gespräche zu den hier vorgestellten Überlegungen.