

Schriften zum Bürgerlichen Recht

---

Band 159

# Die Rechtsverbindlichkeit des Patiententestaments

Eine Untersuchung aus zivilrechtlicher Sicht

Von

Dr. Lutz Schöllhammer



Duncker & Humblot · Berlin

**LUTZ SCHÖLLHAMMER**

**Die Rechtsverbindlichkeit des Patiententestaments**

**Schriften zum Bürgerlichen Recht**

**Band 159**

# **Die Rechtsverbindlichkeit des Patiententestaments**

**Eine Untersuchung aus zivilrechtlicher Sicht**

**Von**

**Dr. Lutz Schöllhammer**



**Duncker & Humblot · Berlin**

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

**Schöllhammer, Lutz:**

Die Rechtsverbindlichkeit des Patiententestaments :  
eine Untersuchung aus zivilrechtlicher Sicht /  
von Lutz Schöllhammer. –

Berlin : Duncker und Humblot, 1993

(Schriften zum bürgerlichen Recht ; Bd. 159)

Zugl.: Mainz, Univ., Diss., 1992

ISBN 3-428-07730-X

NE: GT

D 77

Alle Rechte vorbehalten

© 1993 Duncker & Humblot GmbH, Berlin 41

Fotoprint: Werner Hildebrand, Berlin 65

Printed in Germany

ISSN 0720-7387

ISBN 3-428-07730-X

## Vorbemerkung

Das Patiententestament enthält die schriftliche Anordnung eines Menschen an einen Arzt, im Falle seiner unheilbaren Erkrankung mit sicherer Todesprognose in der Sterbephase auf die Anwendung lebensverlängernder Maßnahmen zu verzichten um ihm einen - nach seiner Vorstellung - würdevollen Tod zu ermöglichen.

Die Arbeit beschäftigt sich demnach mit einem Aspekt der Sterbehilfe,<sup>1</sup> einer Thematik, bei der der fundamentale Gegensatz zwischen zwei grundlegenden Rechtsprinzipien zu Tage tritt, nämlich der Unverfügbarkeit des Lebens einerseits und dem Recht auf den eigenen Tod andererseits. In diesem Grenzbereich kollidieren die nach Art. 1 Abs. 1 GG unantastbare Menschenwürde und das nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG geschützte Recht auf Leben.<sup>2</sup> Das Recht auf Leben begründet nicht nur ein Abwehrrecht gegen Eingriffe des Staates, sondern gewährleistet auch Grundrechtsschutz gegen den Rechtsgutträger selbst, wenn seine Entscheidungsfindung - beispielsweise weil kein freier Wille vorliegt - unzureichend ist.<sup>3</sup> Bei der Beurteilung des Patiententestamentes kommt darüber hinaus noch das Recht auf Selbstbestimmung als weitere grundrechtliche Position von grundsätzlicher Bedeutung hinzu. Auch das ebenfalls von Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG geschützte Recht auf körperliche Unversehrtheit ist zu berücksichtigen.

In der Grenzsituation der Sterbehilfe zeigt sich der Kompromißcharakter als ein wesentliches Grundspezifikum allen Rechtes. Eine ausschließliche Orientierung in einem der beiden generellen und reinen Denkansätze - absoluter Lebensschutz einerseits und Recht auf den eigenen Tod andererseits - kann zu keinem befriedigenden Ergebnis führen. Bei der rechtlichen Beurteilung der Sterbehilfe geht es vielmehr um den Versuch, die gegenläufigen Interessen und ihre Folgen miteinander abzuwägen und in eine möglichst gelungene Konkordanz zu bringen.<sup>4</sup>

Vereinzelt wird argumentiert, bei der Sterbehilfe handele es sich um einen Sachverhalt, bei dem es im Verhältnis von Medizin und staatlichem Recht nur

---

<sup>1</sup> Eine umfassende Auflistung der Literatur zum Thema Sterbehilfe befindet sich im Handbuch des Arztrechts, S. 776 ff.

<sup>2</sup> Leonardy, Rahmen, S. 26.

<sup>3</sup> So v. Münch, FS Ipsen, S. 113, 125.

<sup>4</sup> Vgl. Eser, Neues Recht, S. 392, 397.

Diskretion und keine Diskussion geben solle.<sup>5</sup> Richtig erscheint es jedoch, daß die Fragen der Sterbehilfe mit der gebotenen Sachlichkeit öffentlich diskutiert werden, daß ethisch, religiös und rechtlich dazu Stellung genommen wird.<sup>6</sup> Eine für jeden einzelnen derart wichtige Lebensphase wie die des Sterbens darf sich nicht in einer tabuisierten Grauzone abspielen. Die in diesem Bereich auftretenden Fragen müssen durchdacht und soweit irgend möglich einer allgemeingültigen Beantwortung zugefügt werden und zwar sowohl der Patienten wegen, damit sie in ihrem Zutrauen zu ihrem Arzt nicht verunsichert werden, als auch um der Ärzte willen, damit sie in dieser schwierigen Entscheidung nicht mit ihrem Gewissen allein gelassen werden, sondern sich auf dem Boden der Rechtsgemeinschaft fühlen können.<sup>7</sup> Symptomatisch für ein Verdrängen des Gedankens an das Sterben ist z.B. auch die Gepflogenheit unserer Zeit, Sterbende in ein Krankenhaus abzuschieben und sie dort, ohne ausreichende menschliche Zuwendung, ohne Beistand von Familie und Freunden, ihre letzte Stunde erleben bzw. häufiger erleiden zu lassen. Insoweit würde auch ein Schweigen zu derartigen Themen indirekt Stellungnahme bedeuten und schwerwiegende Konsequenzen sowohl für die betroffenen Personen als auch für die Rechtsgemeinschaft nach sich ziehen. Es muß in der Diskussion ein Konsens über die Behandlung des Sterbens bei inkurablem Leiden gefunden werden, denn "allzuvielen qualvollen Schicksale säumen den Weg des medizinischen Fortschritts."<sup>8</sup>

Eine Vielzahl von Einzelfällen, die von den Medien öffentlichkeitswirksam dargestellt werden, sind und waren immer wieder Anlaß auch für breite Bevölkerungskreise, die Frage nach der Würde beim bzw. im Sterben zu stellen und sich mit dem Thema Sterbehilfe zu beschäftigen. Man erinnere sich an den Fall des Ehepaares van de Putt in Belgien, an die holländische Ärztin Postma, an das Sterben von General Franco und Marschall Tito sowie an das Schicksal der jungen Amerikanerin Karen Ann Quinlan. Das Verhalten von Ärzten wie z.B. das des Schweizer Urs Hämmerli und das des Deutschen Hackethal gerät immer wieder in die Schlagzeilen.

Immer wieder zeigt sich, daß die durch den Einsatz der modernen medizinischen Hilfsmittel erreichbare kurzzeitige Lebensverlängerung sich nur als ein verlängertes Martyrium oder als Phase anhaltender tiefer Bewußtlosigkeit darstellt.

---

<sup>5</sup> Maunz/Dürrig-Dürrig, Art. 2 Abs. 2 GG RZ 11; nach Uhlenbruck, *ArztR* 1985, 16, 19 ist Diskretion der einzige Ausweg, solange die derzeitige Rechtsprechung sich nicht ändert.

<sup>6</sup> Zu den positiven Auswirkungen, die eine rechtlichen Fixierung auf das Verhältnis zwischen Arzt und Patient hat, vgl. auch die grundsätzlichen Ausführungen von Hanau, *FS Baumgärtel*, S. 121 ff. und die speziellen Darstellungen zum Thema Sterbehilfe bei v. Lutterotti, *Menschenwürdiges Sterben* und *MedR* 1988, 55, 58 f. sowie bei Wassermann in *DRiZ* 1986, 291 ff.

<sup>7</sup> Vgl. Laufs, *FS Mikat*, S. 145 ff.

<sup>8</sup> Uhlenbruck, *Therapie und Gegenwart* 119 (1980), S. 1374, 1393.

Gerade die wesentlich erweiterten Möglichkeiten der heutigen Heilkunde in Diagnostik und Therapie lassen Zweifel aufkommen, ob das seit langem überlieferte Leitmotiv der Lebenserhaltung und -verlängerung mit allen Mitteln und allen Konsequenzen noch in jedem Falle von Ärzten befolgt werden muß und darf. Nach Jahren illusionärer Fortschrittsgläubigkeit wird den Menschen nun die Begrenztheit menschlichen Handelns wieder mehr ins Bewußtsein gerufen.<sup>9</sup>

Angesichts dieser Ambivalenz des medizinischen Fortschritts gewinnt die Frage nach dem Sinn der Lebensverlängerung zwangsläufig an Bedeutung. In einer Welt, in der es der Medizin immer wieder gelingt, den Tod aufzuhalten, wird es immer wichtiger zu wissen, was menschliches Leben zum Überleben wert macht.

Die praktische Bedeutung dieser Frage wird dann besonders klar, wenn man sich vergegenwärtigt, daß vor allem auch wegen des medizinischen Fortschrittes der letzten Jahrzehnte die Zahl alter Menschen immer mehr zunimmt, so daß bei uns im Norden Europas die Perspektive für das 21. Jahrhundert, derzufolge es eine Gesellschaft mit mehr alten als jungen Menschen gibt, durchaus realistisch erscheint. Daß sich bei immer mehr sehr alten Menschen - u.a. auch wegen der erfahrungsgemäß intensiveren Beschäftigung mit dem Tod in diesem Lebensabschnitt - die Frage nach der Art des Sterbens und der Wunsch nach einem würdigen Sterben immer häufiger stellt, liegt auf der Hand.

Zu berücksichtigen ist schließlich, daß der bedingungslose Einsatz aller heute zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur Lebenserhaltung und -verlängerung der für den Arzt am geringsten mit inneren Zweifeln verknüpfte Weg ist, den scheinbar unlösbaren Konflikt zwischen Tötungsverbot, Lebenserhaltungsgebot, Garanten- und Hilfespflicht, der ärztlichen Ethik und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu bewältigen.<sup>10</sup> Insoweit gewinnt der Wunsch vieler Menschen auf selbstbestimmte Gestaltung ihres Lebensendes und damit auch das Patiententestament eine ganz besondere Bedeutung.

Dabei ist schon die Verwendung des Ausdruckes Sterbehilfe für die hier in Frage stehenden Fälle nicht unbedenklich. Der undifferenzierte, schlagwortartige Gebrauch des Wortes "Sterbehilfe" begründet die Gefahr, daß die entscheidende ärztliche Zielsetzung, nämlich die Leidhilfe als Form der Krankenbehandlung, übersehen wird. Demnach ist der Ausdruck Leidhilfe terminolo-

---

<sup>9</sup> So beispielsweise Moor, Die Freiheit zum Tode, und Wunderli, Euthanasie oder über die Würde des Sterbens, S. 141 ff.

<sup>10</sup> So auch: BGH (04.07.1984; Wittig-Entscheidung) NJW 1984, 2639, 2642 = BGHSt 32, 367 ff. = JZ 1984, 893 = MDR 1984, 858 ff. = NStZ 1985, 199 ff. = MedR 1985, 40 ff. = ArztR 1985, 40 ff.; Uhlenbruck, Grenzbereich, S. 41.



gisch dem der Sterbehilfe vorzuziehen.<sup>11</sup> Sterben gehört zum Leben; Leidhilfe ist also Lebenshilfe.<sup>12</sup>

Die Frage der Sterbehilfe wird in letzter Zeit wieder verstärkt behandelt, nachdem die Diskussion in den beiden ersten Jahrzehnten nach dem 2. Weltkrieg in Deutschland unter der Schockwirkung der im Dritten Reich als "Euthanasie" ausgegebenen Tötungsmaßnahmen weitgehend verdrängt worden war.<sup>13</sup> Die sachliche, wissenschaftliche Diskussion des Themas Euthanasie in der juristischen und medizinischen Fachpresse wurde in Deutschland erst mehr als 20 Jahre nach Ende der nationalsozialistischen Herrschaft wieder aufgenommen.<sup>14</sup> "Jedenfalls ist Deutschland der Ort der Welt, wo eine Diskussion darüber am allerschwierigsten ist."<sup>15</sup> Mit diesen Worten hat der Moralphilosoph Hans Jonas die besondere Bedeutsamkeit der Beschäftigung mit Sterbehilfe für einen Deutschen in Deutschland auch fast fünf Jahrzehnte nach dem Ende der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft zutreffend beschrieben. Gleichzeitig hat er damit den Maßstab festgelegt, an dem sich jede Bearbeitung des Themas zu orientieren hat.

Wie vielschichtig die Thematik und wie schwierig und gefährlich eine begriffliche Klassifizierung ist, hat Albin Eser in seinem Typisierungsversuch verdeutlicht, in dem er einzelne Fallgruppen nach Handlungscharakter und Erfolg, nach Motivation des Patienten, nach seinem gesundheitlichen Zustand, nach seiner Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit und nach der Person des Helfers bildet und diese in einer Vielzahl von möglichen Abstufungen darstellt.<sup>16</sup> Betont sei deshalb zu Beginn, daß es beim Patiententestament nur um einen kleinen Teilbereich der Problematik der Sterbe- bzw. Leidhilfe geht, und zwar um das Sterbenlassen durch Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen bei einem Moribunden in Erfüllung seines ausdrücklichen, wenn auch antizipierten Wunsches.

Die Arbeit will die zivilrechtlichen Wirkungen des Patiententestamentes klären. Es wird darauf verzichtet, nochmals intensiver auf die strafrechtlichen und grundrechtlichen Themen in diesem Zusammenhang einzugehen. Ebenso wenig sollen die religiösen und ethischen Fragen vertieft werden. Festgehalten sei zu Beginn aber auch, daß Gegenstand der Arbeit ausschließlich die sog. Moribun-

---

<sup>11</sup> So auch Beschluß I 1 des 56. DJT, Berlin 1986, Seite M 191.

<sup>12</sup> Fritsche, Sterbehilfe, S. 6.

<sup>13</sup> Vgl. Leonardy, Rahmen, S. 15.

<sup>14</sup> In der Fachpresse begann die Behandlung des Problems Mitte der sechziger Jahre mit dem grundlegenden Aufsatz des Juristen Simson, Euthanasie als Rechtsproblem, NJW 1964, 1153 ff. und der Abhandlung des Mediziners Ehrhardt, Euthanasie, in: Göppinger, Arzt und Recht, S. 96 ff.

<sup>15</sup> Mitleid allein begründet keine Ethik, Zeit - Gespräch mit Hans Jonas, Die Zeit Nr. 35/1989 v. 25.08.1989, S. 9.

<sup>16</sup> Eser, Erscheinungsformen, S. 4 ff.

den-Euthanasie, also die Sterbehilfe für schwerstleidende, sterbenskranke und meist alte Menschen ist. Der in letzter Zeit erneut sehr intensiv u.a. in Zusammenhang mit dem Besuch des australischen Moralphilosophen Peter Singer in der Bundesrepublik diskutierte<sup>17</sup> Themenkomplex der Neugeborenen-Euthanasie<sup>18</sup> betrifft die Situation des Patiententestamentes genauso wenig wie die Frage der Zulässigkeit aktiver und direkter Sterbehilfe. Nicht verschweigen möchte ich, daß ich nicht nur aus rechtlichen, sondern vor allem auch aus ethischen und religiösen Gründen diese Arten der Sterbehilfe entschieden ablehne.

Die Kernfrage des Patiententestamentes ist, inwieweit ein Mensch durch antizipierte, also zeitlich vorgelagerte Erklärung die Art und Weise der ärztlichen Behandlung in der Sterbephase festlegen und sich gegen die Abhängigkeit von Vorstellungen Dritter schützen kann. Es geht nicht um Fälle der Fremdbestimmung, sondern gerade um die Möglichkeit der Durchsetzung des eigenen Willens des Betroffenen. Diese Fälle sind von daher auch keineswegs mit dem menschenverachtenden Euthanasieprogramm der NS-Zeit vergleichbar, das Hitler mit seinem Geheimbefehl vom 1.9.1939 anordnete, bei dem sozialdarwinistische Aspekte, also die Interessen der Gesellschaft, nicht aber die des Betroffenen und schon gar nicht dessen individueller Wille die Begründung für Sterbehilfe waren.

---

<sup>17</sup> Merkel, "Die Zeit" v. 23.06.1989, S. 1 ; Bräutigam/ Thomsen, "Die Zeit" v. 23.06.1989, S. 7; Exzeß der Vernunft oder Ethik der Erlösung, Diskussion mit Franz Christoph, Bischof Wilkens u.a., Die Zeit Nr. 29/1989, S. 10; Mitleid allein begründet keine Ethik, Zeit-Gespräch mit Hans Jonas, Die Zeit Nr. 35/1989 v. 25.08.1989, S. 9.

<sup>18</sup> Vgl. hierzu Hanack, MedR 1985, 33 ff. mwN; Laber, MedR 1990, 182 ff.; Laufs, MedR 1990, 231 ff.; v. Loewenich, MedR 1985, 30 ff.



# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorbemerkung</b>	<b>5</b>
<b>A. Einführung</b>	<b>15</b>
I. Inhalt des Patiententestamentes .....	15
II. Rechtsnatur des Patiententestamentes .....	16
III. Fallgruppen der Sterbehilfe und ihre strafrechtliche Beurteilung .....	17
1. Hilfe im Sterben .....	18
2. Aktive Sterbehilfe .....	18
3. Indirekte Sterbehilfe (Leidhilfe) .....	19
4. Passive Sterbehilfe (Leidhilfe) .....	19
IV. Standort des Patiententestamentes im Rahmen der Sterbehilfe.....	23
V. Meinungsstand zur rechtlichen Bedeutung des Patiententestamentes.....	26
<b>B. Rechtsverbindlichkeit des Patiententestamentes aus zivilrechtlicher Sicht</b>	<b>29</b>
I. Grundsätzliches zur Behandlungsanweisung.....	29
1. Körper und Gesundheit und/oder allgemeines Persönlichkeitsrecht als Schutzgut i.S.v. § 823 BGB .....	29
2. Einwilligung als Rechtfertigungsgrund.....	35
3. Rechtsnatur der Einwilligung .....	38
a) Rechtsprechung und Literatur .....	39
b) Eigene Stellungnahme .....	41
c) Konsequenzen des Meinungsstreites.....	44
4. Rechtsnatur des Behandlungsverbotes .....	45
II. Das Patiententestament und die allgemeinen Anforderungen an Behandlungsanweisungen .....	47
1. Motiv .....	47
2. Inhalt.....	48
3. Abgabe und Zugang.....	49
4. Form .....	52
5. Inhaltsbestimmung und Auslegung.....	55
6. Beweislast .....	57

7.	Widerruflichkeit und Wirkungsdauer.....	57
a)	Widerruf der Einwilligung.....	58
b)	Widerruf des Behandlungsverbotes.....	59
c)	Anforderungen an die Willensbildung zum Widerruf.....	60
d)	Notwendigkeit des Zugangs des Widerrufs.....	61
8.	Willensmängel.....	62
a)	Rechtsfolge des Irrtums.....	62
b)	Voraussetzungen der Irrtumsanfechtung.....	63
III.	Inhaltliche Grenzen der Beachtlichkeit des Patientenwillens.....	67
1.	Passive Sterbehilfe.....	68
2.	Indirekte Sterbehilfe.....	70
3.	Schlußfolgerung.....	72
IV.	Aufklärung.....	73
1.	Grundsätzliches.....	73
2.	Umfang und Intensität.....	75
3.	Person des Aufklärungsverpflichteten.....	81
4.	Person des Aufzuklärenden.....	83
5.	Möglichkeit des Verzichtes.....	84
6.	Nachweis.....	88
7.	Zusammenfassung.....	90
V.	Persönliche Anforderungen an die Willensbildung des Patienten.....	90
1.	Abstrakte Entscheidungsfähigkeit.....	92
2.	Konkrete Entscheidungsmöglichkeit.....	95
3.	Entscheidungsfreiheit.....	95
4.	Ernstlichkeit der Entscheidung.....	96
a)	Anforderungsmaßstab.....	98
b)	Abstraktheit der Entscheidungsfindung.....	98
c)	Einwirkungen psychischer Belastungen.....	110
d)	Weitere Schlußfolgerungen.....	113
VI.	Auswirkungen des Eintritts der Willensunfähigkeit auf die antizipierte Erklärung.....	116
1.	Vergleich mit der Rechtsprechung zum Suizid.....	116
2.	Vergleich mit sonstigen Parallelsituationen.....	119
VII.	Überprüfung der Willensbildung und Auswirkungen nachträglicher Willensänderungen.....	120
1.	Nachträgliche Willensänderungen.....	121
2.	Person des Prüfungsberechtigten.....	122
VIII.	Rechtfertigung durch berechtigte Geschäftsführung ohne Auftrag.....	126

<b>IX.</b>	<b>Einwilligung durch einen Betreuer</b> .....	135
1.	Neuregelung durch das Betreuungsgesetz.....	136
2.	Verhältnis der Betreuung zu anderen gesetzlichen Regelungen .....	140
3.	Möglichkeit der Einsetzung eines Patientenanwaltes.....	141
4.	Schlußfolgerung .....	141
<b>X.</b>	<b>Einfluß des Bestehens eines Arztvertrages auf die Beurteilung als unerlaubte Handlung</b> .....	142

**C. Zusammenfassung** 147

**Anhang**

Anhang I:	Muster des Patiententestamentes nach Uhlenbruck.....	155
Anhang II:	Ärztliches Standesrecht.....	156
Anhang III:	Beschlüsse des 65. Deutschen Juristentages, Berlin 1986 .....	163
Anhang IV:	Gesetzesentwürfe zur Regelung der Sterbehilfe .....	165
<b>Literaturverzeichnis</b>	.....	169



## A. Einführung

### I. Inhalt des Patiententestamentes

Der Inhalt von Patientenweisungen für die ärztliche Behandlung in der Endphase einer unheilbaren, sicher zum Tode führenden Krankheit kann je nach der diesbezüglichen Grundeinstellung des Patienten ein ganz unterschiedlicher sein. Ein Patient kann z.B. fordern, alle denkbaren und medizinisch möglichen Maßnahmen zu ergreifen, um sein Leben soweit irgendetmöglich zeitlich zu verlängern und die möglichen negativen Auswirkungen einer derartigen Lebensverlängerung bewußt in Kauf nehmen.<sup>1</sup> Ein anderer Patient kann versuchen, beispielsweise weil er ein Leben mit einer schweren Krankheit für unerträglich hält, mit einer Patientenweisung seinen Arzt zur aktiven Tötung zu bewegen. Naheliegender ist auch die religiös motivierte Anweisung eines Zeugen Jehova, bei ihm auch bei absoluter medizinischer Indikation keinesfalls eine Bluttransfusion durchzuführen oder das von einem Bibelforscher erteilte generelle Behandlungsverbot.

Derartige Anweisungen könnten auch in einem Patiententestament enthalten sein. Jedoch wird sowohl in der öffentlichen Diskussion wie auch in der Fachliteratur der Begriff "Patiententestament" inhaltlich anders und zwar im Sinne des 1978 von Uhlenbruck veröffentlichten Musters eines Patiententestamentes benutzt. Nur so soll der Ausdruck in folgendem auch verstanden werden.

Die wesentlichen Passagen des Patiententestamentes von Uhlenbruck seien deshalb zitiert:<sup>2</sup>

"IV. ... erkläre ich in voller Kenntnis der medizinischen Situation und rechtlichen Bedeutung einer solchen Erklärung, daß ich im Falle irreversibler Bewußtlosigkeit, wahrscheinlicher schwerer Dauerschädigung des Gehirns (Decerebration) oder des dauernden Ausfalls lebenswichtiger Funktionen meines Körpers oder bei infauster Prognose hinsichtlich meiner Erkrankung mit einer Intensivtherapie oder Reanimation nicht einverstanden bin. Für den Fall, daß durch eine solche ärztliche Maßnahme nicht mehr erreicht werden kann als eine Verlängerung des Sterbevorgangs oder eine Verlängerung des Leidens,

---

<sup>1</sup> So das Formblatt E der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS).

<sup>2</sup> Uhlenbruck, NJW 1978, 566, 569 ff. abgedruckt im Anhang I; weitere Beispiele von Patiententestamenten bei Rickmann, S. 18 ff. und Anhang I bis III.



verweigere ich hiermit ausdrücklich die Zustimmung zu irgendwie gearteten ärztlichen Eingriffen, zumal wenn sie mit erheblichen Schmerzen verbunden sind.

V. Sollten Diagnose und Prognose von mindestens zwei Fachärzten - ungeachtet der Möglichkeit einer Fehldiagnose - ergeben, daß meine Krankheit zum Tode führen und mir nach aller Voraussicht große Schmerzen bereiten wird, so wünsche ich keine weiteren diagnostischen Eingriffe und keine Verlängerung meines Lebens mit den Mitteln der Intensivtherapie. Sollte ich eine Hirnverletzung oder eine Gehirnerkrankung haben, durch die meine normalen geistigen Funktionen schwerwiegend und irreparabel geschädigt worden sind, so bitte ich um Einstellung der Therapie, sobald durch mindestens zwei Fachärzte festgestellt wird, daß ich künftig nicht mehr in der Lage sein werde, ein menschenwürdiges Dasein zu führen.

VI. Vorstehende Erklärungen stellen keinen allgemeinen Verzicht auf die mir vertraglich zustehende ärztliche Behandlung dar. Sie beschränken vielmehr meine Einwilligung in die ärztliche Heilbehandlung auf eine Linderung von Leiden und Beschwerden für den Fall, daß ein Hinausschieben des Todes für mich eine nicht zumutbare Verlängerung des Leidens bedeuten würde und das Grundleiden mit infauster Prognose einen irreversiblen Verlauf genommen hat. Wenn ich die Ärzte bitte, das Recht auf einen mir gemäßen Tod zu achten, so heißt das nicht, daß ich damit die ärztliche Hilfe und Behandlung in der Form ausreichender Medikation und Leidensminderung ablehne. Vielmehr setze ich mein Vertrauen in eine vom Arzt anzuordnende schmerzlindernde Medikation, auch wenn sie zur Bewußtseinsausschaltung oder wegen ihrer - vom Arzt nicht beabsichtigten - Nebenwirkungen zu einem früheren Ableben führen sollte."

Zusammenfassend kann man den Inhalt des Patiententestamentes als eine Kombination von Verweigerung der Zustimmung zu Intensivtherapie und Reanimation bei irreversibler Bewußtlosigkeit, Decerebration oder allgemein infauster Prognose mit der ausdrücklichen Einwilligung in Schmerz- und Beschwerdelinderung unter Inkaufnahme von Bewußtseinsausschaltung und Lebensverkürzung beschreiben.

## II. Rechtsnatur des Patiententestamentes

Der Begriff des Patiententestamentes ist sowohl dem BGB als auch anderen gesetzlichen Regelungen fremd. Es läßt sich auch nicht unter den allgemeinen Begriff letztwillige Verfügung i.S.v. § 1937 BGB subsumieren und ist mithin kein Testament im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuches.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Palandt-Edenhofer, Einl. v § 1922 RZ 18; Harder, ArztR 1991, 10, 12.

Ein Testament ist eine einseitige Erklärung, durch die jemand über das rechtliche Schicksal seines Vermögens für die Zeit nach seinem Tode eine Regelung trifft (§§ 1937 ff BGB). Das Patiententestament betrifft jedoch thematisch weder das Vermögen des Testators noch regelt es zeitlich die Situation nach dem Tod. Vielmehr soll es die Zeit des Sterbens, den letzten Abschnitt des Lebens regeln. Folglich unterliegt das Patiententestament als lebzeitige Erklärung auch nicht den Formvorschriften des Erbrechts.<sup>4</sup>

Das Patiententestament enthält vielmehr eine Entscheidung über die Zulässigkeit eines ärztlichen Eingriffes in die rechtlich geschützte Sphäre des Menschen und kombiniert die Einwilligung in gewisse ärztliche Maßnahmen mit dem strikten Verbot anderer. Dem wesentlichen Inhalt nach ist das Patiententestament also Behandlungsanweisung an den Arzt.

Der Begriff "Patiententestament" ist mithin ungenau und irreführend. Man sollte besser von einem "Patientenbrief", einer "Patientenverfügung" oder von einer "Anweisung an den Arzt zur Würde im Sterben" sprechen. Weil der Begriff Patiententestament sich in der Fachliteratur eingebürgert hat und auch ansonsten mittlerweile üblich ist, soll er trotz der begrifflichen Bedenken im folgenden beibehalten werden.

### III. Fallgruppen der Sterbehilfe und ihre strafrechtliche Beurteilung

Bevor die Frage der zivilrechtlichen Bindungswirkung einer im Patiententestament angeordneten Behandlungsanweisung mit dem gerade dargestellten Inhalt untersucht wird, soll zunächst überblickartig die strafrechtliche Beurteilung der einzelnen Fallgruppen der Sterbehilfe dargestellt werden.

Sterbehilfe betrifft den im Sterben liegenden Menschen. Ein Sterbender ist nach den Richtlinien der Bundesärztekammer<sup>5</sup> nicht jeder in Todesgefahr schwebende Mensch, sondern nur der Kranke oder Verletzte, bei dem aufgrund einer Reihe klinischer Befunde zur Überzeugung des Arztes feststeht, daß die Krankheit irreversibel oder die traumatische Schädigung infaust verläuft und der Tod in kurzer Zeit eintreten wird.

---

<sup>4</sup> Epple, BWNotZ 1981, 31; Harder, ArztR 1991, 10, 12.

<sup>5</sup> Kommentar zu den "Richtlinien für Sterbehilfe", Ziffer I 1 a. Dieser Kommentar ist im Anhang II unter Gliederungspunkt 6 auszugsweise wiedergegeben. Er ist in MedR 1985, 39 f. komplett abgedruckt. Die Richtlinien für Sterbehilfe wurden im Jahre 1979 von der Bundesärztekammer verabschiedet, sind in Anhang II unter Gliederungspunkt 5 auszugsweise wiedergegeben und komplett in Deutsches Ärzteblatt 1979, 957 ff., MedR 1985, 28 ff. und bei Laufs, Arztrecht, RZ 221 ff. abgedruckt.