

# Der mutmaßliche Wille

von Konrad Hilpert

Seit vielen Jahren schon wird in Deutschland und auch in seinen Nachbarländern über Sterbehilfe diskutiert. Besonders heftig sind die Debatten, wenn es um die Fortsetzung der Behandlung schwerkranker Menschen geht, die sich nicht mehr bewusst dazu äußern können. Während das Verbot der Tötung auf Verlangen durch Angehörige wie auch durch Ärzte konstant Rückhalt genießt, haben sich bezüglich des Verzichts und des Abbruchs einer Behandlung, sofern sie im Voraus verfügt wurde, die Einstellungen und ihnen folgend auch die rechtlichen Bestimmungen erheblich verändert, nämlich dahingehend, dass diesem Wunsch entsprochen werden muss. Die entscheidende Grundlage und Rechtfertigung hierfür war und ist bis heute die Respektierung des Patientenwillens als Ausdruck und Spezifizierung der Selbstbestimmung in der Lebenssituation schwerster Krankheit bzw. des Sterbens.

Selbstbestimmung ist Konsequenz der dem Menschen als Menschen eigenen Autonomie für den Bereich seines Handelns und hat Anspruch darauf, geachtet zu werden. Ihre Grenzen sind die gleichen Rechte auf Selbstbestimmung der anderen. Innerhalb des dadurch eröffneten Freiraums sind die Träger solcher Autonomie berechtigt, ihr Dasein in Bezug auf Wert- und Zielvorstellungen zu gestalten, sich zu sich selbst, zu anderen und zur Welt zu verhalten, Pläne für die Zukunft zu entwerfen und sie auszuführen, Erfahrungen zu sammeln und sie zu Wissen und Überlieferungen zu verarbeiten und daraus wieder neue Orientierung zu schöpfen.

Das Prinzip der Selbstbestimmung gilt auch für medizinische Maßnahmen. Deshalb dürfen – ausgenommen die Notfallversorgung – solche Maßnahmen nur mit Einwilligung der betroffenen Person durchgeführt werden. Verweigert der Patient die Einwilligung, wäre eine dennoch vorgenommene Behandlung eine Missachtung des Selbstbestimmungsrechts, näherhin eine Verletzung des Rechts auf körperliche Unversehrtheit, selbst dann, wenn sie – medizinisch gesehen – geeignet wäre, dem Wohlergehen des Patienten zu dienen, und ihre Verweigerung den Tod nach sich ziehen könnte. Darüber besteht heute in der Medizinethik<sup>1</sup> wie auch im Medi-

---

<sup>1</sup> So B. *Schöne-Seifert*, *Grundlagen der Medizinethik*, Stuttgart 2007, 43–45; H. T. *Engelhardt*,

zinrecht<sup>2</sup> weitestgehende Übereinstimmung. Nicht nur objektiv, sondern auch subjektiv ist es heute für viele Menschen ein genauso bedrückender Gedanke, dass sie eines Tages einem hochtechnisierten medizinischen System ausgeliefert sein könnten, in dem ihr Sterben von einer ihnen fremden Logik bestimmt wird, wie dass ihnen eine lebensrettende medizinische Therapie vorenthalten werden könnte.

## 1. Stellvertretung und Informiertheit

Das klingt einfach und klar, ist es aber nur, solange

- der betroffene Patient sich *selbst erklären* kann, und
- außer Zweifel steht, dass seine Äußerung auch tatsächlich seine *eigene* Willensentscheidung wiedergibt.

Beide Bedingungen sind aber häufig – gerade im Kontext des Auftretens von Erkrankungen und der heute zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Hochleistungsmedizin, sie zu bekämpfen – nicht oder nur eingeschränkt gegeben. Auch dann besteht der Anspruch, entsprechend dem eigenen Willen behandelt zu werden, weiter. Der Umstand, sich selbst nicht mehr äußern zu können, führt also nicht zum Verlust des Selbstbestimmungsrechts.

Wenn der Patient seinen Willen nicht mehr selbst äußern kann, sind vier Konstellationen zu unterscheiden:

Erstens kann jeder und jede für den Fall, dass er bzw. sie als Patient(in) seinen (ihren) Willen nicht mehr erklären kann, im Voraus eine Willensbekundung abgeben. (Im Medizinrecht gibt es mehrere solcher Formen präventiver Verfügung: Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Organspendeerklärung, Einverständniserklärung zur Teilnahme an einer klinischen Studie.)

---

Freies und informiertes Einverständnis, in: U. Wiesing (Hg.), Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, Stuttgart <sup>4</sup>2012, 112–114; T. L. Beauchamp/R. R. Faden, Bedeutung und Elemente des Informierten Einverständnisses, in: ebd., 117–120; G. Maio, Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch, Stuttgart 2012, 143–149.

<sup>2</sup> Die einschlägige Bestimmung zur Einwilligung in medizinische Maßnahmen findet sich in § 630d BGB. Aus der Literatur sei stellvertretend auf U. Schroth, Ärztliches Handeln und strafrechtlicher Maßstab. Medizinische Eingriffe ohne und mit Einwilligung, ohne und mit Indikation, in: C. Roxin/U. Schroth (Hg.), Handbuch des Medizinstrafrechts, Stuttgart u. a. <sup>4</sup>2010, 21–50, verwiesen.

Alternativ besteht zweitens auch die Möglichkeit, anstelle (oder auch zusätzlich zu) einer Patientenverfügung einen Stellvertreter zu bestellen, der ggf. die Entscheidung über die Behandlung trifft, hierbei allerdings an die vom Auftraggeber mitgeteilten Vorstellungen und Einstellungen gebunden ist.

Kann der Patient seinen Willen aktuell nicht mehr erklären und fehlen vorsorgliche Willensbekundungen – das ist dann die dritte Fallgruppe –, kann bzw. muss versucht werden, auf frühere Äußerungen von ihm zurückzugreifen, um herauszufinden, was wohl sein Wille, bezogen auf die aktuelle Behandlungssituation, gewesen sein könnte. Diese Vermutung, die alle erreichbaren diesbezüglichen Informationen über den Patienten berücksichtigen muss, wird mit einem Terminus aus dem BGB<sup>3</sup> weit über die juristische Fachsprache hinaus als „mutmaßlicher Wille“ bezeichnet. Beim mutmaßlichen Willen handelt es sich dennoch um ein Konstrukt, eine plausible Annahme oder Fiktion, nicht um den tatsächlichen Willen. Er wird in konkreten Situationen, in denen es nicht möglich ist, den tatsächlichen Willen zu erfahren, und nur dann, als Basis einer Behandlungsentscheidung zugrunde gelegt. Dahinter steht die Absicht, die Bindung der Behandlung an die Achtung des Patientenwillens unter defizitären Bedingungen wenigstens annäherungsweise zu realisieren.

Die Ermittlung des mutmaßlichen Willens ist dementsprechend kompliziert. Auskunft darüber geben können früher gemachte Äußerungen des Patienten sowie Vorstellungen und praktische Einstellungen, die in erster Linie durch nahe Angehörige und Vertrauenspersonen bezeugt werden. Die jedoch müssen solches erst erinnern, versprachlichen, miteinander austauschen und zusätzlich die medizinische Lage verstehen können, bevor sich daraus der mutmaßliche Wille des Patienten abzeichnen und herauskristallisieren kann. Persönliche Emotionen wie auch gegensätzliche Erfahrungen mit dem Patienten in der Vergangenheit können diesen Klärungsprozess verzögern oder auch erheblich beschweren.

Sollte auch die Ermittlung des mutmaßlichen Willens nicht möglich sein, ist die Behandlung zu wählen, welche dem Wohl des Patienten aus ärztlicher Sicht am förderlichsten ist. Dies ist der vierte Typus von Fällen.

Im Hinblick auf die zu Anfang dieses Abschnitts erwähnte andere Problematik, nämlich das Vorliegen einer eigenen Willensentscheidung, ist die unerlässliche Voraussetzung die, dass es sich um eine wirkliche Zustimmung des Patienten handelt. Seine Einwilligung kann aber nur dann authentisch

---

<sup>3</sup> „Bestimmungen über die Geschäftsführung ohne Auftrag“: §§ 677ff BGB.

sein, wenn der Patient vor seiner Willensbekundung umfassend über seinen Zustand, die angeratenen Maßnahmen und seine Prognosen informiert worden ist.<sup>4</sup> Ist solches versäumt worden, kann die Zustimmung nicht als gültig gelten, selbst wenn sie formal erteilt wurde.

Patient kann seinen Willen aktuell erklären  
(*erklärter Wille*)

Patient kann seinen Willen aktuell nicht erklären:

1. Im Voraus für die Zukunft bekundet  
(*vorausverfügter bzw. antizipierter Wille*)
- oder:
2. Bestellung eines Stellvertreters  
(*Bevollmächtigung bzw. Betreuungsverfügung*)
3. Wenn weder das eine noch das andere erfolgt ist: Ermittlung des vermuteten Willens (*mutmaßlicher Wille*)
4. Wenn auch das nicht möglich: Feststellung, welche Behandlung dem Wohl des Patienten gemäß ist

Informiertheit des Patienten  
(*wirklicher oder: tatsächlicher Wille*)

Bei Fehlen der Informiertheit des Patienten:  
Zustimmung ungültig

Schema 1: Unterschiedliche Fallgruppen

## 2. Grade von Einwilligung

Auch wenn das grundsätzliche Erfordernis der umfassenden Informiertheit („informed consent“) erfüllt ist, sind durchaus unterschiedliche Grade von Selbstbestimmtheit oder Autonomie und infolgedessen auch der Einwilligung möglich. Denn die Selbstbestimmung kann mannigfach eingeschränkt sein, etwa durch die momentane psychische und mentale Verfassung des Patienten (z. B. in Folge der Einnahme starker Medikamente, bei Demenz, bei Depression), durch Vorurteile und fixe Vorstellungen, die er schon im bisherigen Leben gepflegt hat (Verfolgungswahn, Rassismus), durch Illusionen über die medizinischen Sachverhalte und fehlendes Verständnis oder auch durch erhebliche Schwankungen bei Wünschen und Prioritäten. Deshalb halten es manche Autoren<sup>5</sup> für notwendig, hinsichtlich

<sup>4</sup> Zum Recht auf Information siehe u. a. M. Bobbert, Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts, Frankfurt a. M./New York 2002, 135–137.

<sup>5</sup> Etwa (im Anschluss an J. Harris, Der Wert des Lebens, Eine Einführung in die medizinische Ethik, Berlin 1995) N. Knoepffler, Sterbehilfe, in: W. Heiß (Hg.), Altersmedizin aktuell. Interdis-

der Qualität der Einwilligung zwischen mehreren Formen bzw. Graden zu unterscheiden, nämlich zwischen „freiwillig“ und „mutmaßlich freiwillig“ bzw. – bei Mangel an Zustimmung – zwischen „nichtfreiwillig“ und „unfreiwillig“ abzustufen. Die Einwilligung gilt dann als im Vollsinn gegeben, wenn sie aufgrund einer selbstständigen Willensentscheidung der betreffenden Person zustande gekommen ist und bei voller Informiertheit gegeben wurde. Bloß mutmaßlich freiwillig ist eine Einwilligung dann, wenn zwar Hinweise vorliegen, dass die betreffende Person einverstanden war und die Situation zutreffend einschätzen konnte, aber die Einwilligung nicht ausdrücklich ausgesprochen hat. Nicht freiwillig ist eine Einwilligung dann, wenn eine Person entweder nicht zu einer autonomen Willensäußerung in der Lage ist oder aber sich faktisch nicht zur Angelegenheit geäußert hat, obschon sie die Situation und die gegebenen Informationen einschätzen kann. Unfreiwillig schließlich erduldet der Patient Handlungen anderer, die gegen seinen ausdrücklichen Willen durchgeführt werden.



Schema 2: Grade von Einwilligung

Man könnte auch sagen, dass die individuelle Autonomiefähigkeit in unterschiedlichem Maße eingeschränkt sein kann. Entscheidend ist aber, dass auch dann der Autonomieanspruch besteht und nicht erlischt. Allerdings ist die Bestimmung des Willens dann schwieriger.

---

zipliniäre geriatriische Versorgung, 24. Erg. Lfg. 7/12, 1–15; M. Quante, Menschenwürde und personale Autonomie. Demokratische Werte im Kontext der Lebenswissenschaften, Hamburg <sup>2</sup>2014, 170 (zur mutmaßlichen Einwilligung ist die Fußnote S. 181 hinzuzunehmen).

### 3. Erfordernisse für die gültige Einwilligung

Die genannten Unterscheidungen dienen nicht nur der begrifflichen Präzision, sondern sind durchaus auch von praktischer Relevanz für die Frage, was für eine wirksame Einwilligung notwendig ist. Das ist gegenwärtig ein zentraler Streitpunkt in der internationalen Debatte um die Organspende, wenn es um die Präferenzierung von Widerspruchs- oder Zustimmungslösung geht. Von Bedeutung sind solche Abstufungen auch für die Frage, wie der mutmaßliche Wille eines Patienten im konkreten Fall festgestellt werden kann.

Es versteht sich von selbst, dass zu einer gültigen Einwilligung auch die Fähigkeit der Person, die einwilligen soll, gegeben sein muss, Bedeutung und Tragweite der Behandlung zu ermessen, Argumente anderer abzuwägen und auf dieser Grundlage zu entscheiden und gemäß dieser Einsicht zu handeln. Ist diese Fähigkeit noch nicht (wie bei Säuglingen und Kleinkindern), vorübergehend nicht (wie im Notfall) oder andauernd nicht vorhanden, greift die Fürsorgeverpflichtung des Staates und der von ihm Beauftragten.

Komplementär dazu sind Eingriffe gegen den erklärten Willen einwilligungsfähiger Patienten unzulässig.

Schwieriger gestaltet sich die Antwort auf die Frage, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen für medizinische Entscheidungen bei Personen, die aktuell nicht (mehr) ihre freie Zustimmung erklären können, und bei solchen, denen die Fähigkeit zur Einwilligung gänzlich fehlt. Wo bloß mutmaßliche Freiwilligkeit vorliegen kann, gilt, dass der mutmaßliche Wille so gut wie möglich ermittelt worden sein muss. Andernfalls könnte die Entscheidung über Behandlung bzw. Behandlungsabbruch mehr oder weniger ungehindert in die Hand von Instanzen wie Anwälten, Vorsorgebevollmächtigten und Vormundschaftsgerichten hinübergleiten. Deren Berechtigung besteht darin, die Sorgfalt bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens zu garantieren und aporetische Entscheidungssituationen aufgrund sich widersprechender Interpretationen auszuschließen, aber gerade nicht darin, den mutmaßlichen Willen eines bestimmten Patienten aus eigener Einsicht zu substituieren.

Zur größtmöglichen Sorgfalt bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens eines Patienten gehört die Beachtung seines in der Patientenverfügung präventiv geäußerten Willens (bzw. auch evtl. jüngerer Äußerungen hierzu) sowie die Überprüfung, ob die in der Verfügung umschriebene Lage die aktuelle Situation wesentlich trifft. Liegt keine Patientenverfügung vor, so muss der mutmaßliche Wille auf dem oben angedeuteten Weg einer Kommunika-

tion zwischen den behandelnden Ärzten und den nächsten Angehörigen und gegebenenfalls unter Einbeziehung weiterer beratender Personen ermittelt werden. Hilfreiche Anhaltspunkte können hierbei sein: allgemein akzeptierte Wertvorstellungen („Ethos“), individuelle Einstellungen, Lebenspläne und -weisen (Umgang mit Krankheiten, Furcht vor Abhängigkeit), religiöse Anschauungen des Patienten, frühere Äußerungen zum Sterben und zu medizinischen Maßnahmen am Ende des Lebens, schließlich auch eventuelle Wünsche zum Umgang mit der eigenen Person am Lebensende.<sup>6</sup> Man versucht also, aus diesem Äußerungen ein kohärentes Bild vom Wollen der Persönlichkeit zu erhalten, aus dem sich – unter Voraussetzung seiner Konsistenz – eine Präferenz zur aktuellen Situation gewinnen lässt.

Patientenverfügung liegt vor

→ Interpretation auf die konkrete Situation

Keine Patientenverfügung

→ Ermittlung des mutmaßlichen

Patientenwillens

triftige Anhaltspunkte:

- die objektive medizinische Lage (Diagnose, Lebenserwartung, leidvoll erlebte Symptome, Prognose)
- von anderen erinnerte Einschätzungen und Bewertungen ähnlicher medizinischer Situationen
- körpersprachliche Äußerungen
- allgemein akzeptierte Wertvorstellungen
- persönliche Überzeugungen und Wertvorstellungen
- früher geäußerte Lebensziele und -pläne
- vom Patienten als verpflichtend angesehene religiöse Anschauungen

Verfahrensweise:

Konsil unter Einbeziehung der nächsten

Angehörigen

### Schema 3: Ermittlung des mutmaßlichen Willens

---

<sup>6</sup> Eine hilfreiche Kriteriaologie für Feststellung, Methoden und Dokumentation der Feststellung des mutmaßlichen Willens bietet: M. Wunder, Medizinische Entscheidungen am Lebensende und der „mutmaßliche Wille“, in: *Medizinrecht* 2004, 319–323.

#### 4. Kritik am Konstrukt des mutmaßlichen Willens

Gegen die maßgebende Rolle, die dem mutmaßlichen Willen des Patienten in medizinischen Zusammenhängen zugesprochen wird, werden auch Bedenken geltend gemacht. Diese richten sich teils „bloß“ gegen bestimmte Arten des Vorgehens bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens, bejahen also die grundlegende Intention, Inanspruchnahme bzw. Abbruch oder Unterlassung von medizinischen Maßnahmen an den Willen des Patienten zu binden. Ein Teil der Bedenken ist aber auch von der Art, dass diese grundlegende Zielrichtung im Zusammenhang mit schwerer Krankheit und Sterben in Zweifel gezogen wird.

In der rechtsphilosophischen Literatur und auch in der Rechtsprechung der Vormundschaftsgerichte trifft man gelegentlich auf Vorbehalte gegen die Figur des mutmaßlichen Willens,<sup>7</sup> die darauf abstellen, dass nicht mehr eine Wahrscheinlichkeitsaussage darüber zu gewinnen sei, ob sich der betreffende Patient für eine Behandlungsalternative oder einen Verzicht entscheiden würde, wenn er dies noch könnte, aber ein Wille mangels einer Willensbildung nicht weiter ermittelt werden kann. Solche Vorbehalte werden häufig verbunden mit der Befürchtung, der ermittelte mutmaßliche Wille könnte zur Legitimation von Entscheidungen benutzt werden, die in Wirklichkeit von anderen Personen und aus einer anderen Perspektive als der des Patienten getroffen würden. Immerhin existieren empirische Untersuchungen aus den USA, die zu dem Ergebnis kommen, dass der gemutmaßte Wille häufiger nicht mit dem tatsächlichen übereinstimmt.<sup>8</sup>

Seit den Diskussionen um die rechtlich wirksame Patientenverfügung sind aus den Reihen der Medizinethiker Stimmen<sup>9</sup> zu hören, die vor der Gefahr einer „mechanistischen“ Anwendung von Willensäußerungen, die aus der Vergangenheit stammen, auf aktuelle Situationen warnen. Gerade dann, wenn der Umfang des Behandlungswunsches in Form einer schriftlichen Patientenverfügung fixiert wurde, sei nicht schon klar, ob die in der Verfügung

<sup>7</sup> Z. B. W. Höfling, „Sterbehilfe“ zwischen Selbstbestimmung und Integritätsschutz, in: JuS 40 (2000), 111–118; R. Beckmann, Patientenverfügungen: Entscheidungswege nach der gesetzlichen Regelung, in: Medizinrecht 2009, 582–586, hier 584; J. Taupitz, Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung von Patienten am Ende des Lebens?, in: Verhandlungen des 63. Deutschen Juristentags 2000, s. NJW 25 (Suppl.), 6–10.

<sup>8</sup> S. dazu den Bericht von R. J. Jox, Bewusstlos, aber autonom?, in: Ethik in der Medizin 16 (2004) 401–414, 404.

<sup>9</sup> Z. B. G. Maio, Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin, Stuttgart 2012, 165–168.

umschriebene Situation mit der aktuell eingetretenen übereinstimme. Eine an und für sich notwendige Aufklärung über die aktuelle Behandlungssituation könne nicht mehr stattfinden. Über jeden Zweifel erhaben sei auch nicht, ob der in der Verfügung festgehaltene, früher geäußerte Wille zum Zeitpunkt der Entscheidung auch jetzt noch fortbestehe; zweifelhaft könnte das z. B. sein, wenn in der Zwischenzeit ganz neue, aussichtsreichere oder leichter verträgliche Therapiewege gefunden worden seien, oder aber, wenn jemand den augenblicklichen Zustand jetzt anders empfinde, als er ihn damals, als er noch gesund war, eingeschätzt hatte. Abgesehen von der möglichen Vagheit der zu einem früheren Zeitpunkt knapp und situationsunspecific beschriebenen Situation bewirkt den Zweifel vor allem die Beobachtung, dass der Wille einer Person in der Konfrontation mit selbst erfahrenem Leid in vielen Fällen nicht konstant ist, sondern stark mit den konkreten Umgebungsbedingungen und den Aussichten variiert.

Daraus folgt zumindest, dass im konkreten Fall der mutmaßliche Wille auch bei Vorliegen einer Patientenverfügung zusätzlich ermittelt bzw. unter deren Einbeziehung und Interpretation erst erhoben werden muss. Der mutmaßliche Wille lässt sich nicht einfach – das heißt: abstrahiert vom Kontext – und gleichsam mechanisch einem ausgefüllten Formular entnehmen oder gar durch dieses ersetzen. Ein solches Formular kann nur die Grundlage und Richtungsvorgabe für das konkrete medizinische Handeln sein. Jede Patientenverfügung muss also erst einmal auf ihre Anwendbarkeit geprüft werden. Selbstverständlich darf sie aber auch nicht ignoriert oder als vernachlässigbar abgetan werden. Die Ermittlung des mutmaßlichen Willens eines Patienten, der sich nicht äußern kann, bedarf gewissermaßen einer „hermeneutischen Verantwortung“<sup>10</sup> oder der hermeneutischen Sorgfalt der Beteiligten.

Ein weiteres typisches Bedenken<sup>11</sup> geht dahin, dass die Mutmaßung über den Willen des Patienten diesem selbst im letzten immer äußerlich und mehr oder weniger fremd bleiben muss. Denn es sind letztlich immer Andere, die diesen seinen Willen vermuten, rekonstruieren und interpretieren müssen, auch wenn diese anderen aufgrund einer gemeinsamen Lebensgeschichte, jahrelanger Nähe, enger Vertrautheit oder intensiver medizinischer und pflegerischer Behandlung eine qualitativ bessere Kenntnis der Person des Patienten

---

<sup>10</sup> Diese Formulierung entnehme ich *L. Meyer-Stiens, Der erzählende Mensch – der erzählte Mensch. Eine theologisch-ethische Untersuchung der Patientenverfügung aus Patientensicht*, Göttingen 2012, 83.

<sup>11</sup> Z. B. ebd., 168–170.

und seiner Wünsche haben als alle anderen Menschen. Dieser Rest an Fremdheit kann letztlich nie ganz überwunden, sondern nur verkleinert werden. Aus diesem Umstand ergeben sich auf jeden Fall besonders hohe Anforderungen an die Sorgfalt bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens in lebensentscheidenden Situationen.

## 5. Selbstbestimmtheit und soziales Angewiesensein

Manche Autoren<sup>12</sup> stellen grundsätzlich in Zweifel, dass das dem Konstrukt des mutmaßlichen Willens zugrunde liegende Prinzip der Respektierung von Autonomie und Selbstbestimmung in der Situation schwerer Krankheit und erst recht des Sterbens für den betroffenen Patienten von entscheidender Bedeutung sei. Krankheit und Sterben seien Formen des Erleidens und der existenziellen Bedrohung, deren Charakteristikum für den Patienten gerade darin bestehe, zu erleben, dass ihm die Kontrolle entgleite. Dazu könne und müsse sich ein Patient wohl verhalten, aber gerade nicht oder nicht hinreichend im Modus des Bestimmens und des Kontrollieren-Könnens. In dieser Situation der Schwäche manifestiere sich, was der Mensch eben auch sei, nämlich nicht nur ein Wesen der Selbstbestimmung, sondern auch ein Wesen der Angewiesenheit auf andere. Ohne soziale Anerkennung und Interaktion wären wir außerstande, unser Leben zu gestalten und die Aufgaben, die es uns stellt, zu bewältigen, auch wenn diese Angewiesenheit im Lauf des Lebens wegen der unterschiedlichen biologisch-vitalen, psychologisch-entwicklungsmäßigen und kulturellen Vorgegebenheiten jeweils sehr verschiedene Gestalten und Intensitätsgrade annimmt. Die einzig angemessene Antwort der sozialen Umgebung auf diesen Zug anthropologischer Verfasstheit sei die Fürsorglichkeit der Angehörigen sowie sämtlicher professioneller Helfer.

Dieser Einwand kann durchaus dazu beitragen zu präzisieren, was die Aussage von der Autonomie als einer den Menschen als Menschen auszeich-

---

<sup>12</sup> So schon der Zwischenbericht der Enquetekommission des Deutschen Bundestages „Ethik und Recht in der modernen Medizin“ vom Juli 2005. Gegen die absolute Selbstbestimmung hat sich in vielen (z.T. polemischen) Publikationen der Heidelberger Medizinethiker Axel W. Bauer ausgesprochen. Außer diesem z. B. die Beiträge in *F. J. Illhardt* (Hg.), *Die ausgeblendete Seite der Autonomie*, Münster 2008, und *D. Mieth*, *Grenzenlose Selbstbestimmung? Der Wille und die Würde Sterbender*, Düsseldorf 2008. Ähnliche Vorbehalte finden sich häufig in der Literatur zur Pflegeethik: siehe dazu die Analyse bei *M. Bobbert*, *Patientenautonomie* (s. Anm. 4), 89–106.

nenden Eigenschaft meint. Sie bedeutet nämlich nicht die zu jedem Zeitpunkt aufzeigbare Souveränität und Unabhängigkeit von anderen bei den eigenen Entscheidungen und Handlungen, sondern die grundlegendere Fähigkeit, der eigenen Existenz Bedeutung und Wert zuzumessen, sich mit sich selbst zu identifizieren, bestimmte Ziele zu haben, Pläne für das Leben zu entwickeln und dieses Konzept von sich selbst handelnd verfolgen zu können. Autonomie und Selbstbestimmung als deren Konsequenz für das Handeln erstrecken sich auf alle Lebensbereiche und -vollzüge und die gesamte Lebensführung, nicht nur – wie bei manchem emphatischen Rekurs auf sie der Eindruck entstehen kann – auf Situationen wie Krankheit, Behinderung und Sterben. Mit diesen können sie aber insofern zu tun haben, als Menschen in gesunden Tagen oder auch in der Krankheit den Wunsch äußern, dass auch ihr Kranksein und ihr Sterbenmüssen in der Konsequenz und Fortsetzung dessen erfolgen soll, wie sie ihr Leben bisher geführt haben, und nicht einen Abbruch oder Ausnahmezustand darstellen soll, in dem das bisher Maßgebliche preisgegeben werden muss. Insofern sind Achtung der Autonomie und Fürsorglichkeit nicht notwendig Gegensätze, sondern können einander auch ergänzen: Fürsorge kann so praktiziert werden, dass sie die jeweils noch verbliebene Autonomie respektiert und so weit wie möglich stärkt.<sup>13</sup> Die große Gefahr besteht darin, dass sie zur paternalistischen Anmaßung changiert, eigenmächtig darüber zu entscheiden, was dem Wohl des Patienten dient. Statt die krankheits- und schwächebedingte Asymmetrie zu befestigen oder noch zu verstärken, kann sie deren Ausgleich und Korrektur dienen. In diesem Sinn soll auch die Figur des mutmaßlichen Willens noch eine Weise der Achtung und Stärkung des Patientenwillens nach Ausfall der Äußerungsfähigkeit sein.

Autonomie und Angewiesensein sind anthropologische Kategorien, deren ethische Umsetzung notorisch prinzipiell und programmatisch bleibt und sich der Bestimmtheit rechtlich exakter Fassung entzieht. Konkret werden sie immer nur graduell und kontextbezogen realisiert sein können. Insofern könnte man sie auch als regulative Ideen<sup>14</sup> bezeichnen.

Die Einschränkung von Selbstbestimmtheit ist nicht gleichbedeutend mit dem Verlust der (fundamentalen) Autonomie, und schon gar nicht gibt sie irgendjemandem die Berechtigung, Achtung vorzuenthalten, und sei der ak-

---

<sup>13</sup> Mit einem Schlagwort aus der Theorie der Sozialarbeit könnte man von „Empowerment“ sprechen.

<sup>14</sup> So im Bezug auf „Selbstbestimmung“: *M. Bobbert*, Patientenautonomie (s. Anm. 4), 132.

tuelle Zustand des betreffenden Individuums infolge von Alter, Krankheit, Behinderung oder sonstiger Einschränkungen noch so reduziert. Ob umgekehrt das Verlangen, getötet zu werden, oder die Bitte um Suizidbeihilfe im Kontext einer tödlichen Krankheit und der mit ihr verknüpften sozialpsychologischen Situation und Bedrängnis Ausdruck freier Selbstbestimmung ist, kann zwar im Einzelfall nicht ausgeschlossen werden, aber zumindest nicht generell mit Sicherheit behauptet werden, sondern hängt stark von den individuellen, pflegerischen und gesellschaftlichen Bedingungen ab, unter denen Krankheit und Sterben erlebt werden.

## 6. Respektierung der Selbstbestimmung in Gesellschaft und Recht

Was folgt aus dem Anspruch auf Respektierung der Selbstbestimmung bis hin zur Mutmaßlichkeit für Gesellschaft und Recht? Es empfiehlt sich, bei der Suche nach einer Antwort wie bei anderen Freiheitsrechten, etwa dem Recht auf Religionsfreiheit, zwischen einem negativ-abgrenzenden und einem positiven Aspekt zu unterscheiden. „Negativ“ will in diesem Zusammenhang besagen, dass der Staat kein Recht hat, Bürgern und Bürgerinnen den Wunsch nach Selbstbestimmung der eigenen gesundheitlichen Behandlung zu untersagen. Über das Gebot der Zurückhaltung hinaus besteht aber keine begründete Verpflichtung, dass Gesellschaft oder Staat die Realisierung dieses Wunsches aktiv oder „positiv“ betreiben. Sie können allenfalls die Realisierung entsprechender Wünsche zulassen, soweit sie nicht offenkundig dem sozialen Zusammenhalt schaden oder andere Beteiligte, z. B. Angehörige, aller Voraussicht nach schädigen. Und eine demokratische Gesellschaft tut sicher auch gut daran, die Fähigkeit, eine Persönlichkeit zu werden, die selbstständig und unabhängig urteilen und ihr Leben führen kann, zu fördern und vor suggestiven und doktrinären Einflüssen zu schützen. Auch die Bereitstellung von Informationen und von Beratung sind wichtige Beiträge der Gesellschaft dazu. Aber es dürften sich kaum starke Gründe dafür finden lassen, dass sich der Staat selbst bzw. hoheitliche Organe dabei engagieren müssten, die Selbstbestimmung von Individuen durchzusetzen. Trotzdem partizipiert der Einzelne am generellen Schutz des Rechts auf Achtung der Selbstbestimmung, insofern er den Vorrang des eigenen Willens vor dem Willen Dritter – des Arztes, der Angehörigen, der Pflegenden –, aber auch vor unbedachten oder scheinplausiblen Unwerturteilen aus dem Raum der Gesellschaft selbst schützt.

Der Gesetzgeber hat sich jüngst dafür entschieden, dass dieser generelle Schutz in Einzelfällen auch die Zumutung beinhalten kann, dass der Wunsch eines Patienten, aus einer für ihn als unerträglich, jedenfalls als nicht akzeptabel eingeschätzten Lage durch schmerzfreie und sichere Tötung befreit zu werden, nicht durch Ärzte und Mitarbeiter von Organisationen zur Ausführung gebracht werden darf. Das Ergebnis der Ermittlung eines mutmaßlichen Willens könnte solch ein Wunsch ohnehin nicht sein, da für eine Entscheidung von solcher Tragweite wie Weiterleben oder Getötetwerden die erreichbare Qualität von Einwilligung keinesfalls ausreicht.

Wie immer man darüber denken mag: Sicher ist, dass auch ein Votum des Parlaments zugunsten einer Zulassung des assistierten Suizids durch Ärzte und Sterbehilfeorganisationen die verbleibenden Probleme und die Missbrauchsmöglichkeiten selbstbestimmter Sterbehilfe nicht hätte auflösen können.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Siehe hierzu weiterführend *K. Hilpert*, Schlüsselbegriffe und Argumentationsfiguren in der aktuellen Debatte um Sterbehilfe, in: ders./J. Sautermeister (Hg.), *Selbstbestimmung – auch im Sterben? Streit um den assistierten Suizid*, Freiburg i. Br. 2015, 97–114.