



ETHIKZENTRUM.de
Zentrum für Angewandte Ethik

ETHIKZENTRUM.de | Hohenzollernstraße 76 | 45659 Recklinghausen

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz

10967 Berlin

Geschäftsführer Dr. Arnd T. May

Krämerbrücke 33

99084 Erfurt

Tel. 0700 BIOETHIK (24638445)

Tel. 0361 64417-500

FAX +49 (361) 64417-600

E-Mail: info@ethikzentrum.de

Web: www.ethikzentrum.de

2. Januar 2017

Az. I A 6 – 3475/10-1-12 937/2016

Sehr geehrte **[REDACTED]**

Unser Zeichen: BMJV-1906a

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 14.12.2016, in dem Sie um Stellungnahmen zum Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz vom 14.12.2016 zur ärztlichen Zwangsbehandlung und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten bitten.

Mir liegt als Klinischer Ethiker die Stärkung der Patientenautonomie besonders am Herzen. In Ihrem Haus durfte ich an der AG Patientenautonomie am Lebensende unter Vorsitz von VRiBGH Kutzer 2003/2004 teilnehmen.

Auf Seite 12 des Referentenentwurfs weisen Sie auf Behandlungsvereinbarungen hin. Dazu führen Sie aus:

Patientenverfügungen können namentlich im psychiatrischen Kontext in Form von Behandlungsvereinbarungen zwischen dem Betroffenen, dem Betreuer und dem behandelnden Arzt beziehungsweise dem Behandlungsteam errichtet werden.

Dem Verweis stimme ich zu. Auch Ihr Hinweis auf die Abfassung einer Behandlungsvereinbarung nach einem stationären Aufenthalt ist zutreffend.

Ich gebe hierzu jedoch zu Bedenken:

- Ihr Hinweis ist missverständlich.
- Es darf nicht der Eindruck entstehen, dass Patientenverfügungen für psychiatrische Behandlungszusammenhänge nur als Behandlungsvereinbarung erstellt werden können.

UST-ID-Nr.: DE224631626

Finanzamt Erfurt

Bankverbindung IBAN

DE03 3605 0105 0000 1023 68

(BIC SPESDE33XXX)

2017/01-01-12 937/2016

Stellungnahme BMJV 1906a

Der Hinweis ist mir deswegen wichtig, weil Sie zutreffend darstellen, dass eine Behandlungsvereinbarung eine Absprache zwischen Patient und Arzt ist und die beiden Vertragspartner sich bereits kennen. Somit ist bei einer Behandlungsvereinbarung möglicherweise die Akzeptanz durch die vorherige Kenntnis höher.

Aber die Patientenwünsche müssen auch als Patientenverfügung weiterhin darstellbar sein.

Es darf nicht der Eindruck entstehen, dass eine Patientenverfügung für den § 1906 a BGB nur in Form einer Behandlungsvereinbarung erstellt werden kann. Die besondere Form der Behandlungsvereinbarung unterscheidet sich von einer Patientenverfügung insbesondere dadurch, dass eine einseitige Willenserklärung (Patientenverfügung) zu einer **Vereinbarung** wird, zu der nunmal zwei Vertragspartner erforderlich sind.

Es ist aus meiner Perspektive nicht wünschenswert, derart auf die Behandlungsvereinbarung zu verweisen, wie Sie es tun. Auch eine nicht als Behandlungsvereinbarung verfasste Patientenverfügung ist Ausdruck des Patientenwillens.

Wenn der die Behandlungsvereinbarung aushandelnde Arzt die Akzeptanz bestimmter Wünsche und Verbote der Vereinbarung garantiert, so wird damit die Validität für den Gesprächspartner erhöht. Eine generelle Aussage zur Akzeptanz der Festlegungen in allen stationären Einrichtungen in Deutschland lässt sich daraus nicht ableiten.

Eine Behandlungsvereinbarung ist eine Besonderheit einer Patientenverfügung. Es wäre fatal, wenn der Eindruck entstehen würde, dass für den in Rede stehenden Kontext die Besonderheiten der Wirksamkeitsvoraussetzungen einer Behandlungsvereinbarung erforderlich wären. Damit würden implizit die Wirksamkeitsvoraussetzungen einer Patientenverfügung in restriktiver Weise verändert, was nicht meine Unterstützung findet.

Auf Seite 12 weisen Sie darauf hin, dass „Patientenverfügungen einschließlich Behandlungsvereinbarungen“ die Patientenselbstbestimmung stärken. Das stimmt zweifellos. Dennoch sollten Sie in der Formulierung der Zielsetzung des Referentenentwurfs den oben geäußerten Eindruck deutlicher entkräften, damit es bei Personen, welche die Materie nicht detailliert kennen, nicht zum geschilderten Eindruck kommt. Der Stärkung der Patientenselbstbestimmung ist nicht gedient, wenn als „pragmatischer Hinweis in der Praxis“ für die im Entwurf beschriebenen Behandlungen nur Behandlungsvereinbarungen akzeptiert werden würden.

Auf Seite 13 weisen Sie auf ein „multiprofessionelles Team“ hin, welches die Wünsche, den Willen und weniger belastende Alternativen diskutiert. Genau diese Aufgabe erfüllen Klinische Ethikkomitees bereits seit länger Zeit. Im HPG sind mit dem § 132d Abs. 1 Satz 3 und Abs. 4 SGB V für Konflikte in Einrichtungen der Altenhilfe bereits „ethische Fallbesprechungen“ etabliert worden. Die im Referentenentwurf beschriebenen Neuregelungen sollten nicht auf diese bereits etablierten Standards der Klinischen Ethikberatung verzichten. Die Wirksamkeit Klinischer Ethikberatung ist unbestritten und als Qualitätsmerkmal der Versorgung im Gesundheitswesen zu sehen [u.a. May A: Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens, FORUM 2011, 14-16, Frewer A, Bruns F, May A (Hg.) Ethikberatung in der Medizin. Heidelberg: Springer 2012].

Somit sollte die Beteiligung Klinischer Ethikberatung dort deutlich beschrieben werden, wo aktuell die Unterstützung durch ein multiprofessionelles Team zu finden ist. Insbesondere die externe Perspektive der Ethikberaterinnen und Ethikberater wird die Stärkung der Patientenselbstbestimmung fördern.

Für Rückfragen stehe ich jederzeit gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Arnd T. May