

---

EKD

Herausgegeben  
vom Kirchenamt der  
Evangelischen  
Kirche in Deutschland  
(EKD)  
Herrenhäuser Straße 12  
30419 Hannover

---

TEXTTE

80



Sterben hat seine Zeit

Überlegungen zum Umgang mit  
Patientenverfügungen  
aus evangelischer Sicht

Ein Beitrag der Kammer für  
Öffentliche Verantwortung der  
Evangelischen Kirche in Deutschland

# **Inhalt**

Vorwort	3
Zusammenfassung	6
<b>1 Einleitung</b>	<b>9</b>
<b>2 Sachstand</b>	<b>9</b>
2.1 Formvorschriften	10
2.2 Reichweite	10
2.3 Einbeziehung eines Konsils	10
2.4 Stellung des Bevollmächtigten bzw. Betreuers und Einbeziehung des Vormundschaftsgerichts	11
<b>3 Ausgangslage für die EKD</b>	<b>11</b>
<b>4 Stellungnahme</b>	<b>12</b>
4.1 Warten auf den Tod	12
4.2 Leben und Sterben in Beziehung zu Anderen	13
4.3 Selbstbestimmung und Fürsorge	14
4.4 Aktueller Wille und Wille für zukünftige Erkrankungssituationen	17
4.5 Die Reichweite von Patientenverfügungen	19
4.6 Regeln für den Umgang mit Patientenverfügungen	22
Mitglieder der Kammer für Öffentliche Verantwortung	25

## Vorwort

Der Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland hat sich seit vielen Jahren mit den verschiedenen Instrumenten der Willensbekundung – Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen – befasst und die gesellschaftliche und politische Debatte aufmerksam verfolgt. Zusammen mit der römisch-katholischen Deutschen Bischofskonferenz und in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland hat er bereits 1999 eine „Handreichung zur Christlichen Patientenverfügung“ herausgegeben.

Die Kirchen haben damit das Ziel verfolgt, die Menschen zum Gespräch über das Sterben und über erwünschte und unerwünschte Schritte im Falle einer lebensbedrohlichen Erkrankung anzuregen. Dies ist gut aufgenommen worden: In Caritas und Diakonie, in kirchlichen Krankenhäusern und in der christlichen Hospizarbeit hat ein verstärkter Diskussionsprozess zwischen der Ärzteschaft, den Patienten sowie deren Angehörigen über die Chancen und Möglichkeiten von Verfügungen am Lebensende eingesetzt.<sup>1</sup> Auch hat die seit Jahren anhaltende Diskussion über die Sterbehilfegesetze in den Niederlanden und Belgien dazu beigetragen, dass sich immer mehr Menschen der Notwendigkeit einer Vorsorge für das Lebensende bewusst werden.

Obwohl bereits eine große Anzahl verschiedener, auch christlich ausgerichteter Formulare im Umlauf waren, erfreute sich die Christliche Patientenverfügung so großer Nachfrage, dass schon 2003 eine Neuauflage nötig wurde.<sup>2</sup> In ihr wurde vor allem eine Änderung in der Bestimmung der Reichweite der Christlichen Patientenverfügung vorgenommen: War in der 1. Auflage ausschließlich eine enge Reichweite vorgesehen, so wandten sich die Kirchen in der 2. Auflage davon ab und erweiterten die enge Reichweitenbestimmung durch die Möglichkeit einer zusätzlichen Verfügung für Situationen außerhalb der eigentlichen Sterbephase. Der Rat hat diese neue Ausrichtung, die Öffnung der engen Reichweite im Formular der Christlichen Patientenverfügung durch weitergehende individuelle Verfügungen, für gut erachtet und darin eine Chance gesehen, den Wünschen und Vorstellungen vieler Menschen zu entsprechen.

Beide Auflagen der Christlichen Patientenverfügung hatten mit der Schwierigkeit umzugehen, dass es außer einzelnen Gerichtsentscheidungen zur sog. „passiven“

---

<sup>1</sup> Vgl. auch Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe. Eine Textsammlung kirchlicher Erklärungen mit einer Einführung des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz und des Vorsitzenden des Rates der EKD, Gemeinsame Texte 17, Hannover/Bonn 2003. [http://www.ekd.de/EKD-Texte/2064\\_sterbebegleitung\\_2003.html](http://www.ekd.de/EKD-Texte/2064_sterbebegleitung_2003.html).

<sup>2</sup> Vgl. Christliche Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, 2. Auflage. Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD in Verbindung mit den weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland, Hannover/Bonn 2003. [http://www.ekd.de/download/patientenverfuegung\\_formular.pdf](http://www.ekd.de/download/patientenverfuegung_formular.pdf).

und „indirekten Sterbehilfe“ und den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ (1998, überarbeitet 2004) keine rechtlich bindenden Vorgaben für Patientenverfügungen gab.

Erst der umstrittene Beschluss des 12. Zivilsenats des Bundesgerichtshofs vom 17. März 2003<sup>3</sup>, nach dem eine Betreuerin oder ein Betreuer in eine Beendigung ärztlich angebotener lebensverlängernder Maßnahmen nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts einwilligen kann, bewirkte, dass auf politischer Ebene Anstrengungen unternommen wurden, zivilrechtliche Regelungen über die in einer Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung zu regelnden Inhalte zu entwickeln und öffentlich zu diskutieren. Mit diesem Beschluss wurden auch Fragen der Verbindlichkeit und Reichweite einer Patientenverfügung sowie Fragen der Zulässigkeit und der Grenzen sog. passiver und indirekter Sterbehilfe aufgeworfen. Erstmals legten daraufhin im Laufe des Jahres 2004 der „Zwischenbericht: Patientenverfügungen“ der Enquête-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“, der Abschlussbericht der Arbeitsgruppe des Bundesjustizministeriums „Patientenautonomie am Lebensende“ und der inzwischen zurückgezogene „Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts“ des Bundesjustizministeriums detaillierte Regelungsvorschläge vor, die die besonderen Probleme dieses Rechtsinstituts ans Licht brachten.

Der Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland hat in dieser Situation im Herbst 2004 die Kammer für Öffentliche Verantwortung damit beauftragt, einen Diskussionsbeitrag auszuarbeiten, um an der kirchlichen und öffentlichen Willensbildung mitzuwirken. Mit diesem Heft wird das Ergebnis der Beratungen der Kammer vorgelegt. Der Rat dankt der Kammer und ihrem Vorsitzenden Prof. Dr. Wilfried Härle für die schnelle und sorgfältige Ausarbeitung. Er begrüßt insbesondere, dass es der Kammer gelungen ist, die in der Diskussion häufig als Pole eines Spannungsverhältnisses dargestellten Normen – nämlich: Selbstbestimmung des Patienten und Fürsorge für den Patienten – miteinander zu verbinden und aufeinander zu beziehen. In dieser Stellungnahme wird deutlich, dass Selbstbestimmung Fürsorge in mehrfacher Hinsicht voraussetzt. „Der Respekt vor der Selbstbestimmung der Patienten ist, so gesehen, geradezu eine Implikation der Fürsorge.“ (S. 17) In diesem integrativen Ansatz sieht der Rat der EKD einen besonders geeigneten und hilfreichen Ausgangspunkt für die Entwicklung ethischer Regeln zum Umgang mit Patientenverfügungen.

Die unterschiedlichen Auffassungen zur Reichweite von Patientenverfügungen werden in zwei Argumentationslinien nebeneinander dargestellt und aufeinander zugeführt, ohne dass sie ganz zur Deckung gebracht werden. Der vorliegende

---

<sup>3</sup> Vgl. NJW 2003, 1588ff. Der Bundesgerichtshof musste erstmalig über den Antrag eines Betreuers entscheiden, die Einstellung der künstlichen Ernährung eines Komapatienten vormundschaftsgerichtlich zu genehmigen.

Text bietet insofern keine abschließende Lösung der mit der Thematik der Patientenverfügung verbundenen Probleme. Vielmehr eröffnet und umschreibt er einen ethisch begründeten Raum, der für situationsbezogene Ermessensentscheidungen offen ist. Auch insofern ist dieser Text als Diskussionsbeitrag und Hilfestellung zur ethischen Urteilsbildung zu verstehen.

Hannover, den 8. März 2005

*Bischof Dr. Wolfgang Huber*  
Vorsitzender des Rates der  
Evangelischen Kirche in Deutschland

## Zusammenfassung

Viele Menschen beschäftigt die Sorge oder Angst, sie könnten am Ende ihres Lebens entscheidungsunfähig, hilflos und einsam werden. Die Ausstellung einer Patientenverfügung ist eine Möglichkeit, rechtzeitig und bei klarem Bewusstsein für diese letzte Phase Vorsorge zu treffen, soweit das möglich ist. Die meisten Menschen leidet dabei der Wunsch, menschenwürdig zu sterben und ihre Angehörigen von schwierigsten Entscheidungen zu entlasten.

Seit 1999 ist die „Christliche Patientenverfügung“ der evangelischen und katholischen Kirche mehr als 1,5 Millionen mal angefordert worden. Das zeigt, welches Interesse und welcher Orientierungsbedarf in diesem Bereich besteht.

Im Jahr 2004 haben sich sowohl eine vom Bundesjustizministerium eingesetzte Arbeitsgruppe als auch die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“ zum Thema „Patientenverfügung“ – kontrovers – geäußert. Nachdem das Bundesjustizministerium seinen Gesetzentwurf zur Patientenverfügung zurückgezogen hat, liegt das Thema wieder beim Parlament. Die evangelische Kirche möchte in dieser Situation unter dem biblischen Motto „Sterben hat seine Zeit“ (Koh 3,2) aus ihrer Sicht Orientierungspunkte und Leitlinien für die anstehenden Beratungen anbieten.

Leben und Sterben der Menschen liegen nach christlichem Verständnis in Gottes Hand. Deshalb ist das *Abwarten des Todes* die angemessene Haltung im Blick auf das – eigene und fremde – Sterben. Das heißt nicht, dass Menschen im Blick auf den Tod nicht handeln dürften. Es zeichnet den Menschen aus, dass er auch dazu bestimmt ist, sein Sterben zu bedenken und zu gestalten. Das kann für die Situation der Einwilligungsunfähigkeit vorausschauend durch eine Vorsorgevollmacht oder eine Patientenverfügung geschehen.

Das Sterben eines Menschen lässt sich aber nicht planen. Und die Erfahrung zeigt, dass auch durch eine Patientenverfügung das Sterben nicht in allen Einzelheiten geregelt werden kann. Deshalb ist daran zu erinnern, dass in das Sterben des einzelnen immer andere Menschen eingebunden sind: Angehörige, Freunde, Pflegende, Ärzte, Seelsorger. *Selbstbestimmung und Fürsorge* durchdringen und bedingen sich auch im Blick auf das Lebensende gegenseitig.

### **1 In welcher Form ist eine Patientenverfügung verbindlich?**

Die evangelische Kirche empfiehlt eine schriftliche – oder anders dokumentierte (z.B. Ton- oder Videoaufnahme) – Form als Regel. Dafür spricht, dass die meisten Menschen ihre Entscheidungen und Worte besonders genau abwägen, wenn sie sich schriftlich äußern. Aber auch mündliche Äußerungen, die verlässlich belegt sind, müssen berücksichtigt werden. Jede Patientenverfügung bedarf für ihre Anwendung einer sorgfältigen Interpretation. Mündliche Verfügungen müssen zum Schutz der Patienten besonders behutsam gehandhabt werden.

## 2 Welche Bedeutung hat eine Patientenverfügung?

Wer heute eine Patientenverfügung erlässt, trifft damit eine Entscheidung für eine spätere Situation, die er jetzt nicht kennen kann. Er kann zwar vermuten, aber nicht wissen, was er dann wirklich für sich wünscht. Der Wille eines Menschen kann sich immer wieder ändern, auch dann, wenn er ihn nicht mehr aussprechen kann. Deshalb verdienen nonverbale Äußerungen ebenfalls Beachtung. Subjekt der Selbstbestimmung und Adressat der Fürsorge ist stets der Mensch in seiner *gegenwärtigen* Verfassung. Dabei verdient die Erfahrung Berücksichtigung, dass Gesunde den Wert eines Lebens mit massiven Einschränkungen wesentlich geringer einschätzen, als es die Betroffenen selbst tun. Deshalb gilt auch hier: Im Zweifel für das Leben.

## 3 Wie sind Patientenverfügungen sinnvoll zu begrenzen?

In der öffentlichen Diskussion wird einerseits die Auffassung vertreten, dass sich Patientenverfügungen, sofern sie eine Therapiebegrenzung zum Inhalt haben, nur auf *tödlich verlaufende* Erkrankungen beziehen können. Das heißt: Nur für Erkrankungen, die nach ärztlicher Erkenntnis trotz medizinischer Behandlung zum Tode führen werden, kann der Patient eine Unterlassung oder Beendigung von Behandlungen wirksam festlegen. Hierdurch soll daran festgehalten werden, dass es die Krankheit ist, die zum Tode führt, und nicht eine willkürliche menschliche Entscheidung.

Andererseits wird die Auffassung vertreten, dass eine Patientenverfügung auch für Krankheiten gelten müsse, die *nicht zum Tode führen*, damit Menschen nicht gegen ihren erklärten Willen medizinisch behandelt werden – so z. B. bei einem stabilen Wachkoma, das keine tödlich verlaufende Erkrankung ist, sondern sich bei guter medizinischer Betreuung über Jahre hinziehen kann, bis der Patient an einer anderen Ursache stirbt.

Kritiker der ersten Position sind der Ansicht, dass durch eine Reichweitenbegrenzung die Sicht des Patienten, wann für ihn die Situation des Wartens auf den Tod gegeben ist, missachtet werde. Kritiker der zweiten Position befürchten, dass ohne Reichweitenbegrenzung die Grenze zur aktiven Sterbehilfe bzw. zur Tötung auf Verlangen durchlässig werden könnte.

Die evangelische Kirche will die berechtigten Anliegen beider Positionen aufnehmen und so weit wie möglich miteinander verbinden. Sie befürwortet deshalb ein Verfahren der Entscheidungsfindung, bei dem die grundlegenden ethischen Regeln in einer Ermessensentscheidung dem Einzelfall entsprechend angewandt werden. Die Frage, wie mit dem vorab erklärten Willen des Patienten umzugehen ist, soll der Arzt im gemeinsamen Gespräch (Konsil) mit Angehörigen, Pflegepersonen, Seelsorgern und Betreuern möglichst einvernehmlich klären.

#### **4 Welche ethischen Regeln sind dabei zu beachten?**

Aus den beiden Geboten der Fürsorge und des Respekts vor der Selbstbestimmung von Patienten ergeben sich aus evangelischer Sicht folgende Regeln, wie im Sinne und zum Wohle des Patienten mit Patientenverfügungen verfahren werden sollte:

- a. Wenn es nach medizinischer Einschätzung therapeutische Möglichkeiten gibt, die dem Patienten neue Lebensperspektiven eröffnen, dann kann sein vorgehend geäußertes oder in einer Verfügung hinterlegter Sterbewunsch nicht maßgebend sein, und es ist alles zu tun, um sein Leben zu erhalten.
- b. Wenn aufgrund von vorhandenen medizinischen Möglichkeiten gute Aussichten bestehen, dass der Patient das Bewusstsein und die Urteilsfähigkeit wiedererlangen und dann selbst Entscheidungen treffen kann, die sein Leben oder Sterben betreffen, dann sollten diese medizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft werden.
- c. Patientenverfügungen, die im Blick auf Krankheitszustände formuliert sind, bei denen der Patient zwar urteilsunfähig ist, aber Wünsche, Bedürfnisse und einen Lebenswillen haben und – wenn auch nur mit Einschränkungen – am sozialen Leben teilhaben kann, können nur unter Einschränkungen für den Arzt handlungsleitend sein.
- d. In Fällen, in denen der Patient ohne Bewusstsein ist und mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit trotz Ausschöpfung aller medizinischen Möglichkeiten das Bewusstsein niemals wiedererlangen wird, ist gemäß dem voraus verfügten Willen des Patienten zu handeln, was auch heißen kann, dass man auf therapeutische Interventionen verzichtet und ihn sterben lässt.

All diesen Überlegungen und Regeln liegt die christliche Einsicht zugrunde, dass der Mensch eine Bestimmung hat, die über dieses Leben und diese Zeit hinausreicht in Gottes Ewigkeit. Das verleiht dem begrenzten, sterblichen Menschen seine unantastbare Würde.



# 1 Einleitung

„Geborenwerden hat seine Zeit, Sterben hat seine Zeit.“ (Koh 3,2)

Zu denjenigen medizinethischen Problemen, die seit einiger Zeit die Öffentlichkeit, die Wissenschaft und die Politik beschäftigen, gehört zurecht die Frage nach dem, was medizinisch am Lebensende eines Menschen wünschenswert, sinnvoll, problematisch oder gar menschenunwürdig ist. Insbesondere für die Situation, in der sie selbst nicht mehr entscheidungs- und einwilligungsfähig sind, fürchten viele Menschen ein Ausgeliefertsein an fremdbestimmte oder entwürdigende Situationen, gegen die sie sich nicht wehren können. Eine Patientenverfügung oder eine Vorsorgevollmacht stellt eine Möglichkeit dar, konstruktiv auf solche Besorgnisse und Befürchtungen zu reagieren, um nach Möglichkeit zu vermeiden, dass in der Situation einer Einwilligungsunfähigkeit etwas mit dem Patienten<sup>4</sup> geschieht – getan oder unterlassen wird –, was er nicht möchte. Damit soll so gut wie möglich dem Grundsatz Rechnung getragen werden, dass ärztliches Handeln nicht gegen den Willen des betroffenen Menschen geschehen darf.

Die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) sieht es als ihre Aufgabe an, ihre Sicht zur Thematik der Patientenverfügungen in die Diskussion einzubringen. Der Umgang mit Sterben und Tod ist für sie ein zentrales Thema, das erhebliche Auswirkungen auf das Menschenbild und das gesellschaftliche Miteinander hat. Die evangelische Kirche verfügt über ein breites Erfahrungswissen in diesem Lebensbereich und wäre durch neue gesetzliche Regelungen in der Hospizarbeit, Seelsorge und Diakonie direkt betroffen. Außerdem unterstützen die christlichen Kirchen schon seit Jahren Menschen in ihrem Bemühen um die Gestaltung ihres Lebensendes mit einer „Christlichen Patientenverfügung“.

## 2 Sachstand

Am 13. September 2004 präsentierte die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ der Öffentlichkeit einen Zwischenbericht: „Patientenverfügungen“, der auch Vorschläge für die gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen enthält.

Anfang November 2004 legte das Bundesjustizministerium (BMJ) einen Entwurf für ein „3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts“ vor, der Regelungen zu Patientenverfügungen enthält. Der Entwurf basierte auf den Empfehlungen einer von der Bundesjustizministerin eingesetzten Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“, die unter Leitung des ehemaligen Vorsitzenden Richters am

<sup>4</sup> Nach den Gepflogenheiten der inklusiven Sprache müsste es heißen: „Patienten und Patientinnen“ (o. ä.). Zur besseren Lesbarkeit wird im Text aber ausschließlich die männliche Form verwendet. Inhaltlich sind Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

Bundesgerichtshof, Klaus Kutzer, am 10. Juni 2004 einen Abschlussbericht vorgelegt hat. Auch wenn der Entwurf des BMJ Ende Februar 2005 zurückgezogen wurde, ist damit zu rechnen, dass seine Inhalte in den anstehenden parlamentarischen Beratungen eine Rolle spielen werden.

Beide Vorlagen setzen sich für eine rechtliche Stärkung der Patientenverfügung ein und unterstützen deren Verbindlichkeit, geben Vorschläge für die praktische Handhabung (Aufklärung, Aktualisierung, Hinterlegung, Widerruf) und empfehlen zusätzlich die Ausstellung einer Vorsorgevollmacht bzw. Betreuungsverfügung. Eine Änderung der strafrechtlichen Regelungen zur Tötung auf Verlangen bzw. zur aktiven Sterbehilfe wird von beiden Entwürfen abgelehnt.

Umstritten sind in den Entwürfen insbesondere die Schriftform einer Patientenverfügung, die Reichweite von Patientenverfügungen, mit denen auf lebenserhaltende Maßnahmen verzichtet wird, die Einbeziehung eines Konsils<sup>5</sup>, Unterschiede bei der Beteiligung des Vormundschaftsgerichts bei Entscheidungen des Betreuers und Bevollmächtigten:

### **2.1 Formvorschriften**

Der Gesetzentwurf des BMJ sieht keine Formvorschriften vor. Die Enquete-Kommission fordert die Schriftform als Voraussetzung für die Gültigkeit einer Patientenverfügung.

### **2.2 Reichweite**

Der Gesetzentwurf sieht keine Begrenzung der Reichweite einer Patientenverfügung vor, d.h. er möchte sie auch für Erkrankungen anwenden, die noch keinen tödlichen Verlauf genommen haben. Er begründet dies mit dem verfassungsmäßig garantierten Recht auf Selbstbestimmung. Die Enquete-Kommission fordert eine Reichweitenbegrenzung von Patientenverfügungen, bei denen auf lebenserhaltende medizinische Maßnahmen verzichtet wird, auf tödlich verlaufende Erkrankungen, d.h. Erkrankungen, bei denen der Tod trotz medizinischer Behandlung nach ärztlicher Erkenntnis eintreten wird.

### **2.3 Einbeziehung eines Konsils**

Die Enquete-Kommission schlägt vor, zu regeln, dass der Betreuer und Bevollmächtigte vor einer Entscheidung, die den Tod des Patienten zur Folge hat, die Beratung durch ein Konsil einzuholen hat, dem außer dem Arzt und Betreuer bzw. Bevollmächtigtem ein Vertreter der Pflege und eine andere, dem Patienten nahe stehende Person angehören sollen.

---

<sup>5</sup> Der Begriff bezeichnet hier weder die Heranziehung eines ärztlichen Fachkollegen noch eines klinischen Ethikkomitees, sondern, wie in Ziffer 2.3 beschrieben, ein Beratungsgremium.

## **2.4 Stellung des Bevollmächtigten bzw. Betreuers und Einbeziehung des Vormundschaftsgerichts**

Nach dem Gesetzentwurf entfällt die vormundschaftliche Kontrolle, wenn der Betreuer zu dem Ergebnis kommt, dass die Patientenverfügung bereits eine Entscheidung des Patienten enthält, die auf die konkrete Situation angewendet werden kann. In diesen Fällen setzt nach dem Gesetzentwurf der Betreuer nur die bereits getroffene Entscheidung des Patienten um, die nach dem Gesetzentwurf keiner gerichtlichen Kontrolle bedarf. Liegt keine Patientenverfügung vor oder ist diese nicht konkret genug auf die vorliegende Behandlungssituation anwendbar oder will der Betreuer den mutmaßlichen Willen des Betreuten umsetzen, bedarf seine Entscheidung, mit der ärztlich gebotene lebenserhaltende Therapiemaßnahmen abgelehnt werden, der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts. Dies gilt nicht, wenn sich der Betreuer mit dem behandelnden Arzt einig ist, dass die Ablehnung der Behandlung dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht. Sieht der Betreuer sich nicht in der Lage, der Patientenverfügung zu folgen, muss gerichtlicherseits ein Ersatzbetreuer bestellt werden. Die Entscheidung eines vom Betroffenen selbst bestimmten Bevollmächtigten bedarf keiner gerichtlichen Genehmigung. Zur Missbrauchskontrolle soll es für Dritte jederzeit möglich sein, das Vormundschaftsgericht sowohl bei Entscheidungen des Betreuers als auch des Bevollmächtigten anzurufen.

Die Enquete-Kommission fordert dagegen für alle Entscheidungen, mit denen eine medizinisch indizierte lebenserhaltende Behandlung abgebrochen oder unterlassen werden soll, eine verpflichtende Einbeziehung des Vormundschaftsgerichts.

## **3 Ausgangslage für die EKD**

Die katholische und evangelische Kirche haben 1999 zusammen mit der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen (ACK) eine „Christliche Patientenverfügung“ veröffentlicht, die 2003 in einer zweiten, überarbeiteten Auflage vorgelegt wurde. Bisher wurden ca. 1,5 Millionen Exemplare angefordert. Die wichtigsten Inhalte der Christlichen Patientenverfügung sind das Angebot, sich auf der Basis des christlichen Menschenverständnisses mit dem Tod zu beschäftigen, ein menschenwürdiges Sterben zu gewährleisten und Vorsorge nicht nur durch die Patientenverfügung, sondern in Kombination mit einer Vorsorgevollmacht bzw. einer Betreuungsverfügung zu treffen. Die aktive Sterbehilfe wird abgelehnt. Der vorgegebene Text im Formular der Patientenverfügung bezieht sich ausschließlich auf sterbende Menschen. In der zweiten Auflage wurde darüber hinausgehend Raum für ergänzende individuelle Zusatzverfügungen (z.B. auch für Krankheitssituationen wie Wachkoma, Demenz) gegeben.

## 4 Stellungnahme

Diese Stellungnahme zur gesetzlichen Regelung von Patientenverfügungen stellt allgemeine Grundsätze und Haltungen aus evangelischer Sicht dar. Sie geht nicht auf die rechtlichen Details der Regelungen ein.

### 4.1 Warten auf den Tod

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, der Tod wird (ebenso wie die Geburt) als ein Geschick verstanden. Geschöpflichkeit bedeutet jedoch nicht, dass Menschen im Hinblick auf den Tod gar nicht handeln dürften. Denn geschöpfliches Leben ist immer zu gestaltendes Leben. Das Ende des Lebens ist in diese Gestaltungsaufgabe eingeschlossen. Aber Freiheit und Selbstbestimmung sind im Horizont der Geschöpflichkeit keine absoluten Werte. Freiheit ist aus christlicher Sicht stets als gestaltete Abhängigkeit (von Gott, vom eigenen Geschick oder von anderen Menschen) zu verstehen und Selbstbestimmung als persönlicher Umgang mit dem eigenen Bestimmtsein (z.B. durch die Lebensgeschichte oder tief greifende Überzeugungen).

Sterben hat seine Zeit (Koh 3,2). Nach biblischer Sicht ist diese Zeit nicht in die Verfügung des Menschen gegeben, sondern Gott hat allen Dingen ihre Zeit bestimmt. Der Mensch steht vor der Aufgabe, zu erkennen und zu wissen, wann was an der Zeit ist. Zwar beziehen sich die biblischen Stellen, in denen vom Erkennen und Wissen der Zeit die Rede ist, nicht unmittelbar auf das Ende menschlichen Lebens. Der Mensch ist aber der Zeit nicht einfach passiv ausgeliefert. Es gehört zur Aufgabe und verantwortlichen Führung menschlichen Lebens, je und je die Zeit zu erkennen, auf die es sich im eigenen Lebensvollzug und Handeln einzustellen gilt. Davon ist das Ende menschlichen Lebens nicht ausgenommen. Auch hier gilt es zu erkennen, wann was an der Zeit ist.

Im Blick auf die Rede vom Wissen um die Zeit ist zu unterscheiden zwischen der inneren oder erlebten Zeit, die als Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft präsent ist, und der gemessenen und prognostizierbaren Zeit, die sich nach Stunden, Tagen, Monaten und Jahren bemisst. Die biblische Rede vom Wissen um die Zeit, auf die es sich einzustellen gilt, betrifft die Perspektive der erlebten Zeit und deren Zukunftshorizont. Dieses Wissen kann durch eine medizinische Prognose in der Perspektive der gemessenen Zeit veranlasst sein. Aber es darf nicht mit prognostischem Wissen verwechselt werden. Es ist ein Wissen um den je eigenen Lebenshorizont mit seinen verbleibenden Zukunftsperspektiven. Nach biblischer Sicht ist dem Menschen zugeordnet, in dieser Weise um die Zeit seines eigenen Lebens zu wissen, um sich darauf einzustellen.

So gesehen ist eine Patientenverfügung Ausdruck der Erkenntnis eines Menschen, dass auch dem Sterben seine Zeit gesetzt ist, in der es darauf ankommen kann, den Tod zuzulassen und seinem Kommen nichts mehr entgegenzusetzen. Diese Erkenntnis kann niemand stellvertretend für einen Anderen haben. Jeder muss sie für sich selbst gewinnen und vor Gott verantworten. Daher ist grundsätzlich die in einer Patientenverfügung niedergelegte Sicht eines Menschen zu achten in bezug darauf, wann im Blick auf sein Sterben was für ihn an der Zeit sein wird. Das Postulat der Selbstbestimmung ist in diesem Kontext zu sehen. In ihm artikuliert sich der Wille eines Menschen, von Anderen gemäss seiner Erkenntnis und Sicht in Bezug auf sein Sterben behandelt zu werden.

#### **4.2 Leben und Sterben in Beziehung zu Anderen**

Wie das ganze Leben, so können aus christlicher Sicht auch Krankheit, Sterben und Tod eines Menschen nicht ohne ihre soziale Einbettung verstanden werden. Dazu gehören insbesondere die Angehörigen und Freunde des Sterbenden sowie die behandelnden Ärzte, die Seelsorger und die Pflegenden. Unter ihnen bedarf es einer offenen, ehrlichen und angemessenen Kommunikation.

Deswegen werden Krankheits- und Sterbesituationen, in denen die Kommunikationsfähigkeit der Patienten stark eingeschränkt oder gar nicht mehr wahrnehmbar ist (wie z.B. bei Demenzpatienten im fortgeschrittenen Stadium oder bei Wachkoma-Patienten) von den Angehörigen in der Regel als besonders belastend erlebt. Familien, die sich in einer solchen Situation befinden, dürfen nicht allein gelassen werden mit ihren schweren menschlichen, seelischen und finanziellen Belastungen. Sie haben Anspruch auf die Solidarität und Hilfe der Gesellschaft und, sofern es sich um Christen handelt, der christlichen Gemeinde. Sie brauchen Unterstützung und Entlastung bei der Begleitung und Betreuung der Patienten. Dabei spielt die Seelsorge und geistliche Beratung eine wichtige Rolle, die ihnen helfen kann, in einem aussichtslos wirkenden, scheinbar sinnlosen Zustand Sinn und Zuversicht zu finden.

Wenn Menschen ihr Sterben vorsorglich bedenken wollen, sind wiederholte Gespräche mit nahe stehenden Menschen, Angehörigen, Seelsorgern und Ärzten wichtig für alle Beteiligten. Nur so kann später im Sinn des Betroffenen gehandelt werden.

Die Erfahrung zeigt, dass sich das Sterben eines Menschen im Allgemeinen nicht planen – und schon gar nicht im Detail in einer Patientenverfügung oder rechtlich regeln – lässt. Hier wird es immer um die Beziehung zwischen mehreren Menschen gehen, die das Geschehen fürsorglich begleiten und menschenwürdig für alle Beteiligten gestalten. Die Lösung liegt erfahrungsgemäss nicht in einer wortwörtlichen Interpretation einer Patientenverfügung, sondern im wiederholten gemeinsamen Gespräch aller Beteiligten. Es sind die Zwischentöne und die

im Schriftlichen nicht erwähnten persönlichen Werte, die im Zweifelsfall wertvolle Hinweise auf die Wünsche eines Patienten geben, wenn die Patientenverfügung nicht klar genug auf die vorliegende Behandlungssituation angewendet werden kann. Zur Wahrnehmung der Selbstbestimmung des Patienten sollte deshalb das Gespräch gehören, möglichst auch mit den behandelnden Ärzten, denn diese werden voraussichtlich die medizinisch Begleitenden im Sterbeprozess sein.

Weil sich das Sterben nicht im Voraus regeln lässt, kann die angemessene Auslegung und Anwendung der – schriftlichen und/oder mündlichen – Äußerungen eines Patienten niemals rein mechanisch erfolgen, sondern erfordert einen verantwortlichen, auf den Einzelfall bezogenen Interpretations- und Abwägungsprozess. Vor wesentlichen Entscheidungen zum weiteren Behandlungsverlauf sollte das gemeinsame Gespräch unter Einbeziehung der behandelnden Ärzte, der Angehörigen des Patienten, Mitgliedern des Pflegepersonals sowie von Seelsorgern stattfinden. Die Entscheidungen sollten nach Möglichkeit im Einvernehmen mit dem Bevollmächtigten bzw. Betreuer getroffen werden. Jedoch trägt die letzte Verantwortung der behandelnde Arzt.

In diesem Prozess sind die Bereitschaft aller Beteiligten zum Gespräch und die Fähigkeit zum gegenseitigen respektvollen Zuhören unerlässlich. Darum ist die Erteilung einer Vorsorgevollmacht zu fördern. Auch hier gewinnt der Arzt einen Gesprächspartner: Anstelle des Patienten kann er mit diesem den häufig fluktuierenden Verlauf einer Erkrankung situationsgerecht besprechen. Wird durch eine Vorsorgevollmacht eine Person des besonderen Vertrauens benannt, so sollte man davon ausgehen, dass diese Vertrauensperson einschätzen kann, welche Einstellungen und Wünsche bei dem Patienten zum Zeitpunkt der Erteilung der Vorsorgevollmacht vorlagen, und man wird ihr zutrauen, eine Entscheidung im Sinne und zum Wohle des Patienten fällen zu können.

### **4.3 Selbstbestimmung und Fürsorge**

In der Diskussion über Patientenverfügungen spielt häufig der Gegensatz zwischen der Selbstbestimmung des Patienten und der Fürsorge für den Patienten eine Rolle. Aus evangelischer Sicht hat der Mensch ein Selbstbestimmungsrecht, sogar einen Selbstbestimmungsauftrag im Blick auf sein eigenes Leben. Es besteht andererseits aber auch eine Fürsorgepflicht der Gemeinschaft für Menschen, die hilflos, krank, gebrechlich oder auch einwilligungsunfähig sind. Selbstbestimmung ist aus christlicher Sicht positiv zu werten, wenn sie die Abhängigkeit von der eigenen Leiblichkeit, von der Fürsorge anderer Menschen und von Gott impliziert und bejaht. Nur dann bleibt sie auf die Freiheit des Menschen bezogen und dient dieser Freiheit.

Einem urteilsfähigen Patienten wird das Recht zuerkannt, Therapien abzulehnen, auch wenn sein Leben dadurch auf unbestimmte Zeit erhalten werden könnte. Es gibt Krankheitsverläufe, bei denen Patienten schon vor der Sterbephase einer unheilbaren Krankheit auf die Weiterführung einer Therapie verzichten und dem Tod nichts mehr entgegensetzen wollen (z.B. nach sehr belastenden Therapien, wenn der Tod zwar noch hinausgezögert werden kann, aber medizinisch keine Hoffnung mehr auf Besserung besteht). Grundsätzlich gilt dies auch dann, wenn in einer Patientenverfügung für den Fall der Urteilsunfähigkeit bestimmt wird, dass bei Eintreten bestimmter Krankheitsumstände auf weitere Therapien verzichtet werden soll, selbst wenn das Leben noch auf unbestimmte Frist verlängert werden könnte.

Aber zwischen beiden Fällen besteht der wesentliche Unterschied, dass im zweiten Fall Andere für den Patienten entscheiden und handeln müssen. Für sie kann nicht allein der Patientenwille maßgebend sein, sondern sie haben dem Patienten gegenüber auch Fürsorgepflichten. Das betrifft z.B. den Fall, dass in einer Patientenverfügung ein Therapieverzicht im Blick auf einen Krankheitsverlauf verfügt wird, bei dem bei Einsatz der Therapie gute Heilungschancen bestehen. Im Zentrum der Auseinandersetzungen um die Patientenverfügung steht daher die Frage, wie die Selbstbestimmung des Patienten und die Fürsorge für ihn in ein angemessenes Verhältnis zu bringen sind. Eine gesetzliche Regelung sollte eine angemessene Balance zwischen beiden Prinzipien ermöglichen.

Vor dem Hintergrund der medizinischen Entwicklung ist die stärkere Beachtung der Selbstbestimmung von Patienten notwendig und wichtig für die Lebensgestaltung des Einzelnen. Der Einzelne soll grundsätzlich selbst bestimmen können, ob und wann bei einer unheilbaren Erkrankung die Zeit der Erwartung des Todes gekommen ist, damit nicht Andere diesbezüglich über ihn verfügen können. Der Respekt vor der Selbstbestimmung des Anderen schließt den Respekt vor seiner Sicht seiner Lebenssituation ein.

Andererseits gibt es jedoch vor dem Hintergrund des Kostendrucks im Gesundheitswesen und möglichen fragwürdigen Interessen von Angehörigen eine Fürsorgepflicht, Situationen zu vermeiden, in denen Druck auf alte und kranke Menschen ausgeübt werden könnte, ihr Leben zu verkürzen. Das könnte bereits dort beginnen, wo die Ausstellung einer Patientenverfügung zur Bedingung für die Aufnahme in ein Alten- oder Pflegeheim gemacht wird. Eine solche Praxis müsste durch den Gesetzgeber verhindert werden.

Bei Sterbenden handelt es sich häufig nicht um selbstbestimmt entscheidende, sondern um einwilligungsunfähige Patienten. Zusätzlich wird es auch bei vielseitigen Gesprächsangeboten immer eine beträchtliche Anzahl von Patienten geben, die keine Patientenverfügung ausfüllen wollen oder können. Es gilt also, auf die-

jenigen Patienten zu achten, die der gesellschaftlichen und ärztlichen Fürsorge ganz besonders bedürfen – mitunter nur für eine kurze Zeit, manchmal bis zum Tod. Respekt vor der Selbstbestimmung der Patienten und Fürsorge müssen im Einzelfall sorgfältig abgewogen werden.

Die Prüfung der Angemessenheit eines Sterbewunsches in Relation zum Krankheitszustand eines Patienten erfolgt unter dem Gesichtspunkt der Fürsorge. Insofern können hier die Selbstbestimmung eines sterbewilligen Patienten und die Fürsorge derer, die für ihn verantwortlich sind und nun seinen Tod zulassen sollen, in Spannung geraten.

Das Postulat der Respektierung der Selbstbestimmung der Patienten wurde im Rahmen der neueren Medizinethik gegen eine im schlechten Sinne paternalistische ärztliche Fürsorge erhoben, die auf den Willen des Patienten keine Rücksicht nimmt. In der Regel wird die Selbstbestimmung des Patienten in der wortwörtlichen Bedeutung verstanden: Der Patient bestimmt. Dies kann dann zu dem Missverständnis führen, dass Selbstbestimmung in Bezug auf das eigene Sterben gleichbedeutend ist mit Verfügung über das eigene Sterben. Der Gedanke der Selbstbestimmung scheint damit in Konflikt zu stehen mit dem christlichen Menschenverständnis, wonach Gott es ist, der allen Dingen und somit auch dem Sterben seine Zeit gesetzt hat. Das kann zu der Auffassung führen, dass es vom christlichen Menschenverständnis her geboten ist, dieser Haltung entgegenzutreten und das Sterben gänzlich der Selbstbestimmung zu entziehen.

Dem steht jedoch die Erkenntnis entgegen, dass mit dem Eintreten bestimmter Umstände – Altersschwachheit, eines zum Tode führenden Krankheitsverlaufs usw. – die Zeit gekommen sein kann, auf den Tod zu warten und seinem Kommen nichts mehr entgegenzusetzen. Das Postulat der Selbstbestimmung erwächst nach christlicher Einsicht aus dieser Erkenntnis. Es ist gleichbedeutend damit, dass man für sich selbst das Recht einfordert, bestimmen zu können, das verbleibende Leben gemäss dieser Erkenntnis zu verbringen und auszurichten und von Anderen darin geachtet zu werden, auch in der Art, wie man von ihnen behandelt wird. Diejenige Instanz, gegenüber der solche Selbstbestimmung eingefordert wird, ist also nicht Gott, sondern der Mitmensch.

Das Spannungsverhältnis zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge hat in den Hintergrund treten lassen, dass Selbstbestimmung Fürsorge auch zur Voraussetzung hat. Das gilt in mehrfacher Hinsicht.

Erstens hat die selbstbestimmte Entscheidung eines Patienten, einer Therapie zuzustimmen oder sie abzulehnen, zur Voraussetzung, dass der Arzt ihm aufgrund des Gebots der ärztlichen Fürsorge diese Option offeriert.

Zweitens setzt wirkliche Selbstbestimmung voraus, dass der Patient die angebotenen therapeutischen Möglichkeiten zu seinem „Selbst“, d.h. zu seiner Sicht sei-



ner Situation und zu seinem Lebenshorizont und Lebenskontext in Beziehung setzen können muss. Das kann er nur mit Unterstützung durch die Fürsorge des Arztes, der weiß, was die in Betracht kommenden therapeutischen Optionen ermöglichen, und der daher mit dem Patienten verbleibende Lebensperspektiven ausloten und besprechen muss.

Drittens ist zu berücksichtigen, dass sich Selbstbestimmung über explizit artikuliert Willensbekundungen hinaus auch in nichtsprachlichen leibhaften Ausdrucksformen manifestieren kann; diese sensibel zu beachten ist Teil der gebotenen Fürsorge.

Viertens kann die Selbstbestimmung um so differenzierter wahrgenommen werden, je umfassender das Feld der möglichen Optionen in den Blick genommen wird. Insofern ist es kein paternalistischer Übergriff, wenn zum Beispiel ein Arzt einem Menschen, der seinen Lebensmut verloren hat, mögliche Alternativen an Lebensoptionen vor Augen stellt.

Schließlich ist Selbstbestimmung nur möglich, wo ein Mensch nicht von starken Gefühlen wie Angst, Panik oder Verzweiflung beherrscht ist. Auch hier ist ein Mensch im Interesse seiner Selbstbestimmung auf Fürsorge angewiesen. Eine angstfreie selbstbestimmte Entscheidung setzt voraus, dass jeder Mensch Zugang zu einer professionell unterstützten liebevollen Pflege hat.

Aus all diesen Gründen gilt es, das berechnete, aber oftmals einseitig akzentuierte Postulat der Selbstbestimmung aus einer falsch verstandenen Opposition zum Gebot der Fürsorge zu befreien. Die Fürsorge kann in Spannung und Konflikt treten zum Postulat der Selbstbestimmung, und das ist auch bei der Problematik der Patientenverfügungen der Fall. Aber die Selbstbestimmung ist zugleich auf Fürsorge angewiesen. Andererseits gehört es zu recht verstandener Fürsorge, die Selbstbestimmung eines Patienten zu achten und ihr so weit wie möglich Folge zu leisten. Der Respekt vor der Selbstbestimmung der Patienten ist, so gesehen, geradezu eine Implikation der Fürsorge. Diese Achtung betrifft insbesondere Verfügungen, die sich auf das Sterben beziehen. Die entscheidende Grenze, die es hier zu beachten gilt, wird durch das Kriterium der Angemessenheit gezogen (siehe dazu auch die Ausführungen in 4.5).

#### **4.4 Aktueller Wille und Wille für zukünftige Erkrankungssituationen**

Die Patientenverfügung gibt Menschen die Möglichkeit, ihren Willen auch für zukünftige Krankheitssituationen und für ihr Sterben zu äußern. Dies kann prinzipiell mündlich oder schriftlich zum Ausdruck gebracht werden.

Dafür, dass eine Patientenverfügung in Schriftform abgefasst wird, spricht, dass die meisten Menschen ihre Worte und Entscheidungen sehr viel sorgfältiger erwägen und bedenken, wenn sie sich schriftlich oder durch Unterschrift äußern als dann, wenn sie eine mündliche Äußerung abgeben. Aber auch mündliche Äuße-

rungen müssen bei Nichtvorliegen einer schriftlichen Äußerung als Ausdruck des Willens des Patienten beachtet werden. Das Erfordernis der Schriftform dient jedoch der unterschiedlichen Gewichtung schriftlicher und mündlicher Äußerungen.

Eine Patientenverfügung dient dazu, den Willen eines Menschen, wie er im Zeitpunkt der Abfassung der Patientenverfügung für die eventuell künftig eintretende Situation der Nichteinwilligungsfähigkeit besteht, möglichst so klar zu formulieren, dass dann festgestellt werden kann, welche Behandlung (Therapiemaßnahmen) der erkrankte Mensch aufgrund der ergangenen Diagnose nun wünscht bzw. wünschen würde. Schon in dieser Formulierung kommt ein grundlegendes, letztlich nicht aufhebbares Dilemma zum Ausdruck, das jeder Patientenverfügung eigen ist: Sie wird zu einem Zeitpunkt ausgefüllt und unterschrieben, an dem die Situation, für die sie gelten soll, noch nicht eingetreten ist, also in einer näheren oder ferneren Zukunft liegen kann. Wer eine Patientenverfügung erlässt, trifft also über sich eine Verfügung, die sich auf eine spätere, andere Situation bezieht, die er jetzt noch nicht kennen kann. Daher kann er zwar vermuten, aber nicht wissen, was er dann für sich wollen würde. Aber da dies in jedem Fall eine Situation der Nichteinwilligungsfähigkeit ist, scheint dieses Dilemma nicht nur unaufhebbar zu sein, sondern muss auch hingenommen werden.

Bei dem Zeitargument spielt eine Rolle, dass die Patientenverfügung zu einer anderen, früheren Zeit abgefasst worden ist als jener, in der sich der Patient jetzt befindet, und dass daher seine in der Patientenverfügung vorgegreifend niedergelegte Sicht dieses Zustands nicht ohne Weiteres für eine jetzt zu treffende Entscheidung über Therapiebegrenzungen maßgebend sein kann. Bei Verlust der Äußerungsfähigkeit des Patienten müssen notgedrungen Andere anstelle des Patienten die Entscheidung treffen. Dies wirft die Folgefrage auf, wessen Sicht in dieser Situation maßgebend für die Entscheidung sein soll. Gibt man das Kriterium der Patientensicht und des Patientenwillens auf, wird dadurch möglicherweise bewirkt, dass die Unterscheidung zwischen dem Herbeiführen und dem Zulassen des Todes hinfällig wird, indem Andere darüber entscheiden, wann die Zeit zum Sterben gekommen ist und ein Patient sterben darf – oder eben auch zu sterben hat.

Es ist deshalb zu fragen, ob die Zeitdifferenz zwischen der Abfassung der Patientenverfügung und dem aktuellen Zustand des Patienten die Patientenverfügung in ihrer Bedeutung einschränken soll. Fragen im Blick auf die Gültigkeit und Verbindlichkeit des vorgegreifend formulierten Willens sind auf jeden Fall dann angebracht, wenn erstens Zweifel bestehen, ob der Patient die eingetretenen Umstände adäquat vorweggenommen hat und/oder es zweitens Anhaltspunkte dafür gibt, dass er seine Sicht und seinen Willen zwischenzeitlich geändert hat. Das bedarf dann sorgfältiger Abklärungen.

Auch in anderen Lebenszusammenhängen werden vorgehend formulierte Willensäußerungen und Anordnungen als gültig und verbindlich geachtet. Bei Patientenverfügungen handelt es sich aber um etwas sehr viel Schwerwiegenderes als beispielsweise bei Anordnungen im Blick auf eine Abwesenheit während einer Urlaubsreise. Patientenverfügungen sind für eine unbekannt Zukunft mit Folgen für Leben und Tod formuliert, und weil die Zukunft unbekannt ist, versuchen sie Eventualitäten vorwegzunehmen und Bestimmungen für diese zu treffen. Eine solche Eventualität ist ein andauerndes Koma genauso wie eine tödlich verlaufende Krankheit. Aufgrund der vorhandenen medizinischen Möglichkeiten, die da, wo Menschen früher gestorben sind, heute das Leben unter Umständen über Jahre hinweg erhalten können, sehen sich viele Menschen genötigt, ihre Sicht davon, wann was im Blick auf ihr Sterben an der Zeit ist, im Vorgriff zu formulieren und zu hinterlegen oder Andere damit zu beauftragen, dafür zu sorgen, dass sie in ihrem Sinne behandelt werden.

Wenn ein urteilsfähiger Patient angesichts von schwerster Krankheit und Leiden die Nahrung verweigert, verbietet es der Respekt vor dessen Selbstbestimmung, ihn in diesem Fall zwangsweise zu ernähren. Wenn wir aber in dieser Weise den Willen und die Selbstbestimmung des urteilsfähigen Patienten respektieren, muss dies prinzipiell auch für den Fall seiner Urteilsunfähigkeit gelten. Dabei muss aber auch berücksichtigt werden, dass Menschen ihre Meinung ändern und dass Zeit und individuelle Erfahrung persönliche Gewichtungen verschieben. Eine Willenserklärung, mit der über eine zukünftige, noch nicht durchlebte und nur sehr schwer im Voraus regelbare Situation verfügt werden soll, kann nicht vollkommen gleichgesetzt werden mit einer Willenserklärung in einer aktuellen Situation. Mögliche Willensänderungen müssen deshalb gerade bei Einwilligungsunfähigen speziell gesucht und beachtet werden. Häufig ist dies schwierig oder gar unmöglich. Das Leben eines Menschen darf aber nicht leichtfertig verkürzt werden. Dabei ist auch die Erfahrung zu berücksichtigen, dass Gesunde mitunter den Wert eines Lebens mit eingeschränkten Entfaltungsmöglichkeiten deutlich geringer einschätzen, als es die Betroffenen selbst tun.

#### **4.5 Die Reichweite von Patientenverfügungen**

Wie kann man folglich im Hinblick auf das eigene Sterben vorsorgende Bestimmungen treffen, so dass der Tod zum einen seinen Charakter als Geschick behält und das Sterben zum anderen auf menschenwürdige Weise geschehen kann? Hierzu gibt es unterschiedliche Auffassungen.

Einer ersten Argumentation zufolge soll die Therapiebegrenzung in Patientenverfügungen (sowie das Unterlassen künstlicher Ernährung) nur bei tödlich verlaufenden Erkrankungen zulässig sein. Dem liegt die Sichtweise zugrunde, dass es in diesen Fällen die Kausalität der Krankheit und nicht das Unterlassen bestimm-

ter medizinischer Maßnahmen an sich ist, die zum Tode führt. Das Unterlassen hat damit nur eine beschleunigende Wirkung in Bezug auf das Kommen des Todes. Dieser aber wird letztlich durch die Krankheit herbeigeführt.

Nach dieser Argumentation sollen bei Krankheiten, die nicht tödlich sind, lebenserhaltende Maßnahmen (wie z.B. künstliche Ernährung, Beatmung, Flüssigkeitszufuhr), solange sie medizinisch indiziert sind, genauso wenig ausgeschlossen werden können wie die Basisversorgung. Es widerspricht nach dieser Argumentation dem Charakter des Todes als Geschick, wenn allein die persönliche Sicht, die ein Mensch auf antizipierte leidvolle Lebenssituationen hat, ausschlaggebend für Patientenverfügungen in Bezug auf Maßnahmen ist, die nicht nur das Sterben, sondern das Leben verkürzen. Werde das Kriterium der Irreversibilität eines Krankheitsverlaufes zum Tode hin aufgegeben, würde es zunehmend schwerer werden, das selbstmächtige Verfügen über den eigenen Tod und infolgedessen die Legitimierung der Tötung auf Verlangen zu verhindern.

Mehrere Überlegungen fließen in diese ethische Position ein: Versteht man Selbstbestimmung als Freiheit zur Gestaltung der Abhängigkeit vom eigenen leiblichen Leben, dann haben auch entscheidungsfähige Personen kein absolutes Verfügungsrecht über ihren Leib und ihr Leben. Die Verweigerung von Nahrung oder medizinischer Hilfe kann bei alten oder schwerkranken Menschen auch ein Ausdruck verlorenen Lebensmutes sein. Was man solchen Menschen schuldet, ist in erster Linie tatkräftige Ermutigung. Bei entscheidungsunfähigen Personen kommt aber noch erschwerend hinzu, dass hier nicht mehr von einer Selbstschädigung ausgegangen werden kann, sondern auf dem Wege von Patientenverfügungen Dritten eine Fremdschädigung abverlangt wird. Es ist ein Unterschied, ob ein Patient durch Ablehnung einer Behandlung in der konkreten Behandlungssituation seinem Leben selbst ein Ende setzt oder ob andere Menschen für ihn entscheiden müssen.

Wenn dies nicht auf irreversibel tödliche Krankheitsverläufe begrenzt wird, werden Bevollmächtigte und Betreuer entweder in fast unlösbare Gewissenskonflikte gestürzt, oder aber es würde der Gewissenlosigkeit Vorschub geleistet. Es ist ebenfalls ein Unterschied, ob man sich in seiner Urteilsbildung eher von Fällen aus dem klinischen Kontext, von alltäglichen Erfahrungen aus familiären Kontexten oder aus der Pflege in Heimen leiten lässt. Hier sind vor allem die gleitenden Übergänge bei Krankheitsverläufen zu bedenken, ebenso die Schwierigkeiten pflegebedürftiger Menschen, sich anderen Menschen zuzumuten, aber auch die immensen Belastungen für Pflegepersonen, schließlich auch zahllose Beispiele von gelingendem Zusammenleben trotz der Hinfälligkeit eines der beteiligten Menschen. Die Möglichkeit, Patientenverfügungen abzufassen, soll nach dieser Argumentation die Fürsorgepflicht füreinander unterstützen und nicht untergraben. Weil die Vertreter dieser Position befürchten, dass die Fürsor-

gepflicht für alte und kranke Menschen durch den demographischen Wandel und die gesamtgesellschaftliche Tendenz zur Individualisierung bis hin zur Entsolidarisierung in Zukunft nicht mehr unumstritten sein könnte, messen sie dem Schutz des Lebens gerade am Lebensende eine steigende Bedeutung zu.

Demgegenüber tritt eine andere Position dafür ein, Therapiebegrenzungen nicht auf tödlich verlaufende Krankheiten zu beschränken. Ein klinisch stabiles Wachkoma ist keine tödlich verlaufende Krankheit, sondern kann sich bei entsprechender medizinischer Betreuung über Jahre hinziehen, bis der Patient aus einer akuten Ursache stirbt. Würden Therapiebegrenzungen auf tödlich verlaufende Krankheiten beschränkt, dann dürfte es bei einem solchem Wachkoma keine Therapiebegrenzung, z. B. im Falle einer Lungenentzündung, geben, damit der Patient sterben kann, sondern es müsste alles medizinisch Mögliche unternommen werden, ihn am Leben zu halten.

Dieser Position zufolge ist die Befürchtung unbegründet, es würden Weichen in Richtung auf die aktive Sterbehilfe gestellt, wenn Therapiebegrenzungen auch bei nicht tödlichen Krankheits- und Leidenszuständen zugelassen würden. Wenn die Willensbekundung eines Wachkomapatienten vorliegt, dass bei entsprechender Prognose auf therapeutische Interventionen verzichtet werden soll, damit er sterben kann, dann ist ein Therapieverzicht nicht eine aktive Herbeiführung seines Todes, sondern ein Zulassen seines Todes in dem Sinne, dass dessen Kommen nichts mehr entgegengesetzt wird.

In der Denkweise dieser Position würde die Beschränkung von Therapieverzichten auf tödlich verlaufende Krankheiten bedeuten, dass das Wissen, wann Sterben seine Zeit hat, ganz von medizinischen Erkenntnissen abhängig gemacht würde. Die Medizin müsste dabei den tödlichen Verlauf einer Krankheit prognostizieren. Erst dann dürfe bei Vorliegen einer entsprechenden Patientenverfügung auf weitere Therapien verzichtet werden. Demgegenüber wird daran erinnert, dass es nach biblischer Sicht zur verantwortlichen Lebensführung des Menschen gehört, selbst zu erkennen, wann was im Blick auf sein Leben und Sterben an der Zeit ist. Diese Erkenntnis, die den je eigenen Lebenshorizont betrifft, ist etwas anderes als eine medizinische Prognose. Diese kann dafür die Grundlage liefern. Aber sie kann die Erkenntnis der Zeit, die dem eigenen Leben bestimmt ist, nicht ersetzen. Es ist nach dieser Sicht zu respektieren, wenn ein Mensch angesichts eines bestimmten Krankheitsverlaufs zu der Überzeugung gelangt, dass die Zeit gekommen ist, den Tod abzuwarten und ihm nichts mehr entgegenzusetzen, auch wenn sein Leben medizinisch noch auf unbestimmte Zeit erhalten werden kann.

Ob die Zeit der Erwartung des Todes gekommen ist, lässt sich nach dieser zweiten Auffassung also nicht allein aus medizinischen Kriterien wie dem Krankheitszustand ableiten. Auch die Diagnose des Eintritts der so genannten

Sterbephase lässt einen solchen Schluss nicht zu. Vielmehr kommt es dafür entscheidend auf die Sicht an, die der Patient selbst von seiner Situation hat. Ein Patient kann bis zuletzt hoffen und am Leben festhalten, oder er will noch bestimmte Dinge in seinem Leben regeln, und es wäre in diesem Fall offensichtlich falsch, wenn der Arzt aufgrund seiner Diagnose des nahen Endes im Sinne der Zulassung des Todes Maßnahmen einleiten würde, die dessen Kommen beschleunigen.

Der Diagnose des objektiven Krankheits- und Leidenszustands des Patienten kommt allerdings auch bei dieser Argumentation insofern Bedeutung zu, als von ihr abhängt, ob die Erwartung des Todes seitens des Patienten in Anbetracht seiner tatsächlichen Verfassung angemessen ist und folglich für das ärztliche Handeln maßgebend sein kann. Nach der zweiten Argumentation bedeutet dies, dass Therapiebegrenzungen mit Todesfolge oder die Reduktion der Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit nur eingeleitet werden dürfen, wenn erstens ein entsprechender Patientenwille vorliegt und hinreichend dokumentiert oder bezeugt ist und zweitens die medizinische Indikation bei dem Patienten ein Handeln im Sinne der Erwartung und Zulassung des Todes rechtfertigt. Wo dies nicht der Fall ist, da sind solche Maßnahmen als Herbeiführung des Todes zu werten und unzulässig.

Die Schwierigkeit der zweiten Argumentation liegt darin, die Grenzen der Selbstbestimmung des Patienten zu umreißen. Wann kann es die medizinische Fürsorge gebieten, dem Patientenwillen nicht Folge zu leisten? Wann ist ein vom Patienten verfügbares Handeln im Sinne der Zulassung des Todes nicht angemessen? Der Vorteil der ersten Argumentationslinie, verfügte Therapieverzichte mit Todesfolge auf tödlich verlaufende Krankheiten zu beschränken, ist, dass sie diese Fragen nicht beantworten muss. Nach medizinischer Einschätzung ist der Tod zu erwarten, und damit ist die *Bewertung* der Situation des Patienten im Sinne des Abwartens des Todes nach medizinischer Indikation eine angemessene Möglichkeit. Diese Argumentation hat zugleich den Vorteil, rechtlich besser regulierbar und handhabbar zu sein. Doch ist ihre Kehrseite, dass Menschen, die sich nicht in der Situation einer tödlichen Erkrankung befinden, gegen ihren Willen am Leben erhalten und am Sterben gehindert werden. Das steht in Spannung zur oben formulierten Sicht des Menschen, wonach es ihm zukommt zu erkennen, wann was im Blick auf sein Leben und Sterben an der Zeit ist.

#### **4.6 Regeln für den Umgang mit Patientenverfügungen**

Es steht kaum zu erwarten, dass allgemeine Regeln gefunden werden, die jeden Einzelfall hinreichend erfassen können. In vielen, wenn nicht den meisten Fällen wird die Entscheidung vielmehr eine Ermessensfrage sein. Das bedeutet, dass man hier einen *Freiraum lassen muss für Ermessensentscheidungen* im Hinblick

auf Einzelfälle und nicht davon ausgehen kann, mit Rechtsbestimmungen alle Einzelfälle im Detail zu erfassen. In der Medizinethik ist diese Problematik bekannt und hat in den zurückliegenden Jahren dazu geführt, dass der prozeduralen Seite der Entscheidungsfindung verstärkte Aufmerksamkeit geschenkt wird. Dabei spielen Konsilien oder ethische Fallbesprechungen in vielen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen eine wichtige Rolle. Freilich geht es auch bei der prozeduralen Entscheidungsfindung nicht ohne die Orientierung an Regeln. Denn derartige Entscheidungsprozesse sind auf einen ethischen Orientierungsrahmen angewiesen, und es wäre dem Missbrauch Tür und Tor geöffnet, wenn man jeweils ad hoc für jeden Einzelfall die ethischen Entscheidungskriterien neu erfinden müsste. Auch in rechtlicher Hinsicht geht es nicht ohne grundlegende Regeln, innerhalb derer sich solche Entscheidungen bewegen müssen.

Folgende ethische Regeln ergeben sich – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – aus fallbezogenen Abwägungen, die an der Balance zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung orientiert sind.

**1. *Wenn es nach medizinischer Einschätzung therapeutische Möglichkeiten gibt, die dem Patienten neue Lebensperspektiven eröffnen, dann kann sein vorgeifend geäußelter oder in einer Verfügung hinterlegter Sterbewunsch nicht maßgebend sein, und es ist alles zu tun, um sein Leben zu erhalten.***

Diese Regel verdient nicht zuletzt deshalb Beachtung, weil bekannt ist, dass die meisten Menschen, die vorgeifend bekundet haben, dass sie sterben wollen, falls Lebenserhaltung bedeutet, dass sie mit schwerwiegenden Beeinträchtigungen leben müssen, im Nachhinein das Leben mit diesen Beeinträchtigungen dem Nichtleben vorziehen.

**2. *Wenn aufgrund der vorhandenen medizinischen Möglichkeiten gute Aussichten bestehen, dass der Patient das Bewusstsein und die Urteilsfähigkeit wiedererlangen und dann selbst Entscheidungen treffen und Handlungen veranlassen kann, die sein Leben oder Sterben betreffen, dann sollten diese medizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft werden.***

Der Grund ist auch hier, dass Menschen, die im gesunden Zustand eine Verfügung für eine bestimmte Situation getroffen haben, diese Situation häufig, wenn nicht in den meisten Fällen anders sehen, wenn sie sich in ihr befinden.

Die Verfügung eines Mannes, der bestimmt, dass im Falle eines Autounfalls, bei dem seine Frau den Tod findet, keine lebenserhaltenden Maßnahmen an ihm vorgenommen werden sollen, obwohl er gute Aussichten hat, das Bewusstsein und die Urteilsfähigkeit wiederzuerlangen, kann nach diesem Kriterium nicht als maßgeblich erachtet werden. Dasselbe gilt für die Verfügung eines Motorradfahrers, in der bestimmt wird, dass keine lebenserhaltenden

Maßnahmen unternommen werden sollen, wenn nur mehr die Aussicht auf ein Leben als vollständig Gelähmter besteht.

3. ***Patientenverfügungen, die im Blick auf Krankheitszustände formuliert sind, bei denen der Patient zwar urteilsunfähig ist, aber Wünsche, Bedürfnisse und einen Lebenswillen haben und – wenn auch mit Einschränkungen – am sozialen Leben teilhaben kann, können nur unter Einschränkungen für den Arzt handlungsleitend sein.***

Das ergibt sich aus dem Gebot der Fürsorge, die sich an den aktuellen Lebensäußerungen des Patienten zu orientieren hat.

Zu denken ist hier etwa an Verfügungen, nach denen im Falle einer Demenzerkrankung Infektionen nicht mehr medizinisch behandelt werden sollen. Hier wirft der Ausgleich zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung schwierige Ermessensfragen auf. Je näher sich der Patient zwischen den beiden Polen des Beginnes und des Endstadiums der Demenz beim ersten Pol befindet, umso weniger ist es zu vertreten, entgegen seinem aktuellen Befinden und seiner aktuellen sozialen Teilhabe die früher formulierte Patientenverfügung an ihm umzusetzen und ihn sterben zu lassen. Je näher er sich beim Pol des Endstadiums der Demenz befindet, umso größeres Gewicht erlangt der in der Patientenverfügung niedergelegte Wille. Die Orientierung an den aktuellen Lebensäußerungen des Patienten kann auch bedeuten, dass die beharrliche Nahrungsverweigerung eines Demenzpatienten trotz geduldiger Versuche der Pflegenden, Nahrung anzubieten, zu respektieren ist und er in diesem Fall nicht zwangsweise zu ernähren ist, selbst wenn dies seinen Tod zur Folge hat. Im Zweifel ist jedoch für das Leben zu entscheiden.

4. ***In Fällen, in denen der Patient ohne Bewusstsein ist und mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit trotz Ausschöpfung aller medizinischer Möglichkeiten das Bewusstsein niemals mehr wiedererlangen wird, ist gemäß dem voraus verfügbaren Willen des Patienten zu handeln, was auch heißen kann, dass man auf therapeutische Interventionen<sup>6</sup> verzichtet und ihn sterben lässt.***

Diese Regel ergibt sich aus dem Gebot, zum Besten des Patienten zu handeln, was einschließt, dass man seine Sicht und seinen Willen so weit wie möglich – d. h. wie es mit dem Gebot der Fürsorge vereinbar ist – achtet.

„Geborenwerden hat seine Zeit, Sterben hat seine Zeit.“ (Koh 3,2)

Die Selbstbestimmung, die Sicht und der Wille des Einzelnen, aber auch Fürsorge und Zuwendung sind Gesichtspunkte, die im Leben und im Sterben Ge-

<sup>6</sup> Es ist in der Diskussion umstritten, ob die künstliche Ernährung zu diesen Interventionen gerechnet werden kann.



wicht haben und zur Geltung gebracht werden müssen. Alle diese Gesichtspunkte speisen sich nach christlichem Verständnis aus der Einsicht, dass der Mensch nicht dazu bestimmt ist, zu vergehen, sondern in Gottes Ewigkeit vollendet zu werden. Das verleiht dem begrenzten, sterblichen Menschen seine unantastbare Würde.

**Mitglieder**  
**der Kammer für Öffentliche Verantwortung**  
(Stand: 01.03.2005)

Susanne Breit-Keßler, München

Andrea Dörries, Hannover

Johannes Fischer, Zürich

Otto Fricke, Berlin

Wilfried Härle (*Vorsitzender*), Heidelberg

Klaus Jancovius, Stuttgart

Christiane Kohler-Weiß, Meckenbeuren

Fritz Rudolf Körper, Berlin

Christine Lieberknecht, Erfurt

Thomas Rachel, Berlin

Hans-Richard Reuter, Münster

Ulrike Riedel, Berlin

Gerhard Robbers, Trier

Michael Roth, Berlin

Rezzo Schlauch, Berlin

Richard Schröder, Berlin

Eva Senghaas-Knobloch (*stellvertretende Vorsitzende*), Bremen

Klaus Tanner, Halle

Sabine von Schorlemer, Dresden

Klaus Wittmann, Hamburg

Hermann Barth (*Ständiger Gast*), Hannover

Stephan Reimers (*Ständiger Gast*), Berlin

Eberhard Pausch (*Geschäftsführer*), Hannover

---

## In der Reihe »EKD-TEXTE« sind bisher erschienen:

---

- Nr. 3 **Kirche und Frieden**  
Kundgebungen und Erklärungen aus den deutschen Kirchen und der Ökumene
- Nr. 10 **Gesichtspunkte zur Neufassung des Ausländerrechts**  
Kommission der EKD für Ausländerfragen und ethnische Minderheiten
- Nr. 12 **Ehe und nichteheliche Lebensgemeinschaften**  
Positionen und Überlegungen aus der EKD
- Nr. 13 **Schlußbericht der Gemeinsamen Ökumenischen Kommission zur Überprüfung der Verwerfungen des 16. Jahrhunderts**
- Nr. 18 **Die Zukunftsmöglichkeiten der jungen Generation**  
Überlegungen zur Jugendarbeitslosigkeit
- Nr. 19 **Gezielte Hilfen für Langzeitarbeitslose**  
Probleme der Langzeitarbeitslosen, arbeitsmarktpolitische Überlegungen
- Nr. 20 **Zur Achtung vor dem Leben**  
Maßstäbe für Gentechnik und Fortpflanzungsmedizin
- Nr. 21 **Vergessene Opfer**  
Kirchliche Stimmen zu den unerledigten Fragen der Wiedergutmachung an Opfern nationalsozialistischer Verfolgung
- Nr. 22 **Unsere Verantwortung für den Sonntag**  
Gemeinsame Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz
- Nr. 23 **Bewältigung der Schuldenkrise – Prüfstein der Nord-Süd-Beziehungen**  
Eine Stellungnahme der Kammer der EKD für Kirchlichen Entwicklungsdienst
- Nr. 24 **AIDS – Orientierungen und Wege in der Gefahr**  
Eine kirchliche Stellungnahme
- Nr. 26 **In besonderer Gemeinschaft**  
Gemeinsame Worte des BEKDDR und der EKD
- Nr. 27 **Frieden in Gerechtigkeit für die ganze Schöpfung**  
Texte aus Stuttgart und Basel
- Nr. 28 **Studium der Evangelischen Theologie**  
Übersicht über Studienmöglichkeiten im Bereich der EKD
- Nr. 29 **Wehrdienst oder Kriegsdienstverweigerung?**  
Anmerkungen zur Situation des Christen im Atomzeitalter
- Nr. 31 **Energieeinsparung – Umrisse einer umweltgerechten Politik im Angesicht der Klimagefährdung**  
Ein Diskussionsbeitrag des Wissenschaftlichen Beirats
- Nr. 32 **Sport und christliches Ethos**  
Gemeinsame Erklärung der Kirchen zum Sport
- Nr. 33 **Die Kirche im konziliaren Prozeß gegenseitiger Verpflichtung für Gerechtigkeit, Frieden und Bewahrung der Schöpfung. Rückblick und Ausblick**  
Eine Stellungnahme des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland
- Nr. 34 **Bildungs- und Schulpolitik aus christlicher Sicht**  
Eine Zwischenbilanz der Kammer der EKD für Bildung und Erziehung
- Nr. 35 **Beratung im Schwangerschaftskonflikt**  
Stellungnahme der Kammer der EKD für Ehe und Familie
- Nr. 36 **Auf dem Weg zum neuen Evangelischen Gesangbuch**  
Beiträge aus der Gesangbucharbeit
- Nr. 38 **Ökumenische Versammlung für Gerechtigkeit, Frieden und Bewahrung der Schöpfung**  
Dresden, Magdeburg, Dresden
- Nr. 39 **Als Christen anderen begegnen**  
Studie der Theologischen Kommission des Bundes der Evangelischen Kirchen
- Nr. 40 **Wanderungsbewegungen in Europa**  
Diskussionsbeitrag der Kommission der EKD für Ausländerfragen und ethnische Minderheiten
- Nr. 41 **Zur Verantwortung des Menschen für das Tier als Mitgeschöpf**  
Ein Diskussionsbeitrag des Wissenschaftlichen Beirats des Beauftragten für Umweltfragen des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland
- Nr. 42 **Sinti und Roma**  
Eine Studie der Evangelischen Kirche in Deutschland
- Nr. 43 **Zur evangelischen Jugendarbeit**  
Arbeitspapier der Jugendkammer der EKD
- Nr. 44 **Frauenordination und Bischofsamt**  
Eine Stellungnahme der Kammer für Theologie
- Nr. 45 **Kirchengesetz über Mitarbeitervertretungen in der EKD**  
(Mitarbeitervertretungsgesetz – MVG) vom 6. November 1992
- Nr. 46 **Menschenrechte im Nord-Süd-Verhältnis**  
Erklärung der Kammer der EKD für Kirchlichen Entwicklungsdienst
- Nr. 47 **Die Meissener Erklärung**  
Eine Dokumentation
- Nr. 48 **Schritte auf dem Weg des Friedens**  
Orientierungspunkte für Friedensethik und Friedenspolitik
- Nr. 49 **Wie viele Menschen trägt die Erde?**  
Ethische Überlegungen zum Wachstum der Weltbevölkerung

## In der Reihe »EKD-TEXTE« sind bisher erschienen: (Fortsetzung)

- Nr. 50 **Ehe und Familie 1994**  
Ein Wort des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland aus Anlass des Internationalen Jahres der Familie 1994
- Nr. 51 **Asylsuchende und Flüchtlinge**  
Zur Praxis des Asylverfahrens und des Schutzes vor Abschiebung
- Nr. 52 **»Gefährdetes Klima – Unsere Verantwortung für Gottes Schöpfung«**
- Nr. 53 **Vom Gebrauch der Bekenntnisse**  
Zur Frage der Auslegung von Bekenntnissen der Kirche
- Nr. 54 **Gemeinsame Initiative – Arbeit für alle!**  
Eine Studie der Kammer der EKD für soziale Ordnung als Beitrag zum Konsultationsprozeß über ein gemeinsames Wort der Kirchen zur wirtschaftlichen und sozialen Lagen in Deutschland
- Nr. 55 **Asylsuchende und Flüchtlinge**  
Zweiter Bericht zur Praxis des Asylverfahrens und des Schutzes vor Abschiebung
- Nr. 56 **Zur Situation und Befindlichkeit von Frauen in den östlichen Landeskirchen**  
Bericht des Frauenreferates der EKD 1995
- Nr. 57 **Mit Spannungen leben**  
Eine Orientierungshilfe des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland zum Thema „Homosexualität und Kirche“
- Nr. 58 **Der evangelische Diakonat als geordnetes Amt der Kirche**  
Ein Beitrag der Kammer für Theologie der Evangelischen Kirche in Deutschland
- Nr. 59 **Zur ökumenischen Zusammenarbeit mit Gemeinden fremder Sprache oder Herkunft**  
Eine Handreichung
- Nr. 60 **Versöhnung zwischen Tschechen und Deutschen**
- Nr. 61 **Gewissensentscheidung und Rechtsordnung**  
Eine Thesenreihe der Kammer für Öffentliche Verantwortung der Evangelischen Kirche in Deutschland
- Nr. 62 **Die evangelischen Kommunitäten**  
Bericht des Beauftragten des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland für den Kontakt zu den evangelischen Kommunitäten
- Nr. 63 **Christentum und politische Kultur**  
Über das Verhältnis des demokratischen Rechtsstaates zum Christentum
- Nr. 64 **Gestaltung und Kritik**  
Zum Verhältnis von Protestantismus und Kultur im neuen Jahrhundert
- Nr. 65 **Genitalverstümmelung von Mädchen und Frauen**  
Eine kirchliche Stellungnahme. Erarbeitet von einer Arbeitsgruppe des Kirchenamtes der EKD in Verbindung mit externen Expertinnen
- Nr. 66 **Taufe und Kirchaustritt**  
Theologische Erwägungen der Kammer für Theologie zum Dienst der evangelischen Kirche an den aus ihr Ausgetretenen
- Nr. 67 **Ernährungssicherung und Nachhaltige Entwicklung**  
Eine Studie der Kammer der EKD für Entwicklung und Umwelt
- Nr. 68 **Das Evangelium unter die Leute bringen**  
Zum missionarischen Dienst der Kirche in unserem Land
- Nr. 69 **Kirchengemeinschaft nach evangelischem Verständnis**  
Ein Votum zum geordneten Miteinander bekenntnisverschiedener Kirchen
- Nr. 70 **Thomas Mann und seine Kirche**  
Zwei Vorträge von Ada Kadelbach und Christoph Schwöbel
- Nr. 71 **Im Geist der Liebe mit dem Leben umgehen**  
Argumentationshilfe für aktuelle medizin- und bioethische Fragen
- Nr. 72 **Richte unsere Füße auf den Weg des Friedens**  
Gewaltsame Konflikte und zivile Intervention an Beispielen aus Afrika
- Nr. 73 **Was Familien brauchen.** Eine familienpolitische Stellungnahme des Rates der EKD
- Nr. 74 **Solidarität und Wettbewerb**  
Für mehr Verantwortung, Selbstbestimmung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
- Nr. 75 **Soziale Dienste als Chance**  
Dienste am Menschen aufbauen · Menschen aktivieren · Menschen Arbeit geben
- Nr. 76 **Zusammenleben gestalten**  
Ein Beitrag des Rates der EKD zu Fragen der Integration und des Zusammenlebens mit Menschen anderer Herkunft, Sprache oder Religion
- Nr. 77 **Christlicher Glaube und nichtchristliche Religionen**  
Ein Beitrag der Kammer für Theologie der Evangelischen Kirche in Deutschland
- Nr. 78 **Bedrohung der Religionsfreiheit**  
Erfahrungen von Christen in verschiedenen Ländern
- Nr. 79 **Die Manieren und der Protestantismus**  
Annäherungen an ein weithin vergessenes Thema  
(Nr. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 15, 16, 17, 25, 30, 37 sind vergriffen; EKD-Text Nr. 11 ist jedoch in Nr. 20 als Anhang abgedruckt)

Herausgegeben vom Kirchenamt der EKD  
Herrenhäuser Straße 12 · 30419 Hannover  
Telefon: 05 11/27 96 0 · Fax: 05 11/27 96 707  
E-Mail: [versand@ekd.de](mailto:versand@ekd.de) · Internet: [www.ekd.de](http://www.ekd.de)