

Sinn und Grenzen von Patientenverfügungen

Wohl kein Mensch setzt sich gern mit dem eigenen Tod auseinander, doch rufen neue medizinische und technische Möglichkeiten der Lebensverlängerung bei vielen Menschen Ängste hervor, die sie veranlassen, Vorsorge für das Sterben oder bestimmte Krankheitssituationen zu treffen. Tod und Sterben können immer länger hinausgezögert werden, Fälle künstlicher Ernährung und Lebenserhaltung nehmen in Krankenhäusern und Pflegeheimen rapide zu. Diesbezüglich werden im Hinblick auf das eigene Sterben verstärkt Ängste vor unerträglichen Schmerzen, vor dem Allein- und Ausgeliefertsein sowie unwürdigem Dahinvegetieren geäußert. Um diesen Befürchtungen entgegenzuwirken und ein selbstbestimmtes Sterben zu garantieren, haben einer Schätzung der deutschen Hospizstiftung zufolge bis zum Jahr 2003 in Deutschland bereits etwa sieben Millionen Menschen eine Patientenverfügung erstellt in der Hoffnung auf Vermeidung von Leid, unnötiger Belastung der Angehörigen sowie menschenunwürdiger Lebensverlängerung¹.

Allerdings gibt es viele Unsicherheiten und Fragen bezüglich Patientenverfügungen – nicht nur im medizinischen Bereich. Besonders ältere Menschen stehen einerseits vor der Notwendigkeit, Vorsorge für das Ende ihres Lebens zu treffen, andererseits sind sie aber durch die juristische oder medizinische Terminologie überfordert. Nicht selten werden (nicht nur) von Senioren Besorgnisse geäußert, daß sie vorschnell „abgeschrieben“ und die Erhaltung ihres Lebens voreilig aufgegeben werden könnte. Kirchliche Organisationen und Einrichtungen sind hier gefordert, Auskunft zu geben, Lebenswert und -würde gerade am Ende des Lebens zu betonen und Werte zu vermitteln, die ein Sterben in Würde ermöglichen. Dies gilt um so mehr, als die Kirchen selbst eine „christliche Patientenverfügung“² herausgegeben haben.

Inhalt und Grundlage von Patientenverfügungen

Eine Patientenverfügung ist eine vorsorgliche schriftliche oder mündliche Willenserklärung, die jene Krankheitssituationen regeln soll, in denen sich der Patient nicht mehr selbst äußern kann. Sie bezieht sich vornehmlich auf den Sterbeprozeß und schwere Krankheitszustände wie Wachkoma oder Altersdemenz und gibt Auskunft darüber, welche medizinischen Maßnahmen in der jeweiligen Krankheitssituation gewollt sind oder unterlassen werden sollen. Bedürfnisse nach Schmerzlinderung

und Sterbebegleitung treten neben Forderungen nach Vermeidung oder Einstellung künstlicher Lebensverlängerung. Entsprechend regeln Patientenverfügungen den Bereich passiver Sterbebegleitung wie der Schwerstkrankenpflege und können die Pflicht des Arztes, Leben zu erhalten, aufheben, wobei passive Sterbehilfe einerseits das Unterlassen oder den Abbruch von lebensverlängernden Maßnahmen, andererseits als indirekte Sterbehilfe die Inkaufnahme eines vorzeitigen Todes auf Grund von Nebenwirkungen schmerzlindernder Medikamente meint.

Während die aktive Euthanasie, die den Tod bewußt und gezielt zum Beispiel durch eine tödliche Injektion herbeiführt, in Deutschland verboten ist, ist passive Sterbehilfe als Verzicht auf das Sterben hinauszögernde lebenserhaltende Maßnahmen rechtlich und ethisch erlaubt. Doch weist der Katholische Erwachsenenkatechismus in seinem zweiten Band „Leben aus dem Glauben“ auf die ethische Relevanz einer weiteren Unterscheidung hin:

„Allerdings wird ein Verzicht auf Anwendung von Mitteln zu einer aktiven Euthanasie, wenn es sich um eine schuldhafte Unterlassung handelt, in der die Absicht enthalten ist, das Leben vorzeitig zu beenden“ (24)³.

Patientenverfügungen greifen auf die Grundlage jeglicher ärztlichen Handlung zurück, den „informed consent“ als informierte – unter Kenntnis des Nutzens und aller möglichen Risiken gegebene – Einwilligung des Patienten zu einer Behandlung. Diese Zustimmung wird über der Garantiepflicht des Arztes, Leben zu retten, angesiedelt. Im Fall einer Bewußtlosigkeit gilt dies zudem für den vorab geäußerten oder mutmaßlichen Willen. Entsprechend ist eine Patientenverfügung vom Arzt grundsätzlich zu beachten, außer es liegt Grund zu der Annahme einer Willensänderung vor.

Widersetzt sich der Arzt dem Patientenwillen, kann er strafrechtlich der Körperverletzung bezichtigt und zivilrechtlich zu Schadensersatz verurteilt werden. Um Verbindlichkeit beanspruchen zu können, sollten Patientenverfügungen grundsätzlich „erstens im Zustand voller Zurechnungsfähigkeit verfaßt werden; zweitens wohl informiert, wohl überlegt und frei von Zwängen; drittens ein Mindestmaß an innerer Konsistenz erkennen lassen, da sonst die gewählten Präferenzen nicht eindeutig erschlossen werden können und viertens im Fall ihrer Anwendung die immer noch aktuelle Auffassung des Betroffenen widerspiegeln. Mit diesen Voraussetzungen sind sie als expliziter Wille des Patienten anzusehen.“⁴ Generell kann man sagen: Je eindeutiger und situationsgenauer der Patientenwille genannt wird, desto mehr ist ihm der Arzt verpflichtet. Zu allgemeine und unklare Aussagen muß der Arzt nicht beachten, weshalb Konkretionen über die Formen einer Intensivtherapie, Reanimation, Schmerztherapie, künstliche Beatmung und Ernährung, Flüssigkeitszufuhr ebenso wie über psychische und spirituelle Wünsche hilfreich sind. Eine Patientenverfügung kann sich gleichermaßen gegen Über- wie gegen Untertherapie aussprechen.

Zur rechtlichen Situation in Deutschland

Juristische Basis von Patientenverfügungen ist das Recht jedes Menschen auf Selbstbestimmung, wie es in Art. 2 GG zugesichert wird. Doch wirken auf ärztliche Entscheidungen weit mehr Faktoren ein als menschliches Wohl, ärztliches und pflegerisches Berufsethos mit den damit verbundenen Pflichten und die Einbeziehung der Angehörigen. Aufgrund von Unsicherheiten im ärztlichen und pflegerischen Bereich hat die Bundesärztekammer in ihren Handreichungen im Jahr 1998 Grundsätze für Ärzte zur Sterbegleitung und zum Umgang mit Patientenverfügungen verfaßt, denen zufolge jeder Patient ein Recht auf Selbstbestimmung hat, selbst wenn er nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen selbstständig zu äußern. Der Patientenwille ist prinzipiell zu beachten, wenn nicht eine Änderung des Willens zu vermuten ist⁵.

Gleiches besagen die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung von 2004, die Patientenverfügungen als bindend für den Arzt erachten, insbesondere wenn die tatsächliche Situation mit dem geäußerten Willen weitgehend übereinstimmt⁶. Darüber hinaus werden künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr aus dem Katalog der Basismaßnahmen herausgenommen, können also unterlassen werden, wenn dies Wille des Patienten ist; lediglich das Stillen des subjektiven Empfindens von Hunger und Durst beispielsweise durch getränkte Wattestäbchen für die Mundpflege bleibt unaufhebbar. Im Fall schwerster zerebraler Schädigungen und anhaltender Bewußtlosigkeit erachten beide Erklärungen lebenserhaltende Maßnahmen grundsätzlich als geboten.

Diese Anweisungen der Bundesärztekammer orientieren sich an Entscheidungen des Bundesgerichtshofs. Ihre Basis ist – wie bereits erwähnt – das Recht auf Selbstbestimmung als Grundlage der Patientenrechte in Deutschland, die für alle medizinischen Eingriffe und Maßnahmen die Einwilligung des Patienten voraussetzen. Entsprechend hat der Bundesgerichtshof 1994 im sogenannten Kemptener Urteil festgestellt, daß Sterbehilfe als Abbruch einer lebenserhaltenden ärztlichen Behandlung im Einzelfall selbst dann zulässig ist, wenn es sich um den Fall eines unheilbar erkrankten, nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten im Vorfeld des Sterbeprozesses handelt. Ausschlaggebend ist der mutmaßliche Wille des Patienten⁷. In gleicher Weise hat der Bundesgerichtshof in seiner zuletzt ergangenen Entscheidung im März 2003 bestimmt, lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen zu unterlassen, wenn dies Ausdruck des Willens des Patienten ist⁸.

Beide Urteile unterstützen im Bereich der Rechtsprechung eindeutig eine Stärkung des Patientenwillens, im Rahmen der Gesetzgebung besteht allerdings noch Uneinigkeit über dessen Reichweite und Verpflichtung, was sich als Kontroverse zwischen einem Gesetzentwurf der Regierung und dem Urteil der Enquetekommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ manifestiert. So sieht der Gesetzentwurf vom November 2004 in Anlehnung an die Urteile des Bundesgerichts-

hofs eine gesetzliche Verankerung der Patientenverfügung im Betreuungsrecht des Bürgerlichen Gesetzbuchs anhand eines neu einzufügenden Paragraphen 1901a vor, der im Fall von Einwilligungsunfähigkeit greift und keine Befristung, besondere Form oder Beschränkung auf ein konkretes Krankheitsstadium verlangt⁹. Der in einer Verfügung geäußerte Patientenwille ist grundsätzlich durchsetz- und erfüllbar, was anhand verfahrensrechtlicher Regelungen gewährleistet sein soll.

Darüber hinaus soll festgelegt werden, welche Entscheidungen ein Einschalten des Vormundschaftsgerichts erfordern. Entsprechend benötigt ein Betreuer nur eine vormundschaftliche Genehmigung, wenn Gesundheit oder Leben der betreuten Person gefährdet sind oder er zu keiner mit dem Arzt übereinstimmenden Meinung über den mutmaßlichen Willen des Patienten kommt. Ein vom Patienten selbst bestimmter Bevollmächtigter benötigt generell keine Genehmigung, doch kann jeder Dritte das Vormundschaftsgericht in Konfliktfällen einschalten. Der Gesetzentwurf lehnt ausdrücklich aktive Sterbehilfe ab.

In Abgrenzung zum Gesetzesentwurf rät die Enquetekommission, nur irreversible und trotz medizinischer Behandlung zum Tod führende Leiden im Rahmen von Patientenverfügungen zuzulassen¹⁰. Ausgenommen werden Fälle anhaltender Bewußtlosigkeit wie Wachkoma, irreversibler Bewußtseinsverlust oder schwerste zerebrale Schädigungen, die zu einer Abhängigkeit von Maschinen und künstlicher Ernährung führen können und in einem Großteil der von Patienten erstellten Verfügungen ausdrücklich genannt werden. Die Enquetekommission erkennt die Problematik, daß diese Patienten durchaus in geringem Umfang Kommunikationsfähigkeit und Bewußtsein zeigen können und nicht wenig Fälle bekannt sind, in denen Patienten aus diesen Zuständen wieder „aufwachten“ und in der Lage sind, ein normales Leben zu führen, oder zumindest durch therapeutische Erfolge Fähigkeiten wie Artikulation und Kommunikation wiedergewonnen haben.

Die Frage, wann eine Prognose mit Sicherheit als aussichtslos gilt, ist in vielen Fällen nicht eindeutig zu beantworten, sondern nur individuell und der konkreten Situation entsprechend einschätzbar. Hier möchte die Enquetekommission der Möglichkeit der Wiedererlangung eines besseren Gesundheitszustands bis hin zur neuerlichen Selbstbestimmung den Vorrang einräumen und dementsprechend Patientenverfügungen weitgehend auf den Sterbeprozess beschränken, was bedeutet, daß der Arzt bei Koma oder Bewußtlosigkeit gegen den mutmaßlichen Willen des Patienten rein im Sinn der Prognose handeln muß, da eben keine unmittelbare Willensäußerung möglich ist¹¹. Maßnahmen der Basisversorgung dürfen keinesfalls unterlassen werden. Des weiteren bedarf jeder Vertreter des Patienten – egal ob Betreuer oder Bevollmächtigter – einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung, um einen Behandlungsabbruch durchzusetzen.

Die Divergenzen zwischen Gesetzentwurf und Kommission werden derzeit intensiv diskutiert, besonders „was die Reichweite der Patientenverfügung anbelangt. Soll eine Patientenverfügung nur angewandt werden dürfen zur Therapiemodifika-

tion während der Sterbephase – von dieser Situation geht die Christliche Patientenverfügung der evangelischen und katholischen Kirche in Deutschland aus – oder auch zur Therapiemodifikation bei Patienten, die sich noch nicht in der Sterbephase befinden, bei denen aber das Grundleiden irreversibel ist und trotz medizinischer Behandlung nach ärztlicher Erkenntnis zum Tod führen wird – das ist die Position der Mehrheit der Enquete-Kommission –, oder auch in darüber hinausgehenden Fällen, soweit die Patientenverfügung diese Fälle vorsieht (also keine Reichweitenbegrenzung) – das ist die Position des Gesetzentwurfes.“¹² Hauptstreitpunkt ist, ob das allem ärztlichen Handeln vorausgehende Selbstbestimmungsrecht des Menschen gleichermaßen den zeitlich und situativ abweichenden schriftlich oder mündlich geäußerten Willen umfaßt. Grundsätzlich ist dies rechtlich wie ethisch zu bejahen, doch sind für eine differenzierte Aussage in ethischer Hinsicht weit mehr Faktoren als einzig das Selbstbestimmungsrecht zu beachten.

Manipulation des Sterbens?

In einer Gesellschaft, die den Tod immer weiter ins Abseits zu drängen versucht, bietet sich durch die derzeitige Diskussion über Patientenverfügungen die Chance, Tod und Sterben wieder neu ins Bewußtsein zu rücken. Doch droht gleichermaßen die Gefahr, daß Patientenverfügungen zu einem Mittel werden, Sterben lediglich verkürzen, manipulieren und letztlich weiter aus dem Leben verdrängen zu wollen. Patientenverfügungen können die feststellbare Tendenz in der gesellschaftlichen Einstellung intensivieren, den Tod möglichst weit von sich in Krankenhäuser und Pflegeheime zu schieben, zu Beerdigungen „in aller Stille“ mit Abstand von Beileidsbezeugungen an den Gräbern. Der Tod soll weitestgehend machbar und planbar werden, so einfach, schnell und unkompliziert wie möglich.

Dies kann ein Bewußtsein in der Gesellschaft fördern, die in den Verfügungen genannten Krankheitsbilder automatisch als „lebensunwert“ abzustempeln und sozialen Druck heraufbeschwören, Patientenverfügungen entsprechend zu verfassen. Hierzu tragen manchmal die eigenen Kinder oder Verwandten bei, indem sie ihre Angehörigen drängen, Verfügungen für ihr Ableben zu treffen. Ältere Menschen äußern bisweilen, daß sie sich zu einer Patientenverfügung verpflichtet fühlen, da sie ihren Familienmitgliedern möglichst wenig zur Last fallen wollen. Bedenken und Ängste werden verdrängt, um dem Wohl der Kinder und den sozialen Erwartungen zu entsprechen. Mittlerweile muß man sogar explizit darauf hinweisen und stößt auf Erleichterung darüber, daß der bewußte Verzicht auf das Erstellen einer Patientenverfügung sowie der ausdrückliche Wunsch nach lebenserhaltenden Maßnahmen ethisch und moralisch gerechtfertigt sind. Es darf nicht so weit kommen, daß man zukünftig für den Wunsch nach Lebenserhaltung Rechenschaft ablegen muß.

Patientenverfügungen erwachsen nicht immer aus längeren intensiven Überlebungen, sondern entstehen manchmal unselbstständig und ungenügend informiert. Juristische und medizinische Terminologie erschwert es häufig zusätzlich, bewußt und überzeugt zu entscheiden. In Altenheimen, aber auch im häuslichen Umfeld wollen ältere Menschen häufig Ärzte und Pflegepersonal durch intensiveres Nachfragen nicht unnötig aufhalten oder belasten, was durch deren enge zeitliche Vorgaben vor allem im Pflegebereich zusätzlich verstärkt wird. Gerade hier ist eine intensive (ärztliche) Begleitung von Nöten, getragen vom Wohl des Patienten, seinen Werten und Sinnvorstellungen.

Unterschwellig können auch die Inhalte von Patientenverfügungen manipulativ wirken. So verwenden oftmals die von Juristen verfaßten Verfügungen wie die des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz¹³ Formulare, in denen jene Krankheitsbilder anzukreuzen sind, bei denen Sterbehilfe gewünscht wird. Solche Formulare können dazu verleiten, unbedacht Vorgaben zu übernehmen. Der christlichen Patientenverfügung wird demgegenüber vorgeworfen, zu ungenaue und damit juristisch zu wenig bindende Angaben zu machen. Viele Menschen fühlen sich hier überfordert, selbständig klare und eindeutige Aussagen zu formulieren¹⁴. Eine freie und unabhängige „selbstbestimmte“ Entscheidung für oder gegen Sterbehilfe scheint kaum realistisch, sondern geschieht stets in Abhängigkeit von Umgebung und Gesellschaft wie von Inhalten in Patientenverfügungen. Entsprechend sollten die Verfügungen immer auf die Möglichkeit hinweisen, jene Behandlungen zu nennen, die man ausdrücklich wünscht, oder einen Behandlungsabbruch abzulehnen. Leider ist die öffentliche Diskussion und Information über Patientenverfügungen häufig einseitig auf das Unterlassen von Handlungen und den notwendigen Wunsch nach Sterbehilfe ausgerichtet. Eine derart einseitige Orientierung kann letztlich sogar einer inhaltlichen Verschiebung von passiver Sterbehilfe hin zur Euthanasie den Weg bahnen.

Natürlich sollen hier nicht die positiven Errungenschaften und Vorteile von Patientenverfügungen gelegnet oder herabgewürdigt werden, Sterben in Würde zu ermöglichen, Leid zu verkürzen und dem Willen des Patienten zu entsprechen, doch ist Aufklärung auf vielen Ebenen notwendig. Urteile und Stellungnahmen von Seiten der Kirche und ihrer Vertreter können hier Hilfestellung leisten, gelten als moralisch kompetent und verlässlich. Kirchliche Mitarbeiter sind gefordert, die Fragen der Menschen informiert und ethisch fundiert beantworten zu können.

Grenzen selbstbestimmten Sterbens

Weder der Gesellschaft noch irgendeinem Menschen steht es zu, das Leben eines anderen Menschen als „nicht lebenswert“ zu qualifizieren. Bezüglich des eigenen Lebens ist der Mensch beim Erstellen einer Patientenverfügung allerdings genau

dazu gezwungen. Werte und Maßstäbe eines zum Zeitpunkt der Anfertigung der Verfügung meist gesunden und leistungsbewußten Lebensstils liegen Entscheidungen über Krankheit und Sterben zugrunde und müssen nicht notwendigerweise dem tatsächlichen Wunsch oder Empfinden in der konkreten Krankheitssituation entsprechen. Krankheit und Leid sind niemals vorab und von außen einschätz- oder gar beurteilbar. Entsprechend können und dürfen selbst Ärzte keinen Katalog aufstellen, ab welchem Krankheitsstadium ein Leben noch oder nicht mehr lebenswert sei. Wären Wert und Würde des menschlichen Lebens nicht mehr auf das Leben an sich bezogen, würde eine Grenze fallen, die nicht im Ermessen des Menschen liegt.

Leid, Krankheit und Tod sind Teil jedes menschlichen Lebens. „Es ist höchste Zeit, uns wieder bewußt zu werden, daß kein einziges menschliches Leben seinen Wert und seine Würde verlieren kann, wie elend und scheinbar nutzlos es auch sein mag“ (25). Vielmehr gebietet die Würde des Menschen besonders die Achtung vor dem kranken, leidenden und sterbenden Menschen – und dessen Willen. Jeder Mensch hat Anspruch auf menschenwürdiges Sterben, weshalb der Sterbeprozeß weder unnötig verlängert noch auf die Anwendung schmerzstillender Mittel unter Inkaufnahme eventueller Nebenwirkungen wie einer Beschleunigung des Sterbens verzichtet werden muß (10f.). Die Anerkennung der Würde des Sterbenden schließt ein, daß „man des anderen Weise, sterben zu wollen, selbst dann achtet, wenn man an sich sein Vorgehen nicht billigt. ... Nicht jedoch folgt daraus, daß jegliches Ansinnen eines Sterbenden an andere, etwa an einen Arzt, von diesen zu befolgen wäre“ (17).

Aktive Euthanasie, die rechtlich verboten ist, und medizinisch assistierter Suizid, der zwar straffrei doch (standes-) ethisch abzulehnen ist, dürfen niemals von anderen abverlangt werden (26). Art. 2 GG kann das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit nur soweit zugestehen, als weder die Rechtsordnung noch das Sittengesetz oder die Rechte anderer verletzt werden. Aktive Euthanasie würde dem Arzt die Tötung eines anderen Menschen ungeachtet seines Standesethos wie seines Gewissens zumuten – kein Mensch hat dieses Recht über einen anderen (12f.). Eine Freigabe aktiver Euthanasie würde das Berufs- und Selbstverständnis von Ärzten als Anwälten für das Leben wie das Verhältnis von Arzt und Patient radikal verändern (14). Doch auch im Umfeld legitimer passiver Sterbehilfe muß dem Arzt jederzeit eine Behandlungsabgabe unter Berufung auf einen Gewissenskonflikt zugestanden werden. Ärzte sind nicht nur rein ausführende Vertragspartner, sondern Kommunikationspartner – ihrem Gewissen und Berufsethos verpflichtet:

„Es ist für die zukünftige Entwicklung des Arztbildes in unserer Gesellschaft von folgenreicher Bedeutung, ob die Bindung ärztlichen Handelns an die Willensbestimmung des Patienten als eine notwendige und unerlässliche, aber allein noch nicht hinreichende Bedingung angesehen wird, oder ob das Autonomieprinzip als einziger Legitimationsmaßstab ärztlichen Handelns gelten soll. Im einen Fall tritt der Respekt vor der Willensbestimmung des kranken

Menschen in einer spannungsreichen, oftmals auch konflikthaften Gleichrangigkeit den klassischen ärztlichen Handlungsprinzipien der *salus aegroti* und des *nil nocere* zu Seite, im anderen Fall werden diese von der Selbstbestimmung des Patienten verdrängt, so daß die Arzt-Patient-Beziehung zu einer Art Geschäftsbeziehung wird, in welcher der Arzt auf Wunsch seines Vertragspartners medizinische Dienstleistungen erbringt.“¹⁵

Dem Autonomieprinzip tritt das Koordinationsmodell mit eigenständigem Spielraum ärztlicher Verantwortung gegenüber, dem zufolge selbst der sterbende Patient der „Rücksichtnahme auf den gesellschaftlichen Auftrag“ und die „berufsethische Selbstdefinition des Arztes“ verpflichtet ist¹⁶.

Passive Sterbehilfe als „Sterben-Lassen“

Spannungen zwischen (Berufs-) Ethos und Patientenwillen können besonders in den strittigen Bereichen von Wachkoma, Bewußtseinsverlust oder zerebralen Schädigungen zu Tage treten, die auch häufig in Patientenverfügungen thematisiert werden. Dies zeigte die nicht nur in den USA heftig umstrittene Entscheidung um das Einstellen der künstlichen Ernährung der Wachkoma-Patientin Terri Schiavo. Kann in solchen und ähnlichen Fällen von passiver Sterbehilfe als Hilfe im Sterbeprozeß im eigentlichen Sinn gesprochen werden? Nach gängiger Meinung befinden sich diese Patienten nicht im Sterbeprozeß an sich. Wird passive Sterbehilfe unzulässig ausgeweitet, besteht als „schuldhafte Unterlassung“ von Hilfeleistung die Gefahr eines Übergangs zu aktiver Euthanasie, wie der Katholische Erwachsenen-Katechismus zu bedenken gibt. In dieselbe Richtung äußerte sich Papst Johannes Paul II. bezüglich Kranker im vegetativen Zustand, in deren Fällen der Tod durch Einstellung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr „am Ende – wenn er bewußt und absichtlich herbeigeführt wird – zur tatsächlichen realen Euthanasie durch Unterlassung“ wird¹⁷.

Aktive Sterbehilfe als Tötung eines Menschen ist uneingeschränkt abzulehnen:

„Der Mensch hat kein derartiges Verfügungsrecht über sein Leben. Sicherlich hat er Anspruch auf die Linderung seiner Schmerzen; aber er ist nicht Herr über Leben und Tod. Selbst derjenige, der sich in seinem Gewissen nicht an Gott gebunden hält, wird zugeben, daß die Verfügung über das eigene Leben in Widerspruch zu einer Wertordnung steht, die auf der unbedingten Achtung vor dem Leben gründet“(12).

Einerseits steht es keinem Menschen zu, über Wert und Unwert eines Lebens zu entscheiden – auch nicht über das eigene Leben (18,25). Andererseits ist das Selbstdeterminationsrecht zu achten, das in diesen Fällen zwar keine aktive Sterbehilfe, doch das Unterlassen medizinischer Maßnahmen fordern kann. Die Deutsche Bischofskonferenz urteilt in ihrer Erklärung „Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasie“ (1975) allgemein bezüglich einer künstlichen Lebensverlängerung:

„Solange die Aussicht besteht, daß auf diese Weise der Schwerkranke wiedergesunden kann, werden wir alle derartigen Mittel einsetzen müssen, und es ist Aufgabe des Sozialstaates, dafür zu sorgen, daß auch kostspielige Apparaturen und aufwendige Medikamente für alle, die ihrer bedürfen, zur Verfügung stehen. Anders liegt der Fall, wenn jede Hoffnung auf Besserung ausgeschlossen ist und die Anwendung besonderer medizinischer Techniken ein vielleicht qualvolles Sterben nur künstlich verlängern würde“ (11).

Ähnlich äußert sich die Evangelische Kirche Deutschlands in einer Kundgebung der Neunten Synode (2002) zum Schwerpunktthema „Was ist der Mensch? ... wenig niedriger als Gott?“ zum Verzicht auf medizinische Maßnahmen: „Voraussetzung hierfür ist stets, daß die Situation des Wartens auf den Tod gewahrt bleibt und nicht durch das eigenmächtige Verfügen über den Todeszeitpunkt ersetzt wird“ (39). Grundsätzlich kann und darf eine Therapie abgebrochen werden, wenn keine Aussicht auf Besserung besteht und lediglich der Todeszeitpunkt hinausgezögert wird.

Aussichtslose Prognose und begonnener Sterbeprozeß gelten aus kirchlicher Sicht als Voraussetzung für passive Sterbehilfe, was prinzipiell dem Ansinnen der Enquete-kommission entspricht, doch ist die tatsächliche Krankheitssituation – wie bereits dargestellt – oft uneindeutig, die Abgrenzung zwischen ungünstiger und günstiger Prognose ebenso unklar wie die Bestimmung, wann der eigentliche Sterbeprozeß eintritt. Letztlich stellt sich wiederum das nicht eindeutig zu klärende Definitionsproblem, ab welchem Krankheitsstadium passive Sterbehilfe zulässig sein sollte. Keine Begriffsbestimmung ist in der Lage, jeden individuellen Krankheitsprozeß zu umfassen, ebensowenig wie der Patient dies in einer Willenserklärung kann. Leid ist niemals von außen meßbar, nie objektiv, sondern einzlig subjektiv beurteilbar.

Christliche Ethik fordert nicht, Leben unter allen Umständen zu verlängern oder sämtliche medizinischen Möglichkeiten auszuschöpfen. Nimmt allerdings die Tendenz zu, passive Sterbehilfe einfach auszuweiten, tritt diese nicht nur in die Nähe zu aktiver Euthanasie, sondern es bildet sich durch die leise Verschiebung der Grenzen ein Problem heraus, wie es Josef Römling bezüglich aktiver Euthanasie thematisiert, wenn „die aktive Sterbehilfe aus dem unmittelbaren Zusammenhang mit dem erleichterten Sterbeprozeß heraustritt (nach juristischer Definition ist nur hier ihr eigentlicher Ort) und zur therapeutischen Option bei allen möglichen schweren Lasten durch physische und psychische Leiden innerhalb und außerhalb des eigentlichen Sterbeprozesses mutiert. Da die Prognose des kommenden Todes kaum eindeutig möglich ist, da sich Schmerz nur schwer in objektiven Parametern erfassen läßt, kann die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe zu einem unspezifischen Therapeutikum geraten, das sich den unberechenbaren Stimmungen subjektiver Selbsteinschätzung von Patienten, ja schlimmer noch gesellschaftlicher Trends von Vorstellungen über ein lebenswertes und nicht mehr lebenswertes Leben auslieft.“¹⁸ Hier wird ein Problem geschildert, das auf Grund medizinischer und technischer Möglichkeiten zunehmend in den Vordergrund treten wird.

Stellvertretung durch Vorsorgebevollmächtigte

Theoretisch wie praktisch im Angesicht leidender Menschen scheint ein allgemeingültiges Urteil zur Reichweite von Patientenverfügungen unrealistisch. Das Leben ist niemals plan- oder machbar – auch nicht das Ende des Lebens. Letztlich kann nur eine individuelle Einzelentscheidung konkret und angemessen sein. Ein vorab geäußerter Patientenwille kann niemals jede mögliche zukünftige Situation erfassen; Patientenverfügungen sind keine Versicherung für alle Fälle. Vorab geäußerter Wille und faktisches Wohl des Patienten können mitunter auseinanderreten. Reines Vertragshandeln dem Patientenwillen gemäß kann dem Wohl des Patienten in der konkreten Situation zuweilen gerade nicht entsprechen – besonders in jenen Fällen, die die Enquetekommission ausschließen möchte. Gerade Fälle von demenzkranken Personen können zeigen, daß diese selbst im fortgeschrittenen Krankheitsprozeß subjektiv als zufrieden und glücklich wahrgenommen werden, der vorab geäußerte Wille ein Weiterleben im entsprechenden Krankheitsstadium jedoch grundsätzlich ablehnt ohne Berücksichtigung des aktuellen Befindens der Person.

Letztlich kann und muß stets individuell und persönlich entschieden werden (Einzelfallgerechtigkeit). Um Ärzten solche individuellen Entscheidungen im Sinn des Patienten zu ermöglichen, ist es empfehlenswert, Patientenverfügungen inhaltlich so konkret als möglich mit eigenen Worten zu formulieren und vor allem persönliche Wertvorstellungen zugrundezulegen. Besonders auf Grund ungenügender Voraussehbarkeit bestimmter Krankheitsbilder und Leiden, zukünftiger Behandlungsmöglichkeiten und der Überforderung durch fachspezifische medizinische Terminologie ist es ratsam, daß Patientenverfügungen aus einem intensiven Vorbereitungsprozeß erwachsen und von der Kommunikation mit Ärzten und Bevollmächtigten getragen sind.

Wichtiger noch als Verfügungen über medizinische Maßnahmen zu treffen erscheint es, Vertrauenspersonen als Vorsorgebevollmächtigte einzusetzen, die die eigenen Wertvorstellungen, Ängste und Erwartungen kennen, vertreten und mit Rechtsmacht durchsetzen können. Die sogenannte Vorsorgevollmacht ermöglicht es, Stellvertreter in Gesundheitsfragen zu bestimmen, die anders als Vorabverfügungen zeit- und situationsnah urteilen und den Willen des Patienten in der konkreten Situation auslegen können. Nach deutschem Recht haben nur Eltern gegenüber ihren minderjährigen Kindern ein umfassendes Sorge- und Entscheidungsrecht. Deshalb sollten zur Vertretung in Gesundheitsfragen Vertrauenspersonen bestimmt werden, die über Maßnahmen wie Untersuchungen und Heilbehandlungen, über Unterbringung im Heim und ähnliches entscheiden können, vor allem aber Willen und Wohl des Patienten vertreten können. Diese in Gesundheitsfragen befugte Personen sind vor schwierige Aufgaben gestellt, sollten deshalb sorgfältig ausgewählt sein und sich dem an sie herangetragenen Anspruch bewußt und reflektiert stellen.

Vorsorgebevollmächtigte handeln nicht zeitversetzt, sondern in der konkreten und aktuellen Situation. Ihnen ist eine umfassende Verständigung mit Ärzten, Pflegern und Angehörigen unter Berücksichtigung des mitgeteilten Patientenwillens als Basis für eine differenzierte Entscheidung möglich. Dadurch können sie nicht nur die Interessen des Patienten bestmöglich vertreten, sondern es kann auch dem Wunsch nach einem – bereits erwähnten – Koordinationsmodell Genüge getan werden, das Ärzte nicht zu reinen Vertragspartnern degradiert, sondern deren Fürsorgepflicht entspricht. Zwischen Arzt und Patient bzw. dessen Vertretern muß eine Form der Kommunikation gefunden werden, die der medizinisch-fachlichen Verantwortung ebenso wie Willen und Wohl des Patienten entgegenkommt. Eine bewußte Auseinandersetzung mit der konkreten Situation ist unerlässlich. Dabei ist häufig nicht so sehr „Sterbehilfe“ als „Sterbebegleitung“, ein Mitgehen und Mittragen des Leides gefordert. Begleitung im Sterben verlangt eine bewußte Entscheidung und Gestaltung in Glauben und Liebe und steht immer unter der Spannung zwischen Leben schützen und Sterben nicht unnötig verhindern.

Patientenverfügungen sollten nicht als alleiniges Mittel der Leidensbegrenzung und Sterbehilfe vorgestellt werden. Aufklärung ist nötig, die Ängste nimmt und Möglichkeiten der Sterbebegleitung, der Palliativmedizin und Hospizdienste aufzeigt. Häufig verblaßt der Wunsch zu sterben, wenn Würde und Lebensqualität gewährleistet sind, wenn Menschen sich psychisch, sozial und spirituell begleitet fühlen. Gleiches gilt für eine entsprechende palliative Versorgung mit Schmerzlininderung in physischer wie psychischer Hinsicht, wie Mitarbeiter der Hospizdienste immer wieder feststellen können. Leider besteht hier in Deutschland noch immer Handlungsbedarf (32), der übersehen zu werden droht, wenn Patientenverfügungen als das „Heilmittel“ gegen Leid am Ende des Lebens hochstilisiert werden. Die Gefahr, daß aktive wie passive Sterbehilfe palliative Alternativen verdrängt, ist vor dem Hintergrund der Überalterung der Gesellschaft und dem Finanzmangel im Gesundheitswesen nicht zu verleugnen.

Den Tod bestehen im Glauben

Im Konflikt zwischen Gesetzesentwurf und Enquetekommission ist es juristisch wohl nur schwer zu bewerkstelligen, einerseits den vorab geäußerten Patientenwillen rechtlich zu stärken, andererseits das im Grundgesetz zugesicherte Selbstbestimmungsrecht auf bestimmte Situationen beschränken zu wollen, vor allem da bei einwilligungsfähigen Menschen keinerlei Behandlung gegen deren Willen zulässig ist¹⁹. Dennoch darf der Unterschied zwischen unmittelbarem Sterbevorgang und Krankheitsbildern wie Wachkoma und Demenzerkrankungen nicht eingebnet werden. Es ist der Enquetekommission positiv anzurechnen, hier die Augen zu öffnen für die Notwendigkeit differenzierter Entscheidungen – auch bezüglich der

Meinungsbildung in der Bevölkerung. Komapatienten und Demenzkranke etwa dürfen nicht mit Menschen im unmittelbaren Sterbeprozeß gleichgesetzt und ihr Leben niemals als nicht lebenswert abgeurteilt werden. Dies zu tun, steht keinem Menschen zu. Darüber hinaus muß sich jeder Mensch der Frage stellen, inwieweit er das Recht besitzt, über sein Leben und Sterben, über lebenswert oder lebensunwert zu entscheiden, inwieweit „mein Wille geschehe“.

Es geht nicht nur um Sterben in Würde, sondern auch um Leben in Würde – in Gesundheit wie in Krankheit. Der Antagonismus zwischen Lebensbejahung und Anerkennung der Endlichkeit des Lebens, zwischen Größe und Grenze des Menschseins nimmt dessen Transzendenz in den Blick und verweist den Menschen auf seine Abhängigkeit von und Bezogenheit auf Gott. „Religiöse Sinndeutung des Lebens und des Todes kann helfen, das rechte Maß zwischen Wertschätzung des Lebens, Sinndeutung von Leid und Annahme des Todes zu finden“²⁰ und so vor falschen Vorstellungen unbegrenzter Selbstbestimmungswünsche oder technischen Größenphantasien schützen:

„Auch der selbstgewählte Tod ist schrecklich. Und dort, wo er sich mit dem Heroismus umgibt, durch die freie Wahl eine letzte Stärke und Überlegenheit zu demonstrieren, hinterläßt er so etwas wie den Beigeschmack einsamer Vergeblichkeit. Diese zeugt nicht von einer neuen Form der Auseinandersetzung mit dem Tod, sondern erscheint eher als eine Spielart seiner Verdrängung, die Weigerung, der Last des Sterbenmüssens überhaupt noch bewußt ins Gesicht zu sehen: Man möchte rasch und nicht wahrnehmbar sterben!“²¹

Es liegt nicht in der Macht des Menschen, über seinen Tod zu bestimmen, doch ist er dazu gerufen, sein Sterben in Glaube und Hoffnung zu bestehen.

ANMERKUNGEN

¹ Vgl. J. Reiter, Bioethische Brennpunkte. Wie sollen wir leben u. sterben?, in: HerKorr 59 (2005) 28.

² Vgl. Christliche Patientenverfügung. Handreichung u. Formular der DBK u. des Rates der EKD (Bonn 2003).

³ Zit. in: Sterbegleitung statt aktiver Sterbehilfe, hg. v. Kirchenamt der EKD u. v. Sekretariat der DBK (Bonn 2003); die hier und im folgenden in Klammern angegebenen Seitenzahlen beziehen sich auf diesen Text.

⁴ H. Schlögel u. A.-P. Alkofer, Was soll ich Dir tun? Kleine Bioethik der Krankenseelsorge (Stuttgart 2003) 111.

⁵ Vgl. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung, in: Deutsches Ärzteblatt 95 (1998) A-2366f.

⁶ Vgl. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung. In: Deutsches Ärzteblatt 19 (2004) A-1298f.

⁷ Vgl. Bundesgerichtshof, Beschuß v. 13. 9. 1994, StR 357/94 (BGHSt 40/257ff.).

⁸ Vgl. Bundesgerichtshof, Beschuß v. 17. 3. 2003, XII ZB 2/03; Hintergrund des Urteils war der Fall um das Abstellen der künstlichen Ernährung durch eine Magensonde bei einem 72jährigen Mann, der nach einem Herzinfarkt und folgendem Gehirnschaden im Wachkoma lag.

⁹ Vgl. Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts vom 1. 11. 2004.

¹⁰ Vgl. Deutscher Bundestag 15. Wahlperiode, Zwischenbericht der Enquetekommission „Recht u. Ethik der modernen Medizin“. Patientenverfügungen. Drucksache 15/3700 v. 13. 9. 2004.

¹¹ Bei einwilligungsfähigen Personen steht das Selbstbestimmungsrecht an erster Stelle und erklärt eine Behandlung gegen den Willen des Patienten als unrechtmäßig – unabhängig von der ärztlichen Prognose; ansonsten müssten Behandlungen wie Chemotherapie, Dialyse u. ä. zwangsweise durchgeführt werden.

¹² Reiter (A. 1) 28.

¹³ Vgl. Vorsorge für Unfall, Krankheit u. Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung, hg. v. Bayerischen Staatsministerium der Justiz (München 2005).

¹⁴ Vgl. H. Kreß, Medizinische Ethik. Kulturelle Grundlagen u. ethische Wertkonflikte heutiger Medizin (Stuttgart 2003) 173 ff.; der Überforderung durch die Inhalte von Patientenverfügungen stellt Kreß eine vom Zentrum für Medizinische Ethik der Universität Bochum herausgegebene Verfügung entgegen, die mit Hilfe narrativer Ethik – also mit Beispielgeschichten und Erzählungen – als Zugang zu eigenen Werten und Wünschen arbeitet, aus denen wiederum Inhalte der Verfügung abgeleitet werden können.

¹⁵ E. Schockenhoff, Selbstbestimmt sterben? Zur Kritik der Euthanasie, in: IKaZ 33 (2004) 585.

¹⁶ Vgl. ebd.

¹⁷ Johannes Paul II., Ansprache an die Teilnehmer des internationalen Fachkongresses zum Thema „Lebenserhaltende Behandlungen u. vegetativer Zustand: Wissenschaftliche Fortschritte u. ethische Dilemmata“ (17.–20. März 2004, Augustinianum) 20. 3. 2004.

¹⁸ J. Römel, Menschenwürdiges Sterben. Vom menschlichen Umgang mit dem verlangsamten Tod, in: HerKorr 58 (2004) 526 f.

¹⁹ Vgl. R. Merkel, Zur Frage der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen. Eine notwendige Ergänzung der bisher in Deutschland geläufigen Argumente, in: Ethik in der Medizin 3 (2004) 298–307; es gibt auch in juristischer Hinsicht Anfragen an die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen bezüglich möglicher Konflikte zwischen früherem autonomen Willen und „natürlichem“ gegenwärtigen Willen als Folge von Demenzerkrankungen oder zerebralen Schädigungen. Merkel spricht sich hier auf Grund der Annahme einer neuen personalen Identität für die Geltung des aktuell-gegenwärtigen Willens aus, schließt jedoch Fälle von Wachkoma aus.

²⁰ Römel (A. 18) 528.

²¹ Ebd. 527.