

Kirche und Gesellschaft

Herausgegeben von der
Katholischen Sozialwissenschaftlichen
Zentralstelle Mönchengladbach

Nr. 343

Jürgen Walter

Die Sorge für ein Sterben in Würde

Die Patientenverfügung auf dem Prüfstand

J.P. BACHEM VERLAG

Die Reihe „Kirche und Gesellschaft“ will der Information und Orientierung dienen. Sie behandelt aktuelle Themen aus folgenden Bereichen:

Kirche, Gesellschaft und Politik

Staat, Recht und Demokratie

Wirtschaft und soziale Ordnung

Ehe und Familie

Bioethik, Gentechnik und Ökologie

Entwicklung und Frieden

Die Hefte eignen sich als Material für Schule und Bildungszwecke.

Bestellungen

sind zu richten an:

Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle

Brandenberger Straße 33

41065 Mönchengladbach

Tel. 021 61/8 15 96-0 · Fax 021 61/8 15 96-21

Internet: <http://www.ksz.de>

E-mail: kige@ksz.de

Ein Prospekt der lieferbaren Titel sowie ein Registerheft (Hefte Nr. 1–250) können angefordert werden.

Redaktion:

Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle

Mönchengladbach

Erscheinungsweise: Jährlich 10 Hefte, 160 Seiten

2007

© J. P. Bachem Verlag GmbH, Köln

ISBN 978-3-7616-2106-6

Nach den Plänen des Bundesjustizministeriums soll noch in diesem Jahr im Bundestag über eine gesetzliche Neuregelung der Patientenverfügung beraten werden. Dass es diesbezüglich Regelungsbedarf gibt, darüber besteht weitgehend Konsens. Vor allem von Seiten der Ärzte wird schon seit längerem der Wunsch nach einer besseren juristischen Absicherung ihres Handelns geäußert, nicht zuletzt um damit die bestehende Rechtsunsicherheit im Umgang mit Patientenverfügungen zu beenden. Aber auch von Seiten der Bevölkerung besteht das Bedürfnis, angesichts des rasanten medizinischen Fortschritts Vorsorge zu treffen, um nicht zu einem Objekt eines am Ziel der Lebenserhaltung um jeden Preis ausgeübten ärztlichen Handelns zu werden. Das heißt, man fürchtet zuweilen weniger den Tod als vielmehr das künstlich verlängerte Sterben aufgrund der heute gegebenen medizinisch-technischen Möglichkeiten.

Vielen ist noch der Fall der US-Amerikanerin *Terri Schiavo* im Gedächtnis, der 2005 weltweit eine hohe öffentliche Aufmerksamkeit fand. Am Schicksal dieser Patientin im Wachkoma wurde das Dilemma deutlich, in das ein entscheidungsunfähiger Patient ohne Patientenverfügung geraten kann; eine Situation, die auch die Angehörigen im hohen Maße belastete, zumal wenn die Uneinigkeit über den mutmaßlichen Willen der Patientin einen erbittert geführten juristischen Streit heraufbeschwor.

Des Weiteren besitzt heute der Wunsch nach einem „selbstbestimmten Sterben“ – als Teil einer individuellen Gestaltungsverantwortung für das eigene Leben – für viele Menschen eine große Bedeutung, so dass auch von dieser Seite her das Verfassen einer Patientenverfügung als ein geeigneter Weg erscheint, der eigenen Autonomie bis an die Grenze des Lebens Ausdruck zu verleihen.

Welche Schwierigkeiten sich der Politik stellen, um im Hinblick auf Patientenverfügungen zu einer praxistauglichen Lösung zu gelangen, die nicht nur rechtlichen Kriterien genügt, sondern auch ethischen Überlegungen Stand hält, soll im Folgenden anhand einiger Grundfragen aufgezeigt werden.

Patientenautonomie und die Fürsorgepflicht des Arztes

Aus rechtlicher Perspektive stellt jede ärztliche Behandlungsmaßnahme mittelbar einen Eingriff in das Grundrecht des Patienten auf körperliche Unversehrtheit dar und bedarf deshalb stets einer Zustimmung. Ärztliches Handeln ohne ausdrückliche oder zumindest mutmaßliche Einwilligung des Patienten gibt es grundsätzlich nicht. Aus dem Erfordernis einer freien und informierten Zustimmung des Patienten (free and infor-

med consent) zu einer medizinisch notwendig erscheinenden Behandlung folgt, dass der Patient – nach einer vorausgehenden ärztlichen Aufklärung über Diagnose, Therapievorschlag und bestehenden Risiken – in der Regel eigenständig eine Entscheidung darüber treffen kann, ob und wie er behandelt werden möchte. Dieses Recht des Patienten, seine Einwilligung in eine anstehende Heilbehandlung eigenverantwortlich und entsprechend seiner Lebensumstände und persönlichen Maßstäbe erteilen oder auch verweigern zu können, kann auch individuelle Entscheidungen umfassen, die aus der Sichtweise anderer (Arzt, Pflegekräfte, Familienangehörige, Fürsorgeverantwortliche) nicht nachvollziehbar sind beziehungsweise als unvernünftig erscheinen. Diesem Anspruch des entscheidungsfähigen Patienten steht auch nicht der ärztliche Heilbefehl entgegen, da der Patient nicht Objekt ärztlichen Handelns ist, sondern auch in seiner Behandlungssituation selbst bestimmendes Subjekt bleibt.

Oberstes Gebot und zugleich Legitimation allen ärztlichen und pflegerischen Handelns ist stets das Wohl des Kranken (*salus aegroti suprema lex*), ein Grundsatz, der bereits im hippokratischen Eid formuliert wurde. Aus dieser Verpflichtung medizinischer Verantwortung auf das Patientenwohl folgt eine Fürsorgepflicht des Arztes gegenüber dem Patienten (Garantenstellung). Die Fürsorgeverantwortung des Arztes darf aber nicht als Bevormundung des Patienten (ärztlicher Paternalismus) missverstanden werden. Der Patient ist aufgrund seiner krankheitsbedingten Abhängigkeit auf medizinische und pflegerische Hilfe angewiesen und muss in dieser Situation ein besonderes Maß an Vertrauen in seine medizinische Versorgung aufbringen. Ärztliche und pflegerische Fürsorge sind letztlich die Voraussetzung einer dem jeweiligen Patienten und dessen Behandlungssituation gerecht werdenden Wahrnehmung seiner Selbstbestimmung.

Teilweise wird als Konsequenz der Patientenautonomie die These vertreten, dass nicht das Wohl des Kranken, sondern dessen eigenverantwortlich erklärter Wille oberste Richtschnur ärztlichen Handelns sei (*non salus aegroti, sed voluntas aegroti suprema lex*). Dieser Ansicht steht jedoch entgegen, dass der Arzt nicht der „Vollzugsgehilfe“ (Eberhard Schockenhoff)¹ oder gar der „Vollstrecker“ (Dietmar Mieth)² der Wünsche beziehungsweise des Willens des Patienten ist. Damit wird auch deutlich, dass das Selbstbestimmungsrecht des Patienten nicht ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der Autonomie des Patienten betrachtet werden darf. Patientenautonomie und das Prinzip ärztlicher Verantwortung für die Gesundheit des Patienten (§ 1 Abs. 1 Bundesärzteordnung) stehen in Beziehung zueinander und bedingen sich wechselsei-

tig. Letztlich sind sowohl das Selbstbestimmungsrecht des mündigen Patienten als auch die Orientierung am Patientenwohl die gemeinsame Grundlage einer „Behandlungs- und Entscheidungspartnerschaft“³ von Arzt und Patient.

Die Frage der Einwilligungsfähigkeit

Wie erläutert, ist die Zustimmung des Patienten die Voraussetzung für jede ärztliche Maßnahme. Deshalb kommt der Feststellung der Ein-sichts- beziehungsweise Einwilligungsfähigkeit des Patienten eine zentrale Bedeutung zu. Entscheidend sind dabei die persönlichen Umstände, in denen sich der Patient befindet, unabhängig davon, ob dieser volljährig, minderjährig oder betreut ist. So ist ein Patient nur dann selbst ein-willigungsfähig, wenn er Art, Bedeutung und Tragweite und damit auch die Risiken einer medizinischen Maßnahme – oder deren Verweigerung – tatsächlich zu erfassen und seinen Willen entsprechend zu bestimmen vermag.

Im Hinblick auf eine akute psychische oder physische Notlage können aber Zweifel an der Einwilligungsfähigkeit eines Patienten bestehen. Dies gilt umso mehr, wenn eine Einwilligung des Patienten im Falle von Bewusstlosigkeit oder einer Nichtäußerungsfähigkeit nicht sicher feststellbar ist. Ungeachtet des Patientenrechts auf Selbstbestimmung liegt es dann meist in der Verantwortung des behandelnden Arztes, in der konkreten Behandlungssituation die Einsichtsfähigkeit und Eigenverantwortlichkeit des Patienten beziehungsweise dessen (mutmaßlichen) Willen und Wohl festzustellen und gegebenenfalls zu dokumentieren.

Somit kommt dem behandelnden Arzt, gerade auch in Zweifelsfällen, ein Beurteilungsspielraum und eine Ermessensentscheidung zu. Maßgebende Kriterien für die Feststellung der Einwilligungsfähigkeit und der Indikation einer konkreten Behandlungsmaßnahme können bei einer erforderlichen Interessenabwägung neben den persönlichen Lebensumständen des Patienten auch folgende Aspekte sein: Die Schwere und Dringlichkeit der Erkrankung des Patienten, des bevorstehenden medizinischen Eingriffs (im Verhältnis zur Erkrankung) sowie etwaige Folgen für die Gesundheit des Patienten bei Durchführung oder Unterlassung der Behandlung zum jetzigen Zeitpunkt.

Bei aktuell nicht einwilligungsfähigen Patienten kann eine vorab – für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit – verfasste Patientenverfügung die Bedeutung eines „Kommunikationsmittels“⁴ gewinnen: für Ärzte, Pflegekräfte und Angehörige ebenso wie für Bevollmächtigte und Betreuer,

um eine Entscheidung im Sinne des Patienten treffen zu können, gegebenenfalls auch gemeinsam in einem Gremium aus allen Beteiligten.

Form und Inhalt einer Patientenverfügung

Gesetzliche (objektive) Kriterien für die Ausübung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten in Form einer Patientenverfügung würden sicherlich der Rechtssicherheit dienen – sowohl für den behandelnden Arzt als auch für den Patienten. Welche Kriterien diesbezüglich aber sinnvoll sind, ist umstritten, ebenso die Frage, inwiefern der Gesetzgeber bestimmte Vorgaben verbindlich vorschreiben soll, um die Rechtsgültigkeit entsprechender Verfügungen sicherzustellen. Generell muss zwischen formellen und materiellen Kriterien unterschieden werden.

Die Festlegung bestimmter *formeller* Voraussetzungen einer Patientenverfügung (z. B. die Schriftform) ist aufgrund praktischer Erwägungen durchaus empfehlenswert, aber rechtlich nicht zwingend. Schriftlichen Verfügungen kommt natürlich ein höherer Beweiswert zu als (nur) mündlichen Äußerungen, zumal wenn diese längere Zeit zurückliegen und nur durch Aussagen von Zeugen abgesichert werden können. Paradebeispiel hierfür ist die Bemerkung eines Patienten beim Sehen einer Dokumentation im Fernsehen, dass er „so einmal nicht leben beziehungsweise sterben wolle“. Abgesehen von der besseren Beweisbarkeit und Auslegungsfähigkeit schriftlich vorliegender Äußerungen spricht gegen eine bestimmte, dem Patienten vorgeschriebene Form, die Überlegung, dass eine vorhandene schriftlich verfasste Patientenverfügung stets auch mündlich oder auch nonverbal durch ein schlüssiges Verhalten (Augenaufschlag, Kopfschütteln, Händedruck) in der konkreten Behandlungssituation widerrufen werden kann. Dieser Widerruf stellt seinerseits die Ausübung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten und damit im rechtlichen Sinne eine Patientenverfügung dar.

Auch die Frage, ob Patientenverfügungen nur gültig sind, wenn sie – nach einer umfassenden ärztlichen Aufklärung – schriftlich vor einem Rechtsanwalt oder Notar abgefasst wurden, wie dies im 2006 in Kraft getretenen österreichischen Patientenverfügungsgesetz vorgeschrieben ist, wird kontrovers diskutiert.⁵ Denn mit dieser strengen gesetzlichen Formpflicht wird die Erstellung einer verbindlichen Patientenverfügung zu einem gebührenpflichtigen Notariatsakt.⁶ Vor allem die Bezieher kleiner Einkommen und Renten könnten durch die Kosten (bis zu 500 Euro), die mit diesem Formerfordernis verbunden sind, davon abgeschreckt werden, eine entsprechende Patientenverfügung zu erstellen, zumal,

wenn wie im österreichischen Gesetz festgelegt, die Verfügung alle fünf Jahre erneuert werden muss.

Materielle Vorgaben in der Art eines Katalogs zulässiger Behandlungsformen oder in Bezug auf die Situation bestimmter Patientengruppen (z. B. Sterbende, Patienten im Wachkoma oder mit einer schweren Demenzerkrankung) erscheinen wenig praktikabel und sollten deshalb eher vermieden werden. Darüber hinaus besteht hierbei die Gefahr, dass dem Arzt die Verantwortung auferlegt wird, das Leben seines Patienten entsprechend diesen, zwangsläufig verallgemeinernden Kriterien zu bewerten. Dies wird weder der Verantwortung des Arztes noch der Individualität eines Patienten und dessen je eigener Behandlungssituation gerecht. Unproblematischer sind dagegen Angaben in der Patientenverfügung, die beispielsweise die Präferenz für eine Behandlung in einem bestimmten Krankenhaus betreffen (z. B. aufgrund persönlicher Beziehungen), ebenso Hinweise zur seelsorgerlichen Begleitung des Patienten wie auch der Wunsch, die letzte Lebensphase in einem Hospiz oder begleitet zu Hause verbringen zu dürfen.

Die Subjektstellung des Patienten und seine Lebenssituation ist auch der Grund dafür, dass es keine Muster-Patientenverfügung im Sinne eines allgemein gültigen Pauschalvordrucks geben kann. Das Verfassen einer Patientenverfügung ist eine persönliche Entscheidung, die einem niemand und auch kein Formular abnehmen kann beziehungsweise – besser gesagt – abnehmen darf.

Da im Verlauf des Lebens mit den persönlichen Erfahrungen eines jeden Einzelnen Einsichten reifen und sich Einstellungen ändern können, ist es ratsam, unabhängig von einer gesetzlichen Vorgabe, eine einmal verfasste Patientenverfügung in gewissen Zeitabständen oder bei dem Vorliegen konkreter Anlässe (Krankenhausaufenthalt, Auftreten oder Änderung einer Erkrankung) für sich selbst zu überdenken und auf ihre Übereinstimmung mit der jetzigen Situation und Lebenseinstellung zu überprüfen. Würde der Patient die Verfügung dann wieder so treffen, ist es durchaus sinnvoll, wenn auch rechtlich nicht erforderlich, dies mit Datum und erneuter Unterschrift zu dokumentieren, auch als Beweis dafür, dass er sich erneut seine Entscheidung bewusst gemacht hat und die Verfügung seine aktuelle Lebenseinstellung wiedergibt.

Allgemein bleibt zu beachten, dass eine schriftliche Patientenverfügung nur dann als Vorsorgemöglichkeit ihre Wirkung entfalten kann, wenn sie in der Behandlungssituation vorgelegt werden kann und sie die Lebenseinstellung des Patienten möglichst individuell widerspiegelt. Dies gilt

unabhängig von den nicht auszuschließenden Fragen bei der Auslegung und den bleibenden Unsicherheiten ihrer Beachtung und Umsetzung bei einem etwaigen Anwendungsfall. Grundsätzlich liegt die bewusste Entscheidung für oder auch gegen das Verfassen einer Patientenverfügung wie ihre inhaltliche Gestaltung in der Verantwortung jedes Patienten, natürlich im Rahmen des rechtlich Zulässigen. Gesetzliche Regelungen können dabei nur Rahmenbedingungen geben, innerhalb dessen der Patient seine eigene Entscheidung treffen muss.

Die Benennung eines Bevollmächtigten

Aufgrund der Individualität und Einzelfallabhängigkeit einer jeden Behandlungssituation sollte jeder, der eine Patientenverfügung machen will, auch über die Benennung eines Bevollmächtigten (gegebenenfalls kombiniert mit einer Betreuungsverfügung) nachdenken. Ein solcher vertritt den einwilligungsunfähigen Patienten gegenüber dem Arzt, er ist gleichsam Fürsprecher und Anwalt des Patienten in der konkreten Situation, gerade auch dann, wenn es bei einer vorliegenden Patientenverfügung um die Klärung von Auslegungsfragen geht. Wenn möglich, sollte von daher eine Vertrauensperson schon vor dem Ernstfall die Lebenseinstellung des Patienten kennen, eventuell auch bereits schon in den Entscheidungsprozess des Patienten mit eingebunden worden sein. Denn nur so ist gewährleistet, dass diese Vertrauensperson dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten Ausdruck verleihen kann und auch bereit ist, die Verantwortung für den Patienten im Ernstfall zu übernehmen.

Wie das Erstellen einer Patientenverfügung so sollte auch die Übernahme der Verantwortung als Bevollmächtigter oder Betreuer in Ruhe und ohne Zeitdruck überlegt werden können. Dies gilt um so mehr als der Patient darauf vertrauen können muss, dass die erteilte Bevollmächtigung in seinem Sinne und nur zu seinem Wohl und Schutz ausgeübt wird. Gerade im Hinblick auf eine – trotz Vorliegen einer Patientenverfügung – erforderliche Entscheidung über die Erteilung oder Verweigerung einer Einwilligung in eine Behandlung des nun selbst nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten gewinnt diese Vertrauensbeziehung an Relevanz.

Die Verbindlichkeit einer Patientenverfügung

In den Debatten über die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen geht es im Kern um die Problematik, ob es im Hinblick auf den Anwendungs-

fall sinnvoll ist, dass der Arzt an eine im Voraus erteilte oder verweiger- te Einwilligung eines Patienten für eine zukünftige, oft ungewisse Be- handlungssituation gebunden ist. Letztlich bleibt es nämlich für den be- handelnden Arzt auch beim Vorliegen einer schriftlich verfassten Patien- tenverfügung schwierig, die Frage zu beantworten, inwiefern er diese Patientenverfügung bei einem nicht mehr selbst entscheidungsfähigen Patienten in der aktuellen Behandlungssituation als Willensäußerung beachten und sie zu dessen Wohl in Beziehung setzen soll. Gegen eine (unbedingte) Verbindlichkeit von Patientenverfügungen und gegen eine entsprechende gesetzliche Regelung wird eingewandt, dass der (zukünf- tige) Patient die Umstände einer Erkrankung beziehungsweise deren konkreten Krankheitsverlauf nicht vorhersehen könne. Folglich ist es dann auch nicht zu beurteilen, ob sich – abweichend von der Patienten- verfügung – im Krankheitsfall seine Einstellung zum Leben und zu sei- ner Krankheit wandelt. Ärzte und Pflegekräfte machen immer wieder die Erfahrung, dass sich die Einstellung von Patienten in extremen Krank- heitssituationen erheblich verändern kann. Insbesondere ist zu beobach- ten, dass der Wille zum Leben oftmals viel stärker ausgeprägt ist, als dies im Vorfeld einer Erkrankung zu erwarten gewesen wäre.

Bei der Abfassung einer Patientenverfügung sollte daher bedacht wer- den, dass es kaum möglich erscheint – abgesehen von einer bereits be- kannten Erkrankung des Patienten – alle zukünftigen Ereignisse, wie Unfall, Krankheit und die im Einzelfall notwendigen Behandlungen vor- herzusehen. Es kann daher durchaus angebracht sein, in einer Patienten- verfügung nicht nur spezielle Behandlungen aufzunehmen, die man in bestimmten Situationen wünscht oder ausschließt, sondern es können auch allgemeine Ausführungen gemacht werden über das eigene Be- wusstsein oder über frühere Lebenserfahrungen in Krankheits- und Ster- besituationen (z. B. persönliche wie auch religiöse Wertvorstellungen, Ängste, Wünsche und Hoffnungen).

Ausschlaggebend für eine adäquate Beurteilung der Behandlungssituati- on ist somit nicht allein die Tatsache, dass eine Patientenverfügung vor- liegt, sondern wie sie im konkreten Fall dem Willen und Wohl des Pati- enten Ausdruck verleihen kann. Letztlich kann es bei einer Patientenver- fügung nicht darum gehen, sie *eins zu eins* umsetzen zu müssen, sondern – aufgrund des Inhalts der Verfügung – den (mutmaßlichen) Willen des Patienten für die konkrete Situation zu ermitteln und so zu einer medizi- nischen und pflegerischen Behandlung zu kommen, die dem jeweiligen Patienten individuell gerecht wird. Eine Patientenverfügung kann hierbei nur eine Entscheidungshilfe für die jeweilige konkrete Situation sein.

Deshalb sollte auch hier stets der Grundsatz gelten: im Zweifel für die Lebenserhaltung (in dubio pro vita).

Der Patientenwille in der Sterbephase

Auch wenn Patientenverfügungen nicht auf die Situation am Lebensende beschränkt werden dürfen, so steht diese Lebensphase doch im Zentrum entsprechender Anweisungen. In den meisten Fällen geht es darum, dass der entscheidungs- und einwilligungsfähige Patient durch entsprechende Verfügungen die Beendigung oder das Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen verlangt, so dass der Patient letztlich an seiner Erkrankung stirbt (bewusstes Sterbenlassen). Dieser (einvernehmliche) Behandlungsverzicht bei Sterbenden beziehungsweise bald Sterbenden wird als *passive Sterbehilfe* bezeichnet, wobei der Ausdruck *passiv* nur aussagen soll, dass man sich dem Sterbeprozess und der Grundkrankheit gegenüber *passiv* verhält, nicht aber, dass man sich dem Patienten und seinem Leiden gegenüber teilnahmslos zeigt. Passive Sterbehilfe umfasst beispielsweise die Einstellung künstlicher Ernährung, die Beendigung von künstlicher Beatmung, aber auch den Abbruch einer Reanimation nach einem Unfall vor Eintritt des Hirntodes. Da eine Therapie in Übereinstimmung mit dem Patientenwillen und Patientenwohl grundsätzlich auch abgebrochen oder unterlassen werden darf, wenn sie ihr ursprüngliches Behandlungsziel (Heilung) nicht mehr erreichen kann (Unterlassen einer kurativen Weiterbehandlung), ist eine solche Bestimmung in einer entsprechenden Verfügung eher unproblematisch,⁷ zumal es eine ethische Verpflichtung zur Lebensverlängerung um jeden Preis beziehungsweise zu einer Ausschöpfung aller medizinisch therapeutischen Möglichkeiten nicht gibt. In diesem Sinne äußerte sich bereits Papst Pius XII.⁸

Anders liegt der Fall, wenn der Patient entsprechend seines Selbstbestimmungsrechts verlangen sollte, dass in der Sterbephase Maßnahmen unternommen werden, die den Tod des Patienten gezielt herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen („Tötung auf Verlangen“). Man spricht hier von *aktiver* oder auch *direkter Sterbehilfe*. Nach deutschem Recht ist allerdings der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe nicht zulässig und für den Ausführenden – also nicht für den Patienten selbst – mit Strafe bedroht (§ 216 StGB). Deshalb sind diesbezügliche Instruktionen in Patientenverfügungen letztlich ohne praktischen Wert.

Von dieser problematischen Form der Sterbehilfe abzugrenzen ist dagegen die *indirekte Sterbehilfe*, sie nimmt gleichsam eine Position zwi-

schen der passiven und der aktiven Sterbehilfe ein. Denn sie zielt nicht auf eine bewusste Lebensbeendigung wie dies bei der aktiven Sterbehilfe der Fall wäre, vielmehr steht die Leidensminderung durch die Verabreichung schmerzstillender Medikamente (z. B. Morphin oder Benzodiazepine) im Zentrum, auch wenn hierbei – als Nebenfolge einer medizinisch indizierten und auch vom Patienten selbst gewollten Schmerzbehandlung – eine (unbeabsichtigte) Lebensverkürzung nicht ausgeschlossen werden kann. Dies bedeutet also, dass bei der indirekten Sterbehilfe ein vorzeitiger Todeseintritt nicht explizit beabsichtigtes Ziel des ärztlichen Handelns ist, sondern im Rahmen der krankheitsbedingten Symptombehandlung in Kauf genommen wird. Da in letzter Zeit die Schmerzbehandlung (Palliativmedizin) erhebliche Fortschritte gemacht hat und somit etwaige lebensverkürzende Nebenwirkungen seltener zu beobachten sind, spielt der kausale Zusammenhang von Schmerztherapie und einer Beschleunigung des Sterbens heute gemeinhin eine geringere Rolle.⁹

Die Ablehnung lebenserhaltender beziehungsweise lebensverlängernder Maßnahmen außerhalb der Sterbephase

Komplexer stellt sich die Situation dar, wenn ein Patient in einer (schriftlichen) Patientenverfügung zum Ausdruck gebracht hat, dass er unabhängig von der Sterbephase im engeren Sinne lebenserhaltende beziehungsweise lebensverlängernde Maßnahmen ablehnt. In der Praxis betrifft dies häufig die Frage der künstlichen Ernährung, beispielsweise mittels Sonden, falls der Patient aufgrund seines Krankheitsbildes nicht selbst in der Lage ist, eigenständig und auf natürlichem Wege Nahrung beziehungsweise Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Dieser Fall ist meist bei Patienten im Wachkoma gegeben. Darüber hinaus berührt das Unterlassen lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen auch die Situation fortgeschrittener Demenz, einer Krankheitsform, die aufgrund der steigenden Lebenserwartung immer mehr Menschen betrifft.

Die Grundsätze zur passiven Sterbehilfe finden auf diese Situationen nicht unmittelbar Anwendung. Im Prinzip begründet das Selbstbestimmungsrecht des Patienten das subjektive Recht, eine medizinische Maßnahme unabhängig vom Kriterium der Sterbephase und unter der Voraussetzung der Einwilligungsfähigkeit des Patienten auch ablehnen zu können. Die Entscheidung des Patienten, eine Behandlung abzulehnen, ist als Ausdruck der allgemeinen Entscheidungsfreiheit des Patienten und seines Rechts auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1

GG) deshalb in aller Regel anzuerkennen.¹⁰ Dieser Grundsatz gilt selbst bei einer gegebenenfalls positiven Prognose des Arztes in Bezug auf eine Heilung oder Besserung des Gesundheitszustandes des Patienten. Dabei spielt es in diesem speziellen Zusammenhang keine Rolle, ob eine künstliche Ernährung eine Behandlung in eben diesem Sinne darstellt oder zur Basis- und Grundversorgung des Patienten gehört.

Ein entsprechender Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen wird aber den behandelnden Arzt nicht grundsätzlich von seiner Fürsorgeverantwortung dem Patienten gegenüber entbinden. Diese umfasst auch bei einem Behandlungsverzicht eine fürsorgliche Begleitung und eine regelmäßige, vom Patienten auch gewünschte, die Grundbedürfnisse erfüllende medizinische und pflegerische Betreuung und Versorgung (z. B. Linderung von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit, Stillen eines Hungerbeziehungsweise Durstgefühls, persönliche Zuwendung und die grundlegende Körperpflege).

Die Frage, ob lebenserhaltende beziehungsweise lebensverlängernde Maßnahmen außerhalb der Sterbephase von einer Patientenverfügung abgedeckt sind oder nicht, verweist auf die grundlegende Kontroverse bezüglich der Reichweite solcher Verfügungen. Im Kern geht es hier um den Stellenwert, den man in normativer Hinsicht dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten zuweist. So hat sich beispielsweise der 66. Deutsche Juristentag im September 2006 mit großer Mehrheit für eine Ausweitung der Reichweite von Patientenverfügungen im Sinne einer weitreichenden Patientenautonomie ausgesprochen. Behandlungsabbrüche und das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen sollen demgemäß auch schon vor der Sterbephase rechtlich erlaubt sein.¹¹ Auf der anderen Seite müssen hier aber auch die Einwände ernst genommen werden, die in einer Ausweitung der Reichweite von Patientenverfügungen die Gefahr sehen, dass damit die Prinzipien des Lebensschutzes und die ärztlichen Fürsorgepflichten zu sehr relativiert werden. Deshalb wird gefordert, den Geltungsbereich von Patientenverfügungen auch weiterhin eng zu fassen und auf Fälle mit einem irreversiblen Krankheitsverlauf in der unmittelbaren Sterbephase zu beschränken, also auf Situationen, in denen die ärztlich-therapeutischen Maßnahmen der Lebenserhaltung ohnehin nicht mehr greifen.

Auf jeden Fall müssen bei Fallkonstellationen außerhalb der Sterbephase erhöhte Anforderungen an die Ablehnung lebenserhaltender Maßnahmen in einer Patientenverfügung gestellt werden – Anforderungen, die praktisch ohne ein ärztliches Aufklärungsgespräch bei Erstellung einer entsprechenden Patientenverfügung kaum vorliegen dürften. Des Weiteren

sollte bei einer Patientenverfügung, die eine lebenserhaltende Behandlung ablehnt, im Einzelfall stets geprüft werden, ob der Patient bei deren Erklärung einsichtsfähig in dem Sinne war, dass er im Voraus die Schwere und Tragweite seiner Entscheidung, eine entsprechende Behandlung abzulehnen, wirklich erkennen und beurteilen konnte. Dies bedeutet aber auch, dass sich Zweifel an einer diesbezüglichen Einwilligungsfähigkeit durch eine formularmäßige und standardisierte Patientenverfügung wohl kaum ausräumen lassen.

Die Unverfügbarkeit des Lebens

Aus ethischer Sicht wird in den Diskussionen bezüglich der Patientenautonomie eine Einstellung beklagt, dass sich das Bewusstsein von „der Heiligkeit und Unverfügbarkeit des Lebens“ zu einer „Moral der Lebensqualität“ gewandelt habe. Hierzu ist anzumerken, dass in Fragen der Moral, im Sinne einer verantwortungsbewussten und werteorientierten Lebensführung des Einzelnen innerhalb der Gesellschaft und gegenüber einem gemeinschaftlichen Zusammenleben, das Recht an seine Grenzen kommt. Auf der anderen Seite darf trotz des Rekurses auf die Eigenverantwortlichkeit des Einzelnen nicht unkritisch die Fiktion einer Autonomie „bis zuletzt“ dominieren, im Sinne eines „Rechts(Anspruchs) auf den eigenen Tod“.

Denn nach christlicher Überzeugung muss das Leben selbst als (gute) Gabe verstanden werden und entsprechend geachtet und geschützt werden. Damit ist es der menschlichen Verfügbarkeit grundsätzlich entzogen, weshalb auch jede aktive Beendigung des Lebens abgelehnt werden muss. „Weil Gott allein Herr über Leben und Tod ist, sind Leben und Menschenwürde geschützt.“¹² Daraus ergibt sich auch der zentrale Maßstab für die Wertung des menschlichen Lebens und des Umgangs mit ihm auch in der Phase schwerster Krankheit: Der Mensch ist Mensch bis zuletzt. Wenn man dies berücksichtigt, dann wird deutlich, dass man ethischen Fragen am Ende des Lebens nicht einfach mit dem Hinweis auf die Autonomie des Menschen begegnen kann.

Darüber hinaus darf sich die öffentliche Diskussion über die Ermöglichung eines Sterbens in Würde nicht auf Fragen der Sterbehilfe verengen. Deshalb ist es begrüßenswert, dass bezüglich des gesellschaftlichen und individuellen Umgangs mit Krankheit und Tod in den letzten Jahren die Hospizbewegung bei vielen Menschen an Akzeptanz gewonnen hat. Denn die Hospizidee ist ihrem Ursprung und ihrer Zielsetzung nach eine überzeugende Antwort auf die vielschichtigen Bedürfnisse sterbender

Patienten. Die Grundintention der Hospizarbeit hat Bundespräsident Horst Köhler bei einer Fachtagung der Bundesarbeitsgemeinschaft „Hospiz“ im Oktober 2005 prägnant zum Ausdruck gebracht: „Nicht durch die Hand eines anderen sollen die Menschen sterben, sondern an der Hand eines anderen“. Dies bedeutet in der Praxis die Annahme der Lebensgeschichte und der Lebenssituation des Patienten, die solidarische Begleitung und den Beistand Schwerstkranker und Sterbender, aber auch deren Angehörigen. Da die Hospizidee der christlichen Überzeugung des Schutzes und der Würde jedes Lebens – auch in Krankheit und Sterben – nahe kommt, ist es nur plausibel, dass sich sowohl die katholische als auch die evangelische Kirche sehr stark in der Hospizarbeit engagieren. Letztlich ist die Begleitung Sterbender – als Werk der Barmherzigkeit – in besonderer Weise Ausdruck gelebter Caritas (Gottes- und Nächstenliebe).

Ausblick

Abschließend stellt sich die Frage, welche Erwartungen sich mit einer gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung verbinden. Einen ersten Eindruck der grundlegenden Kontroversen konnte man bereits am 29. März dieses Jahres gewinnen, als im Bundestag eine Debatte stattfand, die der Vorbereitung der geplanten gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung dienen sollte.¹³ Obwohl sich dort alle Redner um eine ernsthafte und der Thematik angemessene Auseinandersetzung bemühten, entzündete sich die Diskussion rasch an der Problematik, inwiefern die Willensäußerung des Patienten auch für Fälle verbindlich sein soll, in denen die Erkrankung noch keinen unumkehrbaren tödlichen Verlauf genommen hat. Es geht hierbei um den bereits oben dargelegten Sachverhalt, ob ein Behandlungsabbruch und das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen auch schon vor der Sterbephase erlaubt werden soll. An diesem Punkt scheiden sich auch die drei fraktionsübergreifend erarbeiteten Gruppenanträge, mit denen das Feld für die parlamentarische Auseinandersetzung der geplanten Patientenverfügungsregelung abgesteckt werden soll.

Ein anderes Problem, das einer praxistauglichen Regelung bedarf, betrifft die Übereinstimmung von Patientenwille und ärztlichem Handeln bei Notfällen. Da in der gebotenen Eile einer Notfallsituation (beispielsweise bei einem Verkehrsunfall) die Kenntnis über das Vorliegen einer Patientenverfügung meist nicht gegeben ist, werden hier oftmals notärztliche Wiederbelebungsmaßnahmen vorgenommen, obwohl der betroffe-

ne Patient dem womöglich widersprechen würde. Um einem solchen Fall vorzubeugen, hat man in der Schweiz einen Ausweis im Kreditkartenformat konzipiert, der in der Brieftasche mitgeführt werden kann und so dem behandelnden Arzt Hinweise auf das Bestehen und den Verwahrer einer Patientenverfügung gibt. Obwohl damit der Versuch unternommen wird, dem Patientenwillen auch in Notfällen besser Genüge zu tun, muss realistischerweise davon ausgegangen werden, dass damit nicht zwangsläufig jede ungewollte Behandlungsmaßnahmen verhindert werden kann.

Bei allen Überlegungen zum Nutzen von Patientenverfügungen darf nicht vernachlässigt werden, dass ein diesbezüglich geäußelter Wille des Patienten nicht nur zur Vermeidung einer Übertherapie dienen kann, sondern dass eine Patientenverfügung auch ein Weg sein kann, um eine Untertherapie zu verhindern. Begünstigt durch die Debatten um die Sterbehilfe und den wachsenden Ökonomisierungszwängen im Gesundheitswesen besteht nämlich heute die Gefahr, dass sich ältere und kranke Menschen dazu gedrängt fühlen, eine weitreichende Patientenverfügung zu verfassen, um der Umgebung (Pflegeheim, Angehörigen) möglichst wenig Unannehmlichkeiten zu bereiten. Deshalb ist es angebracht, bezüglich der öffentlichen Wahrnehmung von Patientenverfügungen beiden Aspekten die nötige Beachtung einzuräumen: Der Patientenwillen kann sowohl den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen umfassen, als auch die Intention zum Ausdruck bringen, alle verfügbaren Optionen der Palliativmedizin auszuschöpfen. Letztlich dürfen Patientenverfügungen aber nicht in der Weise instrumentalisiert werden, dass man in ihnen ein Mittel sieht, um den Kostendruck im Gesundheitswesen zu mindern. Denn damit würde ein Weg, der dem Wohl und der Würde Kranker und Sterbender dienen kann, in Misskredit gebracht.

Anmerkungen

- 1 Schockenhoff, Eberhard, Sterbehilfe und Menschenwürde – Begleitung zu einem „eigenen Tod“, Regensburg 1991, S. 101.
- 2 *Patientenverfügung befristen*, in: Der Pilger – Kirchenzeitung für das Bistum Speyer vom 24./31.7.2005, S. 6.
- 3 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung/Bundesministerium der Justiz (Hrsg.), Patientenrechte in Deutschland, 2. Auflage 2003, S. 6.
- 4 Katholikenrat im Bistum Speyer, Patientenverfügung – Chancen und Grenzen, Erklärung vom 11.3.2006.

- 5 Vgl. Körtner, Ulrich H.J., Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Entstehungsgeschichte, Inhalt, Bewertung, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik, 50. Jg. (2006), S. 221-227.
- 6 Das österreichische Patientenverfügungsgesetz unterscheidet zwischen *verbindlichen* und *beachtlichen* Patientenverfügungen. Während die verbindlichen Patientenverfügungen vom Arzt unbedingt zu befolgen sind, dienen Verfügungen, die als beachtlich eingestuft werden, nur als Orientierungshilfe, da sie nicht alle gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen.
- 7 Schwieriger stellt sich der Fall dar, wenn keine Patientenverfügung vorliegt, und sich der Arzt zu einem einseitigen Verzicht auf weitere Behandlungsmaßnahmen entscheiden möchte (z. B. bei Komapatienten, deren Chancen auf ein Wiedererwachen medizinisch gegen Null tendiert). Hier verlangt die Rechtsprechung die Bestellung eines rechtlichen Betreuers und die Einholung der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts.
- 8 Vgl. Herder Korrespondenz, 7. Jg. (1952/53), S. 73.
- 9 Im Einzelfall fällt es nicht immer leicht, zwischen den verschiedenen Arten der Sterbehilfe eine genaue Trennlinie zu ziehen.
- 10 Vgl. BGHSt 40, 256, 260.
- 11 Vgl. <http://www.djt.de> (Die Beschlüsse des 66. Deutschen Juristentages – Abteilung Strafrecht)
- 12 Christliche Patientenverfügung. Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD in Verbindung mit den übrigen Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland, Bonn/Hannover 2. Aufl. 2003, S. 11.
- 13 Vgl. <http://www.medizinethik.de/Bundestag-2007-03-29.pdf> (Protokoll der Bundestagsdiskussion vom 29.3.2007).

Literaturhinweise

- Klärner, Anne Th. R., Die Lebenskunst der ars moriendi. Literatur als Weg in der Lebens- und Sterbebegleitung, Wuppertal 2007.
- May, Arnd T./Charbonnier, Ralph (Hrsg.), Patientenverfügungen. Unterschiedliche Regelungsmöglichkeiten zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge, Münster 2005.
- Sahm, Stephan, Sterbebegleitung und Patientenverfügung. Ärztliches Handeln an den Grenzen von Ethik und Recht, Frankfurt 2006.
- Tolmein, Oliver, Keiner stirbt für sich allein. Sterbehilfe, Pflegenotstand und das Recht auf Selbstbestimmung, München 2006.

Zur Person des Verfassers

Jürgen Walter ist Jurist und Mitglied im Vorstand des Fördervereins Hospiz für Frankenthal und den nördlichen Teil des Rhein-Pfalz-Kreises e.V.