

Für die Gesellschaft sterben?

Patientenverfügungen: Streit um die Norm vom „richtigen“ Tod

Von Matthias Kamann

Wenn sich der Deutsche Bundestag in diesen Wochen einmal mehr mit Patientenverfügungen befasst, tritt ein Grundzug medizinethischer Debatten hervor: Entscheidungen einzelner Bürger in ganz persönlichen Fragen werden so sehr mit Bedeutungen befrachtet und mit angeblichen Gefahren für die Gesellschaft verbunden, dass es plötzlich legitim scheint, den Menschen Vorschriften für ihr Verhalten in existenziellen Ausnahmesituationen zu machen. Im Streit um Patientenverfügungen nehmen Politiker quer durch die Parteien, vehement auch Kirchen und Ärzteverbände einen Sonderfall in der Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten zum Anlass, um fundamentale Fragen nach Leben und Tod sowie dem Verhältnis der Gesellschaft zu ihren schwächsten Mitgliedern zu erörtern und zu regeln.

Konkret geht es um ein Kommunikationsproblem. Ein Patient ist bewusstlos oder schwer dement und daher nicht in der Lage, jenes Grundrecht wahrzunehmen, das wir alle in Arztpraxen oder Kliniken haben. Wir können eine ärztliche Behandlung ablehnen, ganz egal, ob dies gut oder schlecht für uns, ob es vernünftig oder unvernünftig ist. Wenn wir Nein sagen, hat der Arzt den Eingriff zu unterlassen, sonst macht er sich der Körperverletzung schuldig. Weil nun jene Kranken wegen ihrer Unfähigkeit, sich zu äußern, dieses Grundrecht nicht mehr wahrnehmen können, haben immer mehr Menschen – in Deutschland nach Schätzungen knapp neun Millionen – eine kommunikative Hilfskonstruktion gewählt: Sie haben eine Patientenverfügung verfasst. Darin haben sie vorab festgelegt, mit welchen medizinischen Therapien und lebenserhaltenden Maßnahmen, wie künstliche Ernährung, sie einverstanden sind und mit welchen nicht.

Wenn dann schließlich der Behandlungsfall eintritt und der Patient sich nicht mehr äußern kann, sind diese Patientenverfügungen zum Teil schon einige Jahre alt, entsprechen also möglicherweise nicht (mehr) der aktuellen Indikation oder dem Stand der medizinischen Technik, vielleicht auch lässt sich bei Dementen eine neue Lebensfreude im Widerspruch zum verfügbaren Behandlungsabbruch erkennen – kurz: Es kann zu all den Problemen kommen, die bei einer zeitlich versetzten Ersatzkommunikation denkbar sind. Aufgabe der mittlerweile drei im Bundestag eingebrachten Gesetzentwürfe – fraktionsübergreifende Gruppenanträge einzelner Abgeordneter – wäre es daher, Sicherungen gegen die kommunikativen Unwägbarkeiten jener Verfügungen einzubauen. Das Gesetz hätte also zu regeln, wie der Arzt und der Betreuer oder Bevollmächtigte des Patienten die Verfügung in der konkreten Situation prüfen müssen, welche Konsequenzen aus aktuellen Lebensregungen des Patienten zu ziehen sind, ob Angehörige oder Pfleger an der Interpretation der Verfügung zu beteiligen sind und wann diese Hermeneutik einem Gericht zu übertragen ist.

Auf diese Fragen konzentriert sich ein Gesetzentwurf, den der SPD-Abgeordnete Joachim Stünker mit einigen Kollegen der FDP, Grünen und Linken verfasst hat. Doch diesem Entwurf schlug gerade wegen seiner Konzentration auf die konkrete Problemstellung heftige Kritik von Union und manchen Grünen, von Kirchen, Ärzteverbänden und der Deutschen Hospiz-Stiftung entgegen. Von einem „Automatismus des Todes“ war die Rede, von der Annäherung an Sterbehilfe, von mangelndem Schutz des Patienten sowie des Lebens an sich.

Auf große Zustimmung hingegen stieß bei Kirchen wie Ärzten ein Entwurf von Wolfgang Bosbach (CDU), René Rösper (SPD) und Katrin Göring-Eckardt (Grüne), die in ihrer Begründung – noch bevor sie überhaupt die konkreten Probleme jener Verfügungen ansprechen – erst einmal fordern: „Nie-

Summary

Advance directives in Germany

The public debate about advance directives in Germany illustrates how the individual process of dying is being placed into the grand scheme of basic social issues. Conservative politicians, members of the religious communities and medical experts are using broad legal provisions to try to strictly regulate the process. The argument against the binding character of an advance directive is based on an aversion to individual self-determination and on the idea of a “good death” that is being generalized in a restrictive law.

mals darf ein Menschenleben beendet werden, weil es anderen als sinnlos, lebensunwert oder unnütz erscheint. Unerträglich und von Anfang an zu bekämpfen wäre das Aufkommen einer Erwartungshaltung gegenüber gebrechlichen oder schwer kranken Menschen, durch Behandlungsverzicht der Gesellschaft ab einem bestimmten Punkt nicht weiter zur Last zu fallen. Jeder Bürger muss sich sicher sein können, bis zuletzt optimal behandelt zu werden. Wo aber die ärztliche Kunst dem Tod nichts mehr entgegenzusetzen hat, treten an die Stelle lebensverlängernder Behandlung Sterbebegleitung, Schmerzlinderung und soziale Einbettung des Sterbevorgangs.“ Ganz ähnlich heißt es im dritten Entwurf von Wolfgang Zöller (CSU), Hans Georg Faust (CDU) und Herta Däubler-Gmelin (SPD): Es sei bei diesem Thema „geboten, den Wünschen nach Zulassung der Tötung auf Verlangen (...) Einhaltung zu gebieten und zugleich die Bedeutung der palliativmedizinischen, palliativpflegerischen und hospizlichen Versorgung hervorzuheben. (...) Es ist in diesem Zusammenhang auch darauf zu achten, dass ein Klima vermieden wird, in dem die Gesellschaft auf schwerstkranke und sterbende Menschen Druck dahin gehend ausübt, die Behandlung am Lebensende durch eine Patientenverfügung zu beenden.“

Zwar ist es in Begründungen von Gesetzentwürfen üblich, Abgrenzungen gegenüber Themen vorzunehmen, an die man nicht rühren will (hier etwa aktive Sterbehilfe), oder zu erklären, dass anderes keinesfalls vergessen werden dürfe (hier etwa die Betreuung von Sterbenden). Doch in diesem Fall ziehen die beiden letztgenannten Anträge aus dem Verweis auf jene anderen Aspekte deutlich weiter gehende Konsequenzen: Sie verändern die Fragestellung. Sowohl Bosbach, Röspel, Göring-Eckardt als auch Zöller, Faust, Däubler-Gmelin geht es nicht einfach mehr darum, wie man jenen Vorabverfügungen über die kommunikationslogischen Klippen der Zeitverzögerung helfen kann. Vielmehr soll auch geregelt werden, ob und wann solche Verfügungen überhaupt akzeptiert werden und wie dabei das Verhältnis zwischen Patient und Arzt aussehen muss.

Der Patientenwille erhält hier einen deutlich anderen Status als in dem Fall, wenn der Betroffene noch reden kann. Während man da weder begründungspflichtig noch an Kriterien gebunden ist, sollen Vorabverfügungen zum Behandlungsabbruch laut Bosbach et al. nur dann unmittelbar wirksam sein, wenn sie nach intensiver ärztlicher Beratung verfasst und notariell beglaubigt wurden und sich auf exakt die akut vorliegende Krankheit beziehen, die überdies eine unheilbare und tödliche sein muss. Und würde der Behandlungsabbruch zum Tode führen, muss zudem stets das zuständige Vormundschaftsgericht entscheiden. Zöller et al. wiederum verlangen eine gerichtliche Überprüfung bereits dann, wenn ein Arzt etwas anderes vorschlägt, als der Patient in seiner Verfügung festgelegt hat. Der Arzt kann also die Umsetzung des Patientenwillens jederzeit stark verzögern.

Um das Grundrecht der Selbstbestimmung solcherart einzuschränken, braucht man gewichtige Gründe, muss man massive Bedrohungen anführen, die über das Gemeinwesen hereinbrechen, falls der in der Patientenverfügung zum Ausdruck kommende Wille direkt umgesetzt würde. Das aber lässt sich nicht erkennen. So ist eine der zitierten Begründungen – die Sorge um „Sterbebegleitung, Schmerzlinderung und soziale Einbettung des Sterbevorgangs“ – in diesem Zusammenhang schlicht unlogisch. Denn die Befolgung des Patientenwillens schließt die Sterbebegleitung nicht aus, sondern bedingt sie geradezu. Damit der Patient beim Sterben überhaupt begleitet werden kann, muss das Sterben erst einmal beginnen, und das kann es nur, wenn die Behandlung abgelehnt, die Patientenverfügung umgesetzt wurde. Sonst läuft die Magensonde weiter, und der Patient bleibt auf der Pflege- oder Intensivstation, wo es mit der „sozialen Einbettung“ so weit nicht her ist.

Auch die Sorge, dass Menschen zum vorzeitigen Tod per Patientenverfügung gedrängt werden könnten, erschließt sich nicht, denn dann müsste man auch jeden mündlich-aktuellen Patientenwunsch nach Behandlungsabbruch gerichtlich überprüfen lassen und an strenge Bedingungen knüpfen. Ja, man müsste das vor allem bei den aktuellen mündlichen Wünschen wacher Patien-



Matthias Kamann, geboren 1961, ist Redakteur der Tageszeitung „Die Welt“ in Berlin. Er studierte in Marburg und Hamburg Germanistik und Volkskunde und promovierte über „Epigonität als ästhetisches Vermögen in der deutschen Literatur des 19. Jahrhunderts“. Nach einem Volontariat beim Hessischen Rundfunk war er Redakteur beim Magazin der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ und kam 1999 zur „Welt“, wo er heute für die Grünen, die evangelische Kirche sowie bio- und medizinethische Themen zuständig ist. Im Januar und Februar 2008 war er Gast am WZB und befasste sich im Rahmen eines „Journalist in Residence“-Fellowship der Volkswagen-Stiftung mit Fragen der Selbstbestimmung in den letzten Lebensphasen. [Foto: Die Welt]

Matthias.Kamann@axelspringer.de

Kurz gefasst

Der Streit um Patientenverfügungen in Deutschland veranschaulicht, wie von konservativer, kirchlicher und ärztlicher Seite individuelle Sterbeprozesse mit gesellschaftlicher Bedeutung aufgeladen und strengen Reglementierungsansprüchen unterworfen werden. Dahinter dürften ein grundsätzlicher Vorbehalt gegen die Selbstbestimmung am Lebensende sowie Normen vom „guten Tod“ stehen, die gesetzlich festgeschrieben werden sollen.

ten machen, da sie unmittelbar vorher vom maulenden Schwiegersohn bedrängt worden sein könnten, endlich Schluss zu machen, so dass sie dann die Entfernung der Magensonde verlangen.

Hingegen kann beim Äußerungsunfähigen gar kein Druck mehr ausgeübt werden, zumal die Verfügung längst vorliegt. Dass aber fünf Jahre zuvor, als der Text verfasst wurde, Schwiegersöhne in Scharen ihren Schwiegermüttern die Stifte im Sinne größtmöglicher Lastenverminderung geführt hätten – will man das glauben? Untersuchungen zur Verbreitung von Patientenverfügungen und zu den Motiven ihrer Verfasser haben jedenfalls ergeben, dass es sich gerade nicht um leicht beeinflussbare Unwissende handelt. Vielmehr besitzen ein solches Dokument vor allem jene, die sich intensiv mit ihrer Gesundheit beschäftigen und im Familien- oder Bekanntenkreis bereits Erfahrungen mit dem Tod machen mussten. Abgelehnt dagegen wurde das Abfassen einer Patientenverfügung überwiegend von denen, die noch unter 50 Jahre alt waren, über ein geringes Einkommen verfügen, keine Bindung zu einer Partei haben und sich wenig um ihre Gesundheit kümmern. Angesichts dessen ist es ausgesprochen unplausibel, die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen mit der Begründung einzuschränken, schwache und uninformierte Menschen könnten durch diese Dokumente auf eine Rutschbahn zum Tode geraten.

Dass es sich tatsächlich eher umgekehrt verhält, dass man es also mit einem Pochen der Durchsetzungsfähigeren und Gebildeteren auf ihre Ansprüche zu tun hat, belegen auch Studien zu einem radikaleren Verlangen nach Lebensbeendigung, zum Wunsch nach aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden und nach Suizid-Assistenz für Sterbenskranke im US-Bundesstaat Oregon. Dort sind es gerade nicht die möglicherweise unter Erwartungsdruck Stehenden, nicht die ganz Alten, Frauen, Migranten, Armen, Nichtversicherten, die rasch sterben wollen bzw. sollen. Diese Gruppen sind stark unterrepräsentiert, während in Oregon vor allem jüngere weiße Männer aus besseren Wohngebieten ein ärztliches Rezept für ein tödliches Medikament erhielten.

Dass somit Sterbehilfe und auch die Vorsorgestrategien per Patientenverfügung nicht nach unten hin selektieren, zu den Armen und Ausgegrenzten, sondern nach oben zu den gebildeten Meistern der Selbstsorge, ist in Deutschland wohl besonders schwer zu verstehen, weil in der NS-Zeit die „Euthanasie“ tatsächlich die Entrechteten traf. Aber geschichtliche Erfahrungen können kein Grund für Denkfaulheit sein. Indes dürfte Wolfgang van den Daele Recht haben mit der Vermutung, dass sich konservativer Widerstand gegen die Selbstbestimmung am Lebensende nicht nur geschichtlichen Prägungen verdankt, sondern auch einer prinzipiellen moralischen Abwehr, einem Erschrecken vor der Verfügung über das eigene Leben. Dieses Erschrecken kann man in einer säkular-pluralistischen Gesellschaft kaum offen formulieren, sondern muss es in Missbrauchsszenarien kleiden, wie wenig evident diese auch sein mögen. Freilich dürfte sich bezüglich mancher christlichen Argumentation sagen lassen, dass in solchen Missbrauchsszenarien auch ein Teil jenes metaphysischen Todeserschreckens mitschwingt, das einst an Höllendrohungen andockte, heute aber wegen einer verblässenden Jenseits-Theologie in innerweltliche „Dammbruch“-Beschwörungen überwechselt.

Der Effekt ist derselbe: Das individuelle Sterben wird mit Bedeutungen aufgeladen. Waren dies früher religiöse – Reue und Heilserwartung als Zeichen von Gottes Gnadenkraft, Uneinsichtigkeit und Hängen an irdischen Gütern als Äußerungen des Teufels und seiner Gewalt –, so wird dem Sterben des Einzelnen heute innerweltliche Relevanz zugeschrieben. Es sollen sich daran die Fürsorglichkeit der Gesellschaft gegenüber ihren schwächsten Mitgliedern erweisen und die strikte Weigerung des Gemeinwesens, Einzelne auszusortieren.

Eine solche Aufladung des individuellen Sterbeprozesses motiviert offensichtlich dazu, anlässlich der kommunikativen Spezialprobleme von Vorabverfügungen den Patientenwillen zurückzudrängen und bestimmte Sterbeideale festzuschreiben: der gute Tod – nicht selbst verfügt, dafür „eingebettet“ – als „würdiger Tod“, als Bestätigung für die Menschenfreundlichkeit der hinter-

bliebenen Gesellschaft. Doch vermittelt der Satz des Arztes und Medizinhistorikers Sherwin B. Nuland: „Ich habe nur selten Würde beim Sterben erlebt“ Grund zu der Annahme, dass es für solche gesellschaftlichen Selbstvergewisserungen bessere Anlässe gibt als ausgerechnet Situationen, in denen Menschen durch die Medizin nicht zu längerem Leiden gezwungen werden wollen.

Literatur

Margaret P. Battin, Agnes van der Heide et al., „Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in ‚vulnerable‘ groups“, in: *Journal of Medicine Ethics*, Vol. 33, 2007, S. 591–597

Wolfgang van den Daele, „Das Euthanasieverbot in liberalen Gesellschaften – aus soziologischer Perspektive“, in: Caroline Y. Robertson-von Trotha (Hg.), *Tod und Sterben in der Gegenwartsgesellschaft. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung*, Baden-Baden: Nomos 2008, S. 37–62

Frieder R. Lang, Gert G. Wagner, „Patientenverfügungen in Deutschland: Bedingungen für ihre Verbreitung und Gründe der Ablehnung“, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, Jg. 132, 2007, S. 2558–2562