



ICEP *argumente*

3. Ausgabe 2005 | Juni

Patientenverfügung ohne Reichweitenbegrenzung: eine Überforderung der Selbstbestimmung

von Dietmar Mieth, Tübingen

Eine Patientenverfügung wird nicht gebraucht, solange ein Patient oder eine Patientin sich selbst aktuell artikulieren können. Sie können dann unmittelbar sagen, welchen Behandlungen sie zustimmen und welche sie ablehnen. Viele wünschen, dass diese anerkannte Selbstbestimmung auch auf Zustände übertragen wird, in denen sie sich nicht aktuell äußern können. Das Instrument der Patientenverfügung kann dies jedoch nicht ohne weiteres befriedigend realisieren helfen.

Zwischen der aktuellen Selbstbestimmung und der Vorausverfügung für den Fall der Artikulationsunfähigkeit in schwerer Krankheit gibt es wichtige Unterschiede. Der Patient mit Bewusstsein kann seinen Willen neu fassen, der Koma-Patient nicht. Zudem: kann der Verfügende die Erfahrung seines reduzierten Zustandes wirklich vorwegnehmen? Dennoch meinen viele, u.a. der Nationale Ethikrat in seiner Mehrheit, die Vorausverfügung solle sich durchsetzen, es sei denn, es gebe Anhaltspunkte für einen Widerruf.

Es geht darum, wie wir den Menschen sehen, der nicht mehr Stellung nehmen kann. Auch der Mensch im Koma ist Person mit allen Rechten, nicht nur der Mensch, der im Voraus verfügen will. Muss nicht auch eine positive Lebensäußerung des Patienten, d.h. der nicht verbale Ausdruck dafür, dass er sich wohl fühlt, als Indiz für den Willen oder gegebenenfalls für eine Willensänderung akzeptiert werden? Der Nationale Ethikrat hat dies in seiner Stellungnahme zwar akzeptiert. Aber er meint in seiner Mehrheit, dass die Wertung dieser Lebensäußerung von einer Patientenverfügung im Voraus interpretiert werden kann. Man könne verfügen, sie bei dem Menschen im Koma, der man selbst einmal sein könnte, nicht zu beachten.

Selbstbestimmung, Fürsorge und Kommunikation

Nach einem inzwischen zurückgezogenen Entwurf des Bundesjustizministeriums gilt auch der mutmaßliche Wille, den man auch aus allgemeinen Wertvorstellungen des Patienten konstruieren kann, als vorrangig gegenüber dem Grundsatz der Lebenserhaltung. Zudem kann ein schriftlich Bevollmächtigter ohne Einschränkung der Reichweite entscheiden. Wird damit eine indirekte Sterbehilfe mittels leidvermindernder Maßnahmen ermöglicht? Wenn sich der Arzt immer mehr als Vollstrecker des Patientenwillens versteht, sind seine eigene Selbstbestimmung und sein berufsständisches Ethos nicht mehr einbezogen. Durch kommunikative Überlegungen mit den Beteiligten (etwa durch ein Konsil, d.h. eine Beratung mit Pflegenden und Angehörigen) könnte man hier einen Automatismus vermeiden und weitere Gesichtspunkte einbeziehen. Selbstbestimmung ist nach Meinung der Enquete-Kommission des Bundestages zwar oberstes Kriterium, aber sie dürfe nicht kontextlos und umstandslos, gleichsam abstrakt, zu einem blinden Vollzug führen. Selbstbestimmung ist weder bei der Erstellung der Patientenverfügung noch bei deren Anwendung unabhängig von den Umständen zu sehen. Um

ICEP · Berliner Institut für christliche Ethik und Politik

Das ICEP versteht sich als politische Ideenagentur, die mit sozialetischen Positionen und Expertisen zu gesellschaftspolitischen Fragestellungen Entscheidungsträger und Betroffene vom Standpunkt einer anwendungsorientierten christlichen Ethik aus berät. Zusammen mit anderen Sozialethikern bildet es eine Plattform für christliche Ethik im politischen Raum. Das ICEP ist eine Forschungseinrichtung der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB).

Über den Autor

Dr. theol. Dietmar Mieth ist Professor für Theologische Ethik/Sozialethik an der Universität Tübingen und als Sachverständiger Mitglied der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“. Er ist Vorsitzender des Beirats des ICEP. Seine Forschungsschwerpunkte sind Bioethik, Ethik in den Wissenschaften, Narrative Ethik und Mystik.

zu erkunden, wie Patientenverfügungen in konkreten Situationen gehandhabt werden und wirken, bedürfte es m.E. auch empirischer Untersuchungen – z.B. darüber, wie Menschen vorher gedacht haben, als sie ihre Verfügung verfassten, und wie sie im Eintrittsfalle, wenn sie z.B. entgegen ihrem vorausverfügten Willen überlebten, nachher über ihre Meinung bei strittigen Behandlungen denken.

Außerdem erscheint es als sinnvoll, präkäre Entscheidungen gerichtlich noch



einmal überprüfen zu lassen. In vielen Fällen wäre es hilfreich, wenn die Patientenverfügung eine(n) Bevollmächtigte(n) benennt, der die Entscheidung trägt. Manche meinen, eine solche Entscheidung wäre für diesen eine große Belastung. Es gibt offensichtlich keinen einfachen Weg.

Eine Stellungnahme der öffentlichen Kammer der EKD macht darauf aufmerksam, dass man nach dem christlichen Menschenbild Selbstbestimmung und Fürsorge nicht auseinanderreißen sollte. Der Mensch als ein auf die Gemeinschaft bezogenes und von Anderen abhängiges Wesen ist nie völlig autark. Er bedarf der Zuwendung und Fürsorge anderer. Er wäre sonst in vielen Lebenssituationen überfordert. Christlich gesehen kann sich im Vertrauen auf die Fürsorge anderer auch die Gelassenheit gegenüber dem Eigenwillen ausdrücken.

Ein Recht oder eine Zumutung?

Andererseits stellt sich die berechnete Frage, ob eine Alternative zur individuellen Vorausverfügung nicht letztlich doch auf Bevormundung und Paternalismus hinausläuft. Viele haben die Erfahrung gemacht, dass sich Wünsche nach einer Einschränkung der Apparatediagnostik und einer beschwerlichen Lebensverlängerung im konkreten Fall nur schwer durchsetzen lassen. Auch von daher ist zu verstehen, dass Selbstbestimmung in diesen beschwerten Phasen des menschlichen Lebens vor Fremdbestimmungen Vorrang haben und geschützt werden soll. Mit dem Siegeszug des Autonomie-Prinzips im Sinne der „informierten Zustimmung“ als Dreh- und Angelpunkt in der modernen Medizin ist die Abwehr „fremder“ Entscheidungen verbunden. Andererseits besteht die Gefahr, dass man der Selbstbestimmung zuviel zumutet. Selbstbestimmung kann sich auch in einem Recht auf Nicht-Entscheidung ausdrücken, das man dem Recht auf Nichtwissen gleichstellen muss. Offensichtlich machen in den USA neun von zehn Patienten, die vor der Frage stehen, ob sie ein Verfügungsformular

ausfüllen sollen, von diesem Recht Gebrauch und füllen das Formular nicht aus (vgl. Fagerlin/Schneider 2004).

Eine mögliche schiefe Bahn?

Die Knappheit der Mittel für medizinische Betreuung und Pflege, von der überall die Rede ist, könnte sorgfältige ethische Überlegungen überlagern und statt dessen ökonomische Gesichtspunkte in die Entscheidungen hineinbringen. Es ist verständlich, dass verantwortungsbewusste Menschen auch auf ihre Angehörigen Rücksicht nehmen. Bei längeren Pflegefällen können diese ja mit ihren Einkünften und mit ihrem Vermögen herangezogen werden. Zu bedenken ist aber, dass die in die Eigenbeteiligung verlagerte Knappheit der Mittel in der Gesundheitsversorgung zu einer Art „Selbststandardisierung“ führen könnte: man möchte nicht zur Last fallen bzw. auch nicht als Last in Erinnerung bleiben. Daraus folgt, dass zwar alles auf das Individuum abgestimmt zu sein scheint, dieses sich aber selbst nicht isoliert betrachten kann. Darauf ist bei der Beratung von Patientenverfügungen zu achten. Wenn Patientenverfügungen – wie nach vielen Vorschlägen – von Formvorschriften und Beratungsnachweis weitgehend befreit werden sollen, wird dieser Gesichtspunkt vernachlässigt.

Begrenzung der Reichweite

Die Enquête-Kommission fordert mit großer Mehrheit für die Anwendung einer Patientenverfügung, mit der auf lebenserhaltende Maßnahmen verzichtet wird, dass die bestehende Krankheit trotz medizinischer Behandlung irreversibel und tödlich verläuft. Denn beispielsweise der Entzug der Ernährung hat ja immer den Tod zur Folge, gleich wie krank der Patient ist. Während er aber in einem Fall das Sterben, das auch ohne diesen Entzug in absehbarer Zeit einträte, nur verkürzen würde, würde er im anderen Falle das Überleben beenden, so dass dieser Abbruch die direkte Ursache des Todes wäre. Der Abbruch als direkte Ursache des Todes führt logisch zu der Frage, warum man dann die so stark gemachte Selbstverfügung bei aktiver Tötung nicht mehr gelten lässt. Um die bleibende Differenz zu aktiver Tötung zu markieren, wird von Befürwortern eines solchen Abbruchs ohne Reichweitenbegrenzung Folgendes geltend gemacht: Durch die ursprüngliche Maßnahme, etwa durch die künstliche Ernährung eines Komapatienten, sei die Wiederher-

stellung seiner Selbststeuerung angestrebt. Es stelle sich dann erst später heraus, dass dies nicht zu erreichen sei. Zumutbar sei jedoch nur eine selbstgesteuerte Überlebensform, in welcher der Patient nicht bloß vegetative bzw. sensitive „Reflexe“ zeige, sondern auch „Reaktionen“, die einen Rest von Steuerung der Person erkennen lassen. Die Unterscheidung zwischen „Reflexen“ und „Reaktionen“ ist freilich schwierig. Angehörige oder Freunde werden möglicherweise darüber anders urteilen als Gehirnspezialisten. Wer das Abbrechen einer lebenserhaltenden Maßnahme, die zuvor verordnet wurde, ohne Begrenzung der Reichweite befürwortet, meint, dies sei immer noch eine passive Form des Sterbenlassens. Genau dies ist schwer nachvollziehbar. Zum einen ist ja der Betroffene nicht im absehbaren, irreversiblen Sterbeprozess, zum anderen ist die betreffende Handlung kein Unterlassen. Die Lebenserhaltung steht in der Gefahr, nur noch bedingt Ziel ärztlichen Handelns zu sein. Dieses steht dann unter dem Vorbehalt des Erhalts oder Wiedergewinnens der Selbststeuerung. Aber auch der Mensch, der sich nicht mehr sprachlich oder eindeutig artikulieren kann, ist Träger der Menschenwürde. Die Beachtung dieses Grundsatzes kann nicht einfach durch den Hinweis auf seine vohergehende Selbstbestimmung ohne weitere Bedingungen entfallen.

Keine Lösung für alle Fragen

Patientenverfügungen lösen nicht schon allein durch ihre Existenz die unbestreitbaren Probleme für die Beteiligten und für die ganze Gesellschaft. Deshalb bedarf es einer intensiven öffentlichen Debatte über die inzwischen im Bundestag erarbeiteten Alternativen, damit nach gründlicher ethischer Abwägung die nötige rechtliche Klarheit erreicht wird.

Impressum

Herausgeber / V.i.S.d.P.

ICEP · Berliner Institut für christliche Ethik und Politik

Köpenicker Allee 39-57
10318 Berlin

vertreten durch
Prof. Dr. Christof Mandry

info@icep-berlin.de
www.icep-berlin.de

ISSN-Nr. 1614-7677