

Individuelle Verantwortung und Patientenerfügung

Vermeintliche Freiheit oder gefährliche Illusion?

Eine kleine Vorgeschichte

Eine gute Bekannte erzählte mir kürzlich folgende Situation: die Mutter einer guten Freundin von ihr liegt im Altenheim und wird betreut; der Anblick sei schrecklich, ihre eigene Tochter würde sie nicht mehr besuchen, da sie den Anblick nicht aushalten könne; sie würde ja schrecklich leiden; es sei wohl das beste für sie, wenn sie sterben könnte; wenn ihr die Ärzte nicht so starke Herzmittel geben würden, würde sie nicht am Leben erhalten werden. Meine Fragen lauteten: welche Erkrankung hat sie? Leidet sie wirklich? Welche Herzerkrankung hat sie? Welche Mittel bekommt sie?

Auf all diese Fragen gab es keine Antwort – aber es kam erneut das Urteil, sie würde leiden, es sei doch besser für sie, sie würde sterben.

Diese kleine, harmlos wirkende Geschichte ist in ihrer Alltäglichkeit typisch: ohne die notwendige Sachkenntnis wird ein Urteil gefällt – Urteil das, wenn es umgesetzt würde, tödlich für einen *anderen* Menschen wird. Im Namen von Autonomie und Würde werden solche Meinungen in die Welt gesetzt – ein gefährliches Gemisch aus Nicht-Wissen, Pseudo-Pietät und Mitleid.

Wir werden im Laufe der Abhandlung sehen, warum eine solche Haltung so gefährlich ist – für die Freiheit (die eigene und die des anderen), für den Einzelnen und für die Gesellschaft, ganz zu schweigen von der individuellen Verantwortung, die an Voraussetzungen gebunden ist, will sie nicht Willkür sein.

Definition

Eine Patientenverfügung ist eine schriftliche Erklärung, die zu gesunden Zeiten verfasst worden ist, in der festgelegt wird welche therapeutische Maßnahmen durchgeführt werden dürfen und welche nicht; sie gilt nur für den Fall, dass der Betreffende in einem Zustand gerät, in dem er sich nicht mehr äußern kann, weil er beispielsweise das Bewusstsein verloren hat. Meist sind die Verfügungen so formuliert, dass medizinische Hilfe verneint wird, verweigert wird: „ Im Falle dass.....will ich dies und jenes nicht. Ich wünsche in Würde zu sterben...“

Sie setzen Einwilligungsfähigkeit voraus, sie sollen Ausdruck von Autonomie, Selbstbestimmung, Würde und Freiheit sein, der Betreffende soll auch im rechtlichen Sinne Entscheidungsfähig sein. Wir werden sehen, ob diese Voraussetzungen gegeben sind.

Eine Patientenverfügung ist kein Testament im Sinne des Par. 1937 BGB, weil sie nicht für den Todesfall, sondern für die Situation verfasst sind, in der der Verfasser nicht mehr selber Entscheidungsfähig ist – also streng genommen sollte sie nicht nur für die letzte Phase des Lebens gelten; die Unterscheidung ist zum Verständnis der Gerichtsurteile wichtig, da Sterbephase und alleinige Bewusstlosigkeit immer wieder durcheinander geworfen werden.

Die Verbindlichkeit der Patientenverfügung ist bisher juristisch nicht eindeutig geklärt: die Forderung nach einer Verbindlichkeit wird jedoch immer lauter formuliert, auch und besonders von den Gruppierungen die für die Einführung der aktiven Sterbehilfe werben.

Wie kann ich die Autonomie des nicht mehr Autonomen respektieren? – so lautet eine der vielen Kernfragen die uns im Folgenden beschäftigen werden.

Historische Hintergründe

Um die vermeintliche Notwendigkeit und Formulierung von Patientenverfügungen zu verstehen, betrachten wir einige Hintergründe und Entwicklungen in der modernen Medizin, in der Ethik und in der Gesellschaft. (1)

1. Die zunehmende Ablehnung und Abkehr von einem metaphysisch und religiös begründeten Menschenbild. Der sich frei fühlende Bürger der modernen Gesellschaft sieht seine Lebens- und Gestaltungsmöglichkeiten in den Fortschritten der Naturwissenschaft und ihren Heilsversprechungen gegründet. Der Wunsch (oder sollten wir besser sagen: die Illusion oder die Fiktion?) eines leidensfreien Lebens wird immer deutlicher formuliert (s. unten)– freilich um den Preis einer zunehmenden Verdinglichung des Menschen selbst.

Freiheit wird verstanden alleine als „Freiheit von“; „Freiheit zu“ wird kaum gedacht oder gewollt, da diese mit Verpflichtungen verbunden ist.

Nicht mehr die Religion, das Metaphysische, die vertrauensvolle Rückbindung auf die Beziehung zu Gott und zum anderen Menschen, das Angewiesensein auf die Fürsorge der Helfer, die Gemeinschaft der Nächsten, das Gut Mensch sein ist tragend und wichtig, sondern der autonome Wille. Dieser Entwicklung ist die

Rechtsprechung immer mehr gefolgt und hat die Einwilligungsfähigkeit sowie die Autonomie des Einzelnen immer deutlicher herausgearbeitet.

Eines hat aber die Rechtssprechung leider versäumt: sie hat die Frage nicht gebührend vertieft, wie Autonom wir wirklich in der Gesellschaft sind; aber auch die Frage, an welche Bedingungen und Voraussetzungen Autonomie gebunden ist wurde nicht herausgearbeitet – und ob diese Voraussetzungen im Falle einer Patientenverfügung gegeben sind.

Die Diskussion wird ganz überwiegend, wenn nicht fast ausschließlich, nur über das *wie* geführt; es wird stillschweigend vorausgesetzt, dass Patientenverfügungen etwas Gutes seien und keine Gefährdung für den Patienten darstellen würden. Die öffentliche Diskussion bewegt sich im rechtlich-formalen Raum, nicht im ethisch-inhaltlichen. Man gewinnt den Eindruck, die Normierungstendenz des Rechts reduziert das Problem auf eine reine Verfahrensethik: werden bestimmte Schritte eingehalten (meist bürokratisch festgelegte) so ist die Sache stimmig; die Grenzen zu einem Regelutilitarismus werden fließend.

Würde und Menschenrechte sind interesselos – daher ihre Kraft. In unserer werte-losen Gesellschaft vergisst man diese Werte-Prinzipien, sobald Interessen laut genug formuliert werden, um sie dann zu verletzen, vielleicht im Namen einer utilitaristisch umformulierten Würde.

„Die ausschließliche Diesseitigkeit, die den Menschen von seinen metaphysischen Quellen abschneidet, der totale Positivismus, der sich nur mit der Oberfläche der Dinge beschäftigt und jede Tiefendimension vergessen lässt, kann aber als einzige Sinnggebung auf die Dauer nicht befriedigen.... Es zeigt sich, dass der Mensch ohne metaphysischen Bezug nicht sinnvoll leben kann. Ohne jene übergeordnete Autorität fehlt ihm die Orientierung, hält er sich selber für allmächtig“ (2).

Der Mensch muss daran erinnert werden, dass es etwas gibt, „das höher ist denn seine Vernunft“ (Ebenda)

Hans Jonas wird noch deutlicher (3): “ Erst wurde durch dieses Wissen die Natur in Hinsicht auf Wert neutralisiert, dann auch der Mensch. Nun zittern wir in der Nacktheit eines Nihilismus, in der größte Macht sich mit größter Leere paart, größtes Können mit dem geringsten Wissen: wozu. Es ist die Frage, ob wir ohne die Wiederherstellung der Kategorie des Heiligen, die am gründlichsten durch die

wissenschaftliche Aufklärung zerstört wurde, überhaupt eine Ethik haben können, welche die extremen Kräfte, die wir heute besitzen, zügeln kann.“

Über diese höhere Vernunft, über eine höhere Weisheit als wesentlicher Teil unserer Freiheit sowie einer Ethik die das Höhere in uns mit einbezieht, werden wir uns im zweiten Teil dieser Abhandlung beschäftigen.

2. Die zunehmende Individualisierung in unserer Gesellschaft führt dazu, dass das Streben nach autonomer Selbstverwirklichung zur zentralen ethischen Leitvorstellung geworden ist. Damit verbunden ist auf der philosophischen und rechtlichen Reflexionsebene die These, dass die Autonomie über das ganze Leben den zentralen und wesentlichen Inhalt der Würde des Menschen ausmacht. Dieses entwickelt sich weiter, so dass es keine These mehr ist, sondern praktizierte Rechtsauffassung. Dem gegenüber geraten Werthaltungen, wonach Autonomie und Würde des Menschen durch die Fürsorge für den anderen entscheidend mit konstituiert werden immer deutlicher in den Hintergrund.

Dass wir Menschen als soziale Wesen am Du des Anderen Ich werden (M. Buber) wird in dieser Diskursebene fast vollständig vergessen oder ausgeblendet. Dies kann tragische Züge bekommen, wenn wir an unsere alternde Gesellschaft denken, an die zunehmenden Single Haushalte, an allein lebenden Menschen, an den dramatischen Rückgang der Geburten – alles im Namen des praktizierten Individualismus, der alleinigen Betonung der Autonomie: wenn wir dann Hilfe benötigen, wer kann uns dann helfen?

Dieser Aspekt ist deshalb so wichtig, weil viele Patientenverfügungen aus Angst vor dem Allein-Gelassen-Werden verfasst werden; wenn sie aber so formuliert sind, dass Hilfe abgelehnt wird – wie es die allermeisten sind – so wird durch die Verfügung selbst das Allein-Sein verstärkt. Dies ist in seiner Folge den meisten Menschen aber nicht bewusst.

Wir werden an vielen anderen Stellen merken, wie schwierig und unbequem Autonomie ist, wenn sie aus individueller Verantwortung und Freiheit geschieht, und nicht nur aus Willkür (Freiheit von etwas). Es ist sehr viel bequemer Autonomie zu fordern, ohne sich Gedanken zu machen, welche Voraussetzungen sie beinhaltet: eine unkritisch praktizierte Autonomie entspricht der „selbstverschuldete Unmündigkeit“ eines I. Kant. (4)

Patientenerfügungen sollen die Forderung nach Selbstbestimmung durchsetzen – dabei wird allerdings die Ethik des Willens (*voluntas*) des Erkrankten gegenüber dem Wohlergehen (*salus*) des Menschen und des Lebens, welches für eine Ethik der Fürsorge maßgeblich ist, zum höchsten Gesetz erklärt (*suprema lex*). Der einzelne Mensch soll, ja muss nach dieser Auffassung vorab in gesunden Zeiten über Dinge bestimmen können, für den Fall dass er nicht mehr für sich entscheiden kann – er soll über Dinge und Möglichkeiten entscheiden die er gar nicht kennt – und nicht kennen kann, da sie in der Zukunft liegen.

Indem das Individuum sich zum Herren seines eigenen Lebens und Sterbens erklärt, will es sich gewissermaßen von den bleibenden Naturbedingungen und dem Angewiesensein auf die Zuwendung anderer Menschen, vom Status des Objektes und von Gott selbst befreien – er wiegt sich so in vermeintlicher Sicherheit Herr des Geschehens zu bleiben, auch wenn er es dann definitiv nicht mehr ist.

Wie vielen Menschen sind diese Zusammenhänge wirklich bewusst?

Dies sind einige Aspekte, die Voraussetzung von Autonomie sind.

3. Der „ Folgeschwere Wandel des Lebensbegriffes“ (5) verstärkt durch Biologismus, Rassismus und Sozialdarwinismus, hat zu den entwürdigenden Übergriffen und grausamen Menschenversuchen der Medizin in der Nazi-Zeit geführt. Diesen leidvollen Erfahrungen und inhumanen Auswüchsen der Medizin und Forschung wurde im Nürnberger Ärztekodex 1947 und in der Helsinki-Erklärung des Weltärztebund eine eindeutige Absage erteilt. Die freiwillige und informierte Zustimmung des Patienten oder Probanden in eine Behandlung, einen Eingriff oder zu einem medizinischen Versuch gelten heute als ethischer Minimalstandard. Dieser „ *Informed consent* „ stellt im medizinischen Raum ein zentrales Moment dar. Wir werden später untersuchen, ob dieser Moment im Falle einer Patientenverfügung respektiert wird und respektiert werden kann.

Die Einwilligungsfähigkeit (welche Bedingungen gehören dazu, wie streng werden diese heute gehandhabt, werden sie erfüllt im Falle einer Patientenverfügung ?) kann heute als relationales Modell verstanden werden, welches den *informed consent* (Aufklärung und Einwilligung) zu den Prinzipien des Wohlergehens (*Beneficience*) und Nichtschadens (*Nonmaleficience*) in Beziehung setzt. Ein umfassendes medizinisches Verständnis, wie es sich in der Situation der Arzt-Patient-Beziehung realisiert, ist nur durch eine gleichberechtigte

Betrachtung dieser vier Punkte und Kompetenzfelder des medizinischen „Netzwerkes“ zu erreichen. Jedes Übergewicht oder jede Überbetonung eines Kompetenzbereiches verschiebt die Relation und verzerrt das dahinter stehende Menschenbild. Dieses labile Gleichgewicht verschiebt sich zudem je nach der individuell vorliegenden Situation, ist daher sehr schwer oder gar nicht formalisierbar.

4. Die neue internationale Euthanasie-Bewegung: diese Sterbehilfebewegung, die sich bereits Ende des vorletzten Jahrhunderts formierte, hat nach dem zweiten Weltkrieg in Form der „Living will“ Bewegung das individuelle Autonomieprinzip emanzipatorisch und einseitig gegen das vermeintliche Machtpotenzial der modernen Medizin gestellt. 1976 wurde in den USA der Begriff *right to die* Bestandteil des allgemeinen Bewusstseins; Patientenverfügungen (*living wills*) sind demnach als Recht und legales Dokument anzuerkennen. Viele amerikanische Staaten haben diesen Tatbestand gesetzlich geregelt; ähnliche Entwicklungen lassen sich für andere Staaten, auch in Europa, registrieren. Einige deutsche Juristen hatten bereits 1986 einen „ Alternativenwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe als einen Meilenstein auf dem Wege der Verrechtlichung der Patienten-Autonomie“ eingebracht. Bereits damals war der Zusammenhang zwischen Patientenverfügung und aktiver Sterbehilfe deutlich zu erkennen – er wurde von vielen als übertriebene Angst abgetan. Die Entwicklung in Europa hat leider gezeigt, wie real die Befürchtungen waren (6).
5. Angst vor der Verfügungsgewalt der modernen Medizin, von den meisten formuliert als Angst vor der Intensivmedizin, vor der sog. Apparatedizin. Die Gründung der Intensivstationen ist in der Geschichte der Medizin noch recht jung: die ersten Intensivstationen sind um das Jahr 1950 eröffnet worden. (7) Seither ist die Sterblichkeit an bestimmten Krankheiten dramatisch gesunken, die wenigsten Menschen sterben heute auf einer Intensivstation. Trotzdem ist dieser Ort des medizinischen Handelns zum Inbegriff der Apparatedizin und der Unmenschlichkeit der modernen Medizin geworden. Auch wenn die meisten keine konkreten Vorstellungen und Information haben – hier stellt sich dann die Frage nach der tatsächlichen Autonomie dieser Menschen– gilt die Intensivstation als Ort der vermeintlichen Verfügungsgewalt und „paternalistischen Fremdbestimmung“ über das Leben: diesen soll durch eine Patientenverfügung Einhalt geboten werden.

Ob damit die Lebensqualität in Krankheit – Intensivstationen sind primär kein Ort des Sterbens, obgleich dies auch dort in Würde möglich ist – konkret verbessert werden kann und die erwartete Leidensverminderung durch eine Verfügung tatsächlich eintritt oder ob nicht gerade durch eine Verfügung eine selbstverfügte Selbstschädigung des Lebens infolge Verweigerung von Hilfe und Aushöhlung der Arzt-Patienten-Beziehung unter Zurückweisung des ärztlichen Fürsorgeangebotes kommt, soll im Verlauf dieser Abhandlung analysiert und beantwortet werden.

Bei allem Verständnis der nachvollziehbaren Abwehrhaltung gegenüber einer Medizin, die den Patienten zum Objekt ihrer Bemühungen macht (in gewisser Weise ist dies ein Paradox: der Kranke muss ein Stück weit zum Objekt werden, verobjektiviert werden, damit sich Ärzte und Helfende um seine Gesundheit und um sein Leben kümmern können; dieser Schritt wirkt aber, weil zu oft einseitig überbetont, verängstigend) darf jedoch nicht übersehen werden, dass im Rahmen von Budgetierung und Rationierung im Gesundheitswesen zunehmend auch handfeste Sterbekalkulationen eine Rolle spielen: Sterben als „Produktgeschehnis“, fest eingepasst in „verchromte Sterbefabriken“, wird „ zum Teil der Apparatefunktionen und unser Tod zum Binnenergebnis innerhalb des Apparats“ (8).

Die Patientenverfügung kann in diesem Zusammenhang zu einer Verstärkung der Tabuisierung und Verdrängung von Krankheit und Tod – ungewollt - führen: eigentlich zum Gegenteil dessen, was die Menschen sich wünschen.

Vor einiger Zeit sprach der frühere Präsident der Bundesärztekammer in diesem Zusammenhang vom „sozialverträglichen Frühableben“.

6. Viele Patientenverfügungen werden aus Angst vor der Apparatedizin, vor der Intensivmedizin verfasst. Befragt man diese Menschen, so haben diese in aller Regel keine konkrete Vorstellungen: sie können meist nicht sagen was sie unter Apparatedizin und Intensivstation verstehen. Ist Angst, ohne gründliche Information, ohne Sachkenntnis, ein guter Berater? Autonomie, Selbstbestimmung und Freiheit sind an Bedingungen gebunden, wenn sie nicht zur Willkür verkommen sollen.

Die Intensivmedizin, die Intensivstation wird von einer merkwürdigen Aura umgeben, merkwürdig weil Vieles für den Laien im Unklaren bleibt: das sich selbst informieren ist immer unbequem. Auf der einen Seite symbolisiert sie die

scheinbare Omnipotenz der modernen Medizin, und das führt bei Vielen zu Ängsten. Auf der anderen Seite wird an ihr die Hoffnung festgemacht, der Glaube aufrechterhalten, mit Technologie sei jedes Problem zu lösen: es wird schon jemand da sein der mir hilft. Diese Hoffnung ist aber nicht mit Vertrauen verbunden. In dieser Spannung, gleichsam in dieser Spaltung ist kaum Raum für rationale Abwägungen: bei Patienten und Angehörigen kann ein Gefühl des Ausgeliefert sein entstehen, schwankend zwischen Angst und Hoffnung – erst bei Menschen, die die Intensivmedizin als Patienten direkt erlebt haben, tritt oft so etwas wie Vertrauen und Dankbarkeit auf; bei Pflegenden und Ärzten tritt selten durch Auseinandersetzung ein Bewusstsein auf über Aufgaben, Grenzen, Stellung und Bedeutung der Intensivmedizin auf; Ärzte können zudem den Erfolg nur intendieren, und das ist schwierig genug, aber nie garantieren; viele erwarten aber eine Art Erfolgsgarantie, und sind dann um so mehr enttäuscht, wenn der Erfolg, wie zu recht erhofft, ausbleibt; Erwartungen und Anforderung an die Intensivmedizin sind enorm: von perfekter Hilfe bis hin zu menschlicher Begleitung: dass beides im zunehmenden Maße in einem rein ökonomisch gesteuerten Gesundheitssystem nicht so möglich ist wie es nötig wäre ist vielen noch nicht bewusst geworden (9).

7. Das Idealbild des heutigen modernen Menschen ist fast ausschließlich geprägt durch Jugendlichkeit, Gesundheit, Leidensfreiheit, Spaß, Dynamik und Leistungsfähigkeit. Diese Ideale werden oft als die wesentlichen Ziele angesehen. Zustände mit Bewusstseinsstrübung, Wachkoma-Zustände, ein Leben im Rollstuhl, Von-Anderen-Abhängig-Sein, Inkontinenz werden als entwürdigend angesehen; wer sich in einem solchen Zustand befindet hätte seine Würde verloren, ein Leben in einem solchen Zustand sei kein lebenswertes Leben mehr. Hinter einer solchen Denkart offenbart sich eine merkwürdige Auffassung der Würde des Menschen, die schwer mit Art. 1 Grundgesetz vereinbar ist. Die Würde des Menschen in Abhängigkeit von der aktuellen Attribution von Zuständen zu definieren ist eine bioethische Denkweise: nur wer bestimmte Merkmale aktuell besitzt (beispielsweise Rationalität, Wünsche oder beliebige andere) sei Träger von Würde. Bei genauer Betrachtung zeigt sich die utilitaristische Willkür, die eine solche Denkart gefährlich macht. Ähnliche Argumente werden immer wieder angeführt, um die aktive Sterbehilfe einzuführen.

Viele Patientenverfügungen werden aus der oben genannten Haltung heraus verfasst: ist diesen Menschen bewusst, dass sie dadurch ihre eigene Würde verneinen und verletzen, dass sie sich auf die Ebene eines P. Singer oder N. Hörster begeben? (10)

Wie würdevoll und bewundernswert ein Leben im Wachkoma sein kann, wie viel Respekt es uns abverlangt kann nachgelesen werden (11). Dieses Buch ist auch deshalb sehr zu empfehlen, da deutlich wird, wie der Umgang sowie das Verhalten der Helfenden, die Umgebung um den Kranken entwürdigend ist – nicht der Zustand, nicht der Kranke selbst!

8. Überbewertung individueller Autonomie. In dem Maße, in dem dieses Prinzip auf- und überbewertet wird, fast autistisch überhöht wird, werden der unbedingte Lebensschutz (und nur wenn dieser wirklich *unbedingt* ist, kann er seine Schutzfunktion entfalten), die Beziehungsebene zwischen Arzt und Patient sowie das Prinzip der Fürsorge für den anderen als das vorrangige ethische Prinzip, durch welches die Mit- und Zwischenmenschlichkeit erst konstituiert werden, in den Hintergrund gedrängt. Nicht mehr die sinnlich-naturhafte Kultur mitmenschlicher und sozialer Lebensprozesse, sondern der individuelle vermeintlich „freie“ Wille zur Selbstbestimmung des Rechts auf nicht Behandlung, auf Sterben, ist in den Vordergrund der Werthandlungen vieler Menschen getreten. Vor diesem Hintergrund scheint es vordergründig verständlich, wenn Patientenverfügungen als wirksames Instrument zur Förderung des individuellen Selbstbestimmungsrechtes in Krankheit und am Lebensende gesehen werden. Es ist aber gut zu untersuchen, ob nicht genau das Gegenteil durch eine Verfügung geschieht: die Ablehnung von Hilfe verstärkt das Alleine Sein, die Isolation, wahrscheinlich dadurch das Leiden; wo kommt Hilfe her, wenn die Kultur der Mitmenschlichkeit verneint und abgelehnt wird?
9. Die zunehmende Verrechtlichung des Lebens und des Lebensendes. Die Ermittlung des „mutmaßlichen Willens“ spielt beim Vorliegen von „Nicht-Einwilligungsfähigkeit,“ und „Bewusstlosigkeit“ für den Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient eine immer größere Rolle. Die mit der Ermittlung des „mutmaßlichen Willens“ einhergehende Gefahr der Willkür (der vielleicht, mutmaßlich geäußertes Wille, wenn er sich geäußert hätte...) und die daraus resultierende Rechtsunsicherheit sind nur eine der vielen Quellen für

Patientenverfügungen. Der Arzt habe den „mutmaßlichen Willen“ aus den Gesamtumständen, aus der Lebenseinstellung zu ermitteln.

Gegen die Rechtskonstruktion des „mutmaßlichen Willens“ gibt es zu Recht mehrere und gravierende Einwände. Hier möchte ich zunächst drei Einwände näher betrachten. Zum einen hat die Ermittlung des „mutmaßlichen Willens“ immer etwas spekulatives, ist also nicht genuiner Ausdruck von Autonomie und Selbstbestimmung: die Ermittlung des mutmaßlichen Willens mit der Autonomie des Patienten zu begründen steht auf äußerst unsicherem Boden. Zum zweiten ist der „mutmaßliche Wille“ stets von den allgemeinen Wertvorstellungen der Gesellschaft, vom Zeitgeist und den jeweils vorherrschenden Meinungsströmungen und Werturteilen geprägt und abhängig, somit aber gerade nicht individuell. In pluralistischen Gesellschaften sind allgemeine Wertvorstellungen nicht zu ermitteln und damit kaum als Entscheidungsgrundlage geeignet. Der „mutmaßliche Wille“, wie auch immer ermittelt, kann deshalb kein Maßstab für den individuellen Willen des Patienten sein, der sich nicht mehr äußern kann. Zum dritten: es ist davon auszugehen, dass sich ein vormals geäußelter Wille, der sich auf abstrakte, vorgestellte Situationen in der Zukunft bezieht, sich unter den Bedingungen der Erkrankung, in der konkreten Lebenssituation meist dramatisch ändert. Es käme also darauf an, dass in einer konkret gegebenen Krankheits- und Behandlungssituation stets der zu diesem Zeitpunkt, in Kenntnis der vorliegenden Situation, gültige und konkret geäußerte Wille ermittelt wird – ein prinzipiell unmögliches Unterfangen. Ein mechanisches und formales Abarbeiten dieser komplexen Fragen führt in aller Regel zu großen Missverständnissen und kann zynische Folgen haben, in dem Sinne, dass der Arzt, dessen Aufgabe genuin eine andere ist, beim Vorliegen einer Verfügung diese als verbindlich ansieht und keine Behandlung beginnt.

Die Forderung alles zu regeln und zu normieren – es ist das Wesen des Rechts zuverlässige Normierungen zu erreichen – ist Folge und Symptom zugleich einer allgemeinen Verunsicherung, aber auch einer Werte-Leere. Wo Ungewissheit sich breit macht, greift das Recht ein – man spricht dann von Rechtssicherheit - und versucht zu regeln und zu normieren, auch in Bereiche hinein, die so individuell, so intim-heilig sind, dass sie sich einer sinnvollen Normierung entziehen; wenn doch eingegriffen wird, kann gerade dadurch größerer Schaden entstehen. Wir sprechen auch - nicht ganz zu Unrecht – von einer

Verrechtlichung der Gesellschaft: je größer die Werte-Leere und die Verunsicherung, desto lauter wird der Ruf nach einer rechtlichen Regelung.

Ein kurzer Blick in die Geschichte

Die frühere Wissenschaft, auch die Medizin, bestand im Wesentlichen darin, die Schriften der Gelehrten zu kennen und diese weiterzugeben; in einer weiteren Phase wurden die Naturerscheinung daraufhin überprüft, ob sie mit den Schriften übereinstimmt – so war es lange Jahrzehnte in der Medizin.

Im 16 und 17 Jahrhundert regte sich die Selbständigkeit des Geistes, man lernte die Natur mit anderen Augen zu betrachten: so entdeckte Harvey den Kreislauf, so wurden die ersten Anatomiebücher geschrieben bzw. gezeichnet – Vesal, Leonardo da Vinci sind nur einige dieser Persönlichkeiten.

Rene´ Descartes (1596 – 1650) gilt als der Begründer der modernen Naturwissenschaft. Sein berühmt gewordener Satz: Cogito ergo sum (ich denke, also bin ich) zeugt von einem neu erwachten Selbstbewusstsein, das die Sicherheit im eigenen Denken findet und nicht mehr in der religiösen Autorität. Für ihn ist der menschliche Körper eine Gliedermaschine, die Gesetze der Mechanik sind identisch mit denen der Natur; er postulierte die mathematische Beweisbarkeit aller Dinge, andere Prinzipien wollte er nicht akzeptieren, nur diese Prinzipien seien Grundlage der Naturwissenschaft; ein komplexes Geschehen wollte er in einfache Teile zerlegen, um es besser verstehen zu können. Er wollte so „ die Götter aus der Natur austreiben“.

Für Francis Bacon (1561 – 1626) war die Natur das objektiv Machbare. Galileo Galilei (1564 – 1642) wollte ein einfaches Modell der Welt; es zählte die Übereinstimmung mit dem Experiment, nicht die Wahrnehmung der Phänomene selbst. Von ihm stammt der Satz:“ Alles, was messbar ist, messen und was nicht messbar ist, messbar machen“.

Diese drei Persönlichkeiten haben, neben vielen Anderen, maßgeblich die Entwicklung bis zur heutigen Naturwissenschaft geprägt. Sehr verkürzt handelt es sich um folgende Aspekte:

- a) Der Mensch ist eine komplizierte Maschine; er ist mehr oder weniger die Summe seiner Teile.
- b) Der Reduktionismus: das immer Kleinere, das Detail wird untersucht, das Ganze, der Zusammenhang wird aus den Augen verloren.

- c) Es gilt nur das, was wir zählen, wiegen und messen können - damit sei die Wissenschaft objektiv und wertfrei. Der Mensch selber ist somit Objekt einer Medizin geworden, die sich ausschließlich als Naturwissenschaft versteht. Damit sind aber Zuwendung und Beziehung, da nicht messbar, unwichtig bis nicht existent.
- d) Wenn aber die Wissenschaft wertfrei ist (gibt es überhaupt eine wertfreie Wissenschaft?) so existiert keine Ethik!
- e) Damit sind die Geister aus der Natur entgültig ausgetrieben, also die Orientierung an einem Übergeordneten, an einer metaphysischen Welt – deren Existenz-Möglichkeit wird bereits bestritten. Damit ist die alleinige Orientierung an das Diesseitige erreicht, die Welt ist Materie. Einige Folgen dieser Denkweise haben wir oben schon angedeutet.
- f) Mit dem Satz „Cogito ergo sum,“ ist der Vorrang des Bewusstseins vor dem Sein sehr prägnant formuliert.
- g) Direkte Folge davon ist die heute vorherrschende Meinung, dass ein Leben ohne Bewusstsein nicht mehr menschenwürdig, nichts mehr wert sei.

Diese kurze Skizze umreißt eine Entwicklung im Denken, in der Naturwissenschaft, im Menschenbild, die u.A. den technischen Fortschritt ermöglichte und die heutigen Errungenschaften hervorgebracht hat. Unser Leben ist heute in unüberschaubarer Weise von Technik abhängig: Wecker, Küchenmaschinen, elektronische Uhr, Telefon, Handy, Auto, Flugreisen, Computer, Fernseher, Radio und vieles andere mehr – einschließlich vieler Medikamente. Trotz der damit verbundenen Gefahren (denken wir nur daran, welche Folgen eine Fehlfunktion bei einer Flugreise haben kann) wenden wir meist unbewusst Technik an oder profitieren von ihr oder sind gar von ihr abhängig. Der Umgang ist in den allermeisten Fällen ohne Angst, beispielsweise bei der Heizung.

Das Menschen- und Weltbild, das all diese Dinge erst möglich gemacht hat, lebt mehr oder weniger unbewusst in uns allen. Die technischen Möglichkeiten und die Fortschritte der modernen Medizin sind ebenso Folge dieser Entwicklung, sind ebenso Kinder ihrer Zeit. Die Möglichkeiten der modernen Intensivmedizin sind vergleichsweise einfach und relativ primitiv: sie sind meist aber mit Angst belegt – so weit, dass man den Begriff „Apparatemedizin“ fast schon als Schimpfwort verwendet. Die Technik im täglichen Leben führt zu Problemen, wenn sie einmal nicht funktioniert – die Technik in der Medizin wird hingegen angewandt, um dem

Menschen zu helfen, ja um ihn am Leben zu erhalten, Leiden zu lindern; Leiden, das ohne Hilfe (die technische mit einbezogen) deutlich größer wäre.

Worin liegt diese Diskrepanz, dieser Widerspruch begründet? Liegt es alleine an der mangelnden Zuwendung der heutigen technisierten Medizin? Warum haben viele vor dieser Technik Angst – und meinen sich mit einer Verfügung davor schützen zu müssen oder zu können – vor jener Technik aber nicht?

Werden wir nun krank und hilfsbedürftig, so spüren wir vielleicht, dass einige Elemente dieser naturwissenschaftlichen Weltauffassung nicht stimmig sind, dass sie nicht die Komplexität der Wirklichkeit abbilden. Das kann ein beängstigendes Moment sein. In der medizinischen Hilfe, im technischen Können kommt uns das Ergebnis dieser Weltauffassung (mit der wir unbewusst bisher ganz gut gelebt hatten) frontal entgegen – in seiner Faszination, aber auch in seiner Einseitigkeit. Dieser Bewusst-Werdungs-Prozess in der Situation der Hilfsbedürftigkeit wirkt beängstigend, weil er nun als Spiegel uns die Folgen eines Menschenbildes vorhält, das jetzt existenziell geworden ist. Handelt es sich vielleicht um eine Projektion? Der Patient, die meisten Menschen haben existenzielle Ängste vor Krankheit und Tod – diese werden gesellschaftlich tabuisiert. Diese Angst wird nun übertragen auf die Hilfsmöglichkeiten, auf die Medizin, auf die Apparatedizin.

Ist aber eine Patientenverfügung das geeignete Mittel gegen die Angst? Der Patient sucht und benötigt menschlich-professionelle Hilfe, Verständnis, Begleitung und Zuwendung: verweigert nicht der Patient selber mit einer ablehnend formulierten Verfügung die Zuwendung und schadet sich noch mehr?

Einige Inhaltliche Aspekte

In einer bemerkenswerten Rede hat der ehemalige Bundespräsident J. Rau einmal folgendes Ausgesprochen: „ Autonomie, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung des Einzelnen gehören spätestens seit der Aufklärung zu den großen Errungenschaften unserer Zivilisation. Die Entscheidungsfreiheit des Einzelnen hat herausragende Bedeutung: das darf uns den Blick nicht dafür verstellen, dass auch Selbstbestimmung an Voraussetzung gebunden ist und dass sie Grenzen hat“ (12). Was hatte die Aufklärung inhaltlich dazu ausgeführt? Vielleicht der wichtigste Vertreter dieser Strömung antwortete bereits 1783 auf die Frage: “Was ist Aufklärung?“ : „ Aufklärung ist der Ausgang des Menschen aus seiner selbst verschuldeten Unmündigkeit. Unmündigkeit ist das Unvermögen, sich seines

Verstandes ohne Leitung eines anderen zu bedienen. Selbstverschuldet ist diese Unmündigkeit, wenn die Ursache derselben nicht am Mangel des Verstandes, sondern der EntschlieÙung und des Mutes liegt, sich seiner ohne Leitung eines anderen zu bedienen. Sapere aude! Habe mut dich deines *eigenen* Verstandes zu bedienen !, ist also der Wahlspruch der Aufklärung:“ (4)

Also: es handelt sich um eine Aufgabe, um eine Selbstverpflichtung, um eine selbstkritische Haltung, um die Verpflichtung sich kundig zu machen, bevor eine Entscheidung oder eine Handlung vollzogen wird; es reicht nicht, sich allein aufklären zu lassen, also eine passive Haltung. Vielmehr ist die Verpflichtung angesprochen, sich selber kundig zu machen, sich zu informieren, sich seines Verstandes zu bedienen.

„ Wer nur handelt, weil er bestimmte sittliche Normen anerkennt, dessen Handlung ist das Ergebnis der in seinem Moralkodex stehenden Prinzipien. Er ist bloÙ der Vollstrecker. Er ist ein höherer Automat.“ (13). Der Ideengehalt einer Handlung wirkt als Motiv; das höchste Motiv ist die begriffliche Intuition. „ Die Handlung ist also keine schablonenmÙige, die nach irgendwelchen Regeln ausgeführt wird, und auch keine solche, die der Mensch auf uÙeren AnstoÙ hin automatenhaft vollzieht, sondern eine schlechthin durch ihren idealen Gehalt bestimmte. Zur Voraussetzung hat eine solche Handlung die Fähigkeit der moralischen Intuition. Wenn die Fähigkeit fehlt, für den einzelnen Fall die besondere Sittlichkeitsmaxime zu erleben, der wird es auch nie zum wahrhaft individuellen Wollen bringen.“ (13) Der ethische Individualismus ist keineswegs Willkür: jeder hat seine freie Idee...; dazu gehört Vorbereitung, Information, Wahrnehmung der Welt, der Wirklichkeit, das Erkennen der Welt, das Bewusstsein der komplizierten Zusammenhänge und nicht zuletzt das Bewusstsein der Folgen meiner Handlungen. Nur dann kann Selbstverantwortung entstehen.

Die Selbstkritische Haltung kommt auch in einem Satz zum Ausdruck: „Man muss sich der Idee erlebend gegenüberstellen können; sonst gerät man unter ihre Knechtschaft“ – in der ersten Fassung stand: „ Man muss sich der Idee als Herr gegenüberstellen, sonst... „ (13) Also auch hier: sich und seine Idee in selbstkritischer Haltung gegenüber stellen und hinterfragen. Nur so kann die selbstverschuldete Unmündigkeit überwunden werden.

K. Jaspers hat die notwendige kritische Haltung 1958 in folgenden Sätzen formuliert:

„ Wenn ich durch Forschen, statt es methodisch zu durchschauen verstrickt werde, als ob es alles Denken wäre, dann habe ich mich selbst und mir die Wirklichkeit verschlossen. Ich habe mich eingeschlossen in die Denkformen der empirischen Realität und der gegenständlichen Kategorien überhaupt. Erst eine universale Kategorienlehre, die ausgeführt in der Fachphilosophie deponiert wird, aber ihrerseits unabschließbar ist, macht mich zum Herren der Denkformen und befreit mich aus dem Gefängnis... Philosophie, ohne als ihr Moment den Geist der Wissenschaftlichkeit zu haben, wird heute unwahr im Ganzen, Wissenschaft ohne Philosophie wird trotz richtiger einzelner Erkenntnisse im Ganzen unkritisch und in der inneren Verfassung ihrer Träger zu dunklen Verschlossenheit...Die Beschränkung auf die naturwissenschaftliche Medizin ist für den Forscher ungefährlich. Er ist noch nicht Arzt. Der Arzt aber bedarf im Unterschied vom beschränktem Forscher der Universalität. Zwar gibt es keine Ganzheitsmedizin. Das Ganze ist kein Gegenstand, sondern eine Idee. Aber der souveräne Arzt will universal die möglichen Gesichtspunkte zur Verfügung haben und als Mensch in der menschlichen, in der geistigen Welt zu Hause sein...Man sieht Ärzte, die Philosophie verwerfen... aber ohne Philosophie kann man an der Grenze naturwissenschaftlicher Medizin des Unfugs nicht Herr werden...Die Praxis des Arztes ist konkrete Philosophie. (14)

Die Diskussionen bewegen sich aber seit Jahren ganz überwiegend im rechtlichen Raum: es wird stillschweigend vorausgesetzt, dass eine Patientenverfügung etwas gutes und notwendiges sei; es scheint nur noch um das „wie“ zu gehen. Die Fragen sind kaum ethischer und inhaltlicher Natur, oft hat man den Eindruck es gehe nur um Verfahrensethische Fragen: wenn bestimmte Bedingungen die es festzulegen gilt eingehalten sind, so gilt eine Verfügung: schließlich sei jeder Autonom...

Diese unkritische Vorgehensweise reduziert jedoch tief menschliche Probleme auf eine inadäquate Oberflächlichkeit.

Die Aufmerksamkeit wird fast ausschließlich auf normative Aspekte gelenkt, nur diese werden diskutiert. Normative Absicht alleine wird der Realität des Schwerkranken nicht gerecht: „ Wie soll schließlich der schwer kranke und oft bewusstlose Patient in seiner ohnehin prekären Lage auf der Intensivstation noch in der Lage sein, von seiner Autonomie und Selbstbestimmung angemessenen Gebrauch zu machen?“ (9).

Weiter Unten werden wir einige rechtliche Entwicklungen näher diskutieren: an dieser Stelle geht es jedoch zunächst im Sinne der eben geschilderten kritischen Haltung darum, einige Frage inhaltlicher Art zu besprechen.

Die Würde des Menschen

Wir sprechen von der Würde des Menschen, die laut Art. 1 GG unantastbar ist. Integrativer Bestandteil dieses Begriffes sind Autonomie und Selbstbestimmung, aber auch Beziehung. Werden diese nicht respektiert, so wird der Mensch vom Subjekt zum Objekt, damit wird seine Würde verletzt. In der Medizin wird diesem hohen Gut Rechnung getragen in Form des *informed consent*: jeder Eingriff (Operation, Darmspiegelung, Magenspiegelung sowie viele andere kleine Eingriffe) muss erklärt werden, der Patient muss informiert sein, er muss Fragen stellen können, er muss am Tag vor dem Eingriff unterschreiben, bis zuletzt hat er die Möglichkeit seine Meinung zu ändern. Der Patient darf nicht unter medikamentösen Einfluss stehen, sein Bewusstsein darf bspw. nicht durch Beruhigungsmittel beeinträchtigt sein. Einwilligungsfähig ist er, wenn er das Für und Wider seiner Handlungen (seiner Entscheidungen) abschätzen kann. Also, sehr strenge Bedingungen, die im Gesundheitswesen eingehalten werden, auch wenn sie oft genug kaum praktikabel sind.

Im Falle der Patientenverfügung, die gerade in Zuständen der Bewusstlosigkeit gelten soll, treten Schwierigkeiten auf: wie soll der Betreffende die Zukunft voraussehen können? in welchen Zuständen könnte er kommen? welche Behandlungsmöglichkeiten werden sich daraus ergeben? mit welchen Risiken oder Aussichten?. Um Autonomie wahrnehmen zu können, müssen all diese Aspekte bekannt sein, da sonst die Bedingungen nicht erfüllt sind. Da alles in der Zukunft liegt und diese nicht antizipierbar ist, sind die Bedingungen nicht erfüllbar: es handelt sich um eine prinzipielle Unerfüllbarkeit, die die Autonomie erheblich einschränkt.

Die Frage lautet: wie können wir mit der Autonomie des nicht Autonomen umgehen? Einfach so tun, als ob die Bedingungen, die sonst juristisch so streng gehandhabt werden, erfüllbar wären, spricht nicht für eine wissenschaftliche Redlichkeit.

Wir müssen aber diese Begriffe inhaltlich hinterfragen: wie selbstbestimmt und autonom sind wir wirklich? Diesen Fragen ist 4 Tagung der Stuttgarter Gespräche gewidmet worden (15). Es handelt sich primär um eine philosophische bzw. um

eine anthropologische Frage, nicht so sehr um eine rechtliche. Wenn die Gesellschaft in der wir leben, eine bestimmte Haltung gegenüber Älterwerden, Krankheit, Abhängigkeit, Leiden, Sterben und Tod vertritt, wird jeder im Laufe seines Leben davon unmerklich davon geprägt sein: es wird sehr schwer sein, sich dieser Haltungen bewusst zu werden und sich davon zu distanzieren.

Im Leben gibt es Bereiche, in denen der Mensch frei und selbstbestimmt ist und andere, in denen es nicht zutrifft – selten sind wir uns dessen wirklich bewusst. Zur Entwicklung des Menschen gehört beispielsweise eine Phase, unmittelbar nach der Geburt, der kompletten Hilflosigkeit und Abhängigkeit. Ein Leben ohne jegliche Abhängigkeit wäre „trotzlose Existenz“, in soziale Sinnlosigkeit abgefallen, da die Beziehung als das menschlich Konstituierende fehlen würde. Jede Verfügung die „nein“ sagt, die verweigert, die ablehnt, verhindert das Entstehen einer Beziehung – negiert damit ein menschlich notwendiges Element(16).

Die Frage muss lauten: wie frei sind wirklich Menschen die unter Schmerzen leiden, die unter dem Gefühl leiden, anderen zur Last zu fallen, die unter Verlust jeglicher Beziehung am Sinn ihrer Existenz zweifeln? (17).

Der Hauptstrom in der westlichen Gesellschaft vertritt – meist unbewusst - ein Menschenbild, das gehirngedundene Bewusstseinsleistungen als das Zentrale des Menschseins sieht. Der Vorrang, das Primat von Bewusstsein und Selbstbewusstsein (18) lässt aber leicht vergessen, dass das Sein, das Leben selbst unabdingbare Voraussetzung für alles andere ist, Grundlage und Bedingung zugleich für das Bewusstsein; „ Schon die Rede von einem Wert des Lebens, von lebenswertem oder lebensunwertem Leben, beruht auf dem Vergessen, dass es so etwas wie Wert oder Unwert doch nur unter der Voraussetzung von Leben geben kann“; Heideggers Begriff der „Seinsvergessenheit“ sei in diesem Zusammenhang hilfreich (19). Das Sein selbst ist es, das alles ermöglicht, so Heidegger (20).

Es trägt schon schwer nachvollziehbare absurde Züge, wenn im Name von Autonomie und Selbstbestimmung der Träger dieser Rechte für sich das Recht in Anspruch nimmt, sich zu eliminieren, das autonome Selbst, also die Grundlage von Autonomie, nämlich das Sein selbst, zu vernichten.

Was zunächst scheinbar harmlos erscheint, zeigt sich bei genauerer Betrachtung in seiner Gefährlichkeit: der Rekurs auf das unveräußerliche Recht auf Autonomie und Selbstbestimmung soll die Notwendigkeit der Patientenverfügung begründen. Die Tötung auf Verlangen wird aber mit den gleichen Recht begründet. „ Der Übergang

von der Tötung auf Verlangen zur Tötung ohne Verlangen ist im Übrigen von der gleichen Konsequenz wie der Übergang von der gesellschaftlichen Akzeptanz des Selbstmordes zur Legalisierung der Tötung auf Verlangen“. Wären Autonomie und das Recht auf Selbstbestimmung wirklich ernst gemeint, „so müsste jeder Tötungswunsch eines erwachsenen, zurechnungsfähigen und informierten Menschen erfüllt werden“ (19).

„In einer Welt, in der alles machbar zu sein scheint, will man einfach nicht leiden und man will auch möglichst kein Leid sehen“ (21): Leben ohne Anstrengung und ohne Leid ist viele Menschen ein Ziel. Durch Institutionalisierung von Krankheit, Sterben und Tod (Einweisung dieser Menschen in Einrichtungen) sind diese Phasen des Lebens des Menschen zu virtuellen Größen geworden: immer weniger Menschen erleben hautnahe und direkt das Sterben eines Menschen – höchstens noch aus TV-Filme, die oft ein Töten aus Pietät suggerieren. Der immer noch nicht beherrschbare Tod passt nicht in eine Welt hinein, die in der Illusion lebt, alles sei beherrschbar, wenn nur besser und mehr geforscht würde... Der Tod ist aber ebenso eine Bedingung menschlicher Existenz wie die Beziehung. „Dem auf seine Individualität und seine individuellen Rechte pochenden, mehr oder weniger vereinzelt lebenden Menschen würde die Freigabe der Tötung auf Verlangen zwar suggerieren, dass er seine Autonomie bis zum Schluss bewahren könnte. Eigentlich bedeutet sie aber nichts anderes als das Festschreiben und vergrößern der inneren Vereinsamung und der Äußeren Kälte... Man möchte möglichst lange leben und dann am besten sofort tot sein. Gesund ist man zuhause, repariert wird man im Krankenhaus; und wenn das nicht funktioniert, wird am besten dort auch gleich gestorben. Dass Sterben und Tod aber eigentlich den Wunsch nach Innehalten und Besinnung aufkommen lassen, wissen wir nicht zuletzt aus der Literatur“ (21). So beschreibt Tolstoj sehr treffend und genau, welche Werte in der Sterbebegleitung und im Leben zählen – Werte die eine Patientenverfügung nie geben und garantieren kann: “Die Hauptqual für Iwan Iljitsch lag in der Lüge, in der von allen anerkannten Lüge, dass er nur Krank und nicht ein Sterbender sei, dass er sich nur ruhig verhalten und die Medizin nehmen solle und alles dann wieder gut werde. Was immer sie ihm eingaben – er wusste, dass für ihn nichts anderes darauf folgen würde als noch quälendere Leiden und der Tod. Und ihn peinigte diese Lüge, ihn peinigte es, dass sie nicht offen bekennen wollten, was sie wussten und was er wusste, sondern ihn belogen und ihn selber zwangen, an dieser Lüge teilzuhaben. Die Lüge, die Lüge, die sich an seinem

Sterbebett breit machte, mit der sie immer wieder den furchtbaren, feierlichen Akt seines Todes ihren Gesellschaften, Fenstervorhängen und Dinern mit Fischspeisen gleichstellten – diese Lüge war furchtbar quälend für Iwan Iljitsch. Und merkwürdig: wenn sie ihm wieder eine dieser Komödien vorspielten, war er oft nahe daran aufzuschreien: „Hört doch auf zu lügen! Ihr wisst und ich weiß, dass ich sterbe. Hört wenigstens auf zu lügen!“ Aber hatte niemals den Mut, das zu sagen. Der furchtbare, schreckliche Akt seines Sterbens, das er sah, wurde von allen in seiner Umgebung wie eine der vielen zufälligen Unannehmlichkeiten, ja Taktlosigkeiten des Lebens behandelt (in der Art, wie man mit einem Menschen umgeht, der im Salon einen unangenehmen Geruch um sich verbreitet), und dieses Verhalten gründet sich auf jene Anschauung von „Anstand“, der er sein ganzes Leben gehuldigt hatte. Es sah, dass niemand mit ihm Mitleid hatte, weil niemand seine Lage begreifen wollte; nur Gerasim begriff seine Lage und hatte Mitgefühl mit ihm. Und darum war Iwan Iljitsch nur wohl mit Gerasim. Ihm tat es wohl, wenn Gerasim manchmal die ganze Nacht hindurch seine Beine hielt und nicht weggehen wollte, sondern sagte: „Sorgen Sie sich nicht um mich, Iwan Iljitsch, ich werde schon schlafen!“ oder plötzlich zum Du übergehend, hinzufügte: „ Du bist doch krank, da muss ich dich doch pflegen“. Nur Gerasim log nicht. Aus allem konnte man erkennen, dass er allein begriff, worum es sich hier handelte, und es nicht für notwendig hielt, es zu verbergen, und ganz einfach mit seinem kranken, entkräfteten Herrn Mitgefühl hatte. Einmal, als Iwan Iljitsch ihn wegschicken wollte, sagte er geradezu: „Wir alle müssen einmal sterben, warum soll ich nicht was für Sie tun?“ Und damit drückte er aus, dass er sich nicht belästigt fühlte, weil er es für einen Sterbenden tat, und hoffte, dass auch ihm einst, wenn seine Zeit komme, ein Mensch helfen werde“. (22) Diese Qualitäten sind notwendig und hilfreich in Situationen des Krankseins, des Sterbens sowie der Bewusstlosigkeit; sie lassen sich nicht per Verfügung einfordern.

Hedonistische Züge – das Leben soll möglichst viel Freude bringen, Leid wird als entwürdigend empfunden – schwingen meist unbewusst mit. So finden wir in fast allen Patientenverfügungen sinngemäß folgende Formulierungen: „ Wenn ich mich in einem Zustand des bleibenden Bewusstseinsverlustes befinden sollte...verlange ich dass dies oder jenes nicht durchgeführt wird...“ Damit manifestiert sich gerade dieses gesellschaftlich unreflektierte Menschenbild, wonach die Fortführung eines Lebens ohne wachrationales Bewusstsein nicht menschengerecht, unwürdig, sinnlos und nicht lebenswert sei; für viele Menschen ist Leiden ein Grund nicht weiterleben zu

wollen; in Abhängigkeit von Anderen zu geraten sei unwürdig (siehe hierzu die Passage aus Tolstoj). Die Zuschreibung bestimmter empirischer Eigenschaften ist aber eine typische bioethische Fiktion: nicht das Menschsein als solches bedingt den Status des Würdenträgers, sondern erst bestimmte Attributionen, die aktuell vorhanden sein müssen. Gerade dadurch wird die Würde des Menschen verletzt, dass das Menschsein abhängig gemacht wird vom aktuellen Haben oder vom Fehlen bestimmter Merkmale (die relativ beliebig definiert werden können). Das Sein, das Leben sowie die Würde des Menschen können nicht abhängig gemacht werden vom Nachweis vorhandener Eigenschaften.

Autonomie und Selbstbestimmtheit können nur dann in Anspruch genommen werden, wenn die eben skizzierten Zusammenhänge eines Menschenbildes mit seinen Folgen bewusst sind. Erst dann kann ich meine autonome Position bestimmen. Den allermeisten Menschen sind jedoch solche Zusammenhänge nicht bewusst. Es ist ebenso naiv zu denken, dass ein unausgesprochenes Menschenbild, das sich aber hinter eine Patientenverfügung verbirgt oder dieser zugrunde liegt, neutral sei und keine gesellschaftliche Folgen haben werde.

Verantwortung trägt der Mensch für die Folgen seiner Handlungen und seines Denkens auch wenn er sich der Tragweite und der Inhalte nicht bewusst ist.

Die Angst

Viele Patientenverfügungen werden aus Angst verfasst, Angst, man würde in die Mühlen der Medizin geraten und nicht sterben können – so als gäbe es einen vorbestimmten Todeszeitpunkt der nicht zu tangieren sei. (Darüber weiter unten mehr).

Zu diesem Motiv sind viele Fragen zu stellen. Ist Angst ein guter Berater? In aller Regel handelt es sich um eine allgemeine Angst, die nicht konkrete Situationen meint, da sich die meisten keine Gedanken gemacht haben. Ein typisches Beispiel dieser undifferenzierten Angst ist die angstbeladene Vorstellung, mit einem Herzschrittmacher nicht mehr sterben zu können, daher oft die Ablehnung eines solchen. Der wirklich Autonome würde durch Information erfahren, dass das Leben mit Schrittmacher angenehmer ist, da beispielsweise die Bewusstlosigkeiten behoben sind; dass man dadurch aber nicht länger lebt und trotzdem sterben kann, da das Herz die elektrischen Impulse des Schrittmachers irgendwann nicht mehr beantwortet und stehen bleibt. Meine persönliche Erfahrung hierzu: werden die

Menschen aufgeklärt, geben die Patienten die Einwilligung, meist mit einem erleichterten Kommentar: „Wenn ich das gewusst hätte... „

Wir dürfen nicht übersehen: Autonomie ist eben auch mit unbequemer Selbstinformation und Aktivität verbunden.

Ein weiterer Gesichtspunkt ist nicht zu unterschätzen, wird von Vielen nicht in seinen Folgen berücksichtigt: im heutigen (deutschen) Gesundheitswesen, das alleine ökonomischen Diktaten gehorcht, besteht eher die Gefahr, dass zu wenig denn zu viel getan wird. Durch Verfügungen die in der Ablehnung verfasst ist, wird diese Tendenz unterstützt.

Viele meinen, dass der natürliche Verlauf einer Erkrankung der bessere, der angenehmere sei: meist ist es jedoch exakt umgekehrt. In der Medizin hat man bereits seit Jahrtausenden versucht einzugreifen, da man erfahren hat wie die Menschen ohne Hilfe leiden; es entspricht eher einer naiven Romantik zu glauben, ein natürlicher Verlauf sei der bessere und angenehmere.

„Utopische Züge trägt auch die Idee des natürlichen, selbstbestimmten Sterbens, eines Sterbens in Würde, alt und lebenssatt. Zum einen ist es im höchsten Maße problematisch, die Würde des Menschen mit einem abstrakten Begriff von Autonomie zu begründen, welcher die realen Eigenschaften der Entscheidungsfähigkeit, die Hilfs- und Schutzbedürftigkeit schwerkranker, sterbender, verwirrter oder geistig behinderter Menschen ausblendet. Zum anderen ist der Naturbegriff in unserer Gesellschaft ideologisch aufgeladen, gibt es doch in Wahrheit in keinem Bereich ein unmittelbares, sondern nur ein durch Kultur und Technik vermitteltes und überformtes Naturverständnis. Der heute geforderte natürliche Tod ist in Wahrheit ja der künstliche Tod, denn er ist Frucht der kunstvollen Selbstmanipulation des Menschen und seiner Lebensumstände. Der tatsächlich natürliche, d.h. ohne medizinischen Beistand eintretende Tod kann dagegen höchst qualvolle Begleitumstände haben.“ (23)

Eine weitere Vertiefung ist 2002 erschienen (24). „Vielmehr steht in diesem Zusammenhang zunehmend auch das Selbstverständnis des modernen Menschen überhaupt zur Debatte, der im Gefolge einer äußerst rasanten technischen Entwicklung immer mehr Determinanten seiner alltäglichen Lebenswelt nachhaltig verändert und sich nunmehr anschickt, auch die bis vor kurzem noch als unverrückbar erscheinenden Grenze des Todes seinem autonomen Gestaltungswillen zu unterwerfen“. Viele Menschen „flüchten“ in eine Begriffsfigur

des natürlichen Tode oder des natürlichen Sterbens, freilich ohne sich der möglichen Missverständnisse Klarheit zu verschaffen: „Eine erste Gruppe von Missverständnissen ist eng mit der Mehrdeutigkeit des Naturbegriffes verbunden. Bei den meisten Zeitgenossen löst die Vorstellung von etwas Natürlichem Assoziationen von Ursprünglichkeit, Urwüchsigkeit und Primitivität aus, die unabhängig davon, ob sie nun positiv oder negativ besetzt sind, in einem eindeutigen Spannungsverhältnis zu unserer technischen Zivilisation stehen. Ein solches, im Grunde naturalistisches Naturverständnis, für das das Natürliche als das `Andere der Vernunft` den polaren Gegensatz zur Kultur, Technik und Rationalität bildet, ist jedoch strikt von der normativen Vorstellung vollendeter menschlicher Individual- bzw. Artnatur zu unterscheiden, der im Begriff eines natürlichen Todes vorausgesetzt ist. Wenn der Mensch als vernunftbegabtes Sinnenwesen wesentlich auf die Selbstentfaltung unter der Leitung seiner Vernunft angelegt ist, und diese Vernunft im eminentesten Sinn Kultur und Technik hervorbringt, dann ist es weder zulässig, einen fundamentalen Gegensatz zwischen `Natur` und `Kultur` bzw. `Technik` zu behaupten, noch darf der Begriff eines natürlichen Todes mit der romantischen Vorstellung eines irgendwie archaischen Dahinscheidens verwechselt werden, das sich ohne jede Berührung mit den Errungenschaften der modernen Medizintechnik vollzöge. *Natürlich* sind Sterben und Tod des Menschen vielleicht immer dann, wenn sie infolge einer Erkrankung eintreten, die bereits so weit fortgeschritten ist, dass es zu einer definitiven, d.h. mit dem verhältnismäßigen“ (also angemessenen) “Einsatz medizinisch – therapeutischer Maßnahmen nicht mehr zu revidierenden Zerstörung jener somatischen Wirkungsabläufe gekommen ist“ die die Grundlage des Seins darstellen. *Nicht natürlich* ist der Tod dagegen dann, wenn er durch Unfall, Verbrechen oder Nicht-Behandlung einer behandelbaren Erkrankung eintritt. Von einem natürlichen Todeszeitpunkt zu sprechen ist in sich ein Widerspruch. Der Begriff des natürlichen Todes ist nicht als Gegensatz zur modernen Medizin zu sehen; dieser Begriff ist vielleicht ein – manchmal hilfloser – Versuch die Grenze zu fassen zwischen medizinisch-humanen angemessenen und der allein technisch-möglichen Interventionen. Es wäre sicher ein „folgeschweres Missverständnis, wollte man in der Rede vom natürlichen Tod ein im Grunde technikfeindliches Konstrukt erblicken, das unter den Bedingungen unserer gegenwärtigen, weithin technisch geprägten Lebensweltzwangsläufig anachronistisch und damit obsolet erscheinen müsste.“ (24)

An dieser Stelle berühren wir die Probleme einer Definition von Gesundheit und Krankheit: handelt es sich um Statische Zustände oder aber um Fähigkeiten, um Gleichgewichte oder um Übergänge?

Viele Motive und Beweggründe eine Patientenverfügung zu verfassen basieren auf einer Unzufriedenheit gegenüber dem „Medizinbetreib“: wir müssen aber differenzieren beispielsweise zwischen Medizin, Gesundheitspolitische Vorgaben, Organisationsstrukturen, gesellschaftliche Normen oder Gepflogenheiten – Aspekte die nicht immer der Medizin angelastet werden dürfen; Medizin ist auch Ausdruck und Kind gesellschaftliche Entwicklungen, die wir alle, mehr oder weniger bewusst, mit verursacht haben. „ Überhaupt sollte die vielfach an der sogenannten Schulmedizin geübte Kritik nicht übersehen, dass sie nur auf dem Hintergrund der großen Erfolge der etablierten Medizin möglich ist“. (23)

Wenn ein Mensch eine Verfügung schreibt, in der er alles verneint, jede medizinische Hilfe ablehnt, so steigert er das Allein-Sein, wovor er solche Angst hatte. Er lehnt Beziehung ab, die aber ein Element der Würde darstellt.

Wenn in einer Schriftenreihe des Robert Koch Institutes im Namen der Bundesregierung (25) mehrfach die Forderung nach einer „Qualitätssicherung der Medizin am Lebensende“ gestellt wird, so ist das ein gefährliches Symptom für Angst und Überforderung: Qualitätssicherung könnte nie den individuellen und damit nicht normierbaren Bedürfnissen des schwer Erkrankten oder Sterbenden gerecht werden – diese würde nur die ressourcenverbrauchende Bürokratie weiter steigern.

Die seit vielen Jahren geführten Diskussionen zu Patientenverfügungen, im Zusammenhang mit passiver und indirekter Sterbehilfe, Recht auf freiverfügteten Suizid, terminale Sedierung bis hin zur aktiven Euthanasie haben zu einer „Flexibilisierung des Tötungsverbotes“ geführt (26). Diese Flexibilisierung bedarf einer schärferen Kontrolle des Einzelfalles, um Missbrauch zu verhindern: „Die Frage ist, ob eine solche verschärfte staatliche Kontrolle die Ärzte und Patienten nicht eher belastet als entlastet“ (26). Sicher wäre damit auch das Sterben unnötigerweise verbürokratisiert. Eine einseitig zu hoch gehaltene Autonomie kann über mehrere Schritte Folgen verursachen (z.B. Bürokratie) die einer Autonomie zuwiderlaufen und diese wieder einschränken. Daraus ergibt sich aber eine Aporie, eine paradoxe Situation: „ Staatliche Institution muss auf diese Gefahren mit einer sorgfältigen Kontrolle reagieren, die die Verobjektivierung der verzweiferten Lage eines Patienten ja sicherstellen soll. Das aber heißt: es scheint so, dass paradoxerweise gerade der

Rekurs auf die Autonomie des Menschen das Sterben der persönlichen Sphäre entreißt....Der Verzicht auf diese Kontrolle aber, der gelegentlich um der Intimität des Sterbens willen gewünscht wird, würde bedeuten, den entscheidenden Schutz und die Verobjektivierung der verzweifelten Situation des Leidenden nicht mehr sachgerecht leisten zu können. Aus dieser Paradoxie kann eine Ethik der Euthanasie als Ethik der Autonomie nicht entkommen.“ (26). Ist aber Ethik der Euthanasie wirklich eine Ethik der Autonomie? Ist staatliche Kontrolle notwendig? Ist Verobjektivierung notwendig und wünschenswert? „Sterbesituation und Institutionalisierung sind nicht kompatibel“ so K. Dörner. (27).

Ist im Sinne der individuellen Verantwortung eine Rechenschaftspflicht nicht das bessere Instrument, wie K. Dörner nicht müde wird zu fordern?

Schützt eine solche Kontrolle wirklich? Die Entwicklung in Holland zeigt, dass eine formalisierte Kontrolle weder Missbrauch verhindert noch die vorgesehene Meldung erreicht (nicht einmal zu 50%); Grund für Meldeverweigerung ist außer Angst auch die Weigerung, gerade die Intimsphäre des Sterbeprozess, selbst bei aktiver Tötung, nicht preiszugeben.

Eindrücke und Vorstellungen

Viele Entscheiden sich für eine Verfügung unter dem Eindruck der Krankheitsverlaufes eines Freundes oder eines Angehörigen: „so wie es bei... gegangen ist, geworden ist...so soll bei mir aber nicht gehen“. Es handelt sich also um eine Argumentation ex Post, also aus dem Nachhinein; der Arzt muss aber ex ante, also aus dem jetzt, aus dem Vorher entscheiden und handeln: meistens kann er den Ausgang der Erkrankung nicht genau absehen. Wie wir bereits gesehen haben, kann der Arzt die Heilung, den Erfolg beabsichtigen, aber niemals garantieren. Die zwei Aspekte sind prinzipiell nicht zu vereinbaren: eine noch so gut gemeinte Entscheidung von dem Patienten aus dem ex post getroffen, kann ihm erheblich schaden.

Es kommt noch ein gravierender Aspekt hinzu: aus der Literatur sowie aus Erfahrung ist bekannt, dass die Vorstellungen eines heute noch gesunden ganz erheblich abweichen von den Vorstellungen und Wünschen des später betroffenen. Die Vorstellungen differieren zum Teil radikal, kehren sich ins Gegenteil um.

Eine plötzliche Krise führt meist schon in kürzester Zeit (es reichen schon wenige Minuten) zu einem Meinungsumschwung führen, der oft radikaler nicht sein kann.

Insofern sind juristische Vorstellungen, wonach eine Verfügung ihre Gültigkeit verstärkt, wenn sie zeitlich nahe oder wiederholt unterschrieben sei, nicht mehr als formalisierte Lebensfremdheit: ein Beispiel aus der Praxis soll das verdeutlichen (ich konnte mit der Patientin sprechen, also lag keine typische Verfügungssituation vor – aber was wäre geschehen, wenn sie kommunikationsunfähig gewesen wäre, ihr geänderten Wünsche nicht hätte verbalisieren können ??). Auf der Intensivstation behandelte ich eine 80 jährige Patientin, die wegen einer Lungenentzündung zunehmend unter Luftnot litt. Sie forderte in einer 23 Tage vorher unterschriebenen Verfügung, sie sterben zu lassen, sie nicht mit “Maschinen oder künstlichen Mitteln“ am Leben zu halten. Ich fragte sie, wie weit wir mit der Behandlung gehen sollten, beispielsweise Venenkatheter, Beatmung, Wiederbelebensmaßnahmen. Die Antwort kam sehr erstaunt und ebenso energisch: „ Natürlich alles notwendige, ich will doch leben !!“ So elementar ist der Lebenswunsch!

Aus der Literatur sind ähnliche Situationen gut bekannt.

Eine Befragung von 73 herzchirurgischen Patienten zu ihren Erlebnissen auf der Intensivstation (28) ergab überraschenderweise, dass die überwiegende Mehrzahl der Patienten sich wenig hilflos, gut geschützt und sicher fühlten; das Monitoring wurde als beruhigend empfunden, Schmerzen und die eigene Nacktheit selten als unangenehm erlebt. Aus anderen Berichten geht (29) die Bedeutung von Beziehung und Begleitung, die Anwesenheit einer Bezugsperson hervor, als Hilfe und Orientierung in Phasen der Bewusstseinsstrübung. Wer Beziehung per Verfügung ablehnt, weis nicht was Menschen in solche Situationen benötigen und schadet sich selbst, wenn eine Verfügung befolgt werden soll.

Demgegenüber wird in dem Erfahrungsbericht „ Erinnerungen aus dem Koma“ (30) von der Ehefrau eines Patienten ein anderes Bild gezeichnet: hilflos, ausgeliefert, alleine gelassen mit Angst und Unsicherheiten, ohne genaue Informationen, unendliches Warten, das Bekommen der persönlichen Dinge des Ehemannes: dies scheint heute immer noch (oder wieder?) eine unzumutbare Realität einer schlecht geführten Intensivstation zu sein. Solche Berichte unterstreichen die Bedeutung von Beziehung und Begleitung auch gegenüber den Angehörigen, die meistens mehr leiden als die Patienten selbst.

In einer Befragung bei Dialysepatienten (31) wurde ermittelt, dass von einer Mehrheit die Patientenverfügung nicht generell abgelehnt wird, diese jedoch für sich

selbst nicht unbedingt in Frage kommt; nahezu drei viertel der Patienten sind sich sicher, dass die behandelnden Ärzte die richtige Entscheidung für Sie treffen werden. Knapp 90% finden es wichtig, dass Entscheidungen über ihr Leben in Grenzsituationen gemeinsam mit den Angehörigen, Freunden sowie Ärzten und Pflegekräften besprochen werden. 80% hielten ein solches Gespräch für wesentlicher als eine schriftlich verfasste Verfügung: nur 5% hatten auch eine solche. In einer anderen, neueren Arbeit (32) hatten nur etwa 12% der befragten Tumorpatienten eine Verfügung: in der Literatur schwanken die Angaben: nur 1,8 oder 3,3 maximal aber 12-13% der Patienten haben eine ausgefüllte Patientenverfügung.

Bezeichnend ist auch folgende Beobachtung an Patienten mit amyotropher Lateralsklerose: „Obwohl die Ateminsuffizienz eine voraussehbare Entwicklung bei der ASL ist und wir aufgrund unserer Daten auch davon ausgehen können, dass die Patienten hinreichend über diese Entwicklung informiert waren, sahen sie sich nicht in der Lage, präzise auf ihre Krankheit abgestimmte Patientenverfügungen abzufassen..... Dieses Ergebnis unterstützt die vielfach geäußerte Skepsis gegenüber der Möglichkeit einer realistischen Antizipation zukünftiger Behandlungsentscheidungen in Patientenverfügungen“ (33).

Also ist die Figur eines sog. milden Paternalismus, die Figur der Fürsorgepflicht, das Gespräch aus der Sicht der konkret Erkrankten eine Realität, die die „Theoretiker der Autonomie“ berücksichtigen sollten.

Weitere Befragungen von Betroffenen sind aufschlussreich: In einem Altenheim sind Bewohner befragt worden (34): bis zu 89% wünschten sog. lebensverlängernde Maßnahmen. Pflegende und Ärzte äußerten sich dagegen zum mutmaßlichen Willen der Bewohner nicht übereinstimmend! Diese Befunde mahnen zur Vorsicht in der Handhabung der Figur des mutmaßlichen Willens: dieser offenbart sich immer deutlicher als gefährliche Fiktion, insbesondere weil dieser aus der Perspektive des gesunden gemutmaßt wird – die Betroffenen- oder Krankheits-Perspektive ist dagegen eine ganz andere! Dies erklärt, warum die Meinung von Angehörigen, Ärzten und Pflegenden vom vermeintlichen mutmaßlichen Willen des betroffenen Patienten selten mit dem realen Willen des Patienten übereinstimmen.

In einer weiteren Untersuchung wurden über 70 jährige schwerstkranke Patienten, die durch intensivmedizinische Maßnahmen am Leben gehalten werden konnten, nach ihren Erfahrungen gefragt: 65% hatte eine gute Erinnerung an die

Intensivstation; Gründe dafür waren: „Geborgenheit, Schmerzlinderung, optimale Versorgung, Umsorgtheit, Überwachung, ständige Anwesenheit von Ärzten und Schwestern, unmittelbare Hilfe, Sicherheit, lebensrettende Hilfe durch Apparate, weniger Ängste“. 72% der Befragten gaben an, „sich im Falle einer erneuten Notfallsituation wieder für eine Intensivtherapie zu entscheiden“ (35)

Ethische Entscheidungen dürfen nicht in Abhängigkeit von Ergebnissen aus Umfragen getroffen werden: Ethik ist keine Wissenschaft die einer demokratischen Legitimierung bedarf. Dennoch können Umfragen aufschlussreich sein, weil sie die Haltung der Menschen offenbaren. Empirische Daten zur Frage der Tötung auf Verlangen variieren erheblich in Abhängigkeit von Art und Umfeld der Fragestellung, Gruppe der Befragten, Zeitpunkt der Befragung und Auftraggeber der Untersuchung. So befürworteten 81% der Bevölkerung im Jahre 2000 die Tötung auf Verlangen. Es war eine Forsa – Umfrage im Auftrag der Gesellschaft für Humanes Sterben, die die Einführung der aktiven Euthanasie befürwortet: es ging um die Frage der aktiven Tötung *dritter*, wenn diese danach fragen. Bei einer anderen Umfrage, im Auftrage der Deutschen Hospizstiftung befürworteten hingegen nur 34,5% (Im Jahre 1997 waren es noch 41,2%) eine aktive Beendigung des Lebens von unheilbar Kranken auf deren Wunsch. Bei dieser Umfrage bezog sich die Tötungsmöglichkeit nicht auf dritte, sondern auf die *eigene* Tötung (25). Die Problematik wird deutlich: wenn die Tötung auf Verlangen einmal eingeführt ist, so ist auch das Subjekt betroffen, nicht nur der Andere – die Möglichkeit der Tötung auch ohne Verlangen ist gegeben. Verantwortung bedeutet auch diese Möglichkeit zu berücksichtigen.

Diesen Tatsachen hatte ein Entwurf 1993 der Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften Rechnung getragen: “Eine Patientenverfügung wird meist bei subjektiv guter Gesundheit verfasst unter stillschweigenden Voraussetzungen, dass die betroffene Person ihren Vorstellungen von den Bedingungen eines lebenswerten Leben treu bleiben werde. Die Erfahrung lehrt aber, dass diese Vorstellungen sich unter dem Eindruck einer lebensbedrohlichen Krankheit oder eines schweren Unfalls vollständig verändern können. Damit kann ein Patient zum Gefangenen seiner früheren Entscheidung werden“ (36).

In der entgeltigen Fassung, die 1995 veröffentlicht wurde, fehlt dieser wichtige Passus: die Berücksichtigung dieser Tatsachen würde die Intention die Patientenverfügung aufzuwerten untergraben.

Eine ähnliche Entwicklung hat in Deutschland stattgefunden: 1998 lautete der Text so:“ Patientenverfügungen sind verbindlich, sofern sie sich auf die konkrete Behandlungssituation beziehen und keine Umstände erkennbar sind, dass der Patient sie nicht mehr gelten lassen würde“ Die erste Bedingung dürfte aus bereits diskutierten Gründen nur in Ausnahmefällen erfüllbar sein; die zweite ist bei einem Bewusstlosen unerfüllbar: damit ist eine Verfügung nach den Richtlinien von 1998 nicht verbindlich! Aber weiter:“ Es muss stets geprüft werden, ob eine Verfügung, die eine Behandlungsbegrenzung erwägen lässt, auch für die Aktuelle Situation gelten soll. Bei der Entscheidungsfindung soll der Arzt daran denken, dass solche Willensäußerungen meist in gesunden Tagen verfasst wurden und dass Hoffnung oftmals in ausweglos erscheinenden Lagen wächst.“ (37) In der neuen Fassung, die am Mai 2004 veröffentlicht wurde (38) heißt es: „Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist die in einer Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachten Ablehnung einer Behandlung für den Arzt bindend, sofern die konkrete Situation derjenigen entspricht, die der Patient in der Verfügung beschrieben hat, und keine Anhaltspunkte für eine nachträgliche Willensänderung erkennbar sind“. Es hat sich also nichts geändert zu 1998, da die Zukunft nicht antizipierbar ist und der Wille eines Bewusstlosen kaum zuverlässig zu eruieren ist. Der zweite Teil der 1998 noch verbalisiert war, ist ebenfalls nicht mehr zur Geltung gekommen: bekannte Tatsachen verlieren aber ihre Gültigkeit nicht durch Verschweigen oder Weglassen. Für eine ethische und inhaltliche Diskussion über Patientenverfügungen ist diese Tatsache von enormer Wichtigkeit.

Die finale Verflechtungsfalle

Die sozialen und medizinischen Strukturen sind in unserer Gesellschaft so komplex strukturiert, dass sie vom einzelnen kaum mehr zu durchschauen sind. Die Entscheidungsstrukturen scheinen der Absicherung des Willens des Betroffenen entgegen zu wirken.

In der Politikwissenschaft ist der Einfluss miteinander verflochtener Entscheidungssysteme auf die Qualität und Ergebnisse beschrieben worden (39).

„Wenn politische Entscheidungsebenen, Experten-, Bürokratie- und Interessengruppen untrennbar miteinander verflochten sind, entstehen ab einem bestimmten Punkt nicht mehr besonders sachgemäße und fundierte Problemlösungen, sondern im Gegenteil: beschreibbar ist dann eine fallenartige

Lähmung, Blockierung und Einschränkung des gesamten Systems. Eine derartige Verflechtungsfalle ist laut Definition eine `Entscheidungsstruktur, die aus ihrer institutionellen Logik heraus systematisch Ineffiziente und Problem-unangemessene Lösungen erzeugt, und zugleich unfähig ist, die institutionellen Bedingungen ihrer Entscheidungslogik zu verändern` (aus 40)“

Dies mag der Grund sein für die fragwürdigen Entscheidungen, die im Gesundheitswesen getroffen worden sind (41).

Aus der Sicht des einzelnen Betroffenen ergeben sich folgende Elemente, die den Willen oder die Wünsche einschränken:

- zunächst einmal die Wünsche selbst
- das materielle (Wohnungsbedingungen, Entfernung zum nächsten Krankenhaus) und das soziale Umfeld (Angehörige, Freunde) aber auch die religiösen Bindungen: es ist beispielsweise schwierig, sich religiöse Begleitung zu wünschen, wenn keine Kontakte früher gepflegt wurden.
- Wie ist die Struktur der ambulanten Pflegedienste in meiner Umgebung?
- Wie ist die hausärztliche Versorgung?
- Das Rote Kreuz (oder entsprechende Dienste): diese fahren aus ihrer Logik heraus zum nächsten Krankenhaus, meist nicht zur gewünschten Einrichtung.
- Institutionen (Krankenhaus, Alten -und Pflegeheime, Hospize): diese sind seit Jahren finanziell so gedeckelt, dass sie leider häufig nicht genügend qualifiziertes Personal vorhanden ist.
- Die jeweils geltenden Vergütungssysteme, die die Qualität (oder die mangelnde Qualität) der Leistung, der Versorgung bestimmen. Die Krankenhäuser sind z.B. von den sog. Fallpauschalen gezwungen, Patienten so rasch wie möglich zu entlassen: es zählt also nicht mehr die Notwendigkeit, die Bedürftigkeit des Patienten, sondern alleine die finanzielle Vorgabe.
- Öffentliche Meinung (Zeitungen, TV usw.), die uns ständig beeinflussen.
- Gesetze (Sozialgesetzbuch, verschiedenen Andere, mit undurchschaubaren Kompetenzen.
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK), Gewerbeaufsichtsamt und Heimaufsicht.
- Vorgaben der Krankenkasse und aus der politischen Ebene (Bund und Länder), die aus oben gesagten Gründen selten genug sinnvoll sind.

- Schließlich unterliegt die Gesetzgebung jedes Staates auch internationalen Verträgen.

Für den Einzelnen ist es so gut wie unmöglich, im Einzelnen zu durchschauen, welche Wünsche im Bereich des Möglichen liegen, und welche im Bereich der Utopie zu finden sind. Um aber eine fundierte Verfügung schreiben zu können, sollten wesentliche Elemente bekannt sein und berücksichtigt werden.

Im Zusammenhang mit der finalen Verflechtungsfalle ist zu verstehen, dass viele – und so ist es in der Bevölkerung zur verbreiteten Meinung geworden, dass Patienten von sich aus nach dem billigsten aber schlechteren Arzneimittel verlangen, da man die Kassen entlasten müsse... – an das Märchen der sog. Kostenexplosion im Gesundheitswesen glauben. Diese hat es aber nach Statistiken des Gesundheitsministeriums selbst nicht gegeben (41).

Dieses Argument ist aber nicht neutral und schon gar nicht ungefährlich: 30 bis 50 % der Ausgaben der Krankenkassen werden ausgegeben für Patienten in ihrem letzten Lebensjahr. In einer geschichtlichen Phase, in der das Gesundheitssystem von den politisch Verantwortlichen alleine nach ökonomischen Kriterien gesteuert und organisiert wird, könnten „Begehrlichkeiten“ entstehen; der moralisch-gesellschaftliche Druck auf den Einzelnen, sich sowohl zum eigenen Wohl (Leidensfreiheit) als auch zum Wohle der Gesellschaft (Kostenersparnis) euthanasieren zu lassen, könnte enorm zunehmen. Je mehr ein System büdgettiert wird, desto geringer wird die Qualität der Medizin und der Betreuung. Unzureichende Behandlung erhöht die Unzufriedenheit: eine fatale Spirale beginnt. Unzufriedenheit bei den Helfenden erzeugt Frustration, immer weniger Menschen werden helfende Berufe ergreifen (auch weil sie nicht für die schlechte Qualität verantwortlich gemacht werden wollen, für die sie keine Verantwortung tragen), die Qualität der Versorgung verschlechtert sich weiter, die Unzufriedenheit der Patienten steigert sich. Der Wunsch bei solchen unzureichenden Zuständen nicht mehr weiter leben zu wollen nimmt zu. Über Umwege wird auf diese Weise das Grundgesetz in Art.2 verletzt.

J. Rau hat schon 2001 auf diese Zusammenhänge hingewiesen, als er sagte:

„Wo das Weiterleben nur eine von zwei legalen Optionen ist, wird jeder rechenschaftspflichtig, der Anderen die Last seines Weiterlebens aufbürdet“

(12).

Von juristischer Seite werden folgende Formulierungen verwendet oder Handlungsanweisungen gegeben: der Arzt müsse von sich aus dem Patienten oder dem Betreuer das nötige Wissen um eine Entscheidung treffen zu könne vermitteln. Solche Forderungen widersprechen der so hoch gehaltenen Autonomie des Patienten: diese bedeutet und beinhaltet die Verpflichtung auch von sich aus aktiv zu sein und sich zu informieren. Die „Konsumenten-Haltung“, sich informieren zu lassen ist eine passiv-bequeme; mit der Figur einer „Verantwortungs-Partnerschaft“ zwischen Arzt und Patient ist diese Haltung nicht kompatibel. Beide Seiten sind Autonom und Verantwortlich, so dass im Namen von Autonomie auch der Patient gefordert ist. Freilich muss der Arzt, wenn ihm die Professionalität zugestanden wird, je nach Situation aktiv werden. Im Namen aber von Autonomie dem Patienten wieder eine nur passive Rolle zuzuordnen ist sehr bequem und widerspricht selbst der Figur der Autonomie, ebenso wie der Kant'schen Figur der Aufklärung. Patientenverfügungen sind nach allem was bisher besprochen wurde kein geeignetes Mittel, um sich aus der finalen Verflechtungsfalle zu befreien.

Placebo – Begriffe

In vielen Diskussionen, Gesprächen, Artikeln aber auch Patientenverfügungen finden sich diverse Begriffe, die in den Augen der Patienten ihre Wünsche präzisieren sollen. „Der Krankheit ihren natürlichen Verlauf lassen“; „Dem Sterben seinen natürlichen, der Würde des Menschen gemäßen Verlauf lassen“; „Sterben in Würde“; „In Ruhe und Würde, in würdiger Begleitung Sterben“; „Gezwungen werden, weiter zu leben“; „künstliche Verlängerung des Lebens“; „sinnlose Lebensverlängerung“; „Lebensverlängernde Maßnahmen“; „Verlängerung des Leidens“; „Verzögerung des natürlichen Todes“; „ unzulässige Lebensverlängerung“; „Das Sterben soll nicht verhindert werden“; „ Das Leiden soll nicht unnötig verlängert werden“; „Im Todeskampf befindliche Menschen sollen nicht am Sterben gehindert werden“; „Die Lebensqualität soll erträglich sein“; „Bis zuletzt soll mein Leben lebenswert und sinnvoll sein“.

Man versetze sich nun in die Lage eines Behandelnden, der vor solche Begriffen steht: was ist damit intendiert? Jeder Mensch kann unter diesen Begriffen etwas anderes verstehen – nur befragen kann man den Betreffenden nicht mehr. Solche Termini sind nicht hilfreich, sie geben dem Verfasser einer Verfügung lediglich die scheinbare Sicherheit, klare Anweisungen gegeben zu haben: in Wahrheit handelt es

sich um eine Illusion. Daher hat die Deutsche Hospizstiftung von Placebo-Begriffen gesprochen und vor diesen gewarnt.

Wenn von Lebensverlängernden Maßnahmen gesprochen wird, oder diese in einer Verfügung verweigert werden, so handelt es sich logisch und ethisch um eine unsinnige Formulierung. Wenn gar von der „Gewährung der indirekten Sterbehilfe“ die Rede ist, so suggeriert diese Formulierung ein Akt der Gnade.

Im Einzelnen wird es noch schwieriger wenn von „Apparatemedizin“ gesprochen oder geschrieben wird. Wir haben bereits von den Erfahrungen von Betroffenen gehört; aber was versteht jeder einzelne darunter? Flüssigkeitszufuhr? Antibiotika? Ernährung? Eine Operation? Intensivmedizin? Beatmung?

Wenn solche unklare Formulierungen, wenn solche Placebobegriffe in einer Verfügung verwendet werden, muss davon ausgegangen werden, dass der Verfasser keine konkreten Vorstellungen hat, seinen Pflichten als autonomer Mensch nicht ausreichend nachgekommen ist: die Verfügung ist dann nach den Formulierungen der Ärztekammer nicht verbindlich, zum Schutze des Patienten kann und darf sie nicht ernst genommen werden.

Indirekte Sterbehilfe

Die Figur der indirekten Sterbehilfe ist ebenfalls ein Placebo Begriff: unter dieser Figur versteht man das Verabreichen von Schmerzmitteln, mit der Absicht, die Schmerzen zu lindern; es wird dabei vermeintlich in Kauf genommen, dass der Patient dadurch schneller stirbt. Dies entspricht aber nicht der Realität: weil es den Patienten besser geht, leben sie in aller Regel länger (42). Voraussetzung ist eine professionell und korrekt gemachte Schmerztherapie. Pikant an der Sache ist daher: da sie eine Lebensverlängerung verursacht, müsste, wenn man die herrschende juristische Meinung zugrunde legt, der Patient aufgeklärt werden und um Einwilligung in eine Lebensverlängerung gebeten werden. An keiner Literaturstelle wird jedoch dieser Gedanke erwähnt. Liegt es daran, dass die Figur der indirekten Sterbehilfe doch mit der Intention verwendet wird, die Akzeptanz für die aktive Sterbehilfe nach und nach einzuführen?

Laut Angaben in der Literatur (43) werden als Grund für terminale Sedierung Schmerzen in einer Häufigkeit von lediglich 0,5 bis 2,5% der Fälle angegeben: Schmerzen spielen also keine signifikante Rolle, vielmehr ist es der Verlust des Lebenssinns, der die Menschen zum Sterbenswunsch treibt (42): die medizinische

Begründung für die Figur der indirekten Sterbehilfe, nämlich die unerträglichen Schmerzen, ist also in sich nicht tragfähig.

Entgegen einer viel vertretenen Meinung steigern sich die Schmerzen nicht linear ins Unendliche: je nach Verlauf einer Erkrankung, kann sogar die Schmerzintensität abnehmen.

Es handelt sich um Informationen die eingeholt werden müssen, bevor eine Verfügung verfasst wird: es geht darum auf dem Boden der Tatsachen Wünsche zu äußern; wer sich diesen Mühen nicht unterzieht, befreit sich nicht aus der „selbstverschuldeten Unmündigkeit“.

Das soziale Umfeld

Vor einiger Zeit brachte eine etwa 50-jährige Frau ihre 80-jährige Mutter aus einem Altenheim in die Klinik: weil die alte Frau zu wenig getrunken hatte, bekam sie Fieber und eine Lungenentzündung – leider eine fast alltägliche Erfahrung bei alten Menschen. Die Tochter zeigte eine Patientenverfügung der Mutter und sagte uns, dass wir keine Flüssigkeit, keine Ernährung und keine Behandlung der Lungenentzündung durchführen dürften, so hatte es die Mutter gewollt. Auf die Frage hin, warum sie denn ihre Mutter in die Klinik gebracht hätte, antwortete die Tochter: glauben sie, ich übernehme die Verantwortung? An dieser Gegebenheit zeigt sich die Notwendigkeit, eine Verfügung, wenn sie überhaupt geschrieben werden soll, mit den Angehörigen, mit dem sozialen Umfeld zu besprechen; es geht auch darum zu klären, ob die Angehörigen bereit sind, die Wünsche des Verfassers zu respektieren und die Verantwortung dafür auch zu tragen; es geht aber auch darum, ob je nach Krankheitssituation, die Angehörigen in der Lage sind, die notwendige Pflege zu Hause zu übernehmen und konkret zu leisten. Sind sie vielleicht dann überfordert? Wir leben als Menschen in einer Gemeinschaft, befinden uns in einem Netz von Beziehungen – es ist nicht hilfreich Forderungen per Verfügung niederzuschreiben, losgelöst von meinen Mitmenschen. Auch an dieser Stelle zeigt sich die Individuelle Verantwortung als Verpflichtung.

Künstliche Ernährung und Magensonde oder PEG

Kaum ein anderes Thema hat in der Vergangenheit so die Gemüter erregt und die Gerichte beschäftigt. In vielen Verfügungen wird die künstliche Ernährung als

unerlaubte Lebensverlängerung dargestellt und daher verweigert. Zunächst müsste geklärt werden, was der Verfasser unter künstlicher Ernährung versteht: ist die Zufuhr durch Fremde gemeint, die Zusammenstellung der Nahrung selbst, die Magensonde oder die PEG? Sind Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr natürliche Bedürfnisse des Menschen, die das Sein ermöglichen, oder handelt es sich bereits um medizinische Maßnahmen? Besserung und Heilung sind oft auch abhängig von einem guten Ernährungszustand und von einer ausreichenden Flüssigkeitsmenge im Körper.

Viele meinen, eine Sonde würde gelegt um Zeit zu sparen, um nicht füttern zu müssen. Sicher, wenn die Personaldecke in den Heimen von den Kostenträgern über finanzielle Instrumente sehr knapp gehalten wird, mag es eine Verlockung sein. Aber die Ernährung über Sonde ist auch nicht einfach und billig.

Es werden in der BRD etwa 120.000 bis 140.000 PEG gelegt. Entgegen abenteuerlichen Hypothesen, wie sie in manchen Arbeiten die aus juristischer Sicht verfasst sind propagiert werden (44) werden Sonden gelegt, wenn der Patient nach Operationen oder nach einem Schlaganfall nicht mehr schlucken kann, oder sich ständig verschluckt und dadurch mehrfach im Jahr eine Lungenentzündung bekommt, weil Speise in das Bronchialsystem gelangt. Eine vorübergehende Sonde kann über die Nase in den Magen geschoben werden: es können aber Drucknekrosen an der Nase auftreten. Das Legen einer PEG geht in wenigen Minuten über eine Magenspiegelung, der Patient kann danach trotzdem weiter schlucken: nicht wenige Patienten können nur festes essen, verschlucken sich aber bei Flüssigkeit – oder umgekehrt. Eine PEG kann auch über den gleichen Weg entfernt werden, wenn sich der Zustand des Patienten bessert.

Wenn eine Aufklärung vor dem Legen stattfindet, so muss auch über die Gründe für eine Sonde aufgeklärt werden, nämlich über Schluckstörungen und deren Folgen; es reicht nicht, wie von juristischer Seite gefordert (44) nur über die Sonde selbst aufzuklären: es entspricht nicht wissenschaftlicher Redlichkeit den Eindruck entstehen zu lassen, Sonden würden aus Bequemlichkeit den Patienten aufgezwungen.

Aktuelle Entwicklungen auf der rechtlichen Ebene

Kommissionsberichte, Vorträge, weitere Aussagen

- a. In einem BGH – Beschluss vom 17 März 03 wurde die Sprachfigur eines „Grundleidens mit irreversibel-tödlichem Verlauf“ verwendet. Es handelte sich aber um einen über PEG ernährten Apalliker, also keineswegs um einen Sterbenden. Die Verfügung solle gültig sein, beschränkt auf zum Tode führenden Erkrankungen: diese Beschränkung ist aber juristisch äußerst fragwürdig, „da sie gegen das Selbstbestimmungsrecht des Patienten verstößt“ (45): der Rekurs auf die Selbstbestimmung des Menschen stellt eine generelle Öffnungsklausel dar, da sie logisch nicht auf besondere Situationen zu begrenzen ist, es entfällt jede Begründung für eine Einschränkung. Solche juristischen Figuren, wenn sie der Realität nicht entsprechen, und zudem sich nicht mit juristischen Argumenten begrenzen lassen, induzieren Schritte, stellen allgemeine Öffnungsklauseln dar die nicht ungefährlich sind.

Dieses Urteil sorgte für große Unsicherheit, da Folgendes festgelegt wurde: wenn der Arzt eine Behandlung anbiete und diese vom Betreuer abgelehnt werde, so müsse das Vormundschaftsgericht eingeschaltet werden. Viele fürchteten eine Flut von Anfragen; andere haben eine Schwächung der Autonomie und der Verfügung gesehen.

Viel gravierender ist aber das Wort „ärztlicherseits angeboten“: dahinter verbirgt sich wohl die Auffassung, der Patient sei ein Kunde, der Arzt habe eine Offerte zu formulieren. Mit dieser Formulierung scheint das Gericht die Garantenstellung des Arztes aufzugeben, zugunsten einer reinen Kunden – Anbieter Struktur: die Folgen einer solchen Auffassung wurden aber im Urteil nicht analysiert.

Dieses Urteil war der Anlass, eine Kommission einzusetzen, die einiges klären sollte.

- b. Der Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“, sog. Zypries-Kutzer-Kommission (46) wurde am 10.6.04 vorgelegt.

Zunächst das Positive: der Rückgriff auf allgemeine Wertvorstellungen, wie von manchen Gerichten in der Vergangenheit festgesetzt, soll nicht mehr statthaft sein, da bei fehlender Verfügung zu vage und zu unsicher; aktive Sterbehilfe soll weiterhin strafbar bleiben; die Patientenverfügung soll nicht gesetzlich festgelegt werden, da sie nur eine Scheinsicherheit ergibt; es wird ausdrücklich auf die

Autonomie und Gewissensfreiheit des Arztes hingewiesen: Ärzte können Maßnahmen ablehnen, die mit ihrem Gewissen nicht vereinbar sind. Sie sollen den Patienten dann aber in eine andere Institution verlegen, die sich in der Lage fühlt, den Wünschen des Patienten Folge zu leisten: im heutigen Gesundheitswesen ist das eine realitätsfremde Forderung.

Aber, wie so oft, liegen die Probleme im Einzelnen verborgen.

- Das Wohl des Patienten ist nicht entscheidend (S.9). „ Denn dieser (Patientenwille) und nicht die ärztliche Indikation als solche ist maßgebend...“ (S.47). Nur bei fehlender Willensäußerung von Seiten des Patienten, also nur wenn keine Verfügung vorliegt, geht das Wohl der Patienten vor, ist dem Lebensschutz Vorrang zu geben (S.10 und 49). Nur im Notfall, wenn kein Wille bekannt ist, haben Ärzte die medizinisch indizierte Behandlung einzuleiten, als in dubio pro vita (S.11). Zu Ende gedacht bedeutet diese Aussage: nur wer sich positiv geäußert hat, dass er behandelt werden will, oder derjenige der sich gar nicht geäußert hat, wird behandelt.

Wenn von juristischer Seite sowohl die Intentionalität als auch der alleinige Wille des Patienten in der Vordergrund gerückt werden oder gar ausschließlich gelten sollen, so handelt es sich um Entscheidungen die losgelöst von Diagnose, Zustand und Prognose getroffen und begründete werden: eine völlige Entprofessionalisierung des Arztberufes wäre die Folge, zum unübersehbaren Schaden des Patienten. Der Arzt würde zum alleinigen Erfüllungsgehilfen des Willens des Patienten. Die Fürsorgepflicht, die Garantenstellung wären vollständig aufgehoben, die Vertrauensbasis der Patienten aufgehoben. Die Frage des unmittelbar bevorstehenden Todes, des Todesprozesses wäre demnach auch ohne Relevanz.

Über den Weg der Intentionalität wäre ein weiterer Schritt in Richtung Willkür, letztlich in Richtung Einführung der aktiven Sterbehilfe eingeleitet.

Es ist eine Umkehr der Aufgabe des Arztes, der gesellschaftlichen Sichtweise: die Garantenstellung des Arztes wird aufgegeben (wie schon im Urteil vom 17.3.03), die Verunsicherung der Patienten wird zunehmen.

- Die Einwilligung in eine ärztliche Maßnahme bedarf der Aufklärung.

Die nicht untersuchte Frage muss lauten: ist das im Falle einer Patientenverfügung machbar? (zum Zeitpunkt des Verfassens der Verfügung kann der Patient die später durchzuführende Maßnahme prinzipiell nicht kennen;

wenn die Maßnahme zu ergreifen ist, ist der Patient per definitionem nicht einwilligungsfähig: es sind also die Bedingungen der Einwilligungsfähigkeit prinzipiell genauer zu klären, bevor juristische Regeln empfohlen werden.)

Die Ablehnung bedarf hingegen keiner Einwilligung.

Bedenkt man mit welcher Gründlichkeit und wie genau die Aufklärung heute schon praktiziert werden muss – oft handelt es sich Seitenweise um mögliche Komplikationen; viele Patienten erschrecken und lehnen dann die Maßnahme selber ab (OP, Chemotherapie, Bestrahlung, andere Maßnahmen). Die Abwägung zwischen einer Maßnahme und deren Ablehnung ist das Entscheidende, nicht alleine die möglichen Komplikationen.

Es handelt sich hier um eine sehr selektive Interpretation des Informed Consent. Warum soll eine Ablehnung, bei der der Schaden für den Patienten größer sein kann als bei einer Einwilligung, ohne Aufklärung gültig sein? Wie interpretiert die Kommission die Mündigkeit? Warum zwei Maßstäbe? (S. 16 des Berichtes)

- Obwohl die Kommission sich für die Verwendung von genauer Begrifflichkeit ausspricht, verwendet sie selber immer wieder „Placebo Begriffe“ – wie es die Deutsche Hospizstiftung treffend formuliert hat. (s. oben)

- Zur Frage der Gültigkeit der Verfügung oder der Meinungsänderung, äußert sich die Kommission sehr widersprüchlich. „ Wenn ich meine Verfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird“. Geste, Blicke und andere Äußerungen sollen als evtl. Änderung der Wünsche gedeutet werden. Über die Schwierigkeit Geste, Blicke und andere Zeichen bei einem Bewusstlosen oder Seditierten korrekt zu interpretieren verliert die Kommission kein Wort. Ebenso wenig über die Tatsache, dass aus Berichten und direkten Erfahrungen bekannt ist, dass über 80 % ihre früher am grünen Tisch geäußerte Meinung in der konkreten Krankheitssituation radikal ändern.

Die Stellungen der Ärztekammer sowie der Schweizerischen Akademie hatten wir schon besprochen; auf diese existenziell wichtigen Probleme inhaltlicher Art geht die Kommission leider nicht ein, obwohl sie folgendes formuliert: “Werden in der Patientenverfügung Festlegungen zum Ob und Wie ärztlicher Behandlungen getroffen, sollte bedacht werden, dass in bestimmten Grenzsituationen des Lebens Voraussagen über das Ergebnis medizinischer Maßnahmen und möglicher Folgeschäden im Einzelfall kaum möglich sind. Festlegungen für oder

gegen eine Behandlung schließen daher auch Selbstverantwortung für die Folgen ein. Sie erfordern auch die Bereitschaft, das Risiko zu tragen, entweder durch einen Behandlungsverzicht unter Umständen auf ein Weiterleben zu verzichten oder für eine Chance, weiter zu leben, auch Abhängigkeit und Fremdbestimmung in Kauf zu nehmen“. (S. 21)

- Als nicht strafbar sollen nach dem Bericht der Kommission explizit eingeführt werden: - indirekte Sterbehilfe

- passive Sterbehilfe (das Beenden oder Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen). Zu bemängeln an dieser Stelle sind die sprachlichen und ethischen Ungenauigkeiten; Beenden und Unterlassen sind moralisch gleichermaßen aktive Entscheidungen, hier verliert die Kommission kein Wort über die ethischen Implikationen. Stattdessen wird Problem vereinfachend dies als Nicht-Wissen von Seiten der Ärzte abgetan. Es wird vielmehr so argumentiert: Unterlassen und Beenden seien passive Handlungen, kein aktives Handeln, somit handle es sich um passive, also erlaubte Sterbehilfe.

- terminale Sedierung

Wenn von juristischer Seite sowohl die Intentionalität als auch der alleinige Wille des Patienten in der Vordergrund gerückt werden oder gar ausschließlich gelten sollen, so handelt es sich um Entscheidungen die losgelöst von Diagnose, Zustand und Prognose getroffen und begründete werden: eine völlige Entprofessionalisierung des Arztberufes wäre die Folge, zum unübersehbaren Schaden des Patienten. Der Arzt würde zum alleinigen Erfüllungsgehilfen des Willens des Patienten. Die Fürsorgepflicht, die Garantenstellung wären vollständig aufgehoben, die Vertrauensbasis der Patienten aufgehoben. Die Frage des unmittelbar bevorstehenden Todes, des Todesprozesses wäre demnach auch ohne Relevanz.

Über den Weg der Intentionalität wäre ein weiterer Schritt in Richtung Willkür, letztlich in Richtung Einführung der aktiven Sterbehilfe eingeleitet.

Nun, die Kommission gibt eine deutliche Veränderung vor: von der „salus aegroti „ hin zur alleinigen „voluntas aegroti“, von „in dubio pro vita“ hin zu „in dubio pro voluntate“. Daraus ergibt sich ein weiteres großes Manko dieser Kommission: sie untersucht und bedenkt in keinsten Weise welche Folgen ihre Empfehlungen haben könnten oder haben werden, welche Folgen sich für Medizin, Arztberuf,

Patient und Gesellschaft ergeben. Verantwortung ergibt sich aber erst, wenn man die Folgen der eigenen Handlungen bedenkt.

Wird der Wille als einziges Kriterium, als alleiniger Maßstab genommen, so besteht kein Grund mehr Beschränkungen einzuführen, diese wären auch nicht haltbar: ob gesund oder krank, ob depressiv oder verzweifelt, ob in der Sterbephase oder schon viel früher – es wäre der Eingangsschlüssel für eine willensbegründete Tötungskultur. Autonomie und Wille entziehen dann dem Sein jede Grundlage.

- c. Die Brisanz dieser Vorschläge wird deutlicher, wenn wir das Umfeld betrachten, wenn wir über den Tellerrand schauen. (47)

Der Vorsitzende dieser Kommission hatte bereits im März 2000 die Auffassung vertreten, in „seltenen Ausnahmesituationen sei auch eine gezielte Tötung nicht strafbar, wenn die Möglichkeiten der Schmerztherapie und der ärztlichen Kunst einmal nicht ausreichen sollten, einen entwürdigenden Todeskampf zu verhindern“

Im November 2002 hatte Herr Kutzer in zwei Vorträgen folgende Veränderungen vorgeschlagen: die Beihilfe zum freiverantwortlichen Suizid sollte straffrei gestellt werden; es können die Vorraussetzungen des rechtfertigenden Notstandes (§34 StGB) für den Arzt vorliegen, wenn er zwischen den Schmerzen eines Patienten und einer hohen Dosis eines Schmerzmittels mit evtl. Todesfolge wählen muss.

Damit wird deutlich wohin die Reise gehen soll.

Zwei weitere Aussagen von Herrn Kutzer sind bemerkenswert: er spricht von „Gewährung“ der indirekten Sterbehilfe – deutlicher kann eine sprachliche Assoziation nicht sein!

Folgende „um zu“ Wendung bzw. Änderung des Gesetzestextes ist beachtenswert: „Wegen der bei Ärzten, Juristen und in der Bevölkerung vielfach vorhandenen Fehldeutungen von zulässigen Behandlungsabbrüchen als rechtswidrige aktive Tötungen, schlage ich vor, in §216 StGB, der das Verbot der aktiven Sterbehilfe enthält, einen Zusatz einzufügen, etwa des Inhalts: ‘Eine Tötung im Sinne des Absatz 1 liegt nicht vor, wenn eine lebenserhaltende <oder lebensverlängernde> ärztliche Maßnahmen auf Wunsch des Patienten unterlassen oder beendet wird.’ Eine solche gesetzlich reduzierte Reichweite des Tatbestandes der Tötung auf Verlangen erscheint auch deswegen angebracht, weil derjenige, der lebenserhaltende Maßnahmen abbricht, etwa die

Sondenernährung einstellt oder den Respirator abschaltet, und dadurch vorsätzlich den Tod des Patienten verursacht, nach herkömmlicher Tatbestandsauslegung im Sinne der Tötungsdelikte tötet“

Soviel zur Intentionalität die Herrn Kutzer so wichtig ist.

- d. Unter dem Titel „Autonomie am Lebensende“ ist vom SPD Abgeordneten Rolf Stöckel ein Antrag im Bundestag eingereicht worden, mit dem Ziel die Tötung auf Verlangen nicht mehr unter allen Umständen rechtswidrig zu belassen; andere Abgeordnete haben den Antrag unterstützt. Herr Stöckel war Vorsitzender des Humanistischen Verbands: dieser Verband tritt seit Jahren für eine weitgehende Liberalisierung auf diesem Gebiet ein.

Mit dem Argument des „Euthanasie-Tourismus“ wird von Anderen eine Liberalisierung der Sterbehilfe unter dem Titel „Selbstbestimmung am Lebensende „ gefordert. Unter diesem Stichwort wurde in Holland die Diskussion begonnen, diese führte bekanntlich zur Einführung der aktiven Euthanasie.

In Holland tragen bereits viele Menschen eine „Credo Card“ mit sich, mit der Bitte: „Maak mij niet dood, Dokter“(48): dies aus Angst nicht behandelt zu werden oder gegen ihren Willen getötet zu werden; wenn die Vertrauensbasis gestört ist, sind solche Verfügungen dann nötig.

Mitglieder des Bundestages warnen: „Es ist höchst gefährlich, angesichts einer Diskussionslage, in der wir über Ressourcenmangel auf dem Gesundheitssektor und über die Dramatik des demografischen Wandels sprechen, jetzt die Frage der Sterbehilfe ins Spiel zu bringen“, so Hüppe, MdB.

- e. Die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz hat am 23.4.04 einen Bericht vorgelegt mit dem Titel: „Sterbehilfe und Sterbebegleitung“. (49)

Der 182 Seiten starke Bericht geht in seinen Forderungen sehr weit.

- Artikel 2, Abs. 2 Grundgesetz schützt das Leben, dieses dürfe aber nicht im biologischen Sinn reduziert werden. Körperliche Unversehrtheit bedeute auch Schutz vor vermeidbarem Schmerz, daraus wird ein Recht auf Leidensfreiheit abgeleitet. Daher kommt die Kommission zu dem Schluss, dass „in dubio pro dignitate“ zu handeln sei. (These 1). Leiden verletzt die Würde (S. 104). Leben und Würde werden hier in bioethischer Denkweise dann anerkannt, wenn bestimmte Merkmale vorhanden sind, nämlich Schmerzfreiheit. Nach dieser Sichtweise ist Leben mit Schmerzen oder Leiden unwürdig, also nicht lebenswert; damit ist die Türe für Tötungen weit geöffnet.

- Es darf „pro vita“ gehandelt werden, nur im Notfall oder wenn keine Willenerklärung vorliegt.
- Der Wille des Patienten ist oberstes Gebot.
- In Extremfällen soll aktive Sterbehilfe toleriert werden, der Gesetzgeber soll von Strafe absehen (These 14, S. 70).
- In Ausnahmefällen ist ärztlich assistierte Selbsttötung zu rechtfertigen (These 25).
- „Anstelle der aktiven Tötung“ sei terminale Sedierung vorzuziehen (S. 73). In der Literatur wird diese als Alternative zur Tötung, auch slow Euthanasia genant, vorgeschlagen. (43)

Aufgrund der Notstandssituation des Arztes könnte Straffreiheit bei aktiver Tötung in Frage kommen.

Nun, an Deutlichkeit sind diese Aussagen nicht zu übertreffen.

Im Bericht dieser Kommission wird der nächste, weitere Schritt vollzogen: In dubio pro Dignitate; wenn aber aus Artikel 2 GG das Recht auf ein Schmerz- und Leidensfreie Leben hergeleitet wird, ergibt sich aus der Dignitate, dass jedes Leben mit Schmerz und Leiden unwürdig sei: die logische Konsequenz ist dann die Zulassung der Tötung; bestärkt wird diese Konsequenz über die Stärkung des Willens alleine.

In diesem Zusammenhang bekommt die Diskussion über Patientenverfügungen eine neue Brisanz, da diese auf dem Boden von voluntas und dignitas, mit der Argumentation der Autonomie, den Anfang einer Entwicklung in Richtung Euthanasie darstellen. Kann diese Entwicklung noch aufgehalten werden?

So ist es nur ein Symptom des schwierigen Problems wenn im Sommer 2004 die Enquete-Kommission des Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“ keinen Weg finden konnte ein einheitliches Votum zur Patientenverfügung abzugeben: ein Teil spricht sich dafür aus, die Reichweite von Verfügungen auf Situationen zu beschränken, in denen das Grundleiden irreversibel ist und in absehbare Zeit zum Tode führen wird; ein anderer Teil der Kommission vertritt hingegen die Auffassung, dass Verfügungen auch für Situationen außerhalb der Sterbephase gelten sollen, also beispielsweise im Wachkoma; es dürfe nur dann von einer Verfügung abgewichen werden, wenn von einer Willensänderung des Patienten ausgegangen werden könne. Nun, wir haben bereits gesehen wie schwierig bis unmöglich es ist, bei Einwilligungsunfähigen (meist Bewusstlosen) eine

Willensänderung auszumachen, obwohl bekannt ist, dass solche Änderungen meist stattfinden: die Berücksichtigung dieser Tatsache – wissenschaftliche sowie ethische Redlichkeit gebietet dieses Vorgehen – würde die Diskussion um die Verfügung in sich zusammen brechen lassen. Grundbedürfnisse wie Ernährung und Flüssigkeitsgabe dürften aber nicht verweigert werden.

Wenn Patientenverfügungen ihre innere Begründung in der Autonomie des Menschen finden und darauf basieren, so ist es unlogisch und damit nicht haltbar, von Beschränkungen und Einschränkungen jedweder Art zu sprechen: damit würde die Autonomie wieder limitiert werden. Die Autonomie als Begründung führt über kurz oder lang zu einer kompletten Öffnung, bis hin zur Euthanasie, zwangsweise aus ihrer Logik heraus. Wir haben bereits gesehen, dass die Mehrheit der Bevölkerung die Tötung „des Anderen“ befürwortet: die Einführung würde dann aber jeden betreffen, also auch das Subjekt, das Ich - nicht nur das Du.

Diese Zusammenhänge müssen im Sinne der individuellen Verantwortung jedem bewusst werden, bevor an eine Verfügung gedacht wird.

Wir haben einige Aspekte untersucht, die gegen das Verfassen einer Verfügung sprechen. Verfügungen werden, im Zusammenhang mit gesellschaftlichen Entwicklungen, schnell zum Instrument der Selbst-Entmündigung; sie sind Vehikel für eine generelle Tötungsöffnung (über den Weg: Autonomie – Wille – dignitas).

Schon an dieser Stelle können wir sagen: wer sicher gehen will sich nicht zu schaden, sollte keine Verfügung schreiben, vielleicht nach anderen Instrumenten greifen, die wir am Schluss noch besprechen werden.

Noch komplexer und schwieriger wird die Beurteilungsgrundlage, wenn wir folgende Aspekte betrachten.

Weitere Aspekte, die höhere Freiheit

Der Arzt hat die Aufgabe, das Bestmögliche zu tun, um den ihm anvertrauten Patienten, den hilfeschenden Menschen zu heilen und am Leben zu halten. Wo dies nicht mehr möglich ist, muss der Arzt Leiden und Nöte lindern, Schmerzen behandeln oder/und den sterbenden Patienten begleiten. Töten oder Hilfe verweigern gehören nicht zu den Aufgaben des Arztes. Dies alles muss nach bestem Wissen und Gewissen geschehen, im vollen Respekt der Persönlichkeit des Patienten. Es ist und bleibt eine individuelle Beziehung: der Arzt behandelt nur den ihm anvertrauten Patienten. Sein Handeln muss frei sein von moralisierenden

Werturteilen oder gar Beurteilungen oder gesellschaftlich geprägten Vorstellungen (z.B. über den Wert des Lebens in einem bestimmten Zustand). Nur so kann der Patient das nötige Vertrauen, die Sicherheit haben, dass der Arzt ihm zum Leben hilft.

Im Folgenden sollen einige Gesichtspunkte aus der Menschenkunde Rudolf Steiners besprochen werden, die ein überraschend anderes Licht auf den Fragenkomplex der sich um die Patientenverfügung stellt, werfen. Anthroposophie vertritt keine welt- oder technikfeindliche Haltung, sie ist ein Kind des 20. Jahrhunderts. Viele Menschen meinen leider immer noch, durch medizinische Maßnahmen würde man das natürliche Sterben verhindern, das Leben künstlich und damit unzulässig verlängern, die vorgegebene Todesstunde verschieben. Diese Meinung beruht auf Unwissen und Missverständnis von Karma: unter diesem Begriff verstehen wir (im Unterschied zur alten griechischen Auffassung) nicht ein Vorhergegebenes, das unerbittlich bis zum vorbestimmten Ende abläuft, nichts Fatalistisches. Unser Handeln verändert ständig Karma; die Fähigkeiten der Menschheit sowie das technische Können von dem oben die Rede war gehören zu uns – „Fatalist kann derjenige, der Karma versteht, niemals sein... Die andere Richtung ist aber diese, dass unbedingt der Wille zum Heilen da sein muss. Dieser Wille darf niemals eine Beeinträchtigung erfahren. Er muss restlos immer soweit therapeutisch wirken, dass man sagen kann: man tut alles, selbst wenn man die Meinung hat, dass der Kranke unheilbar ist...Ihr müsst alles tun zu seiner Heilung.“ (50) Karma fordert uns auf, dem Menschen zu helfen; nur so können wir sicher sein, „ dass unsere Hilfe dann für den Menschen etwas bedeutet, was in sein Karma eingeschrieben wird und wodurch sein Karma in eine günstigere Richtung kommt“ (51). Hier wird die Bedeutung einer Beziehungsethik aus einer anderen Sicht hervorgehoben.

Zwei kurze Krankengeschichten erscheinen inhaltlich wichtig: „ Eine Schwerkranke, die gelähmt im Bett lag und auch gefüttert werden musste, erweckte...ein solches Mitleid, dass in einem Gespräch mit Dr. Steiner geäußert wurde, „dass es wohl doch besser sei, wenn die Kranke erlöst werden würde. Dr. Steiner antwortete darauf sehr ernst: Nein, es ist für die ganze Menschheit wichtig, jede Stunde, die sie auf der Erde lebt“ (52)

„Zu den Angehörigen von G. Wagner sagte Dr. Steiner, dass sie Sorge dafür tragen sollten, dass derselbe solange als möglich auf Erden leben bleiben könne. Dies sei nicht nur für ihn, sondern für die ganze Menschheit von Bedeutung“ (52)

Diese Aussagen klingen in der heutigen Zeit befremdlich.

Für das Fortexistieren der Menschen auf Erden sei es notwendig, dass die von der menschlichen Persönlichkeit bearbeitete Leiblichkeit der Erde übergeben würde. (53)

In der Menschenkunde R. Steiners unterscheidet man einen äußeren Menschen, bestehend aus physischem Leib und Ätherleib (Lebensleib), und einen inneren Menschen, bestehend aus Astralleib (Seelenleib) und Ich. Unsere Erlebnisse wandeln sich in Extrakte, in Essenzen um: diese entwickeln sich zwischen Geburt und Tod zu Fähigkeiten und zu Weisheit. Durch Schlafen und Wachen ist die Entwicklung zwischen Geburt und Tod auf das seelische Erleben begrenzt, da wir durch den Leib, durch den Körper auf Grenzen der Entwicklung stoßen: „ Da haben wir eine deutliche Grenze dessen, was die Entwicklung vermag in dem Leben zwischen Geburt und Tod“ (54).

Im nachtodlichen Leben wird der äußere Mensch abgelegt und es bildet sich ein Urbild des physischen Leibes und des Ätherleibes bis zu einer neuen Geburt heran.

„Könnten wir den physischen Leib und Ätherleib nicht zertrümmern, könnte der physische Leib nicht durch den Tod durchgehen, so könnten wir unsere Erlebnisse nicht in die Entwicklung einbeziehen. Hier ist der Punkt, wo wir sagen müssen, wenn wir auch noch so sehr mit Furcht und Schrecken dem Tod entgegenscheuen und Leid und Schmerz empfinden vor dem Tod, der uns selber treffen soll, so können wir nur sagen, wenn wir die Welt von einem überpersönlichen Standpunkt aus betrachten: Wir müssen den Tod geradezu wollen! Denn er allein gibt uns die Möglichkeit, diesen Leib zu zertrümmern, um uns einen neuen im nächsten Leben aufzubauen, damit wir alle unsere Erdenfrüchte hereinbringen ins Leben:“(54)

Der Tod ermöglicht so Entwicklung. Krankheit stellt eine Disharmonie zwischen dem inneren und dem äußeren Menschen dar; unserer Hilfe kann durch äußere Einwirkung den äußeren Menschen wiederherstellen – oder den inneren Menschen so stärken, dass der äußere Mensch wieder hergestellt wird; in der Heilung wird dann eine neue Harmonie erreicht und wiederhergestellt. Eine Krankheit, die mit dem Tode endet, bedeutet die Unfähigkeit, die gestörte Harmonie wieder herzustellen. (54) Krankheiten sind menschenkundlich betrachtet ein mächtiger „Erziehungsfaktor“; ist der Mensch mit entsprechenden Kräften ausgerüstet und bekommt er Hilfen, so kann Heilung eintreten, er „windet“ sich dann durch die Krankheit. Er kann trotz Hilfen versterben, wenn entsprechende Kräfte nicht angesprochen werden können. Ein Mensch stirbt, um zwischen Tod und neuer Geburt das weiter zu verarbeiten, was im

Leben nicht bearbeitet werden konnte. „In dieser Weise kann...durch die Anwesenheit einer Krankheit eine Art *Abschlagszahlung* bewirkt werden“. Durch die Gesetze des Karmas kann eine tiefe Versöhnung mit dem Leben gewonnen werden; selbst der tödliche Ausgang einer Krankheit kann unter dem Ziel gesehen werden, „den Menschen höher zu bringen“ (51).

Es würde nun nahe liegen, zu denken, man solle dann den Menschen sterben lassen, denn es sei sein Weg und er würde sich ja weiterentwickeln....dieser Gedankengang ist aber falsch. R. Steiner dazu: „Dann ist es vielleicht gerade gut, die Krankheit zu lassen; denn wenn wir diese Krankheit sich recht ausleben lassen und nicht heilend eingreifen, dann werden die Kräfte in unserem Inneren stärker und das Karma wird sich umso besser erfüllen! – Das wäre ein Unsinn. Es handelt sich gerade darum, die Heilung so zu veranstalten, dass möglichst günstig die ausgleichenden Kräfte eingreifen können; d.h. also, dass wir so viel als nur möglich ist, zur wirklichen Heilung tun, ganz gleichgültig, ob eine Heilung eintritt oder nicht. Das Karma ist immer Lebensfreundlich, niemals lebensfeindlich“. Es handelt sich also darum einzugreifen, um Heilung zu ermöglichen.(55)

An anderer Stelle wird dieser Gedanke noch deutlicher ausgesprochen: „Keinem Menschen sollte es einfallen, etwa aus der Geisteswissenschaft heraus zu sagen: Wenn der Tod, mit dem eine Krankheit endet, etwas ist, dem wir dankbar sein müssen, wenn der tödliche Ausgang einer Krankheit etwas ist, was uns im nächsten Leben höher bringt, dann müssten wir die Krankheit mit dem Tode endigen lassen und sie nicht heilen!...*Wir haben die Pflicht, mit allen Mitteln, die uns zu Gebote stehen, für die Heilung zu sorgen. Innerhalb des menschlichen Bewusstseins liegt die Aufgabe zu heilen, soviel man kann...*Von einem Götterstandpunkt aus ist es berechtigt, diese oder jene Krankheit mit dem Tode endigen zu lassen; *vom menschlichen Standpunkt aus ist es nur berechtigt, alles aufzuwenden, was die Heilung herbeiführen kann.* Eine Krankheit, die mit dem Tode endet, muss von einem anderen Gesichtspunkt aus beurteilt werden. Zwischen diesen zwei Gesichtspunkten gibt es zunächst keine Vereinigung; sie müssen nebeneinander hergehen. Alles abstrakte Harmonisieren nützt hier nichts.“ (54)

Es könne auch sein, dass wir in gewissen Krankheitsfällen den Tod herbeiwünschen müssten. „Das darf niemand sagen, weil die Entscheidung darüber, was eintreten soll, ob Heilung oder Unheilbarkeit, einer höheren Vernünftigkeit zufällt als die ist, welche wir mit unserem gewöhnlichen Bewusstsein umfassen können...*Mit*

demjenigen Bewusstsein aber, das helfen und eingreifen soll ins Leben, dürfen wir uns nicht vermessen, uns auf diesen höheren Gesichtspunkt zu stellen. Da können wir uns leicht irren und würden in einer unerhörten Weise eingreifen in etwas, worin wir nie eingreifen dürfen: **In die menschliche Freiheitssphäre.** Wenn wir einem Menschen helfen können, damit er die selbstheilenden Kräfte entwickelt oder indem wir selbst der Natur zur Hilfe kommen, damit Heilung eintritt, so müssen wir das tun“.
(54).

Unsere Hilfe ist immer eine Hilfe zur Heilung. „Ist sie dies, so setzen wir es in des Menschen eigene Individualität, seine Kräfte anzuwenden und die ärztliche Hilfe kann dabei nur eine solche sein, die ihn darin unterstützt. Dann wirkt sie nicht hinein in die menschliche Individualität“: (54)

Würden wir dennoch anders handeln, „dann hätten wir unseren Willen der anderen Individualität aufgedrängt. **Diese Entscheidung müssen wir der Individualität selbst überlassen.** Das heißt mit anderen Worten: *Wir müssen soviel wie möglich tun, damit eine Heilung geschieht*“ (56)

Aus vielleicht sentimentalen Mitleid heraus (57) gibt es nicht wenige Anthroposophen, die offensichtlich die Menschenkunde unzureichend kennen: diese vertreten die Meinung, Heilung bedeute nicht immer am Leben bleiben, manchmal könne auch Heilung ein Höheres bedeuten, also könne nicht jede Lebensform gemeint sein; ein Leben ohne Wachbewusstsein sei anders zu deuten als ein Leben mit vollem Bewusstsein. Die Attribution von Würde abhängig zu machen vom Haben bestimmter Eigenschaften offenbart eine gefährliche Nähe zum Gedankengut einer Bioethik a la P. Singer, die wir weiter oben bereits besprochen haben. Liest man hingegen die Äußerungen R. Steiners genau, so offenbart sich ein viel moderneres und humanistisches Menschenbild, das in Übereinstimmung mit dem später verfassten Grundgesetz der BRD steht: menschliches Leben hat als solches Würde, ohne Attributionen beliebiger Art – gerade aus den oben geschilderten Gedanken der Freiheit heraus.

R. Steiner wurde 1913 gefragt, ob die Anschauung, das Leben unter allen Umständen zu erhalten, berechtigt sei. Seine unmissverständliche Antwort:“... es wäre gar nicht möglich, unter einem anderen Prinzip wirklich zu handeln, als unter dem Prinzip, sich verpflichtet zu fühlen mit allen nur denkbaren und ergründbaren Mitteln, das *Leben* zu erhalten....Wir setzen uns schon einer großen Gefahr aus, wenn wir eine andere Maxime haben als unter allen Umständen das *Leben* zu

erhalten, denn wir wären sonst im Begriff, unserer Einsicht zuviel zuzumuten. Denn in das Karma können wir nicht eingreifen, was wir auch immer tun. Wir haben in das Karma eines Menschen auch nicht eingegriffen, wenn wir ihm z.B. das Leben retten, wenn wir ihn aus dem Wasser ziehen... In das Gesamtkarma können wir dadurch nicht hemmend oder hindernd eingreifen. Aber wir würden tatsächlich unserer Einsicht zuviel zumuten, selbst wenn es im Einzelfalle besser wäre, das Leben nicht zu erhalten... Den Egoismus dürfen wir im Menschenleben vielen Gefahren aussetzen, dieser Gefahr aber nicht: Etwas zu unterlassen, was das Leben rettet, erhalten könnte“ (58)

Leben erhalten, ohne auf irgendwelche Attributionen zu achten, ist ein Unbedingtes; einerseits aus Respekt vor der Freiheit des Anderen, aber auch aus der Perspektive einer Beziehungsethik: nur so kann der Patient das nötige Vertrauen in den Helfenden haben; es wäre egoistisch, nicht Leben als solches unbedingt retten und erhalten zu wollen. In dieser Radikalität sind diese Ausführungen für viele neu – die Begründung aus der Freiheit des Anderen, aus der Freiheit des mir anvertrauten ist sehr modern, für viele sicher noch ungewohnt.

Die ärztliche Aufgabe ist somit klar umrissen: wir gehen täglich mit den technischen Errungenschaften unserer Zeit um. Es ist unsere eindeutige Aufgabe, das Mögliche zur Heilung zu tun, das Mögliche zum Lebenserhalt. Es versteht sich damit von selbst, dass die Möglichkeiten (technische und andere) unserer Zeit dabei zu nutzen sind. Die Hilfe ist ein Angebot an den Patienten, das er annehmen kann – oder nicht. Entscheidend ist, dass nicht der Arzt Entscheidungen trifft, sondern dass der Arzt handeln und helfen muss, damit der Patient aus seiner höheren Weisheit und Freiheit die Möglichkeit bekommt seinen Weg zu gehen. Anders ausgedrückt: würde der Arzt die Hilfe zur Heilung bzw. zum Lebenserhalt verweigern – der Arzt hätte entschieden, der Patient hätte nicht mehr die Freiheit zu entscheiden. Die höhere Freiheit und Weisheit des Patienten wird erst durch das ärztliche Handeln ermöglicht! Das Entsprechende gilt, wenn der Patient mittels Verfügung aus dem irdischen Bewusstsein Hilfe verweigert.

Die Behandlungskriterien, die Maßnahmen, die ergriffen werden müssen, ergeben sich aus dem Jetzt-Bewusstsein, aus der jeweiligen Situation. Wir dürfen uns aber das Ergreifen eines „Götterbewusstseins“ nicht anmaßen, oder aus einem solchen heraus zu handeln oder gar zu urteilen. Diese Ausführungen öffnen keineswegs einer sog. Inhumanen Medizin Tür und Tor. Sie geben vielmehr den Rahmen, sie

bestimmen den Auftrag, sie geben die nötige Bescheidenheit und Demut vor der Größe des Lebens des einzelnen Menschen; sie geben dem Patienten die Sicherheit, dass eine Behandlung aus der oben beschriebenen Haltung heraus durchgeführt wird; nur so kann das notwendige Vertrauen entstehen, dass der Arzt nur dem Wohl und dem Leben des Patienten verpflichtet ist und nicht gesellschaftliche Wertvorstellungen von dem Wohl oder dem Willen des Patienten stellt.

Eine Orientierung kann der Organwille sein, wie es in dem Buch: Anthroposophische Medizin auf der Intensivstation (7) beschrieben ist: der Organwille kann durch aufmerksames Beobachten und Wahrnehmen erkannt werden – daran, ob die angebotene therapeutische Hilfen im Sinne der Wiederherstellung der physiologischen Funktionen angenommen werden. Das Multiorganversagen stellt eine phänomenologische Situation dar, an der das irreversible Exkarnieren, der Sterbeprozess gleichsam abgelesen werden kann – erst dann ist eine therapeutische Zurückhaltung menschenkundlich gerechtfertigt; das Multiorganversagen ist gleichsam das Zeichen, an dem ablesbar wird, dass der Patient seine Entscheidung getroffen hat. Begleitung sowie Linderung eventueller Schmerzen oder anderer Symptome sollten Selbstverständlichkeiten sein.

Im Leben zwischen Geburt und Tod gelten andere Gesetzmäßigkeiten als nur die physischen; sie können dem Leben, der Krankheit, dem Tod und dem Leid einen Sinn geben: „All das Leid, das wir im physischen Erdenleben empfinden...., wenn wie den Unglücksfällen des Lebens gegenüberstehen oder dem eigenen Schicksal gegenüberstehen, dieses Leid wird immer da sein. Das wird sich nicht ganz aufheben, vielleicht aber doch mildern lassen, wenn man einsieht, dass von einer höheren Lebensbetrachtung aus gesehen Weisheit dennoch unser Leben durchspulst und durchwebt. Von einem höheren Standpunkt aus erscheint alles Leid, das im Leben eingewoben ist, als zur Entwicklung gehörig“.(59) Es handelt sich hier um das christliche Motiv der Passion.

Die Zuwendung, der therapeutische Wille, die Therapienotwendigkeit sind auch bei einem Sterbenden, sich exkarnierenden Menschen notwendig. „Man darf nicht sagen, dass man etwa einen Menschen, dem man tagelang vor seinem Tode ansieht, er könnte auch sterben, nicht mehr versuchen sollte zu heilen; es kann wiederum das, was sich gelockert hat, zusammengefügt werden. Man muss immer, solange ein Mensch lebt, unter allen Umständen versuchen, ihn zu heilen“.(60)

Wir müssen handeln zur Heilung, zum Erhalt des Lebens – gerade um dem Patienten seine höhere Entscheidungsfreiheit zu ermöglichen! Hier erscheint das Motiv des ethischen Individualismus der Philosophie der Freiheit wieder – in überhöhter, rein geistiger Form (13).

Können wir dann noch von „unzulässiger Behandlung“ oder „sinnloser Therapie“, oder „unzulässiger Verlängerung des Lebens“, oder „Verhinderung des Todeszeitpunktes“ oder gar von „sinnlosem Leben“ sprechen? Einige dieser sinnlosen Begriffe erscheinen immer wieder in Patientenverfügungen.

Wir müssen ärztlich-menschlich handeln, frei von moralisierenden Urteilen, frei von Fremdurteilen („Diese Biographie geht zu Ende“ – „Seine Zeit ist abgerundet und abgelaufen“ – „Es ist gut, wenn er jetzt sterben darf“ – „Er ist erlöst“ und ähnliche), gerade um die geistige Entscheidungsfreiheit des einzelnen Patienten zu ermöglichen. Es ist ein grandioser Freiheitsgedanke, dem gegenüber Ärzte und Patienten demütig, bescheiden und respektvoll auftreten müssen.

Der Arzt „verfügt“ also nicht über Leben: er kann lediglich einem Hilfsbedürftigen seine Hilfe anbieten. Ob diese Hilfe vom Erkrankten angenommen wird, entscheidet dieser alleine aus seinem höheren Selbst. Schicksal und Schicksalswille sind keineswegs identisch oder gar deckungsgleich mit dem rational geäußerten irdischen Willen des Menschen. Es ist nicht immer leicht zu akzeptieren, dass es etwas höheres gibt als die Vernunft.

An all sieden Ausführungen und Gesichtspunkten merken wir dass individuelle Verantwortung und Bewusstseinsseele erschreckend unbequem sind.

Wenn heute der Patient als Kostenfaktor und der Arzt als Kostenverursacher bezeichnet werden, offenbart sich darin wie weit entfernt von einer menschengemäßen und zukunftsfähigen Ethik die heutige Diskussion, die heutige Politik sind – gleichzeitig zeigt sich darin die Gefährlichkeit der politischen Denke.

Das Prinzip „Kosten Sparen“ eignet sich nicht als Grundlage für eine menschengemäße Ethik.

Zusammenfassung

Wir haben viele Aspekte gesehen, die Berücksichtigt werden müssen, wenn Autonomie und Selbstbestimmung als Aufgabe und Verpflichtung gesehen werden sollen. Individuelle Verantwortung verpflichtet: sie bedingt Information, Abwägung,

kritisches Hinterfragen, aber auch Verantwortung für Taten und Entwicklungen die durch das eigene Handeln induziert oder ermöglicht werden.

Patientenverfügungen sind Teil der cartesianischen Vernaturwissenschaftlichung der Medizin; sie sind Ausdruck der daraus resultierenden Verunsicherung. Sie sind Teil des illusionären Glaubens an die grenzenlose Machbarkeit und Beherrschbarkeit aller Lebenserscheinungen, einschließlich Sterben und Tod; das Bild eines leidensfreien Menschseins erweist sich bei näherer Betrachtung als eine gefährliche Illusion.

Sie sind Symptom der Verunsicherung und der Angst, auch gegenüber der Abhängigkeit von Anderen, also auch gegenüber dem Verlust der eigenen äußeren Autonomie; sie speisen sich und basieren im Wesentlichen auf Misstrauen.

Sie sind verfasst aus der Perspektive des Gesunden, sie berücksichtigen nicht die Sichtweise des aktuell Erkrankten. Sie stellen das Wohl des Patienten in den Hintergrund, dafür wird der (vermeintliche) Wille des Patienten mit dem Argument der Autonomie einseitig betont.

Die ethisch-rechtliche Argumentations-Grundlage für die Patientenverfügung ist der Rekurs auf die Autonomie des Menschen: diese, in Kombination mit „in dubio pro voluntate“ und „in dubio pro dignitate“ (diese so verstanden wie oben ausgeführt) stellt eine generelle Öffnungsklausel dar. Im Namen von Autonomie, Wille und dignitate ist logisch keine Eingrenzung auf Lebensphasen, auf Zustände oder Krankheitssituationen zu begründen. Die Gefährlichkeit der Patientenverfügung liegt einerseits in der inneren Widersprüchlichkeit, aber besonders in den Wurzeln ihrer Begründung: über diese Perspektivenverschiebung öffnen Patientenverfügungen (für viele unmerklich) den Weg für ärztlich assistierten Suizid, für Tötung mit oder ohne Verlangen, für terminale Sedierung.

Patientenverfügungen, wenn sie verbindlich wären, würden den Arzt entlasten, machen ihn zum „Wunscherfüller“, reduzieren die ärztliche Professionalität und die Verantwortungsbereitschaft; sie belasten hingegen den Patienten, erhöhen das „Alleingelassensein“, zerstören die beziehungsethische Grundlage der Medizin. Wohin eine Entprofessionalisierung der Medizin sowie die Vernachlässigung der Beziehungsethischen Ebene hinführen, ist höchstens in Ansätzen untersucht

(61)

Die Diskussion findet auf rechtlich-normativer Ebene statt, ethisch-moralische Aspekte werden benachteiligt oder bleiben gänzlich unberücksichtigt. Auch dadurch

können Patientenverfügungen keine Sicherheit am Lebensende (auch hier muss die Frage erlaubt sein, was dies bedeutet) garantieren, können nicht das halten, was viele Verfasser sich erhoffen: die Beziehungsebene ist eine Realität, die nicht unbestraft aus dem Leben des Menschen eliminiert werden kann.

Sie schwächen letztlich die Selbstbestimmung, und erhöhen die Bürokratie.

Angesichts der Komplexität der Materie, sollte keine Verfügung verfasst oder ausgestellt werden ohne vorherige kompetente Beratung: dies um zu verhindern, dass im Namen der Autonomie Schaden entsteht oder verfügt wird.

Eine Patientenverfügung kann nur vom irdischen Jetzt-Bewusstsein ausgehen: dieses darf nicht mit dem oben angesprochenen höheren Bewusstsein gleichgesetzt werden. Wenn die Geisteswissenschaft ernst genommen wird, so sind Patientenverfügungen, in der heute üblichen Form, nicht das geeignete Mittel, die höhere Freiheit und Weisheit zu ermöglichen und zu berücksichtigen – ganz im Gegenteil, diese werden durch eine Verfügung eingeschränkt.

Wenn Autonomie und Selbstbestimmung zur Freigabe von Euthanasie führen, so werden die Würde, die dem Schutze des Lebens dient, sowie die Selbstzwecklichkeit als handlungsfähiges Subjekt verletzt.

Der Gedanke der Autonomie hebt sich selber auf, wenn im Namen der Autonomie das Sein als Voraussetzung von Bewusstsein und Autonomie eliminiert wird und damit der Mensch sich als Persönlichkeit wertvolle Handlungs- und Entwicklungsmöglichkeiten beraubt und verhindert.

Patientenverfügungen, die die Durchsetzung einer vermeintlichen abstrakten, selbstbestimmten Willenserklärung zum Lebensende in Aussicht stellen, nehmen aber in Kauf, dass mit der Außer-Kraft-Setzung des Fürsorgegebots des behandelnden Arztes eine Selbstschädigung des Patienten die Folge ist; in Anbetracht der Verzichtserklärung des Patienten, unternimmt der Arzt keinen Behandlungsversuch, da er sich nicht mehr der unterlassenen Hilfeleistung schuldig macht – vielmehr könnte er beschuldigt werden, den Patientenwillen missachtet zu haben, also eine unerlaubte Körperverletzung begangen zu haben. (1)

Rest fordert in kritischer Konsequenz aller bisher besprochenen Aspekte einen Verzicht auf Vorhalten von Verfügungen „in allen Einrichtungen in denen gestorben wird“(62). In Anbetracht der Selbsttötungs- und Selbstliquidierungspropaganda, die sich in den allermeisten vorgefertigten Formularen verbirgt, fordert Rest die Verweigerung der Teilnahme an der Patientenverfügungsbewegung.

Ich hatte schon 2001 gefordert, sich zum Schutz des Patienten und der ärztlichen Würde über eine Verfügung hinwegzusetzen. (63)

Die weitere Ökonomisierung des Gesundheitswesens mit verdeckter und offener Rationierung führt jetzt schon dazu, dass nicht jeder das bekommt was er benötigt; bald wird daher eine neue Form der Verfügung notwendig machen, etwa derart: „Wenn..... erwarte/möchte ich dass die notwendigen medizinischen Schritte unternommen werden“.

Die zunehmende Verrechtlichung der Medizin führt heute schon dahin, dass eine Behandlung ohne Zustimmung nicht begonnen werden darf; der Abbruch hingegen bedarf keiner Zustimmung. In Zweifelsfällen wird es also für den Arzt rechtlich sicherer sein, den Patienten sterben zu lassen, denn man wird den mutmaßlichen Lebenswillen des Patienten schwer nachweisen können.

Student und Knie nahmen schon 2001 zur Patientenverfügung wie folgt Stellung: das „Ritual einer Verfügung“ als Ersatz für früher tragende Rituale bei Sterben und Tod könne „auf stille Weise“ und im „Verborgenen“ der Aktiven Sterbehilfe Vorschub leisten bis hin zur gesellschaftlichen Akzeptanz und Einführung.(64)

Auf dem Boden der heute überzogenen Autonomiediskussion steht die Patientenverfügung auch im Zusammenhang mit der Diskussion um lebenswertes und „nicht mehr lebenswertes Leben“.

Schon der Arzt Christoph Wilhelm Hufeland (1762 – 1836) hat vor der „schiefen Ebene“ gewarnt, wenn der Arzt auch für das Töten zuständig werden würde: “Wenn ein Kranker von unheilbaren Uebeln gepeinigt wird, wenn er sich selbst den Tod wünscht, wenn Schwangerschaft Krankheit und Lebensgefahr erzeugt, wie leicht kann da, selbst in der Seele des Besten, der Gedanke aufsteigen: sollte es nicht erlaubt, ja sogar Pflicht sein, jenen Elenden etwas früher von seiner Bürde zu befreien, oder das Leben der Frucht dem Wohle der Mutter aufzuopfern? So viel Scheinbares ein solches Raisonement für sich hat, so sehr es selbst durch die Stimme des Herzens unterstützt werden kann, so ist es doch falsch, und eine darauf gegründete Handlungsweise würde im höchsten Grade unrecht und strafbar sein. Sie hebt geradezu das Wesen des Arztes auf. Er soll und darf nichts anderes thun, als Leben erhalten; ob es ein Glück oder Unglück sei, ob es Wert habe oder nicht, dies geht ihn nichts an, und masst er sich einmal an, diese Rücksicht mit in sein Geschäft aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar, und der Arzt wird der gefährlichste Mann im Staate; denn ist einmal die Linie überschritten, glaubt sich der Arzt einmal

berechtigt, über die Nothwendigkeit eines Lebens zu entscheiden, so braucht es stufenweiser Progression, um über den Unwerth und folglich die Unnötigkeit eines Menschenlebens auch auf andere Fälle anzuwenden“ (65)

Historische und sehr aktuelle Evidenz für die Richtigkeit dieser Argumente gibt es leider in ausreichender Zahl. Können und wollen wir als Individuelle Persönlichkeit und als Gesellschaft eine solche Entwicklung wollen?

Ausblick

Nach den bisherigen Ausführungen ist klar geworden, dass Verfügungen in der heute propagierten Form nicht das geeignete Mittel sind, um eine Sicherheit am Lebensende zu erreichen.

Gibt es Möglichkeiten die besser sind, die statt einer Verfügung praktiziert werden können?

Die Antwort hierauf ist sehr schwer, da wir es mit dem grundsätzlichen Problem zu tun haben: wie gehen wir mit der Autonomie des nicht Autonomen um?

Drei Schritte scheinen der Aufgabe der individuellen Verantwortung am nächsten zu kommen.

Als erstes muss sich jeder mit der eigenen Endlichkeit auseinandersetzen; dazu gehören alle die Aspekte die bisher besprochen worden sind, einschließlich der gesellschaftlichen Folgen und Entwicklungen, die man mitunterstützt, wenn eine Verfügung verfasst wird. Wer alles bedenkt, kommt meist zu der Erkenntnis, dass es besser ist keine Verfügung zu schreiben. Angesichts der heutigen Entwicklungen ist es ohne Zweifel das beste, wenn man sicher sein will, behandelt zu werden. Oder man schreibt direkt eine Verfügung, mit dem Wunsch behandelt zu werden.

Ein zweiter Schritt könnte der sein, dass Wünsche und Vorstellungen aufgeschrieben werden; diese aber auch als solche formuliert, als Orientierung für die Behandelnden. Etwa so: Meine Wünsche, meine Vorstellungen; darunter können Situationen aufgeführt werden, die beispielhaft die Wünsche verdeutlichen. Sätze wie: ich verlange, ich fordere, ich verweigere... sind sicher fehl am Platze. Diese Wünsche können mit Verwandten und Angehörigen besprochen werden, denn diese müssen dann im Falle einer nicht mehr vorhandenen Einwilligungsfähigkeit, mit den Behandelnden sprechen, also sollten sie die Wünsche kennen und Idealerweise mittragen können.

Der dritte Schritt: es gibt eine empfehlenswerte Form der vorsorglichen Entscheidung, die den Bedürfnissen aller besser gerecht wird als die Verfügung: es handelt sich um die **Vorsorgevollmacht**. Für den Fall meiner Entscheidungsunfähigkeit beauftrage ich einen oder mehrere Menschen meines Vertrauens, bevollmächtige ich diese/ diesen das medizinisch Notwendige mit den Ärzten gemeinsam zu besprechen und zu entscheiden. Sicher, diese Figur geht von einer Stellvertretung aus; aber im Falle einer Bewusstlosigkeit geht es nicht anders. Aber der/die Bevollmächtigten können mit dem Arzt um die beste Entscheidung „ringen“, sie könne das Für und Wider abwägen, können in konkreter Kenntnis der dann vorliegenden Situation das Beste für den Betroffenen tun.

In einer solchen Regelung ist eine Beziehung zwischen dem Behandelnden Arzt und dem Bevollmächtigten als Stellvertreter möglich; diese Figur ermöglicht Hilfeleistung, die beziehungsethische Ebene bleibt erhalten, sie ermöglicht das Abwägen und so eine individuelle Verantwortung.

Der Arzt hat ein Gegenüber das das Vertrauen des Betroffenen genießt. Die Figur der Vorsorgevollmacht wird eindrucksvoll von rechtlicher Seite in einem Rechtsgutachten dargestellt und von vielen Seiten empfohlen. (66)

Eine notarielle Beglaubigung einer solchen Vorsorgevollmacht ist weder notwendig noch vorgesehen.

Sie benötigt keine rechtliche Diskussion über eine Verbindlichkeit, da es als Gesprächs- und Beziehungsangebot an die Behandelnden zu sehen ist, das per se menschliche Verbindlichkeit offenbart.

Es dürfte klar geworden sein, dass es sinnlos ist eine Verfügung zu verfassen *und* eine Vorsorgevollmacht: im Ernstfall gilt immer zuerst die Verfügung, weil diese den vermeintliche direkten Willen darstellt: eine solche Kombination schadete genau so wie eine Verfügung alleine.

Eine Erklärung zur Organspende sollte grundsätzlich separat davon verfasst sein, da diese nach der Gesetzeslage verbindlich ist: auch hier sollten aber entsprechende Informationen eingeholt werden.

Die Formulierung könnte wie folgt sein: Wissend, dass es keine „sinnlosen“ Zustände im Leben gibt, dass es keine „unzulässige“ Verlängerung des Lebens oder Verhinderung des Todes geben kann, dass der Schutz des menschlichen Lebens Vorrang hat und ich mich in einem Zustand befinden sollte, in dem ich Entscheidungen nicht mehr selber treffen kann, möchte ich dass notwendige

medizinische Maßnahmen ergriffen werden. Ich möchte, dass die Ärzte mit folgenden Menschen das Anstehende besprechen: *hier kommen die Namen der oder des Menschen, mit Tel. Nummer und Adresse*. Diese Menschen genießen mein Vertrauen; ihnen erteile ich die Vollmacht das Medizinisch-Notwendige für mich zu beurteilen und im Gespräch mit den Ärzten zu entscheiden; diesen Menschen gegenüber wird der Arzt von der Schweigepflicht entbunden. Sie bezeugen mit ihrer Unterschrift meine Entscheidungsfähigkeit.

Es ist unerlässlich mit diesen Menschen entsprechende Gespräche zu führen, damit diese die Einstellungen des Beauftragenden kennen. Diese Menschen sollten auch in geographischer und sozialer Nähe wohnen: es hat keinen Sinn einen Menschen zu beauftragen, der weit weg wohnt und im Notfall nicht erreichbar ist und damit als Ansprechpartner für die Behandelnden nicht in Frage kommt.

Einseitiger Paternalismus ist ebenso unangemessen wie einseitige Betonung der Patientenautonomie alleine; im ersten Bild trägt der Arzt die Verantwortung für den Patienten, im zweiten ist der Patient überfordert und belastet, der Arzt entlastet, zum Teil entprofessionalisiert. Die Figur der Vorsorgevollmacht entspricht mehr der modernen Figur der verantwortungsvollen Beziehung zwischen Arzt und Patient, im Sinne des Gespräches zwischen zwei autonomen Personen: Patient und Arzt.

Dott. P. Bavastro

Internist, Kardiologe, Stuttgart

2005: die ursprüngliche Fassung war für ein Buch vorgesehen. 2007: leicht revidiert Fassung

Literatur

1. Zieger, A., Holfelder, H. H., Bavastro, P., Dörner, K.: Sind Patientenverfügungen ein geeignetes Mittel für ein Sterbenkönnen in Würde? In: P. Bavastro (Hrsg.) Autonomie und Individualität, Stuttgarter Gespräche Nr.4, Stuttgart, 2003
2. Marion Gräfin Dönhoff: Zivilisiert den Kapitalismus, Stuttgart, 1997
3. Hans Jonas: Das Prinzip Verantwortung, 1979
4. I. Kant: Was ist Aufklärung?, Dezember 1783, Göttingen, 1994
5. G. Ulrich: Biomedizin. Die folgenschweren Wandlungen des Biologiebegriffs,

- Stuttgart, 1997
6. S. z.B. P. Bavastro: Aktive Euthanasie in Holland, Deutschland und der Schweiz, in: P. Heusser, B. Riggensbach: Sterbebegleitung, Sterbehilfe, Euthanasie, Bern, 2002 .
 7. Siehe hierzu: P. Bavastro: Anthroposophische Medizin auf der Intensivstation, Dornach, 1994
 8. G. Anders, Die Antiquiertheit des Menschen, 1985
 9. A. W. Bauer: Therapiebegrenzung und Therapieabbruch, Zeitschrift für medizinische Ethik, Heft 2, 2001, S. 139
 10. P. Singer, Praktische Ethik, Stuttgart, 1994
N. Hoerster: Neugeborene und das Recht auf Leben, Frankfurt, 1995
 11. J. D. Bauby: Schmetterling und Taucherglocke, Wien, 1997
 12. J. Rau: Wird alles gut? Für einen Fortschritt nach menschlichem Maß, 18.5.01
 13. R. Steiner, Die Philosophie der Freiheit, GA 4.
 14. Jaspers, K., Der Arzt im technischen Zeitalter, 1958, in: Von der Naturforschung zur Naturwissenschaft, Hrsg. H. J. Autrum, Berlin, 1987
 15. Bavastro, P., Hrsg. Autonomie und Individualität, Gefahren und Hintergründe der Patientenverfügung, Stuttgarter Gespräche Nr. 4, Stuttgart, 2003
 16. K. Dörner, in Hospiz-Zeitschrift, Ausgabe 3/2000
 17. Viktor E. Frankl: Das Leiden am sinnlosen Leben, Wien, 2002
Viktor E. Frankl/Franz Kreuzer: Im Anfang war der Sinn, München, 1986
 18. H. G. Gadamer: Lob der Theorie, 1991
 19. R. Spaemann: Es gibt kein gutes Töten, in: R. Spaemann/Th. Fuchs: Töten oder sterben lassen, Freiburg, 1997
 20. J. Hirschberger: Geschichte der Philosophie, Freiburg, 1980
 21. R. Marcus: Leid vermeiden um jeden Preis?, in Gesundheit und Umwelt, Nr. 24 ,
 22. L. N. Tolstoj: Der Tod des Iwan Iljitsch, Frankfurt, 1985
 23. Körtner,U.H.J.: Gesundheit um jeden Preis? Zeitschrift für medizinische Ethik, J.45,1999, S. 303
 24. Bormann, F. J.: Ein natürlicher Tod - was ist das? In Zeitschrift für medizinische Ethik, 2002,J. 48, S. 29
 25. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 2, 2003, Robert Koch Institut: Sterbebegleitung

26. Römelt, J.: Autonomie und Sterben, in Zeitschrift für medizinische Ethik, 48 (2002), s.3
27. K. Dörner: Stellungnahme für die Anhörung am 9.2.04 der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages
28. A. Roth-Istigkeit (2000): Wie erleben postoperative, herzchirurgische Patienten die pflegerische Versorgung auf der Intensivstation?, in Intensiv 9, S. 24
29. - P. A. Jensen: Ich brauchte einen Menschen, den ich anfassen konnte, in: Deutscher Ärzteblatt, Heft 25/26, Juni 1986
 - R. Heinecker: Erfahrung als Patient einer Intensivstation, in DMW Nr. 12, März 1980, S. 417
 - Erfahrungen mit der Intensivpflege, in Deutsche Krankenpflegezeitschrift, 6/1985
 - J. S. Robinson, Psychologische Auswirkungen der Intensivpflege, in: Anästhesist, 24, S. 416, 1975
30. H. Strätling-Tölle (Hrsg.): 50 Tage Intensiv, Frankfurt, 2000
31. K. M. Einhäupl & R. Haperl: Neurologische Defektsyndrome, in: M. Stöhr, Th. Brandt, K. M. Einhäupl (Hrsg.) Neurologische Syndrome in der Intensivmedizin, Stuttgart 1990
32. B. van Oorschot et Al.: Patientenverfügungen aus Patientensicht, in: Ethik in der Medizin, Band 16, Heft 2, 2004, S. 112
33. N. Burchardi et Al.: Patientenselbstbestimmung und Patientenverfügungen aus der Sicht von Patienten mit amyotropher Lateralsklerose, in: Ethik in der Medizin, Band 16, Heft 1, 2004, S. 7
34. Bosshard, G. et Al.: Lebensverlängernde Maßnahmen in der geriatrischen Langzeitpflege, Deutsches Ärzteblatt, 96, Heft 21, 28.5.1999
35. Schuster, H. P.: Ethische Probleme im Bereich der Intensivmedizin, Internist, 1999, 40: 260-269
36. Schweizerische Ärztezeitung, 29.9.93, Heft 39
37. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Deutsches Ärzteblatt, 85, Heft 39, 29.9.1998
38. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Deutsches Ärzteblatt, J.101, Heft 19, 7.5.2004
39. Scharpf, F. W.: Die Politikverflechtungsfalle: Europäische Integration und

- deutscher Föderalismus im Vergleich. Politische Vierteljahresschrift, Nr.4,26, 1985
40. Wettreck, R.: Das ist doch mein Leben!, in Ethik in der Medizin, 2, Mai 2003
 41. Bavastro, P.: Kritik der reinen Unvernunft: Gesundheitspolitik heute, Analyse und Ausblick, in Die Drei, 11/03 sowie 12/ 03
Sowie eine längere Fassung unter: www.bavastro-praxis.de/publikationen
 42. Borasio, G. D.: Ärzte ignorieren den Tod, in Der Spiegel, 25/2004
 43. Bavastro, P.: Ist Terminale Sedierung Einfallstor für aktive Euthanasie ?
Der Merkurstab, in Druck
 44. Rothärmel, S.: Einleitung und Abbruch der künstlichen Ernährung, Internist, 4. 2004, 45, S. 485
 45. Borasio, G. D. et Al.: Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gestärkt, in Deutsches Ärzteblatt, Jg.100, Heft 31-32, 4.8.2003
 46. Bericht der Arbeitsgruppe: „Patientenautonomie am Lebensende“ des Bundesjustizministerium, Berlin, 10.6.2004
 47. Kutzer, K.: Vortrag vom 8.11.2002 am Vormundschaftsgerichtstag in Erkner
Kutzer, K.: Vortrag 9.11.2002 bei der Tagung pro voluntate in Dresden
Kutzer, K.: Vortrag am 18.9.2002, evangelische Akademie in Tutzing
Kutzer, K.: Vortrag im März 2000, Deutsche Krebsgesellschaft
 48. Der Gedanke des Tötens, in Der Spiegel, 30/2004
 49. Sterbehilfe und Sterbebegleitung, Bericht der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz vom 23.4.2004
 50. Steiner, R.: Meditative Betrachtungen und Anleitungen zur Vertiefung der Heilkunst (Jungmedizinerkurs) GA 316, 9.1.1924
 51. Steiner, R.: Geisteswissenschaftliche Menschenkunde, GA 107, 1.1.1909
 52. Rundbrief der Medizinischen Arbeitsgruppe am Goetheanum, Nr. 22, Dornach 1994
 53. Steiner, R.: Soziales Verständnis aus geisteswissenschaftlicher Erkenntnis, GA 191, 5.10.1919
 54. Steiner, R.: Metamorphosen des Seelenlebens, GA 59, 3.3.1910
 55. Steiner, R.: Der Christusimpuls, GA 116, 22.12.1909
 56. Steiner, R.: Die Offenbarungen des Karmas, GA 120, 19.5.1910
 57. Dörner, K.: Tödliches Mitleid, Gütersloh, 1988
 58. Beiträge zu Rudolf Steiner Gesamtausgabe, Nr. 41, Ostern 1973

59. Steiner, R.: Geisteswissenschaft als Lebensgut. Der Sinn der Unsterblichkeit der Menschenseele, GA 63, 4.12.1913
60. Steiner, R.: Natur und Mensch, in Natur und Mensch in geisteswissenschaftlicher Betrachtung, GA 352
61. Kolkmann, F. W. et Al.. Entprofessionalisierung ärztlicher Berufsausübung
Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 20, 14.5.2004

- Ruebsam-Simon, E.: Zeitenwende, Deutsches Ärzteblatt, Jg.101, Heft 18,
30.4.04
62. F. Rest: Patientenverfügungen in der Sollenswissenschaft und
Menschensorge. Sein Sterben selbst gestalten? In: Ev. Akademie Iserlohn
(Hrsg): Die Patientenverfügung: Vorsorgliche Selbstbestimmung im Blick auf
das eigene Sterben? Anliegen und Probleme. Iserlohn, 1998
63. Bavastro, P.: Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung?,
Unterlengenhardt, 2001
64. Klie, T., Student, J. – C.: Die Patientenverfügung, Freiburg, 2001
65. Bauer, A. W.: Der Gute Arzt, Teil 2, in Universitas, 58J., Nr. 688, Oktober 2003
66. Höfling, W.: Medizinische Patientenadvokatur und andere
Patientenverfügungen im Vorfeld des Todes. Rechtsgutachten, Köln, Juli 1999