

Diskussion nach F. Rest: Zur Würde des Patienten

Bauer: Zum Beginn der Diskussion möchte ich ein Paar Gedanken äußern. Ich will vorausschicken, dass mir Ihr Grundanliegen sehr sympathisch ist, insofern ich ebenso wie Sie ein Gegner aktiver Sterbehilfe bin, ebenso wenig ein Freund der indirekten oder sogenannter passiver Sterbehilfe bin; Patientenverfügungen beäuge ich sehr kritisch – in diesen Ethikfragen bin ich sehr konservativ.

Zunächst das Positive: Sie haben sehr schön die Sass'schen, die Kielstein'schen Positionen oder aktioskopischen Erwägungen in einem neuen Kontext gestellt. Sie haben also gezeigt, dass man die Beispiele auch anders formulieren kann: dadurch bekommt man andere Antworten. Das Kennzeichen aller demoskopischen Verfahren ist wohl, dass man durch die Frage die Antwort die man möchte erhalten kann. Wer Herr Sass kennt, weiß, welche Antworten er hören möchte.

Nun zu den kritischen Punkten: Sie haben nach meiner Ansicht nicht ausreichend differenziert zwischen der aktiven Sterbehilfe (Euthanasie, strafrechtliches Töten auf Verlangen nach § 216 STGB) und dem Therapieabbruch einer möglicherweise nicht mehr gewünschten, nicht mehr indizierten Therapie; dies hat seine Folgen auch für das Thema Patientenverfügung, denn diese sind eigentlich gedacht für Patienten, die nicht mehr entscheidungsfähig und bewusstlos sind: das sind eigentlich die Patienten, die nicht im Hospiz sind. Hospizpatienten sind keine Intensivpatienten, sondern in aller Regel wache und entscheidungsfähige Patienten: sie brauchen schon von daher keine Patientenverfügung. Dort entsteht die Frage oder der Kontrast aktive Sterbehilfe oder Hospiz: das Votum wäre natürlich nach Möglichkeit Hospiz, um den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe überflüssig zu machen. Ich hätte mir diese Differenzierung gewünscht, zwischen Therapieabbruch bei einem bewusstseinsgestörten oder bewusstlosen Patienten, der eine Verfügung hat und dem Hospizpatienten, dem wachen Patienten, dem entscheidungsfähigen Patienten. Ein weiterer Punkt ist das Weiterleben, also der Kontrast zwischen einem technischen Töten oder dem Ausgeliefert sein; auf der anderen Seite schien es mir so, als würde der Patient, der keine Verfügung hat, weiterleben bis zum „natürlichen Ende“. Aber dieses „Natürliche Ende“ ist kein natürliches Ende, denn wir leben nicht in natürliche Gegebenheiten, und die Intensivmedizin „verlängert“ auf höchst künstliche Weise. Man muss auf der anderen Seite auch sehen, was es bedeutet,

keinen Therapieabbruch zu haben; bedeutet es Therapie bis zum letzten, ist das immer etwas Wünschenswertes?

Bavastro: Was bedeutet „künstlich“, was heißt „verlängern“, was ist „natürlich“? Verbergen sich nicht viele Illusionen, Unwissenheiten oder gar Romantizismen dahinter?

Bauer: Und schließlich gibt es nicht nur die Patientenverfügung sondern auch die Vorsorgevollmacht oder die Betreuungsverfügung, die vielleicht wirkungsvollere Mittel wären, um den alten Willen dann zu bekunden, wenn man diesen eben nicht mehr selbst aktuell bekunden kann. Sie haben zweifellos recht, und das war auch das Thema der Stuttgarter Gespräche vor 2 Jahren, dass eine Patientenverfügung nicht nur ein Gewinn an Autonomie ist, sondern auch im Gegenteil auch ein Verzicht von Autonomie sein kann; auch eine Vorsorgevollmacht kann eine bessere Äußerung von Autonomie sein, aber auch ein Verzicht.

Ich teile den Grundtenor Ihres Vortrages, einige Differenzierungen wären dennoch vielleicht nötig und wichtig, damit nicht der Eindruck entsteht, dass wer eine Patientenverfügung ausfüllt, umgebracht wird. Es geht um den Therapieabbruch, der - durch eine BGH Entscheidung auch als Rechtsfigur vorhanden ist - vom Vormundschaftsgericht genehmigt werden muss: es existieren also gewisse Kontrollinstanzen, bevor jemand „umgebracht“ wird. Bei einem Therapieabbruch liegt weder eine Tötung auf Verlangen noch ein strafbewährtes Töten durch Unterlassen vor.

Rest: Einverstanden. Das war aber nicht mein Thema, es war kein Vortrag über Euthanasie, dann hätte man sehr wohl weiter differenzieren müssen. Es ging in erster Linie – unter dem Thema Individuelle Verantwortung im Gesundheitswesen, als Übertitel unserer Tagung – um die Frage, was man von schwer geschädigten Patienten verlangt und inwieweit man ihnen tatsächlich gewisse Verantwortungen zuschreiben will und kann. Das war das Hauptthema und deswegen habe ich diese Differenzierung zwischen Therapieabbruch und Therapieverzicht nur am Rande kurz erwähnt: es könnte dann so aussehen, als hätte ich nur eines gesehen. Aus dem Blickwinkel der Problematik, was mite ich dem Patienten alles zu, liegen sie allerdings nahe beieinander und deswegen bin ich schon der Überzeugung, dass ein

fahrlässiger Umgang mit Patientenverfügungen tatsächlich so etwas sein könnte, wie ein Einstieg in die Euthanasie....

Bauer: ...christliche Patientenverfügung, Wertanamnese und Wertfragebögen....einverstanden

Rest: ...mir ging es hauptsächlich darum.

Zu den Hospizpatienten muss ich eines noch ergänzen: die größte Anzahl der Hospizpatienten sind nicht Mitteilungsfähig und zwar vor allen Dingen deswegen, weil wir zunehmend austherapierte, finale Patienten auch aus der Altenpflege bekommen, Patienten mit fortgeschrittenen Carcinomen usw. die dann aber gleichzeitig entsprechend demenzkrank sind, und wir haben in den Hospizen nach wie vor eine ganze Anzahl von Wach-Coma-Patienten, die tatsächlich bei uns untergebracht sind. Insofern stellt sich schon auch für die Hospize diese Thematik. Dies ist sogar sehr problematisch, da sich die Hospize gegenüber den Palliativstationen dadurch auszeichnen, dass sie keine ärztlich Versorgung im Hause haben: das macht die Sache besonders kompliziert, wenn man sich auf die niedergelassenen Ärzte verlässt.