

**Zur Würde des Patienten (alte und sterbende Menschen) zwischen
Selbstentwertung und Fallpauschalen
Prof. Dr. Franco Rest, Dortmund
Vortrag beim 3. Stuttgarter Gespräch am 1. 11. 2003**

Im Bemühen um die Menschenwürde nicht nur, aber auch in Medizin und Pflege weht uns ein kalter Wind entgegen. Er kommt in diesen Tagen aus zwei Richtungen, von denen wir es nicht vermutet hatten, aus der Ökonomie und aus der Philosophie und Ethik. Die Ökonomie zumal unter dem Druck der Globalisierung, der Kosten-Nutzen-Analysen, Fallpauschalen, Kostendämpfungen usw. macht aus Menschen „Kunden“ und „Leistungsinstanzen“ bzw. „Leistungserbringer“, aus Hilfeleistungen „Kostenstellen“, „Qualitätsmerkmale“, „Module“ usw. Damit wird die dialogische Beziehung von Mensch zu Mensch zur Gefahr für Rentabilität, Die „Zeit, die wir einem Menschen schenken“ wird zum Zeitmodul, das die Rentabilitätskurve belastet. Die Qualität einer Leistung wird nicht von der Würde des Leistenden und des Leistungsempfängers bestimmt, sondern die Würde wird selbst einer Leistungsmessung unterworfen und also verworfen, wenn sie bei der Messung durchfällt. Die Anforderungen an die Pflege steigen, aber der pflegliche Umgang mit den Anforderungen entfällt weitgehend.

Und die Wirkungen dieses kalten Windes wird noch dadurch verstärkt, daß uns von der Philosophie jenes Menschenbild entrissen wird, das uns bislang besonders in der Pflege getragen hatte. Der australische Philosoph Peter SINGER hatte bekanntlich versucht, den schützenswerten Menschen u.a. von seiner Rationalität her zu definieren und dadurch einen Großteil der Menschen, nämlich die rational Beeinträchtigten aus den Schutzrechten auszuklammern. Seit dieser Zeit und immer wieder tauchen Namen von (zumeist männlichen) Denkern auf, die den Menschen als verbesserungswürdig betrachten und versuchen, die (eben weibliche) Urgewalt des Gebärens und Weiterreichens der Menschenrechte an nächste Generationen in die Macht der Labore zu zwingen. Dafür steht z.Zt. u.a. der Name Peter SLOTERDIJK, der gleich sogar seine Kritiker hinweggezeugt wissen möchte, indem er sagte: „Wenn ich an meine völlig naturbelassenen Denunzianten denke, würde ich allerdings wünschen, die Kunst, gebildete und sympathische Menschen hervorzubringen, wäre doch schon ein wenig weiter“. Der größte Angriff auf die Würde des Menschen geschieht vielleicht in diesem neuen Jahrhundert seitens der Genetik, Gentechnologie, Eugenik, seitens der PID (Präimplantationsdiagnostik) und der PND (Pränataldiagnostik), aber auch seitens der neuen Euthanasie und Sterbehilfe, also der medizinisch-pflegerischen) Verhinderung von als unzureichend diagnostiziertem Leben und der Verhinderung von zu Ende gelebtem Leben.

Der Art. 1 des Grundgesetzes lautet zwar: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“. Aber, so lautet die notwendige Frage, „wer oder was ist ein Mensch?“, „wer oder was ist die Würde?“ und „ist diese Würde des Menschen tatsächlich unantastbar?“. Wenn wir das beantwortet haben, können wir die nächste Frage stellen, wie eine „Versorgung und Pflege“ des Menschen aussehen müsste, welche der Würde des Menschen angemessen wäre.

In meinen Eingangssätzen hatte ich von den zwei kalten Winden gesprochen, die uns bezüglich der Wahrung der Würde des Menschen entgegenwehen, von der Ökonomie und der Zweckphilosophie bioethischer Hofprediger. Bis in den klinischen Alltag hinein haben sich ihre Wirkungen fortgepflanzt. Gegen beide haben wir uns deshalb auch zu wappnen.

1. Von der menschlichen Würde

Die geradezu inflationäre und oftmals inhaltsleer dahin gesagte Verwendung des Begriffs "Würde" im sozialen, sozialpolitischen, medizinischen, gesundheitspolitischen und

ethischen Zusammenhang macht es nötig, dies Wort neu zu durchdenken. Da sind vor allem drei Bedeutungen dieses Würdebegriffs:

a) "Würde" bedeutet vielfach das Achtung und Anerkennung gebietende Auftreten eines menschlichen Wesens auf der Erde überhaupt, ein in gewisser Weise ruhiges, überlegenes Auftreten, das z.B. auch auf eine starke Persönlichkeit hindeuten kann. Wenn ein Mensch z.B. sein Altern, seine Krankheit und sein Sterben "mit Würde trägt", ohne Klagen oder Wehgeschrei, scheint dies unsere Bewunderung herauszufordern. Ein anderes Verhalten wird dann als "unter der (oder seiner) Würde", als unehrenhaft, unziemlich gebrandmarkt. Insofern ist die Würde des Menschen etwas, für das er selbst verantwortlich wäre, weil sie unantastbar in seinem Inneren ruht. Entweder er "benimmt sich anständig" oder eben "würdelos". Die unantastbare Würde des Menschen ist also nicht abhängig von ihrer Verleihung (vgl.b) oder von einer Wertberechnung (vgl.c); dann wäre sie ja nicht unantastbar. Sie ist vielmehr ein integrierter Teil des Menschen allein aufgrund der Tatsache, daß er ein Mensch ist. Sie gehört zu seiner Menschenwesentlichkeit. Und angesichts dieser Würde könnte er auch jederzeit alle möglichen "Teile" seines Körpers oder seines Geistes verlieren, ohne dabei diese Würde einzubüßen. Ihm kann alles Erdenkliche amputiert werden, ja er kann seine Gehirntätigkeit oder Herztätigkeit verlieren; seine Menschenwürde verliert er nicht. Für sie ist außer Gott nur er selbst verantwortlich; Gott und er selbst können darüber verfügen. Denn diese Würde geht auf die ganze Ebenbildlichkeit und Geschöpflichkeit des Menschen einerseits, und andererseits auf ein vollständiges Bild vom Menschen zurück, dessen Vollständigkeit (das meint ja In-Dividualität) auch dann nicht verloren ist, wenn er ein Bein in Russland, eine Niere an sein geliebtes Kind, seine Gehirnströme bei einem Autounfall, seinen Herzschlag bei einer Herztransplantation und sein Bewußtsein beim Übergang zum "Sein als Leiche" verloren hat. Manchmal verbirgt sich jedoch hinter dieser selbstverantwortlichen Würde auch eine Selbstdefinition des Menschen, aus der heraus er ggf. meint, sich in Unerträglichkeiten wie z.B. in Schmerzen schicken zu müssen. Tapferkeit, Akzeptationsbereitschaft usw. gelten zu oft als würdevoll, so als seien sie ein Merkmal der angeblich "normal fühlenden Person". Die soziale und pflegerische Praxis möchten den Menschen demgegenüber erlauben, er selbst zu sein und zu bleiben, auch wenn wir von Außen die in seinem Verhalten verborgene Würde nicht wirklich werden einschätzen können. Er hat diese Würde ja ohne unser Dazutun unverbrüchlich, unantastbar.

b) Eine andere "Würde" wird ausdrücklich verliehen, muß verliehen werden, damit sie überhaupt wirksam werden kann. Zuständig sind die jeweilige Rechtsgemeinschaft, bestimmte Amtsträgern, denen ein Definitionsrecht zugestanden wird, wie z.B. Juristen oder Mediziner usw. Das Verleihen einer solchen Würde versieht einen Menschen mit "äußeren Ehrungen", z.B. auch mit dem Ehrentitel "Person" oder "Persönlichkeit". Aber diese Ehrenwürde, wie der Ehrendoktor, die Königsehre, das Ehrenamt bleiben eben äußerlich. Man kann allerdings die Voraussetzungen überprüfen, wie man es bei den Gehirnströmen z.B. tut; und wenn die geprüften Voraussetzungen nicht mehr stimmen, entzieht man die Würde, z.B. den Ehrentitel, eine "menschliche Person" zu sein oder eine "Persönlichkeit zu haben, die sich noch frei entfalten darf". So hat man den Verlust der Personenwürde für Verstorbene, Hirntote, aber auch für Sedierte oder auch nur Schlafende diskutiert. Niemand ist letztlich für die ihm verliehenen Würden selbst verantwortlich, da sie ihm ja von außen verliehen wurden. Wer sie verliehen hat, kann sie auch entziehen, was ja z.Zt durch die Umdefinierung des Hirntoten oder doch irreversibel Hirngeschädigten zur Vorstufe der Leiche, oder des Menschen ohne Schmerzempfinden als "human vegetable" möglicherweise geschieht. Hier könnte es so scheinen, als gefährde zumindest dieser Vorgang des Entzugs der verliehenen Würde auch für andere die Unverletzlichkeit ihrer Würde, z.B. bei den Geistigbehinderten und den Alzheimer-Patienten. Wer wäre verantwortlich für die Unverbrüchlichkeit des Verleihens der Würde an diese Menschen? Wer wäre denn fraglos bereit, die Würde, die er hat, einem anderen zu verleihen? Warum sollten sie nicht auch die eigene Würde verlieren,

wenn sie sie anderen Menschen entziehen? Wer dem Patienten die Würde entzieht, entzieht sie sich selbst. Hier könnte es so scheinen, als verursache Unheilbarkeit, Irreversibilität, Therapieresistenz usw. oftmals ebenfalls einen solchen Entzug der Würde gewissermaßen zwangsläufig.

c) Eine dritte Würde hängt nicht nur sprachlich mit dem "Wert" zusammen, was so viel bedeutet wie, daß die Würde nicht nur ihren Preis hat, vielleicht sogar käuflich ist. "Würdig und wert", heißt lieb und teuer, gewissermaßen als Synonyme. Wenn ich etwas "wert" bin, wenn meine Käuflichkeit sehr teuer wird, habe ich dann eine besonders hohe Würde? Der intensivmedizinisch Betreute hätte dann eine größere Würde als der ambulant betreute Patient. Bin ich dem medizinischen System wichtig, weil ich Kosten mache, oder weil ich ICH bin? Z.B. erhält der Hirntote noch eine Würde über seinen Wert als Organträger. Ohne diese mögliche Ver-Wertung werden seine Schutzrechte zunehmend infrage gestellt, werden vor allem seine Kosten als "Unwert" in Rechnung gestellt. Wer - aus welchen Gründen auch immer - eine Therapie zurückweist, könnte dadurch ebenfalls diese Würde einbüßen; bzw. wer die Therapie akzeptiert, spürt ggf., daß damit sein Wert und seine Würde im Klinischen Zusammenhang steigen. Bei dieser "Würde" wird also nach den Kosten gefragt. Ich erinnere an die Gesetzgebung des Sozialhilfeprogramms Medicaid des US-Staates Oregon von 1987, das die Finanzierung von Organtransplantationen aller Art für Kinder von Sozialhilfeberechtigten, die nur noch Organe geben dürfen, gegen die Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangere ausspielt. Die Bezahlbarkeit wird zudem vielfach mit der erstgenannten Würde in Verbindung gebracht, für die der Mensch selbst verantwortlich ist; ist der Patient zusätzlich noch altersverwirrt, inkontinent, suizidal gestimmt und hat paranoide Ängste werden ihm vielleicht Würde und Wert abgesprochen. Wann ist der Schwerstkranke, z.B. der noch nicht zuende gestorbene "Hirntote" keine Reise mehr wert"?

Halten wir also fest: Wir müssen uns an der unantastbaren und unveräußerlichen, also weder durch Verleihung noch durch Bewertung zustande gekommenen Würde des Menschen orientieren. Aber gerade diese ist weder beschreibbar noch auch in „Standards“ oder „Module“ zu fassen, denen dann z.B. Krankenkassen eine bestimmte Bezahlbarkeit zuordnen könnten. Denn diese Würde liegt tief im Menschen selbst verborgen; und gerade deshalb bleibt sie so unantastbar und bestimmend für all unser soziales und professionelles Handeln. – Und das Gesagte trifft nicht allein für unsere Patienten zu, sondern in gleicher Weise auch für die Pflegenden. Deren Würde bestimmt sich nicht nach dem Vorgang des Verleihens und Entziehens, und auch nicht nach der Bewertung. Ihre Würde wird von den Handelnden bestimmt, sollte von den Handelnden bestimmt werden und nicht von der Gesellschaft oder den wertenden Instanzen. Indem wir unsere unantastbare Würde verteidigen gegen die Verleihgemeinschaft und die Bewertungsmächte, verteidigen wir die „Würde des Menschen“ insgesamt.

2. Der sterbende Mensch

Angesichts der Ökonomisierung und Medizinisierung des Hospizlichen und Palliativen geraten all jene, bei denen sich Investitionen „nicht oder nicht mehr lohnen“, also die Alten und die Sterbenden unter die Trümmer des einstürzenden Sozialstaats.

Zum Einstieg sei die Frage erlaubt, wie wir sterben möchten. Ich versuche es in aller Kürze: An allen Orten, an denen Menschen sterben, möchten sie ihr Leben ungestört, unverzögert, unbeschleunigt, persönlich, sozial integriert, spirituell angenommen, schmerzkontrolliert, begleitet und lebenssatt vollenden. Dieser Satz bedeutet, dass es um Leben geht. Sterbende sind Lebende; der Sterbende lebt selbst im Zustand irreversiblen Komas oder nach der Hirntoddiagnose. Er soll zu Ende leben können.

- Ungestört, also ohne Einmischung des medizinisch-pflegerischen Betriebs in sein Sterben. Nicht die Helfer, sondern der sterbende Mensch gestaltet diesen Tod.

- Unverzögert, also gemäß den Möglichkeiten und Grenzen passiver Sterbehilfe, ohne künstliche Sterbensverlängerungen.
- Unbeschleunigt, also nicht nach den Regeln aktiver Sterbehilfe oder gar Euthanasie. Schwerkranke in den Kliniken erstreben unter dem Druck totaler Institutionen zu Sterbehilfe und/oder Suizidalität ein vorzeitiges, nicht zu Ende gelebtes Sterben. Aber der „gute Tod“ hat seine Zeit und verträgt keine Beschleunigung.
- Persönlich, also hat der Patient einen Namen, ein eigenes Ziel und seine eigenen Sehnsüchte. Sterben ist so sehr individuell und einzigartig, dass Diagnoseschemata allenfalls die Tatsache des bevorstehenden Todes, niemals aber den Verlauf und die Umstände, das „Wie“ beschreiben können.
- Sozial integriert, also nicht abgeschoben, auch nicht in die Familie, aber mit ihr und dem Freundeskreis. Die Gemeinschaft ist nicht die Entlastung des finanziell belasteten Systems, sondern ein Teil von ihm und eine unverzichtbare Chance.
- Spirituell angenommen, also nach den eigenen Bildern, Visionen, Sehnsüchten der Menschen. Jeder sollte die Chance haben, eine eigene geistige Welt im Sterben zu leben.
- Schmerzkontrolliert, also in der Einheit von Hospizbewegung und Palliativpflege mit palliativ-pflegerisch ausgebildetem Fachpersonal im ambulanten wie stationären Dienst.
- Begleitet, also allenfalls einsam, aber niemals allein.
- Lebenssatt, also nicht durch „Verlust des Lebens, sondern gesättigt an Leben. „Lebenssättigung“ ist eine Vision auch dann, wenn wir dieses Ziel nicht immer erreichen.

Aber werden wir tatsächlich so sterben? Es hat den Anschein, als stünde dieser Philosophie eine ganz andere gegenüber. Sterbebegleit setzt voraus, daß eine äußerst intime, von Liebe, Vertrauen, möglichst umfassender Akzeptanz des Gegenüber, von Empathie und Einfühlung, von Zärtlichkeit und Zuneigung, von dialogischer und metaphysisch intentionierter Haltung geprägte Beziehung zwischen dem Helfer und dem Hilfeempfänger besteht. Sterbebegleit handelt nicht auf der Grundlage bestimmter Kriterien, Fallbedingungen, juristischer Kautelen, sondern eben von Mensch zu Mensch, von Hoffnung und Sehnsucht zu Hoffnung und Sehnsucht.

3. Philosophisch-ethische Hintergründe

Für uns gilt: Je mehr die Willensrichtung und Willensanstrengungen der Menschen sich vom religiösen Ethos, von der Fundierung des Guten im Sein selbst, also auch im Krank- und Behindert-Sein, von den objektiven, an Menschenrechten und Grundgesetzen orientierten und von den subjektiven Verpflichtungen, von der Begrenztheit des freien Willens durch Dispositionen, Schicksal und sozialer Verantwortung, sowie vom sittlichen Gefühl, von der personalen Kraft des Gewissens, von der Abhängigkeit jeder Ethik von der Sozialität und Institutionalität wegentwickelt und außerdem sich selbst aus dem geschichtlichen Kontext z.B. der Euthanasie des Nationalsozialismus ausklinken möchte, desto eher fällt das gesellschaftliche Bewußtsein der Orientierung am individuellen oder kollektiven Glück, an einer Maximierung der Lust der Mächtigen und an der Nützlichkeit anheim. Dieser Satz soll deutlich machen, dass individuelles und kollektives Glück ebenso wenig alleiniger Maßstab unseres Handelns sein darf wie der Pragmatismus oder die Nützlichkeit eines bestimmten Lösungsweges, selbst nach Fallpauschalen oder Kosten-Nutzen-Rechnungen. Vielmehr muss es erlaubt bleiben, religiöse, ontologische, metaphysische, soziale und personale, dialogische und historische Maßstäbe an das jeweilige Handeln anzulegen.

„Handle so, dass die Folgen deiner Handlung bzw. Handlungsregel für den Schutz und die Verbesserung des Lebens aller von der Handlung Betroffenen optimal sind“ (Gerhard ZECHA¹).

Im Folgenden werde ich nun an vier Beispielen versuchen die Gefährdungen des Sterbens in unserer Zeit und Gesellschaft darzulegen: an den Fallpauschalen oder DRGs, an

¹ G. Zecha, Negativer Utilitarismus. In: ETHICA 9, 2001, 3, 287

den Patientenverfügungen, dem Missbrauch der Sterbensängste und an der Euthanasieentwicklung.

4. Beispiel: Fallpauschalen und DRGs

Neben die Trends der Medizinisierung und Verrechtlichung des Sterbens tritt die Ökonomisierung wie sie sich besonders in der Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen in den Krankenhäusern durch das Fallpauschalengesetz niederschlägt, sofern es um den klinischen Bereich geht; allerdings ist auch der übrige Bereich von ambulanter, stationärer und halbstationärer Hospizarbeit von der Ökonomisierung erfasst. Also sind die Fallpauschalen nur die Spitze des Eisbergs.

Ab 01.01.2003 werden erst auf freiwilliger Basis und dann ab 2004 verbindlich Untersuchungen, Operationen oder Therapien in den Krankenhäusern nicht mehr nach der Verweildauer eines Patienten vergütet, sondern möglichst vollständig über Diagnosis Related Groups (DRGs), so genannte Fallpauschalen². DRG-immanenten Anreize zur betriebswirtschaftlich motivierten Modifikation der Therapieabläufe werden massive Verweildauerreduktionen zur Folge haben, welche für die Patienten mit hohen Risiken verbunden sind. Die Bundesärztekammer fordert daher eine subtile Analyse und solide Gegenfinanzierung der sich ergebenden Verschiebungen von Leistungen in andere Versorgungsbereiche wie z.B. in die Pflegeheime, die Pflegeversicherung und in das hospizliche, ambulant-stationäre Versorgungsnetz. „Die Versorgung der Patienten im Krankenhaus ist ... gefährdet, wenn das neue DRG-System ohne Rücksicht auf die durch das ärztliche und pflegerische Personal tatsächlich geleistete Arbeitszeit durchgesetzt wird“, schreibt die Bundeärztekammer³. Die bereits erkennbaren Fehler, aus denen das deutsche DRG-System lernen wird, betreffen vor allem die Patienten. Das neue Vergütungssystem darf sich nicht allein nach betriebswirtschaftlicher Effizienz und ausschließlich politisch motivierte Zeitvorgaben richten, sondern nach der Entwicklung des medizinischen Bedarfs und vor allem auch der demografischen Entwicklung. „Nur so kann gewährleistet werden, dass indizierte stationäre Behandlungen auch künftig auf der Basis der geltenden Qualitätsstandards erbracht werden können“. Ab 2004 soll die Krankenhausfinanzierung in dieser Form pauschalierten erfolgen. In Deutschland sollen, im Gegensatz zu Australien, sowohl akut als auch chronisch Kranke über diagnose-bezogene Fallpauschalen (Diagnosis related Groups, DRGs) abgerechnet werden. Aber schon jetzt lässt sich sagen, dass die Krankheitsverläufe von schwerkranken, alten, sterbenden und palliativ betreuten Patienten sehr variabel und in Bezug auf die Verweildauer wenig im voraus planbar sind⁴. Palliativpatienten können nicht in kostenhomogene DRGs eingeteilt und also über Fallpauschalen abgerechnet werden.

² Die Bundesärztekammer schreibt, „schon jetzt (sei) klar, dass sich die mit der Umsetzung der DRG-Einführung beauftragte Selbstverwaltung aus Krankenhausträger- und Krankenkassenverbänden in der knappen Zeit auf wesentliche Eckpunkte des künftigen Vergütungssystems nicht wird einigen können. Der massiv subventionierte Früheinstieg in das neue Abrechnungssystem würde nicht die effizientesten Krankenhäuser, sondern zunächst die Kliniken belohnen, die am schnellsten in das DRG-System übergehen. Eine solche Entwicklung hätte mit der von der DRG-Einführung erhofften größeren Leistungsgerechtigkeit des Krankenhausvergütungssystems nicht mehr viel gemeinsam. Wegen des Parallelbetriebes des alten und neuen Vergütungssystems im Jahr 2003 würde für die Krankenkassen zudem ein jeglichen Wirtschaftlichkeitsgrundsätzen widersprechender erheblicher administrativer Zusatzaufwand entstehen. Der ab 2003 beabsichtigte Einsatz der bisher weder vorliegenden noch erprobten deutschen DRG-Fallpauschalen sollte daher nach Auffassung der Bundesärztekammer zunächst nur auf Simulationsbasis erfolgen. Gerade angesichts der hohen Summe von 50 Milliarden Euro jährlich, die im Krankenhausbereich zur Finanzierung anstehen, erscheint dies zwingend notwendig“.

³ „Es wäre fatal, wenn die schon jetzt in erheblichem Umfang geleistete unentgeltliche Mehrarbeit der Krankenhausärzte bei der Kalkulation der Pauschalentgelte weiterhin ignoriert würde. Um so wichtiger ist die Umsetzung des Urteils des Europäischen Gerichtshofes vom Oktober 2000, nach dem die Bereitschaftsdienste als Arbeitszeit zu werten sind.“

⁴ Cremer, M., DRGs in der Palliativmedizin. Thieme-Verlag.

Im Rahmen der Einführung eines pauschalierten Vergütungssystems (Diagnosis Related Group – DRG) in Deutschland wird jedes Krankenhaus für jeden Patienten nur einen fest definierten Betrag bekommen. Die Patienten werden anhand ihrer Hauptdiagnose einer Hauptdiagnosekategorie zugeordnet. Die Hauptdiagnosekategorien sind nach Organsystemen aufgeteilt. Passen bei einem Patienten mit einem Rektumkarzinom durchgeführte Leistung und die Hauptdiagnose z.B. nicht zusammen, so wird der Patient in eine sogenannte Fehler-DRG eingruppiert. Das als Basis für das deutsche System ausgewählte australische DRG-System kennt insgesamt sieben solcher Fehler-DRGs, in die Patienten mit Operationen eingruppiert werden, die nicht zur Hauptdiagnose passen: Patienten mit ungültigen Hauptdiagnosen, Neugeborene mit nicht angegebenem Geburtsgewicht sowie alle weiteren Patienten, die aufgrund von Fehlern in den Daten nicht gruppierbar sind.⁵

Nach australischen Erfahrungen bilden die DRG subakute und nicht-akute Patientenverläufe, wie zum Beispiel meist bei Palliativpatienten, schlecht ab. Dies konnte inzwischen in vielfacher Weise belegt werden. Deshalb müßte versucht werden, anhand von prädiktiven und prozeduralen Kriterien andere sinnvolle Gruppen zu bilden, die den Anforderungen von Palliativpatienten bezüglich Pflegeaufwand und Verweildauer Rechnung tragen⁶. Zum Beispiel ist der häufigen aufwendigen Wund- und Hautversorgung derzeit kein OPS-Code zugeordnet. Auch andere Prozeduren sind nicht erfasst. Die Verweildauer in den jeweiligen DRGs gibt ein derart uneinheitliches Bild, dass keine Pauschalierung sinnvoll erscheint. Die personalintensiven Maßnahmen müssten im Casemix-Index mindestens neu berechnet werden. Der palliativmedizinischen Betreuung muss es angelegen sein, dass ihre

⁵ Im australischen DRG-System ist jeder Diagnose eine klinische Komplexitätsstufe (KKS) zugewiesen. Dabei stehen fünf Stufen zur Verfügung: 0=niedrigste Stufe, 4=höchste Stufe. Die einzelnen KKS der Nebendiagnosen eines Patienten werden bei der Gruppierung nach einem Algorithmus verrechnet und münden in der patientenbezogenen klinischen Komplexitätsstufe (PKKS). Der Wert für diese PKKS ist ganzzahlig und liegt zwischen 0 und 4. Sind innerhalb einer Basis-DRG Patienten mit unterschiedlichem ökonomischen Aufwand zusammengefasst, so wird diese Basis-DRG noch einmal in mehrere (bis zu vier) abrechenbare DRGs aufgeteilt. Zur Einteilung in eine abrechenbare DRG werden der PKKS – Wert, das Alter, der Entlassungsstatus und in manchen Fällen auch bestimmte in die Hauptdiagnosekategorie „Erkrankungen des Verdauungssystems“ eingruppiert. Innerhalb dieser Hauptdiagnosekategorie wird der Patient anhand der Hauptdiagnose und der durchgeführten Leistungen sowie weiteren Kriterien wie Entlassungsstatus und Aufenthaltsdauer, einer Basis-DRG zugeordnet. Patienten mit vergleichbaren Krankheitsbildern werden in einer Basis-DRG zusammengefasst. Ein Patient mit einem Rektumkarzinom (ohne Operation) würde in die Basis-DRG G60 (Malignom des Verdauungstraktes) gruppiert werden. Basis-DRGs, die noch einmal in mehrere abrechenbare DRGs unterteilt sind, werden als gesplittete DRGs bezeichnet. Sie enden immer mit A, B, C oder D, wobei A stets die aufwändigste Patientengruppe darstellt. Ungesplittete DRGs enden mit einem Z. Die Basis DRG G60 (Malignome des Verdauungstraktes) ist in zwei abrechenbare DRGs aufgeteilt: G60A (mit schweren oder schwersten Komorbiditäten oder Komplikationen) und G60B (ohne schwere oder schwerste Komorbiditäten oder Komplikationen). Ein Patient mit Rektumkarzinom, Lungenmetastasen und Kachexie (ohne Operation) würde aufgrund der Nebendiagnosen in die DRG G60A gruppiert werden. Das Krankenhaus erhält für jeden Patienten in einer abrechenbaren DRG den gleichen Betrag, unabhängig von der individuellen Aufenthaltsdauer. Diese Vergütung bestimmt sich aus einem Basisfallwert, der für alle Krankenhäuser in einem Bundesland identisch sein soll, und einem Relativgewicht, welches der DRG des Patienten zugewiesen wird. Das Produkt aus dem Relativgewicht und dem Basisfallwert ergibt den endgültigen Erlös. Die Relativgewichte werden in Australien jährlich neu ermittelt und sind dort auch spezifisch für einen Bundesstaat. In Deutschland werden die Relativgewichte bundesweit gültig sein, lediglich der Basisfallpreis differiert je nach Bundesland. Die Summe aller Relativgewichte eines Krankenhauses in einem bestimmten Zeitraum wird auch als Casemix bezeichnet. Der Quotient aus Casemix (CM) und der Patientenzahl wird Casemix-Index genannt. Dieser Casemix-Index (CMI) ist somit das durchschnittliche Relativgewicht eines Krankenhauses in einem bestimmten Zeitraum. Da der CMI ein direktes Maß für den durchschnittlichen ökonomischen Schweregrad eines Krankenhauses ist, kann er auch als finanzielle Kennzahl benutzt werden. Zur Charakterisierung des durchschnittlichen medizinischen Schweregrades des Patientengutes ist der CMI jedoch nur bedingt tauglich. (Vgl. C. Juhra, Systematik der DRGs. Univ.-Klinikum Münster)

⁶ Vgl. Lindena, G., Lettow, A., Cremer, M., Dokumentation unter DRG-Bedingungen – Erfahrungen mit der Kerndokumentation 2001. Kleinmachno / Berlin / Wangerooge.

personal- und zeitintensiven Betreuungsarten bestehen bleiben und sogar weiter ausgebaut werden können. Ob die DRGs dieses leisten können, bleibt zweifelhaft.

5. Beispiel: Selbstverfügung

Das ließe sich am Beispiel der allerorten inzwischen in den Alltag der Sterbebegleitung und des sterblichen Lebens eindringenden Patientenverfügungen verdeutlichen, die ich für einen schleichenden Einstieg in die Euthanasie halte.

Mit sog. Patientenverfügungen wollen Menschen in gesunden Lebzeiten über sich für Zeiten der Not, der Krankheit, der Irreversibilität, der Todesnähe selbst verfügen. In den dazu geschaffenen rechtlichen Regelungen soll ein Fremdverfügungsrecht (durch Ärzte oder Betreuer) mit Instrumenten der Selbstverfügung erweitert werden: „Du sollst demnächst an mir handeln, wie ich dir damals verboten habe, an mir zu handeln“. Bislang kannten wir nur Selbstverfügungen durch Selbsttötung (ggf. mit Nach- oder Beihilfe durch Fremde), Selbstverfügungen durch Organspende aus meinem noch lebenden Körper, und Selbstverfügungen zugunsten eines von mir nicht widersprochenen Organraubes für den Fall meines irreversiblen Todes („spenden“ kann ich als Toter nicht mehr). Nun soll also durch Verfügungen die Übergabe meines Selbst an fremde Personen (Betreuer, Sterbehelfer, Tötende auf Verlangen, Tötungsheilbehandler) geregelt werden. „Patientenverfügungen“ dienen nicht den sterbenden Patienten, sondern den lebenden Helfern, vielleicht der Rechtsordnung und der Sozialpolitik bei deren Entscheidungen über das Selbst des sterbenden Patienten.

Die daraus entstehenden Konflikte sind größer als die dadurch herbeigeführten Klärungen, allerdings werden die Konflikte bewußt verschwiegen oder verschleiert oder bleiben unausgesprochen, so daß sogar Hospizgruppen sich inzwischen zahlreich zu Handlangern solcher Selbstentsorgung gemacht haben, indem sie z.B. vorformulierte Patientenverfügungen an ihre Mitarbeiter und Patienten verteilen oder zu Selbstwertanalysen herausfordern. Durch diese sollen sich Menschen in prognostizierten Situationen selbst bewerten, um dadurch dem eigenen Todesurteil eine angebliche Selbstbestimmung unter zu schieben. Hospize, die ohne Beratung, ohne weitere Lebenshilfen, ohne Informationen über die Bedenklichkeiten Patientenverfügungsformulare verbreiten, handeln dem eigenen hospizlichen Ziel zuwider, nämlich den Menschen beizustehen, ihr eigenes Sterben zu Ende leben zu können.

Hat der Unterzeichner einer Patientenverfügung sichergestellt, daß er auch einen Organspendeverweigerungsausweis bei sich trägt, da ja die intensivmedizinischen Maßnahmen, die zu einer Organspende nötig sind seinen Sterbeprozess erheblich in die Länge ziehen können? Hat umgekehrt jeder Mensch mit einem Organspendeausweis sichergestellt, daß er keine Patientenverfügung hat, da ja der eine Ausweis dem jeweils anderen in wesentlichen Punkten widerspricht, vor allem wenn die Patientenverfügung sich ausdrücklich gegen intensivmedizinische Maßnahmen wendet? Ist den Menschen klar geworden, daß sie sich den organisierten Ängsten in unserer Gesellschaft unterwerfen, wenn sie durch ihre Patientenverfügungen gerade die freie Willensäußerung aufgeben können? Haben sich die Kirchen wesentlich gegen ein Zuende-Leben sterbender Menschen entschieden, als sie begannen, in ihre Gemeinden Selbstentsorgungs-Verfügungen anonym und ohne ausdrückliche Anfragen zu verteilen? Ist es Teil des kirchlichen Auftrags, das Leben Schwerkranker in die Hände von Richtern, Ärzten, Betreuern zu legen, und damit die Bestimmung über den Tod aus der Verfügung Gottes zu reißen? Haben wir die Hoffnung aufgegeben, unter den Menschen Liebe zu verbreiten, und sehen wir uns deshalb „gezwungen“, dem Menschen Handreichungen zur Realisierung von Selbstliebe bis in den Tod zur Verfügung zu stellen? Ist die Vorsorge für eine künftige Selbstentsorgung ein Akt der Nächstenliebe, da ja der zeitig herbeigeführte Tod immer für die Rechtsgemeinschaft preiswerter ist als das fortgesetzte Bemühen um ein zu ende gelebtes Sterben? Wird dadurch unser rechtzeitiges Frühableben tatsächlich sozial verträglicher?

6. Beispiel: Missbrauch der Sterbensängste

Die im Euthanasiebegehren und in Patientenverfügungen deutlich werdenden Ängste der Menschen verlangen danach, ernst genommen zu werden, ohne daß man diese deshalb tötet. Kostenzusicherungen, Euthanasie und Patientenverfügungen mögen den ängstlichen Menschen eine Zunahme von Glück einreden und den Helfern ein pragmatisches Instrument vorstellen; insgesamt stellen sie aber einen Schritt in die Richtung zur Tötungsheilbehandlungen („Neue Euthanasie“) dar.

Ein sinnvolles Regieren auf die Ängste der Patienten würde der Euthanasiebitte und Selbstentsorgung dieser Patienten vorbeugen. Menschen, denen die möglichen Ängste genommen wurden, brauchen nicht mehr nach einer Heilung ihrer Ängste durch Sterbehilfe und Tötung, also nach „Tötungsheilbehandlung“ zu verlangen. Angst vor Schmerzen erfordert Schmerzkontrolle, nicht Tötung; Angst vor Alleinsein erfordert Begleitung, nicht Tötung; Angst vor Persönlichkeitsverlust erfordert ein Sich-Einlassen auf die auch verborgenen Persönlichkeits-Tiefen der Menschen, nicht Tötung; Angst vor der Belastung für die Mitmenschen erfordert Entlastung der irgendwie Belasteten, nicht Tötung.

Die Ängste lassen erkennen, wie sehr die Menschen manipuliert, verunsichert werden, so daß sie meinen, sich nur mit Patientenverfügungen noch retten zu können, nicht ahnend, daß diese zum Instrument einer erneuten Manipulation und Verunsicherung werden, da die Ängste eigentlich geschürt werden, damit sich die Menschen letztlich ihrer Selbstbestimmung freiwillig entledigen und den Mutmaßungen und Fremdbestimmungen bereitwillig unterwerfen. Miserable Schmerztherapien werden z.B. gerade auch in Industrienationen wie Deutschland immer noch hingenommen und aufrechterhalten (vgl. die letzten WHO-Zahlen), damit diese Angst entsteht, die ja so herrlich leicht mißbraucht werden kann. Um die Persönlichkeitserhaltung mit biographischer Pflege, basaler Stimulation bei Bewußtseinsgetrübten usw. braucht man sich nicht mehr zu kümmern. Und das Gesundheitswesen muß keine Ressourcen mehr in derartige Behandlungen fließen lassen, in dem Maße, wie Persönlichkeitsverluste als Automatismen bestimmter Krankheitsverläufe hingenommen werden. Entlastungsangebote für Belastete erfordern soziale und sozialpolitische Einsätze, die dann nicht mehr erforderlich wären, wenn die Menschen sich zur Selbstentsorgung durch Verfügungen bereiterklärt haben. Und umfassende, 24-stündige Begleitungen der Vereinsamten müssen nicht mehr organisiert werden, wenn die Kranken zuvor erklärt haben, unter bestimmten, ihnen eingeredeten Umständen nicht mehr leben zu wollen. Patientenverfügungen führen unmittelbar zur gesellschaftlichen Akzeptanz von schlechter Schmerztherapie, zu Einsparungen bei psychosozialen Hilfen, zur sozialen Erwünschtheit von Selbsttötung und Selbstentsorgung und zu Einsparungen im Gesundheitswesen für Schwerstkranke, sowie zum Verzicht auf bzw. zur Einsparung von Betreuung und Begleitung. Vielleicht sollte man die Kosten des Gesundheitswesens überhaupt an die Bereitschaft zur schließlichen, endlichen Selbstentsorgung knüpfen und die Abrechnung nach altem Verfahren oder nach DRGs ebenfalls.

Patientenverfügungen sind ursprünglich formuliert worden, weil große Ängste aufgetreten waren durch die Wirkungen der technologisch fortgeschrittenen Medizin, durch welche die Patienten zunehmend befürchteten, mehr von der Eigendynamik der Technik und des ärztlichen Könnens als durch den eigenen Willen bestimmt zu werden, obwohl doch alle Ärzte in ihrem Handeln immer schon an den Grundsatz „voluntas aegroti, non salus aegroti suprema lex esto“ = der Wille, nicht die Gesundheit des Kranken sei höchstes Gesetz, gebunden waren. Patientenverfügungen sollten also eigentlich den Patienten dienen.

Die medizinischen und rechtlichen Entscheidungsinstanzen haben inzwischen dieses Instrument umgedeutet, so daß es nun den Ärzten und Anwälten dienen soll, also weniger den Patienten. Deshalb wird betrügerisch von „Selbstbestimmung“ gesprochen, obwohl es nunmehr um die Regelung zur Abgabe der Selbstbestimmung an die diese Verfügung nutzenden Fremden, also außer-selbst-ischen Instanzen geht. Würde das Selbst dem eigenen Leben ein Ende setzen wollen, müßte es eine Selbsttötung inszenieren; indem es das Lebensende jedoch ausdrücklich in die Hand anderer (Anwälte, Richter, Ärzte, Betriebswirte)

gibt, hat es seine Selbstbestimmung beendet, bevor sie wirksam werden konnte. Dabei unterwirft sich das Selbst den jeweiligen fremden und „willkürlichen“ Definitionen von Finalität, Unheilbarkeit, Bewußtseinstrübung, Tod, Sterben, Freiheit, Persönlichkeit usw.

In der Gebrauchsethik werden von Philosophen und Juristen die Tötung, der Behandlungsverzicht und der Behandlungsabbruch als Methode der Heilbehandlung und der Sozialpolitik diskutiert, so daß die ungelösten Probleme des medizinischen Einzelfalls und der gerechten Verteilung finanzieller Mittel in der Gesellschaft gelöst erscheinen. Nun wird der Zwang propagiert, über die eigene Tötung nachzudenken. Aber bei einer Tötung kann nicht die Verantwortung auf den abgeschoben werden, der getötet werden will bzw. der nachher tot ist.

7. Beispiel: Euthanasie

Ein weiteres Beispiel stellen die Entwicklungen zur „Aktiven Sterbehilfe“, oder wie sie in den Niederlanden genannt wird, zur „Euthanasie“ dar. Sie sind nur aufzuhalten, wenn den Menschen an allen Orten möglichen Sterbens (stationär, ambulant und sogar in der Unfallversorgung) ein „gutes“ Sterben zugesichert werden kann. Energien, die in die DRGs-, Verfügungs- oder Euthanasie-Diskussion fließen, werden der Sicherung einer „hospizlichen“ Versorgung abgezogen. Wer „hospizlich“ sterben möchte, kann nicht zugleich um Euthanasie bitten; aber wer Euthanasie legalisieren will, kann nicht zugleich hospizliches Sterben wollen.

Die moderne Hospizbewegung ist eine unmittelbare Reaktion auf die gesellschaftlich zunehmende Tötungsbereitschaft der Gegenwart und auf den Mißbrauch der „Enttabuisierung des Sterbens, des Todes und also auch des Tötens“. Es gibt eine nicht nur zeitliche Parallele zwischen der Zunahme von Tötungsphantasien und der Diskussion um die Kostenexplosionen einerseits und der Bewegung zur hospizlichen Sterbebegleitung andererseits. Wenn es nicht gelingt, der Tötungsbereitschaft in den westlichen Industriegesellschaften durch Etablierung sozialintegrativer Alternativen Einhalt zu gebieten, werden wir mit einer weiteren Zunahme von Entsorgungs- und/oder biogenetischer Nutzungsphantasien rechnen müssen. Denn der Euthanasie liegen wichtige ideengeschichtliche Impulse zugrunde.

Für eine vollständige Auflistung müßte man auf viele Ideen eingehen: die Idee vom Recht auf einen „gesunden Tod“; die Gnadentod-Idee; die Idee der Selbstverwirklichung, des Körperkults; die Idee der erforderlichen Rentabilität menschlichen Handelns; die Idee vom Menschen als Krone der Schöpfung; die Idee von der Nicht-Überlegenheit des Menschen über das Tier; die Idee von der Straffreiheit der Tötung Ungeborener; die Bereitschaft des Menschen, sich selbst zum Maßstab seines Handelns an anderen zu machen. Besonders gefährlich dürften jedoch folgende Ideen sein:

1. Der Fortschrittsglaube: Unter Fortschritt verstehen wir das unkritische Vertrauen auf eine Vermehrung der Möglichkeiten und ein Weitertreiben des Machbaren. Diesem Fortschrittsglauben ist das Bewußtsein der Sittlichkeit des Tuns nur selten ebenbürtig gefolgt, weil die technologischen, pragmatischen Neuerungen grundsätzlich nicht auf ihre sittliche Begründung warten. Was sich dem Fortschritt nicht anpassen bzw. unterwerfen will, wird im Zweifel passend gemacht oder wird vom Fortschritt selbst überrollt. Das gilt auch für die Ethik. Dabei macht der Fortschritt beim Menschen selbstverständlich nicht halt. Der Fortschrittsglaube verbindet sich mit Tötungs- und potentiellen Schädigungsideen.

2. Das tödliche Mitleid: Es möchte zur Abschaffung des "Leids" beitragen. Wenn man nämlich eine Krankheit wie z.B. AIDS, Epilepsie, Schizophrenie, Alzheimer, Parkinson oder Krebs nicht abschaffen kann, meinen einige, man könne doch wenigstens dann den Kranken mitleidig abschaffen (vielleicht auch nur durch den Entzug einer Kostendeckung für seine Versorgung). Mit solchem Mitleid wird der Gnadentod bei Sterbenden begründet. Der Versuch einer Heilung der Unheilbaren durch Pädagogik, Medizin, Psychiatrie usw. mündet in der Tötung, weil nur so die Unheilbarkeit in "angebliches Heil" verwandelt werden kann.

Durch die Geschichte hindurch werden Menschen "entwertet", damit man sie dann "totmachen" kann.

3. Euthanasie als Mittel gegen ungerechtfertigte Lebensverlängerungen: Die Euthanasie gilt vielfach als Mittel gegen die irrationale Künstlichkeit mancher Sterbensverlängerung. Der Übergang vom "Recht" auf leichten, schmerzlosen, raschen und akzeptierten Tod zur "Pflicht" ist aber leider immer noch fließend. Wir setzen unsere Energien nicht in Gesetze, sondern in die sog. „flankierenden Maßnahmen“, damit kein Mensch mehr wegen unerträglicher Schmerzen, wegen der Angst vor Persönlichkeitsverlusten oder vor dem Alleinsein nach Sterbehilfe verlangen muß

4. Das Recht auf Selbstbestimmung durch Selbsttötung: Der bislang einzige Fall in welchem direkt straflos über schuldloses geborenes Leben verfügt werden darf, ist die Selbsttötung, bei dem aber der Getötete und der Tötende identisch sind. Euthanasie wird zum Sonderfall der Selbsttötung erklärt, wenn der Selbsttötungs-Willige diese ihm in Deutschland und in der Schweiz erlaubte Tat nur mit fremder Hilfe ausführen kann, oder wenn der Wille zu dieser Tat nicht deutlich erkennbar ist, sondern nur vermutet werden kann. Wenn Euthanasie die Tötung mit einer Form der Ausübung des Selbstbestimmungsrechtes gleichsetzt, wird gezielt verharmlost. Selbstbestimmungsrecht ist ein Lebensrecht; die Selbstbestimmung wird aber durch die unterstützte Selbsttötung beendet, weil sie das Leben beendet. Es müsste darum gehen, dem Selbsttötungs-Willigen das andere Leben zu ermöglichen, das er durch sein Handeln eigentlich erlangen möchte.

Im Mittelpunkt der Begründung, warum in den Niederlanden Patienten um eine vorzeitige Lebensbeendigung bitten, stehen der Verlust eines Sterbens in Würde und die untragbaren und aussichtslosen Leiden, d.h. Schmerzen und Unbehagen, manchmal verbunden mit der medizinischen Behandlung. Zum Zeitpunkt der ersten Euthanasie-Gesetzgebung lag der Morphingebrauch in den Niederlanden wie in Deutschland etwa bei 7 bzw. 8 mg pro Kopf der Bevölkerung umgerechnet auf 10.000 Einwohner; im gleichen Zeitraum wurden in Großbritannien 29 mg und in Dänemark sogar 56 mg verbraucht. Der Wunsch, getötet zu werden, ist also auf eine schlechte Schmerztherapie zurückzuführen. Die Euthanasiepraxis hat dazu geführt, daß kaum noch über die ethischen Fragen diskutiert wird, sondern fast nur noch über das Meldeverfahren und die Kontrollierbarkeit; Ethik wird auf Verfahrensfragen reduziert.

Im Interesse einer sog. Selbstbestimmung über das Behandlungsende, also zugunsten eines „selbstgewählten Todes“ werden seit geraumer Zeit immer mehr Psychotechniken entwickelt, die unter den Stichworten „Patientenverfügung“, „Betreuungsvollmacht“ usw. verhindern sollen, daß sog. lebensverlängernde Maßnahmen auch dann eingesetzt werden, wenn vermutet werden darf, daß dieser Mensch bzw. Menschen in dieser Situation sich eher aufgeben möchten, als durch die wahren „Segnungen“ moderner Medizin noch einige gewonnene Tage zu erleben. Bereits in den 70-er Jahren hatten Gruppierungen wie die Humanistische Union oder die Deutsche Gesellschaft für „humanes Sterben“ sog. Patiententestamente herausgegeben, mit denen gezielt die Legalisierung der Tötung auf Verlangen, also die Abschaffung oder Modifizierung des § 216 StGB vorbereitet werden sollte. Ich möchte zwei besonders hinterhältige Vorgänge in diesem Zusammenhang kurz beleuchten, nämlich die Selbstwertanalysen anhand von Fallbeispielen und die damit zusammenhängenden Fragebögen für die vorausseilende Selbstbewertung.

8. Von der Falle der Selbstbestimmung

Die Menschen, so heißt es, wollen selbstbestimmt in den Tod gehen; deshalb werden sie von vielen Propagandisten veranlaßt, eine Situation zu antizipieren, in welcher sie zu einer freien, selbstbestimmten Entscheidung nicht mehr in der Lage sind. Aber gibt es denn wirklich eine Situation dieser Art, oder kann der Mensch nicht vielleicht immer, selbst im Zustand des Übergangs zum Sein als Leiche eine freie, selbstbestimmte Entscheidung treffen?

Ist es vielleicht eine Zweckbehauptung jener Menschen, die einen Zugriff auf menschliches Leben suchen, es gäbe eine solche Situation der verlorenen Selbstbestimmung? Begriffe wie „Bewußtlosigkeit“, „Koma“, „Hirntod“ usw. sind ja z.B. nichts anderes als Konstrukte zur begrifflichen Bestimmung von Zuständen, die sich dem rationalistisch denkenden Subjekt weitgehend entziehen⁷. Aus meinen Erfahrungen von 25 Jahren Hospizarbeit möchte ich sagen: Bei hinreichender Einfühlung in die Persönlichkeit von Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen, sogar mit irreversiblen Hirnversagen machen wir die Erfahrung, daß es den Verlust der freien und selbständigen Entscheidungsfähigkeit des Menschen nicht gibt. Es gibt lediglich unsere Unfähigkeit, das Wollen dieses Menschen zu hören, zu sehen, zu fühlen und also in unser Handeln mit ihm hinein zu übersetzen. In umfangreichen Untersuchungen der letzten Jahre habe ich versucht, den Beleg dafür zu erbringen, daß die Menschen in allen finalen und terminalen Zuständen vollpersonale Wesen mit Selbstbestimmung und Entscheidungsfähigkeit bleiben, und daß sie auch vor dem Zustandekommen nachweislicher Hirntätigkeit in der 12. Schwangerschaftswoche ebenfalls vollpersonale Wesen sind. Aber um diese Überlegungen mitgehen zu können, brauchen wir mehr geistige und kulturelle Anstrengungen als sie von rationalistischen Gebrauchsethikern angeboten werden.

Nun äußern sich aber einige Theoretiker, Philosophen usw., welche die Qualität eines Sterbens am Grad der aufrechterhalten gebliebenen Selbstbestimmung bemessen möchten wie z.B. Hans KÜNG und Walter JENS. Und sie meinen, die eigene Selbstbestimmung durch eine rechtzeitige, freiwillig verlangte Tötung durch fremde Hand gewährleisten zu müssen. Aber das muß doch mindestens hinterfragt werden dürfen.

Vor allem muß bedacht werden, dass zur umfassenden Selbstbestimmung neben dem Vorliegen eines schriftlichen oder eines gemutmaßten Verlangens unbedingt auch Folgendes gehört:

1. Selbstbehauptung

Das Selbst kann sich bis in den Tod, vielleicht sogar über den Tod hinaus behaupten, wenn es in seinen personalen Tiefen nicht angerührt, bedroht oder gefährdet wird. Selbstbehauptung muß sich oftmals gegen Fremdbestimmungen durchsetzen. Das Selbst behauptet sich unseres Wissens nach jedoch letztlich sogar gegen die größten Bedrohungen, also auch im Schützengraben, beim Tod durch Personenminen oder auch im plötzlichen Verkehrsunfall. „Die Gedanken sind frei...kein Mensch kann sie wissen, kein Jäger erschießen... Und sperrt man sie ein in finstere Kerker...denn meine Gedanken zerreißen die Schranken und Mauern entzwei; die Gedanken sind frei“. Der Tod als „erster vollpersonaler Akt“ (Ladislaus BOROS) des Menschen sichert gerade dem Sterbenden zu, daß er nicht verloren geht, sondern sein Selbst behaupten kann, wenn er es denn behaupten möchte. Der zuende gelebte, nicht der abgebrochene Tod ist ein Tod der Selbstbehauptung.

2. Selbstermutigung

Es gehört zu den wichtigsten selbsterzieherischen Leistungen, angesichts der vielfachen Entmutigungen eine hohe Toleranzschwelle aufzubauen. Dies geschieht durch immer wieder erneuerten Mut, durch Ermutigung. Wenn im Verlauf des Sterbens die Außenstehenden, die Fremden, die Begleiter mit ihren Ermutigungen scheitern, und letztlich tun sie dies notwendigerweise immer, sollte die Frustration durch Selbstermutigung gebändigt werden (können). Auch Demut (Dien-Mut) kann eine Form der Selbstermutigung sein, wenn die Unausweichlichkeit eines Sterbens nicht in Niedergeschlagenheit und Melancholie mündet, sondern in der Annahme entsprechend dem arabischen Verständnis von „Kismet“ oder dem Gebet Eduard MÖRIKES „Herr, schicke, was du willst, ein Liebes oder Leides; ich bin vergnügt, daß beides aus deinen Händen quillt“; oder wie Sören KIERKEGAARD betete „Vater im Himmel, du hältst alle guten Gaben in deiner milden Hand. Du gibst um was wir bitten oder gibst weit Besseres, als was wir bitten. So gib du denn jedem seinen ihm zugewiesenen Teil, wie es dir wohlgefällt“. Wer künftig z.B. Patientenverfügung an seine Patienten verteilt, fördert wissentlich die Entmutigung, senkt wissentlich und absichtsvoll die

⁷ Vgl. Franco Rest, „Tod“ als Konstrukt des lebenden Menschen. Über die spirituelle Sicht des Sterbens. In: M. Schlagheck (Hg.), Theologie und Psychologie im Dialog über Sterben und Tod. Paderborn 2001, 103-144

Entmutigungstoleranz. Er entzieht sich der eigentlichen Aufgabe, an der Selbstermutigung des Menschen mitzuwirken.

3. Selbstbemächtigung

In der Selbstermutigung sind wir Partner unseres Schicksals oder der Fügungen, die uns im Sterben ereilen; die vordergründige Betrachtung des Sterbens und Todes läßt uns zu Opfern eines Vorgangs werden, auf den wir jeden Einfluß verlieren; aber in der Selbstbemächtigung werden wir wieder zu Tätern innerhalb der Ereignisse, die da mit uns geschehen. Freiheit ist Einsicht in die Notwendigkeiten; die Einsicht erhebt uns also wieder über die Opferrolle hinaus. In umfangreichen Untersuchungen habe ich versucht, die **Leid**-Struktur des Sterbens gegen die **Leidens**-Struktur abzugrenzen. Im Sterbensleid bleibt der Mensch auch z.B. als Komapatient mächtig, aktiv, Subjekt des Geschehens usw.

4. Selbstbeglückung

Alles Glück der Welt scheint angesichts von Sterben und Tod verloren. Es gibt Glückstheoretiker und Glücksphilosophen, die bei ihren Berechnungen von Glück gerade Krankheiten, das Sterben und den Tod als Negativposten ins Kalkül einbeziehen. Selbstbeglückung verbietet sich für Menschen mit einer „ekklesiogenen Neurose“, also mit kirchlich vermitteltem selbstquälerischem Skrupulantentum: „Ich darf hier kein Glück erleben, sonst verliere ich es im Jenseits“. Formen der Selbstbeglückung sind nicht nur erlaubt im Angesicht des Todes, sondern auch gewünscht; denn wir sind eher Kinder der Freude als Kinder der Trübsal. Der Vollzug einer durch Patientenverfügung gewollt scheinenden Bitte weicht den Möglichkeiten solcher Selbstbeglückung aus.

Also: Erst wenn sich trotz ergiebigster Übung von Selbstbehauptung, Selbstermutigung, Selbstbemächtigung und Selbstbeglückung und trotz umfassender Mitwirkung der Verantwortlichen daran (Ärzte, Pflegekräfte, Seelsorger, Psychologen, Sozialarbeiter, Freunde, Familie, Geliebte, Nachbarn usw.) immer noch Zweifel an der Selbstbestimmung des Einzelnen einstellen, könnten wir die Fragen nach einer Liquidation von menschlichen Schutzrechten zugunsten der „Selbstliquidation durch andere Handelnde“ erneut stellen; aber keinesfalls vorher. Da jedoch über Selbstbehauptung, Selbstermutigung, Selbstbemächtigung und Selbstbeglückung bislang keinerlei ernsthafte Bemühungen im ärztlichen Bereich existieren, muß angenommen werden, daß die Rede von der Selbstbestimmung als Farce und Vorwand für ein ganz anderes Handeln geführt wird. Wer die Forderungen nach Behandlungsabbruch, Behandlungsverzicht und Tötungsheilbehandlung früher stellt, muß sich Zweifel an der Ehrlichkeit seiner Selbstbestimmungs-Forderungen gefallen lassen.

9. Selbstwertanalysen als Entmutigungstechnik

Bei den Verfügungs-Befürwortern werden Techniken propagiert, mit deren Hilfe die angesprochenen Menschen „schleichend“ dazu gebracht werden sollen, ihrer aufkommenden Hoffnungslosigkeit, ihren Ängsten und ihrer drohenden Mutlosigkeit im Zusammenhang mit schwerer Krankheit oder drohender Behinderung nachzugeben. Als erstes Beispiel möchte ich die „Selbstwertanalyse“ näher betrachten:

Die folgenden „Fälle“ sind im ersten Abschnitt dieser „Wertanamnese“ des Zentrums für Medizinische Ethik in Bochum entnommen, wie sie sich heute auch im Begleitmaterial für die Erstellung von Patientenverfügungen (u.a. bei der IGSL, also auch bei „Hospizlern“) wiederfinden. Im ersten Teil der Falldarstellungen sind Beispiele von Unheilbarkeit und scheinbarer Hoffnungslosigkeit aufgeführt, die bewußt von jeder Individualität und störenden Persönlichkeitsstruktur der einzelnen Menschen gesäubert wurden. Zur Selbstbewertung werden dann einige Fragen gestellt, welche an noch selbstbestimmungsfähige Patienten gestellt werden, damit diese sich für die eigene prognostizierte Situation von Hilf- und Hoffnungslosigkeit bzw. Unheilbarkeit einschätzen und also bestimmte „lebensverlängernde

Maßnahmen“ ablehnen. Es muß außerdem darauf verwiesen werden, daß die Beispiele mit Entwertungs- und Verachtungs-Tendenzen gespickt sind, die dem gleichen Zweck dienen. Da ist die Rede z.B. von: „hat kein Interesse mehr“, „häufig geistig verwirrt“ (Fall 1); „Unheilbarkeit“ ohne mögliche Zweifel (Fall 2); „Bewußtlosigkeit“, „Verlust des Denkvermögens“ (Fall 3).

Durch die dann folgenden kurzen „Fall-Ergänzungen“ (Erweiterungen) meinerseits habe ich nun versucht, aus diesen „Fällen“ wieder Menschen erstehen zu lassen und zugleich der (beabsichtigten) Entmutigung der Menschen zum Zweck einer negativen Selbstbewertung eine hospizliche „Bemutigung“ entgegenzusetzen. „Bemutigung“ wird hier als eine Verstärkung einer eher vertröstenden „Ermutigung“ verstanden, die auch im Hospiz nicht ausreichen kann. Wir brauchen mehr als nur ein „Mutmachen“; wir brauchen eine Kultur des „Trotzdem“ oder des „auch wenn es absurd zu sein scheint“.

Vielleicht könnten auf diesem Wege Herr A., Frau B., Herr C. und Frau F., wie sie in den Anleitungen der Selbstentsorgungspropagandisten heißen, mit dem Antlitz von Herrn Andreas, Frau Barbara, Herrn Clemens und Frau Franziska in ihrem einzigartigen Leben wieder Bausteine für eine hoffnungsvolle „Vollendung“ ihres Lebens finden, ohne sich durch „Verfügungen“ selbst entsorgen zu müssen.

Fallbeispiel 1: Herr Andreas

Herr A. ist 79 Jahre alt und benötigt für alle Verrichtungen des täglichen Lebens die Hilfe anderer. Er kann zunehmend schlechter hören und sehen, er hat keine erkennbaren Interessen mehr und ist häufig geistig verwirrt. Weil er früher starker Raucher war, ist die Durchblutung seiner Beine gestört; er kann nur wenige Meter ohne Schmerzen laufen. Durch eine größere Gefäßoperation könnten die Schmerzen beim Gehen behoben, seine Bewegungsfähigkeit verbessert und seine Hilfsbedürftigkeit reduziert werden. Herr A. ist aber nicht mehr in der Lage, sich zu den Vorteilen und Risiken dieses Eingriffs sinnvoll und als Entscheidungsträger zu äußern. Seine Kinder halten den geplanten Eingriff für sehr problematisch und neigen dazu, ihrem Vater die Risiken einer Operation zu ersparen. Sie meinen, dass seine „Lebensqualität“ dadurch nur unwesentlich verbessert würde. Herr A. hat sich früher, als er Situationen noch klar verstehen und auch in ihnen entscheiden konnte, angeblich nie zu problematischen Fragen medizinischer Behandlung geäußert. - Die daran anschließenden Fragen lauten: Wenn ich einmal in einer vergleichbaren Situation nicht mehr entscheidungsfähig sein sollte, wer sollte stellvertretend für mich entscheiden? Der Arzt, meine Kinder, mein Partner oder wer sonst? / Wie hätte ich gewünscht, daß entschieden worden wäre, wenn ich in Herrn A.'s Situation gewesen wäre? / Wenn jemand „in gesunden Tegen“ erklärt, daß er bestimmte Behandlungen in bestimmten Situationen ablehnen oder vorziehen würde, sollten sich die Ärzte und Familien nach meiner Meinung daran halten?

Aber – so ergänze ich nun - Herr A. hat gerne längere Reisen gemacht und war in die Berge verliebt. Oben in den Bergen hat er nie geraucht, „weil er das nicht brauchte“. Er war ein „charmanter Liebhaber“ was sich darin niederschlägt, dass er immer noch gerne Blumen verschenkt. Er besitzt einen großen Liederschatz; immer wenn den Kindern und Enkeln die weiteren Strophen von Volksliedern entfallen, gibt er die richtigen Stichworte. Zu seinen Merkmalen gehört ein stark verschlissener Strohhut, den er früher immer getragen hat, sobald sich die Sonne zeigte. Heute raucht er nicht mehr, aber er schnuppert in der Luft, wenn der Duft von Zigarren oder von einer Pfeife vorüberzieht.

Fallbeispiel 2: Frau Barbara

Vor fünf Jahren wurde Frau B., 46 Jahre alt, wegen einer Krebserkrankung die linke Brust abgenommen; außerdem erhielt sie eine Strahlentherapie. Als plötzlich Rückenschmerzen und eine Gehbehinderung auftreten, werden Tochtergeschwülste in der Wirbelsäule festgestellt. Frau B. stimmt einer Chemotherapie zu, obwohl ihr die Begleiterscheinungen wie Übelkeit, Erbrechen, Leistungsverlust und Haarausfall bekannt sind. Diese Behandlung könnte die Schmerzen vorübergehend lindern, nicht aber den

Knochenkrebs heilen. Frau B. kann nach einiger Zeit das Bett nicht mehr verlassen, da der Knochenkrebs sich trotz der Behandlung weiter ausbreitet. Sie stirbt nach sechs Monaten im Krankenhaus und nicht, wie sie gewünscht hätte, zu Hause. Ohne die chemotherapeutische Behandlung wäre sie vermutlich früher gestorben, hätte aber nicht unter den Begleiterscheinungen leiden müssen. - Daran anschließende Fragen lauten: Würde ich mir die Kraft und den Mut wünschen, im Gespräch mit dem Arzt auf voller Wahrheitsvermittlung zu bestehen, auch wenn dies bedeutet, daß ich die Unheilbarkeit meines Leidens erfahre oder könnte ich mit einer schrittweisen, achonenden Aufklärung besser zurechtkommen? / Will ich auch dann schmerzfrei bleiben, wenn durch die Schmerztherapie meine geistige Wachheit dauerhaft beeinträchtigt wird? / Würde ich heute eine intensive Behandlung wie die oben dargestellte, die meine Lebensqualität stark beeinträchtigt, wollen, um ein bestimmtes Ereignis noch erleben oder noch etwas erledigen zu können? Was könnte das aus meiner heutigen Sicht sein?

Aber – so ergänze ich - Frau B. lächelte, als sie sich das erste Mal ohne Haare gesehen hat: „Ich werde meinem Mann immer ähnlicher“, hatte sie gesagt. Auf dem Nachttisch fand man ein Poesiealbum aus ihren Kindertagen. Auf der letzten Seite hat sie selbst eine Zeile geschrieben: „Nicht nur zu Hause kann man nach Hause gehen“. Frau B. war verheiratet. Ihr Mann hat in den letzten Tagen seinen Mittagsschlaf immer bei ihr gehalten. Das Krankenhaus hatte ihm dafür eine Liege ins Zimmer geschoben. Aber eine Schwesternschülerin berichtete später, er habe die Liege nie benutzt, da sei sie sehr sicher.

Fallbeispiel 3: Herr Clemens

Herr C., 55 Jahre alt, bricht im Büro bewusstlos zusammen. Im Krankenhaus wird ein Schlaganfall festgestellt, vermutlich die Folge eines seit Jahren bestehenden, nicht konsequent behandelten Bluthochdrucks. Es ist nicht mit Sicherheit vorauszusagen, welche Dauerschäden durch diesen Schlaganfall zurückbleiben werden. Diese können von einer leichten bis zu einer völligen Lähmung reichen und/oder den Verlust des Sprach-, Wahrnehmungs-, Erkennungs- und Denkvermögens einschließen. – Daran anschließende Fragen lauten: Mit welchen Dauerschäden würde ich weiterleben wollen? Welche Dauerschäden wären für mich so schwerwiegend, daß ich mit diesen nicht weiterleben und deshalb medizinische Versorgung von zusätzlich auftretenden und durchaus behandelbaren Krankheiten, wie z.B. Infektionen ablehne, solange Schmerzen, Durst und Hunger, Angst, Unruhe und Luftnot angemessen behoben werden? / Würde ich im Falle andauernder Bewußtlosigkeit künstlich ernährt werden wollen (z.B. durch eine PEG-Magensonde)?

Ich aber ergänze nun: „Arbeit ist mein Leben“; dies Motto hängt über seinem Schreibtisch im Büro; darunter die handschriftliche Bemerkung: „Wenn ich nicht mehr lebe, beginnt die Arbeit“. In der Freizeit hat er mit Freunden Fußball gespielt; seine Frau bringt ihm den Fußball und die Ballpumpe ins Krankenhaus. Im Fernsehen lief ein Bundesligaspiel, als einige seiner Freunde bei ihm waren; als einem der Freunde ein etwas lauterer „Tor“-Schrei passierte, hat Herr C. mit der rechten Hand und im Gesicht leicht gezittert.

Fallbeispiel 4: Frau Franziska

Frau F. lebt in einem Pflegeheim. Eines Tages findet man sie bewusstlos in ihrem Zimmer. Die Ärzte diagnostizieren eine Hirnblutung mit vielleicht irreversibler Bewusstlosigkeit. Frau F. hat vor Monaten ihrem Neffen Generalvollmacht erteilt, sich jedoch nie konkret zu Fragen lebensverlängernder Maßnahmen geäußert. Zur Überraschung der Ärzte stabilisiert sich ihr Gesundheitszustand nach einigen Tagen. Zwar ist sie nach wie vor nicht ansprechbar und ohne Reaktion, aber sie ist keine „sterbende Patientin“ im strengen Sinne des Wortes mehr. Somit stellt sich nun die Frage der Ernährung. Der Neffe wird von den Ärzten gebeten, dem Anlegen einer PEG-Sonde zuzustimmen. Er ist sich sicher, dass sie das nicht will, aber er verfügt über keinen konkreten Anhaltspunkt für seine Vermutung und stimmt schließlich schweren Herzens zu. Er weiß, dass auf Frau F. unter Umständen ein langes Siechtum im Zustand der Bewusstlosigkeit zukommen kann. – Die daran anschließenden Fragen lauten:

Wer sollte in einem solchen Fall für mich diese Entscheidung treffen? / Habe ich dieser Vertrauensperson gegenüber eine eindeutige Willenserklärung abgegeben, die auch konkrete Hinweise auf meine Wünsche in bezug auf andauernde Ernährung über eine Sonde enthält? / Habe ich dieser Vertrauensperson eine Vollmacht erteilt oder soll sie im Betreuungsfall vom Vormundschaftsgericht als Betreuer/in bestellt werden?

Und ich ergänze auch hier: Der Neffe ist Sportler und Body-Builder. Frau F. ist in jungen Jahren gerne gewandert. Besonders für Himbeeren und Brombeeren hat sie ihren Wanderschnitt gerne unterbrochen. Oft dauerte es sehr viel länger, als die Familie angenommen hatte, dass sie wieder nach Hause kam. Als man sie in ihrem Zimmer fand, lag ihr Kopf auf einem alten Liederbuch, das sie zuvor wohl aus ihrem Schrank genommen hatte. Das Liederbuch hatte aufgeschlagen gelegen bei den Wanderliedern. Frau F. ist jetzt 78 Jahre alt; ihr Mann war zehn Jahre älter und starb mit 82 Jahren.

Die Ergänzungen der vorgenannten „Fälle“ können hoffentlich verdeutlichen, daß Lebens-Hoffnung, welcher sich die ursprüngliche Hospizbewegung verschrieben hatte, aus anderen Quellen als aus der prognostizierten und suggerierten Unheilbarkeit gespeist wird. Zusätzlich sollte man m.E. bedenken, was geschehen würde (und es geschieht bereits), wenn die herausgeforderten Selbsteinschätzungen gesammelt und einer statistischen Auswertung zugeführt würden, damit die „durchschnittliche Selbstentsorgungs-Bereitschaft“ erfaßt und für die Entscheidungen über „mutmaßliche Einwilligungen“ herangezogen werden können. Der Bundesärztekammer und sogar der IGSL geht es offensichtlich nicht mehr um das „Selbst“ des Menschen in seiner Vielfalt, sondern um die Praktikabilität einer Verfügung, also um den „Gebrauchswert“ dieses Produktes menschlichen Handelns in Bezug auf seine eigene Person. Für „Gebrauchswert“ können wir auch den philosophischen Begriff „Utilitarismus“ einsetzen. Dazu dient zusätzlich die populistische Verstärkung aller erdenklicher Vorurteile z.B. gegen Pflegeheime, gegen unzulängliche Familienangehörige, gegen Altersdemenz usw.

Hinter den Selbstwertanalysen verbirgt sich zudem das gefährliche Menschenbild dieses tendentiellen Utilitarismus, ein ipsistisches Selbstbild und eine Kultur der „Ichlinge“. Die aufgeführten Beispiele verzichteten ja bewußt, gezielt und absichtsvoll auf jeglichen Anklang an die spirituelle und soziale Bezogenheit der Menschen. Das zentrale Hauptwort ist „Ich“ (übrigens bei der IGSL auch in Fettdruck hervorgehoben). Die geschilderten Einzelfälle befinden sich nicht erkennbar in sozialen Beziehungen, tragen keine Verantwortung außer der „ichlichen“ Entscheidung, verfügen über keine Religiosität oder geistig-geistliche Bindung. Aber der Mensch ist angesichts der scheinbaren oder eingeredeten Hoffnungslosigkeit ein komplexes, vielschichtiges und nicht nur selbstwertiges Wesen!

Diesem komplexen Wesen hatten sich die von den Selbstentsorgungspropagandisten unverdorben Hospizbewegung und Palliativmedizin verschrieben: der Wiederfindung der Hoffnung, nicht der Wertlosigkeit, „damit das Leben auch im Sterben lebenswert bleibt“, wie der Untertitel eines meiner Bücher lautet. Wer sich für „wertlos“ hält, braucht unser Liebe und Zuwendung, um diesen unverbrüchlichen Wert wieder erkennen oder doch spüren zu können; er braucht nichts weniger als Bestätigungen seiner Wertlosigkeit.

10. Selbstbewertung gegen die Hoffnung

Als zweites Beispiel einer „Technik der Entmutigung“ zu Zwecken der angestrebten Selbstentsorgung möchte ich einen Fragebogen benennen, der zu einer Selbstbewertung nach einem 4-Punkte-Vergabe-Schema führen soll. Das Zentrum für Medizinische Ethik (Bochum) hat eine solche „wertanamnestische“ Frageliste für medizinische Grenzsituationen zusammengestellt, mit welcher versucht werden soll, die Menschen nochmals zu einer Selbstwert-Analyse und infolge dessen zu einer Selbstentsorgung zu veranlassen. Die Frageliste dient ausdrücklich (besonders in der Übernahme durch Hospizgruppen) der „aktuellen Selbstbewertung und künftigen Selbstbestimmung“, aufgrund derer die Menschen Patientenverfügungen schreiben sollen.

Mit diesen Fragen werden die bei den Menschen möglichen und tatsächlich auch vorhandenen Hoffnungen beabsichtigt und gezielt geleugnet und unterschlagen, da sie der Selbst- und auch Fremd-Entsorgung im Wege stehen könnten. Durch diese populistische Einseitigkeit geschieht m.E. ein unmittelbarer Einstieg in die Tötungslegitimation und Euthanasie der Sterbenden und Unheilbaren. Ich benenne einige der dort gebräuchlichen Fragen:

- ◆ Bei unheilbarer Krankheit und Erwartung stark eingeschränkter Lebensqualität wünsche ich umfassende Aufklärung / wünsche ich schonende, schrittweise Aufklärung / sollen nur meine Betreuer umfassend aufgeklärt werden / soll auch meine Familie umfassend aufgeklärt werden.
- ◆ Ich möchte solange leben wie möglich, solange ich einigermaßen gesund bin / solange eine Aussicht auf Besserung besteht / auch wenn ich für immer bewußtlos bin / auch wenn ich geistig unzurechnungsfähig bin / auch wenn ich dem Tod nahe bin / auch wenn ich ständig die Hilfe anderer benötige.

Mit folgenden Gegenfragen trete ich nun in bewußten Gegensatz zu diesen „Machenschaften“ und versuche der Hoffnung selbst in der Hoffnungslosigkeit wieder Raum zu verschaffen. Damit möchte ich, den intriganten Einseitigkeiten vorbeugen und dem individuellen, biographischen, persönlichen und einzigartigen Sterben wieder zu jener Durchsetzung verhelfen, wie sie sich die (nochmals: von den Selbstentsorgungspropagandisten unverdorbene) Hospizbewegung vor den einsetzenden Bedrohungen durch Sterbehilfe, Mutmaßungen und Nutzbarmachungen der Nicht-(mehr)-Einwilligungsfähigen zur Aufgabe gemacht hatte.

- ◆ **Ich möchte solange leben wie möglich.....** nach den Maßstäben, die Gott mir setzt / wenn es noch Menschen gibt, für die ich wichtig bin / auch wenn ich nicht mehr sprechen kann / auch wenn ich nicht mehr hören kann / auch wenn ich dem Tod ganz nahe bin / auch wenn die anderen Menschen mich nicht mehr erreichen können.
- ◆ **Ich wäre bereit Leid und Schmerzen zu ertragen.....** sogar wenn die Behandlung die Klarheit meines Denkens beeinträchtigt / sogar wenn die Behandlung mich müde und schläfrig macht / sogar wenn die Behandlung unbeabsichtigt meine Lebensspanne verkürzt.
- ◆ **Ich könnte auch Schmerzen ertragen.....** wenn ich dadurch den kommenden Tod besser erkennen kann / wenn das meinen Geliebten und Freunden Kraft geben würde / wenn ich dadurch noch Unerledigtes erledigen könnte / wenn ich dadurch meine Wachheit behalte.
- ◆ **Wenn ich sterbe, möchte ich.....** in vertrauter Umgebung sein / im Kreis der mir nahestehenden Menschen sein / dort sein, wo medizinische und menschliche Betreuung gesichert ist.
- ◆ **Wenn das Sterben beendet ist.....** beginnt meines Erachtens die Verwesung / gehe ich in eine andere Welt / bleibe ich irgendwie bei euch / beginnt das Leben / sind alle Sorgen und Schmerzen beendet / sollen sich alle freuen / sollen alle intensiv weinen / werde ich lachen und glücklich sein / fangen die Sorgen erst richtig an.

Diese angedeuteten Aussagen zur Selbsteinschätzung sollen keineswegs ausgefüllt oder als Ergänzung der Selbstentsorgungsaussagen im Zusammenhang von Patientenverfügungen verstanden werden; sie dienen lediglich der Entlarvung dieser Entmutigungstechniken und der Wiedergewinnung eines Standortes zur Hoffnung gerade in Unheilbarkeit und Hoffnungslosigkeit. Es wäre nichts gelöst, wenn die im Handel befindlichen „Formulare der Entmutigung“ durch derartiges Material lediglich ergänzt würden. Hoffnung kann und darf nicht zum Alibi für die Panikmache dieser Entmutiger herabgewürdigt werden.

11. Einige Konsequenzen

Abschließend seien einige praktische Folgerungen aus diesen Überlegungen gezogen:

1. Umfassender Ausbau der Hospizeinrichtungen für die ganze Bundesrepublik. Denn in Hospizen dürfen Menschen ihr Sterben zu Ende leben. In Hospizen werden die Patientenverfügungen unnötig. In dem Maße, wie Menschen hospizlich sterben dürfen, brauchen sie nicht mehr nach Behandlungsverzicht, Behandlungsabbrüchen und nach Tötungen verlangen. In Hospizen darf der Mensch ungehindert, unverzögert und nicht-beschleunigt sterben.

2. Verzicht auf Vorratshaltungen von Patientenverfügungen in allen Einrichtungen, in denen gestorben wird. Wir verweigern uns der Selbsttötungs-, Tötungs- und Selbstliquidierungs-Propaganda, die sich in den vielen kursierenden Patientenverfügungen verbirgt. Viele Beschreibungen künftig erwarteter Beeinträchtigungen, für die sich die Patienten dann den Tod wünschen sollen, sind zugleich Diskriminierungen von bestehenden Beeinträchtigten aller Art.

3. Erhebliche Erweiterung der ethischen, religiösen, metaphysischen, spirituellen, kulturellen Bildung unserer Ärzte, Pflegekräfte und ehrenamtlichen Begleiter. Die sittliche Haltung ist zwar Bedingung des Arztseins, kann aber nicht durch Examina geprüft werden. Letztlich entscheidet der Patient in der dialogischen Beziehung zu seinem Arzt über dessen sittliche Haltung mit - oder er wechselt eben seinen Arzt.

4. Erhebliche Erweiterung und Einführung von Verpflichtungen für supervisorische Angebote an die Entscheidungsträger. Ärzte und Pflegekräfte müssen in dem Maße, wie sie lebens- und sterbenswichtige Entscheidungen treffen, Gelegenheit haben und erhalten, über die innere Stimmigkeit ihres Handelns und über ihre innere Haltung zu reflektieren. Das erfordert Einzelsupervision und Gruppensupervisionen. Darin muss deutlich werden, dass es nicht nur fatal, sondern ein Verrat an der eigenen Berufs-Ethik wäre, wenn sie sich an irgend welche Verfügungen halten (müssten).

5. Einrichtung von ärztlichen Konsilien auf breitester Basis: unabhängig, multidisziplinär aber unfachlich, unentgeltlich, kurzfristig einrufbar. Derartige Konsilien dürfen den Arzt zwar nicht binden, aber er sollte sich verpflichtet fühlen, den Rat einzuholen. Die Tätigkeit in solchen Konsilien müsste durch eine gezielte Ausbildung in philosophisch-ethischer Praxis vorbereitet sein.

6. Trauerhilfen bei Ärzten und Pflegekräften. Jeder, der wichtige Entscheidungen getroffen hat, sollte Gelegenheit erhalten, tief, innigst und dauerhaft über sein Scheitern, seine Schuld und seine Schwächen zu trauern. Nur wer oft genug sich selbst betrauern durfte, kann die Toleranz entwickeln, wieder zu handeln auch auf die Gefahr, erneut „schuldig“ zu werden.

7. Wir sollten unsere künftigen Energien auch den Schwachstellen der modernen Medizin widmen wie der immer noch miserabelsten Schmerztherapie, der völlig unzureichenden Kultur von Zuwendung, Zärtlichkeit und Liebe, dem umfangreichen Fehlen menschlicher Begleitung, dem sich verfestigt habenden System von Aufklärungsvorbehalten und Unwahrhaftigkeiten, der überhand nehmenden Orientierung an Bezahlbarkeiten, dem Gerede von Kostendruck, Überalterung und Überbevölkerung usw. Es gibt wichtigeres zu tun in der von Grenzfragen der Medizin aufgewühlten Welt als Regelungen zur Tötung, zum Therapieverzicht oder zum Therapieabbruch zu treffen.

Die Hospizbewegung hat gezeigt, wie die Hysterie um Patienten- und Betreuungsverfügungen, um ausdrücklichen und mutmaßlichen Willen sich in dem Maße legt, wie ein **schmerzkontrolliertes, persönlich begleitetes, andere Menschen nicht belastendes und die eigene Biographie vollenden könnendes Sterben** gesichert ist.

Die drei Würden des Menschen

- ◆ **Die unveräußerliche Würde, die jeder Mensch in sich trägt**
- ◆ **Die verliehene Würde, für die verleihende Instanzen verantwortlich sind**
- ◆ **Die gewertete Würde, für die exogen Maßstäbe gesetzt werden**

**An allen Orten, an denen Menschen sterben,
möchten sie ihr Leben:**

ungestört

unverzögert

unbeschleunigt

persönlich

sozial integriert

spirituell angenommen

schmerzkontrolliert

begleitet

und

lebenssatt

vollenden

Prof. Dr. Franco Rest

Je mehr die Willensrichtung und Willensanstrengung der

Menschen sich

- ◆ vom religiösen Ethos,
- ◆ von der Fundierung des Guten im Sein selbst, also auch im Krank- und Behindert-Sein,
- ◆ von den objektiven, an Menschenrechten und Grundgesetzen orientierten und von den subjektiven Verpflichtungen,
- ◆ von der Begrenztheit des freien Willens durch Dispositionen, Schicksal und sozialer Verantwortung, sowie
- ◆ vom sittlichen Gefühl, von der personalen Kraft des Gewissens,
- ◆ von der Abhängigkeit jeder Ethik von der Sozialität und Institutionalität

wegentwickelt und außerdem

- ◆ sich selbst aus dem geschichtlichen Kontext z.B. der Euthanasie des Nationalsozialismus

ausklinken möchte,

desto eher fällt das gesellschaftliche Bewußtsein

- ◆ der Orientierung am individuellen oder kollektiven Glück,
- ◆ an einer Maximierung der Lust der Mächtigen und
- ◆ an der Nützlichkeit

anheim.

**„Handle so,
dass die Folgen deiner Handlung
bzw. Handlungsregel
für den Schutz
und die Verbesserung des Lebens
aller
von der Handlung Betroffenen
optimal sind.“**

Fallpauschalen und DRGs

Medizinisierung – Verrechtlichung – Ökonomisierung

statt Verweildauer nun Diagnosis Related Groups (DRGs)

- ◆ **Problem: Arbeitszeit**
- ◆ **Problem: demografische Entwicklung**
- ◆ **Problem: chronisch Kranke**
- ◆ **Problem: Verweildauer**
- ◆ **Problem: Hauptdiagnose**
- ◆ **Problem: subakute und nicht-akute
Patientenverläufe**
- ◆ **Problem: Pflegeaufwand**

Selbstverfügungen

alt

- ◆ Selbsttötung
- ◆ Organspende
- ◆ geduldeter Organraub

neu

- ◆ Patientenverfügung und Betreuungsvollmacht
- ◆ Selbstbewertung als Falle der „Selbstbestimmung“
 - ◆ Selbstbestimmung braucht Hilfe zur:
 1. Selbstbehauptung
 2. Selbstermutigung
 3. Selbstbemächtigung
 4. Selbstbeglückung



Sterbensängste

vor Schmerzen

vor Alleinsein

vor Persönlichkeitsverlust

vor der Belastung der Mitwelt

Einige Beweggründe für Euthanasie

◆ **Der Fortschrittsglaube**

◆ **Das tödliche Mitleid**

◆ **Euthanasie als Mittel gegen
ungerechtfertigte Lebensverlängerung**

◆ **Das Recht auf Selbstbestimmung durch
Selbsttötung**