

Die Patientenverfügung – ein ethisches Dilemma

Die Diskussion über Reichweite und Verbindlichkeit von Patientenverfügungen und die Aufweichung des Verbots der aktiven Sterbehilfe sind in vollem Gang. § 216 des Strafgesetzbuches soll zwar nicht angetastet werden, aber es gibt doch erschreckend viele Stimmen, die sich dafür einsetzen, dass dieses Verbot für „besonders schwere Fälle“ aufzuheben sei. Ein Weg, der letztlich zur Aufhebung des ganzen Paragraphen führen würde, da man die besonders schweren Fälle nie sauber von den minder schweren Fällen abgrenzen können wird.

Einigkeit besteht dagegen darin, dass grundsätzlich jede entscheidungsfähige Person für den Fall ihrer eigenen späteren Entscheidungsunfähigkeit das Recht haben muss, in einer Patientenverfügung Festlegungen für oder gegen eine medizinische Behandlung im Voraus zu treffen. Fraglich ist allerdings, ob solche Vorausverfügungen für alle Situationen im Verlauf einer zum Tode führenden Krankheit gelten sollen oder erst bei Erreichen eines definierten Zustandes.

Die folgenden Möglichkeiten für das verbindliche Inkrafttreten einer Patientenverfügung (sog. Reichweite der Vorausverfügung) gibt es:

1. Sie soll erst bei unumkehrbarem Eintritt des Sterbeprozesses (irreversibler Ausfall einer oder mehrerer Vitalfunktionen) gelten – das ist die Vorstellung der beiden großen Kirchen und wird so auch in der „Christlichen Patientenverfügung“ definiert („...wenn festgestellt wird, dass jede lebenserhaltende Maßnahme ohne Aussicht auf Besserung ist und mein Sterben nur verlängern würde ...“). Sie wird von den Ärzten abgelehnt, da bei einem irreversiblen Sterbeprozess jeder Versuch der Lebenserhaltung nicht mehr indiziert ist.
2. Bei unheilbarer Grunderkrankung mit tödlichem Verlauf. Wenn, mit anderen Worten, der Tod in absehbarer Zeit unausweichlich zu erwarten ist, also wenn das präfinale Stadium erreicht wurde. Das ist geltendes Recht auf Grundlage einer BGH Entscheidung vom März 2003 und auch die Position der Enquetekommission des Deutschen Bundestages Ethik und Recht der modernen Medizin gemäß Zwischenbericht zur Patientenverfügung vom August 2004.
3. In jeder Krankheitsphase, also z. B. auch bei Demenz oder Ausfall der kognitiven Fähigkeiten sollen Patientenverfügungen mit Ablehnung lebenserhaltender Maßnahmen (Beispiel: künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe) verbindlich sein. So wollte es das Bundesjustizministerium, die von ihm eingesetzte Kutzer-Arbeitsgruppe und die Kommission des Landes Rheinland-Pfalz. Und das will auch der Nationale Ethikrat, allerdings mit der Einschränkung, dass der Gesetzgeber klarstellen sollte, dass Anzeichen von Lebenswillen eines Entscheidungsunfähigen (Beispiel: der völlig demente, offensichtlich aber daran nicht leidende alte Mensch) die Bindungswirkung einer behandlungsablehnenden Patientenverfügung mit nur wenigen Ausnahmen aufheben.

Alle wollen also ganz offensichtlich der Selbstbestimmung des Patienten Rechnung tragen und zugleich die Möglichkeiten der missbräuchlichen Handhabung einer solchen Vorausverfügung einschränken. Selbstbestimmung setzt die Fähigkeit zur Willensbildung voraus. Deswegen empfiehlt die IGSL-Hospiz e.V. in ihren Vorsorgedokumenten das Zeugnis eines Arztes, der nicht nur die Identität der Unterschrift sondern vor allem auch die vorhandene

Einwilligungsfähigkeit des Verfügenden bestätigt. Selbstbestimmung setzt aber auch Information voraus: ich muss wissen, welche Konsequenzen meine Entscheidung haben wird, um sachdienlich entscheiden zu können. Und genau da liegt der Ansatzpunkt der zahlreichen Kritiker der unbeschränkten Reichweite der Vorausverfügung. Patientenverfügungen mit pauschaler Ablehnung der künstlichen Ernährung auch in Fällen von Demenz oder ähnlichen chronischen Krankheitsbildern, die im Grunde Behinderungen und keine zum Tode führende Erkrankungen sind, stünden unter dem Motto „denn sie wissen nicht, was sie tun“. Bei chronisch kranken, z. B. nicht mehr kommunikationsfähigen Menschen müssen wir uns immer fragen, wer in erster Linie die Leidtragenden sind, die Betroffenen oder ihre Angehörigen. Für viele Menschen ist, solange sie noch nicht unheilbar erkrankt sind, der Gedanke an ein Leben in solch einem Zustand unerträglich, aber keiner weiß, wie es einem dann wirklich gehen wird, wenn der Tod in greifbare Nähe gerückt ist. Will ich dann immer noch das möglichst schnelle Ende oder sind nicht doch Lebenswille und Hoffnung stärker als die Vernunft?

Es steht außer Frage, dass die Selbstbestimmung nicht durch eine menschenunwürdige Fremdbestimmung ersetzt werden darf, und dass unsere Gesellschaft weder das Recht noch die Pflicht hat, eine Person, die lebenswichtige medizinische Behandlungen ablehnt, vor sich selbst zu schützen, in dem sie sie zum Weiterleben beispielsweise durch künstliche Ernährung zwingt. Aber diese Selbstbestimmung wird fragwürdig, wenn der Mensch bedingt durch seine Lebenssituation an die Grenzen seiner Entscheidungsfähigkeit stößt. Das habe ich kürzlich in der Begleitung eines ALS Patienten sehr drastisch erleben können. Der immer noch uneingeschränkt entscheidungsfähige Patient macht mir schon beim ersten Besuch klar, dass er auf keinen Fall die Ernährung über eine PEG Magensonde wünsche, wenn er einmal nicht mehr schlucken könne. Als er wenig später in diese Lage kommt und sich zudem eine schwere Atemnot durch einen Schleimpfropfen in der Luftröhre einstellt, erklärt ihm der Arzt, dass noch eine geraume Zeit vergehen könne, bis er an Atemnot sterben würde, bis dahin brauche er aber unbedingt Nahrung und vor allem Flüssigkeit, wolle er sich nicht selbst unnötig und über Gebühren durch verhärtete Verschleimungen der Atemwege quälen. Der Patient stimmt sofort der PEG Sonde zu. Was wäre gewesen, wenn er zu diesem Zeitpunkt nicht mehr entscheidungsfähig gewesen wäre? Hätte man ihm dann die selbst erwählten Qualen zumuten müssen, da er ja eine PEG vorher unmissverständlich und wiederholt abgelehnt hat?

Bei meinem nächsten Besuch fragt er, was eigentlich passieren würde, nähme er die ganze Flasche seines Morphinmedikaments auf einmal? Er wolle sterben. Einige Minuten später sagt er: „Gott sei Dank habe ich ja jetzt eine PEG, damit sich nicht noch einmal eine solche Atemnotattacke einstellen kann.“ Will er nun weiter leben oder nicht?

Dieser Vorgang bestärkt mich in meiner Überzeugung, dass Patientenverfügungen nicht geschrieben werden sollten, damit die Menschen im Falle einer unheilbaren Erkrankung möglichst schnell sterben können, sondern um sicher zu stellen, dass sie möglichst ohne unzumutbare Leiden leben können, bis der Tod kommt. Der Tod ist dann also nicht die Erlösung von endlosen Qualen, das ist vielmehr die Aufgabe der Palliativmedizin, sondern der Schlusspunkt eines bis zu seinem Ende gelebten Lebens.

Dabei wird deutlich, wie wichtig es ist, dass vom Patienten durch Vollmachtserteilung (Vorsorgevollmacht) oder Betreuungsverfügung eine Vertrauensperson mit Entscheidungsbefugnis ausgestattet wurde, die im akuten Fall besser als der fremde Außenstehende nach Beratung mit dem Arzt sozusagen in einem Akt „liebevoller Autorität“ die Entscheidungen im Sinne des Patienten trifft. Damit jedoch auch dieser Person Richtlinien für die Entscheidungsfindung vorgegeben sind, sieht die IGSL Patientenverfügung vor, dass bei der Entscheidung für oder gegen weitere lebenserhaltende Maßnahmen einzig der

Gedanke der Leidensvermeidung oder –minderung ausschlaggebend sein soll, ohne Rücksicht darauf, ob durch diese Entscheidung das Leben des Patienten verkürzt, erhalten oder verlängert wird.

Ich wünsche mir im übrigen vom künftigen Patientenverfügungsgesetz:

- Schriftform als Voraussetzung ebenso wie ein vorangegangenes Beratungsgespräch mit einem Arzt oder einem anderen Fachmann, in dem auch die Einwilligungsfähigkeit des Verfügenden testiert wird;
- Einrichtung eines Konsils, wenn der Stellvertreter eine vom Arzt angeordnete lebenserhaltende Maßnahme ablehnen will. Es wird aus dem behandelnden Arzt, einem nicht betroffenen Kollegen, einem Mitglied des Pfllegeteams, dem Stellvertreter des Patienten und ggf. einem nahen Angehörigen gebildet. Die Anrufung des Vormundschaftsgerichts wäre nur dann erforderlich, wenn dieses Konsil keine Einigung erzielt;
- Freigabe der Reichweitenbegrenzung nur mit den vom Ethikrat empfohlenen Einschränkungen (erkennbarer Lebenswille und erkennbare Willensänderung heben die Patientenverfügung auf).

Klaus Holland, Mai 2006