ISSN 1561-2791

25 Jahre
Fachmagazin „Behinderte“

BEHINDERTE
in Familie, Schule und Gesellschaft

Menschliches Leben zur Disposition?

P.b.b. · GZ 02Z032433 M · Erscheinungsort Graz · Verlagspostamt 8020 Graz · 25. Jahrgang · € 6,10
1/2002

Foto: Hermine Gsteu

Sterben können in Würde

Kritische Überlegungen zu „Patientenverfügungen“ aus beziehungsethischer Sicht

A. Zieger, H.H. Holfelder, P. Bavastro, K. Dörner

Mit Hilfe von „Patientenverfügungen“ soll der erklärte Wille vieler Menschen nach einem „Sterben können in Würde“ verbindlich umgesetzt werden, insbesondere, wenn ein Schwerkranker und Sterbender nicht mehr selbst zur Einwilligung fähig ist. Statt ein „Sterben können in Würde“ zu fördern, scheinen „Patientenverfügungen“ eher geeignet zu sein, die Arzt-Patient-Begegnung auszuhöhlen zugunsten einer weiteren Verrechtlichung, einer vorzeitigen Therapiebeendigung und Selbstschädigung auf Grund fremdbestimmter Interessen und kostenkalkulatorischer „Pflichten“. Es besteht darüber hinaus die ernste Gefahr, dass „Patientenverfügungen“ zum „Türöffner“ für eine aktive „Euthanasie“ werden und den humanen Anliegen von Palliativmedizin und Hospizarbeit zuwider laufen.

1. Definition

Eine „Patientenverfügung“ ist eine in gesunden Zeiten schriftlich niedergelegte Erklärung eines einsichts- und urteilsfähigen Menschen, aus der bestimmte Willensäußerungen zu Lebenseinstellung, Art und Umfang diagnostischer und therapeutischer medizinischer Maßnahmen am Ende des Lebens hervorgehen, insbesondere für den Fall, dass ein Mensch nicht mehr selbst zur Einwilligung fähig ist wie im Falle einer schweren Hirnschädigung mit anhaltendem Koma, bei schwerer, unheilbarer und in absehbarer Zeit zum Tode führender Erkrankung und bei bereits eingetretenem Sterbeprozess [2, 29]. Mit Vorausverfügungen soll die unsichere juristische Konstruktion des „mutmaßlichen Willens“ klarer, plan- und handhabbar gemacht werden. Auch wenn eine „Patientenverfügung“ kein „letzter Wille“ ist und ebenso wie ein Testament jederzeit widerrufen werden kann, wird mit dem Begriff „Verfügung“ ein persönlicher Wille zum Ausdruck gebracht, dem der behandelnde Arzt verbindlich Folge leisten soll. Eine „Patientenverfügung“ ist kein „Patiententestament“ im Sinne des § 1937 BGB, weil sie nicht für den Todesfall, sondern für die letzte Phase des Lebens erstellt wird [29]. Die Verbindlichkeit von „Patientenverfügungen“ ist zwar bisher juristisch nicht eindeutig gesichert, doch sprechen sich auch die „Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen“ der Bundesärztekammer [13] für ihre „Verbindlichkeit“ aus. *Klie* und *Student* [40] haben aus hospizlicher Sicht „Patientenverfügungen“ wie folgt definiert: „*Eine Patientenverfügung ist eine vorsorgliche schriftliche Erklärung, durch die ein einwilligungsfähiger Mensch zum Ausdruck bringt, dass er in bestimmten Krankheitssituationen keine Behandlung mehr wünscht, wenn diese letztlich nur dazu dient, sein ohnehin bald zu Ende gehendes Lebens künstlich zu verlängern.*“ (S. 156)

Indem das Individuum sich zum Herrn seines eigenen Lebens und Sterbens erklärt, will es sich gewissermaßen von den bleibenden Naturbedingungen und dem Angewiesensein auf die Zuwendung anderer Menschen, vom Status als Objekt paternalistischer Fremdverfügung und von Gott selbst befreien.

Die rechtlichen und ethischen Probleme von Vorausverfügungen bei nicht einwilligungsfähigen Patienten für die klinische Praxis sind kürzlich von Strätling et al. [60] zusammen gestellt worden.

2. Historische Hintergründe

Zur (vermeintlichen) Notwendigkeit und Formulierung von „Patientenverfügungen“ sind verschiedene Hintergründe und Entwicklungen in der modernen Medizin und medizinischen Ethik zu nennen [26,33,35,44]:

1. Die zunehmende Ablehnung eines metaphysisch und religiös begründeten Menschenbildes: Der freie Bürger in der modernen Gesellschaft sieht seine Lebensmöglichkeiten zunehmend an die Fortschritte der Natur-, Lebens- und Medizinwissenschaften mit ihren Heilsversprechungen geknüpft. Diese unterhalten die Sehnsucht nach Unsterblichkeit und die Fiktion einer „leidensfreien Gesellschaft“ [24], allerdings um den Preis einer zunehmenden Verdinglichung [21]. Der Einzelne muss sich den objektiven Zwängen als Preis der so gewonnenen Willensfreiheit unterwerfen, um sein Selbstbestimmungsrecht gegenüber wohlmeinender fremdbestimmter Fürsorge und paternalistischer Abhängigkeit auszuüben. Nicht mehr der Arzt oder die am Heilberuf Beteiligten wissen, was das Beste für den Kranken ist, sondern der einzelne aufgeklärte Bürger selbst. Nicht mehr die Religion, die vertrauensvolle Rückbindung auf die Beziehung zu Gott und zum Anderen, das Angewiesensein auf die Fürsorge der Helfer, die Gemeinschaft der Nächsten, das „Gut Menschsein“ [8] ist maßgebend, sondern der autonome Wille. Dieser Entwicklung ist die Rechtsprechung immer mehr gefolgt und hat die Einwilligungsfähigkeit und die Entscheidungsbefugnis des Patienten immer mehr erweitert.

2. Die zunehmende Individualisierung der Lebensanschauungen und Werthaltungen in westlichen Industriegesellschaften: Gemäß den je eigenen Lebensauffassungen ist das Streben nach autonomer Selbstverwirklichung zur zentralen ethischen Leitvorstellung geworden. Damit verbunden ist auf der philosophischen und rechtli-

chen Reflexionsebene die These, dass die Autonomie über das eigene Leben den zentralen Inhalt der Menschenwürde ausmacht. Demgegenüber geraten Werthaltungen, wonach Autonomie und Würde des Menschen erst durch die Fürsorge für den Anderen konstituiert werden, in den Hintergrund [20,24,26,45]. Patientenverfügungen sollen die Forderung nach Selbstbestimmung durchsetzen. Dabei wird allerdings die Ethik des Willens (*voluntas*) des Kranken gegenüber dem Wohlergehen (*salus*) des Lebens, welches für die Ethik der Fürsorge maßgeblich ist, zum höchsten Gesetz (*suprema lex*). Der einzelne Bürger soll, ja muss vorab in gesunden Zeiten über seine Behandlung am Lebensende entscheiden. In postmodernen Gesellschaften erhält das Autonomieprinzip Vorrang vor dem Prinzip der Fürsorge (Paternalismus), welches durch missbrauchte Verfügungsgewalt der modernen Medizin in eine Krise geraten ist [25, 26]. Indem das Individuum sich zum Herrn seines eigenen Lebens und Sterbens erklärt, will es sich gewissermaßen von den bleibenden Naturbedingungen und dem Angewiesensein auf die Zuwendung anderer Menschen, vom Status als Objekt paternalistischer Fremdverfügung und von Gott selbst befreien.

3. Die mit der Institutionalisierung und Verwissenschaftlichung der naturwisenschaftlich orientieren Medizin seit Mitte des vorletzten Jahrhunderts einher gehende Verdinglichung des Menschen: Beide, Institutionalisierung und Verwissenschaftlichung haben zur „Austreibung des autonomen Subjekts“ aus der medizinischen Lehre [39] und zur Herausbildung einer organbezogenen Medizin geführt [21]. In logischer Konsequenz „des folgenschweren Wandels des Lebensbegriffs“ [62], durch Biologismus, Rassismus und Sozialdarwinismus, kam es zu den entwürdigen Übergriffen und grausamen Menschenversuchen der Medizin in der Nazi-Zeit, gestützt auf die Ideologie der „Freigabe der Vernichtung unwerten Lebens“ [6]. Diesen leidvollen Erfahrungen und inhumanen Auswüchsen der modernen Medizin und Forschung wurde bekanntlich im Nürnberger Ärztekodex (1947) und in der Helsinki-Erklärung des Weltärztebundes (1996) international eine eindeutige Absage erteilt, die zu dem bis heute gültigen ethischen Minimalstandard der freiwilligen und informierten Zustimmung des Patienten oder Probanden in eine Behandlung, einen Eingriff oder Versuch geführt hat. Der „informed consent“ stellt im medizinrechtlichen Raum ein zentrales Moment dar. Ein Verstoß gegen das Aufklärungs- und Einwilligungsgebot vor einem ärztlichen Eingriff wird als Verstoß gegen die im Grundgesetz Artikel 1 gesicherte Unantastbarkeit der Würde jedes einzelnen Menschen und als ein Akt gewertet, bei dem der Mensch zum Objekt gemacht und damit in seiner Selbstbestimmung (Autonomie, Subjektstatus) und Würde verletzt wird. Die Einwilligungsfähigkeit kann heute als ein relationales Modell [63] verstanden werden, welches den informed consent (Aufklärung und Einwilligung) zu den Prinzipien des Wohlergehens (Beneficience) und Fürsorge (Paternalismus), der Selbstbestimmung (Autonomie) und Nichtschadens (Nonmaleficience) in Beziehung setzt (siehe Abbildung. 1) [3,63]. Ein umfassendes medizinethisches Verständnis, wie es sich in der sozialen Mikrosituation des Arzt-Patient-Beziehung fokussiert, ist nur durch eine gleichberechtigte Beachtung dieser vier „Knotenpunkte“ und Kompetenzfelder des medizinethischen „Netzwerkes“ zu erreichen. Jedes Übergewicht eines Kompetenzbereiches verschiebt die Relationen und verzerrt das dahinterstehende Menschenbild.

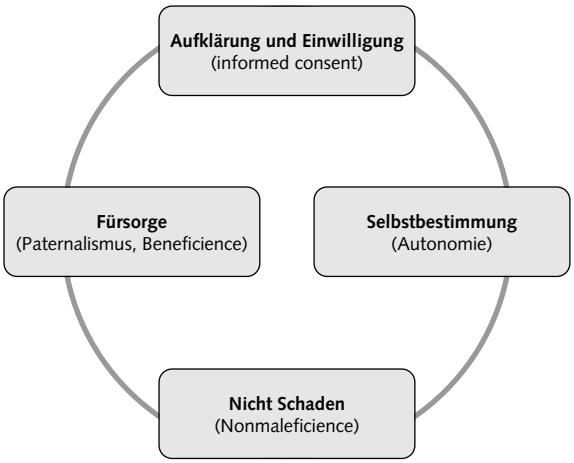

Abb. 1: Prinzipien der Medizinethik – Einwilligungfähigkeit als relationales Modell [3,63]

4. Neue internationale „Euthanasie"-Bewegung: Die internationale Sterbehilfebewegung, die sich bereits Ende des vorletzten Jahrhunderts formierte [5,14], hat in den westlichen Staaten, insbesondere nach dem Zweiten Weltkrieg in Form der „Living will"-Bewegung das individuelle Autonomieprinzip quasi emanzipatorisch gegen das Machtpotential der modernen Medizin gestellt. 1976 wurde in den USA der Begriff „right to die" Bestandteil des allgemeinen Bewusstseins und des öffentlichen Vokabulars. Demnach soll jede Person selbst über ihr Leben und über ihren Tod entscheiden. Patientenverfügungen („living wills") sind als Recht und legales Dokument des Menschen anzuerkennen [43]. Dem kalifornischen „Natural Death Acta" zufolge kann ein Bürger ein Dokument mit der Bezeichnung „living will" anfertigen, wobei die Ärzte angewiesen werden, im Falle einer zum Tode führenden Erkrankung keine lebensverlängernden Maßnahmen mehr durchzuführen. Das Vorenthalten bzw. die Nichtanwendung medizinischer Maßnahmen gilt demnach weder als Tötung noch wirkt sie sich versicherungsrechtlich als Selbstmord aus. Seit 1976 haben in den USA 48 Staaten Gesetzgebungen erlassen, die Fragen des Behandlungsabbruchs in „hoffungslosen Fällen" regeln. 30% der Amerikaner sollen bereits Patientenverfügungen unterschrieben haben [7]. Ähnliche Entwicklungen lassen sich für Groß Britannien, Australien und die Niederlande aufzeigen [5]. Der Jurist *Eser* [31] hatte bereits 1986 mit anderen Juristen zusammen seinen „Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe als einen Meilenstein auf dem Wege der Verrechtlichung der Patienten-Autonomie" verstanden: *„Bedenkt man die mehr als 100jährige Verfemung des Selbstmordes und dann erst seine allmähliche Hinnahme als Verzweiflungsakt menschlicher Schwäche, so liegt in der Forderung eines ´Rechts auf den eigenen Tod´ eine ... kopernikanische Wende in der Einstellung zum Leben. Auch das Sterben wird noch als Teil der Persönlichkeitsentwicklung ... begriffen."* (S. 170)

Nicht mehr die sinnlich-naturhafte Kultur mitmenschlicher und sozialer Lebensprozesse, sondern der individuelle „freie" Wille zur (vermeintlichen) Selbstbestimmung des Rechts auf Sterben, ist in den Vordergrund der Werthaltungen vieler Menschen getreten.

5. Zurückdrängung der Verfügungsgewalt der modernen Medizin: Der mit den Fortschritten der modernen Medizin, insbesondere der Intensivmedizin, einhergehende Zuwachs an Verfügungsgewalt und „paternalistischer Fremdbestimmung" über das Lebensende soll mit Hilfe von „Patientenverfügungen" Einhalt geboten und dem autonomen Willen des Patienten als bestimmendes Moment des jetzt selbst „verfügten" Arzt-Patient-Verhältnisses zum Durchbruch verholfen werden. Ob damit aber die Lebensqualität im Sterben konkret verbessert werden kann und die erwartete Leidensverminderung durch „Therapieabbruch", Entlastung der eigenen Verantwortung durch Delegation der Entscheidung an den Arzt und eine wirkliche Sterbebegleitung tatsächlich eintritt, oder ob es nicht doch zu einer selbst verfügten Schädigung des Lebens infolge Aushöhlung der Arzt-Patient-Beziehung unter Zurückweisung des ärztlichen Fürsorgeangebots kommt, soll hier zunächst dahin gestellt sein.

6. Überbewertung individueller Autonomie: In dem Maße wie das Prinzip der individuellen Autonomie aufgewertet wurde, werden der unbedingte Lebensschutz, die Beziehungsebene zwischen Arzt und Patient und 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 [26]. Nicht mehr die sinnlich-naturhafte Kultur mitmenschlicher und sozialer Lebensprozesse, sondern der individuelle „freie" Wille zur (vermeintlichen) Selbstbestimmung des Rechts auf Sterben, ist in den Vordergrund der Werthaltungen vieler Menschen getreten. Vor diesem Hintergrund ist verständlich, wenn „Patientenverfügungen" als wirksames Instrument zur Förderung des individuellen Selbstbestimmungsrechts am Lebensende gefordert werden.

7. Ängste und Abwehrhaltung gegenüber High-Tech-Medizin: Mit der zunehmenden Skepsis an zweifelhaften Erfolgen einer einseitig orientier-

ten High-Tech-Medizin („seelenlosen Apparatemedizin“) am Lebensende „um jeden Preis“ haben sich neue ökonomische Bestrebungen und Kostenkalkulationen verbunden. Bei allem Verständnis der nachvollziehbaren Abwehrhaltungen gegenüber einer Medizin, die den Patienten zum Objekt ihrer Bemühungen macht, darf jedoch nicht übersehen werden, dass im Rahmen von Budgetierung und Rationierung im Gesundheitsweisen zunehmend auch handfeste Sterbekalkulationen eine Rolle spielen: Sterben als „Produktgeschehnis“, fest eingepasst in „verchromte Sterbefabriken“, wird „zum Teil der Apparatefunktionen und unser Tod zum Binnenereignis innerhalb des Apparats.“ [1]

8. Die zunehmende Verrechtlichung am Lebensende: Die Ermittlung des „mutmaßlichen Willens“ spielt beim Vorliegen von „Nichteinwilligungsfähigkeit“ und „Bewusstlosigkeit“ für den Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient eine große Rolle. Die mit der Ermittlung des „mutmaßlichen Willens“ einhergehende Rechtsunsicherheit dürfte eine wesentliche Quelle für „Patientenverfügungen“ sein. Laut „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ [12] hat der Arzt „den mutmaßlichen Willen aus den Gesamtumständen zu ermitteln“, wobei frühere Erklärungen, seine Lebenseinstellung, religiöse Überzeugung und Haltung zu schweren Schmerzen und Schäden in der verbleibenden Lebenszeit eine besondere Bedeutung haben und Anhaltspunkte sein können. Zur Aufklärung des mutmaßlichen Willens können Angehörige, Lebenspartner oder andere nahestehende Personen beitragen, insbesondere wenn sich der Kranke in gesunden Zeiten mündlich oder schriftlich dazu geäußert hat. Gegen die Rechtskonstruktion des „mutmaßlichen Willens“ gibt es mehrere Einwände. Hier soll auf zwei Einwände eingegangen werden. Zum einen ist der „mutmaßliche Wille“ stets von den allgemeinen Wertvorstellungen abhängig, vom Zeitgeist und den jeweils vorherrschenden Meinungsströmungen und allgemeinen Werturteilen [19] und somit gerade *nicht* individuell. Er kann deshalb keinen Maßstab für den je individuellen Willen darstellen. Zum anderen ist davon auszugehen, dass sich ein vormals geäußerter Wille, der sich auf eine abstrakte Situation in der Zukunft bezieht, sich unter den Bedingungen der Erkrankung, die häufig die Gehirnfunktionen beeinträchtigen kann, unter dem Eindruck einer konkreten Lebenssituation nicht selten wesentlich ändert [26]. Es kommt also drauf an, dass in einer je gegebenen Behandlungssituation stets der zu diesem Zeitpunkt gültige und konkrete individuelle Wille ermittelt wird. Ein mechanisches Abarbeiten des in einer Patientenerklärung vor mehreren Monaten festgehaltenen Willens könnte zu einem grossen Missverständnis werden und zynische Folgen haben, in dem Sinne, dass der Arzt bei Vorliegen einer „Patientenverfügung“ sich nicht mehr aufgefordert sieht, den individuellen Patientenwillen in der jetzt gegebenen, konkreten Situation zu ermitteln.

9. Kostenkalkulatorische Vernunft: Mit Hilfe von Verfügungen sollen die Patienten die Verweigerung technischer Medizinleistungen vertraglich im Voraus festschreiben. Ihren Einsatz abzulehnen, erscheint als ein Akt der Befreiung des von der Medizin unmündig gehaltenen Patienten. In diesem Sinne scheinen „Patientenverfügungen“ einer „Bürgerbewegung“ gegen die Zwänge und Vereinnahmung durch eine fremdbestimmende Medizin am Lebensende zu gleichen. Die vorformulierte, selbstbestimmte Wahl zwischen „Würde“ und „Maschine“ vereinfacht die Realität in unzulässiger Weise. Die Vernunft der Prognostik und der Kosten wird zur vorauseilenden Willenserklärung autonomer Bürger stilisiert, selbst auch dann, wenn sie Gefahr laufen, die so gewonnene Freiheit mit dem Tod bezahlen zu müssen. Knapp bemessene Personalschlüssel mit den Folgen mangelnder Zuwendung, Kommunikation und Beziehungsmedizin als das eigentliche Dilemma der modernen Medizin werden nicht thematisiert. Da davon auszugehen ist, dass 10–20% des gesamten Gesundheitsbudgets am Lebensende verbraucht wird, werden „Patientenverfügungen“ in den USA als gesundheitspolitisches Mittel der Wahl angesehen [28]. Jüngsten Berichten zufolge verlangen in China immer mehr Schwerkranke den Abbruch ihrer Behandlung, weil ein Weiterleben zu teuer wird. Das betrifft zum Beispiel 30–40% der Krebspatienten und 20% der schwerstkranken und schwerstbehinderten Neurologie-Patienten [24]. Während in China ein die Grundversorgung sicherndes Gesundheitssystem erst noch aufgebaut wird, scheint in den modernen Industrienationen USA und Europa ein der Globalisierung und Konkurrenzfähigkeit auf den Weltmärkten geschuldeter Prozess der Ressourcenbereitstellung und Umstrukturierung eingeleitet zu werden, von dem auch entwickelte Gesund-

heitssysteme wie das deutsche Gesundheitswesen nicht verschont werden, nämlich mit der Konsequenz, wesentliche medizinische Kulturleistungen für ärmere Bevölkerungsteile wieder abzubauen.

3. Stand der Entwicklung

3.1. Inhalte und Anliegen

In den vergangen Jahren sind zahlreiche Formulare für „Patientenverfügungen“ vorgelegt worden, so zum Beispiel die „Christliche Patientenverfügung“ (1999) der beiden großen Kirchen Deutschands, die „Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht“ der Akademie für Ethik in der Medizin (1998) und die „Medizinische Patientenanwaltschaft“ der Deutschen Hospiz Stiftung (2000). Alle Formulare bieten mehr oder weniger Formulierungshilfen an oder arbeiten nach dem Prinzip der Textbausteine, wonach jeder sich seine persönliche „Patientenverfügung“ zusammenstellen kann. Ihnen allen sind folgende Anliegen gemeinsam:

Vermeidung von Schmerzen und Siechtum dürfte die am meisten nachvollziehbare Erwartung der Betroffenen sein.

- Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügungen stellen Möglichkeiten zur Willensbekundung zur Sicherung der Selbstbestimmung dar, insbesondere für den Fall, dass ein Mensch seinen Willen nicht mehr äußern kann.
- Sie kann jederzeit widerrufen oder geändert werden.
- Sie sollte in mindestens jährlichen Abständen aktualisiert und /oder ergänzt werden.
- Die Erklärung sollte Aussagen zu der Situation, für die sie gelten soll, sowie Aussagen zur Einleitung, zum Umfang und zur Beendigung ärztlicher Maßnahmen enthalten.
- Es sollten persönliche Angaben zur religiösen Überzeugung, zur Lebenseinstellung und zur Bewertung von schweren Schäden und Schmerzen gemacht werden. Solche Hinweise zu persönlichen Einstellungen und Werthaltungen zum Leben und Lebensende sollen die Glaubhaftigkeit und Nachvollziehbarkeit des erklärten Willens für Außenstehende erhöhen.

3.2. Form und Dokumentation

Die Erklärungen benötigen keine besondere Form. Eine persönliche Unterschrift mit Datum ist erforderlich. Die Unterschrift eines Zeugen, der die Echtheit der Unterschrift und das Vorliegen der Einwilligungsfähigkeit bestätigt, ist zu empfehlen. Es wird empfohlen, die Erklärung gemeinsam mit den persönlichen Papieren bei sich zu tragen. Auch ein Hinweis auf das Vorliegen einer Erklärung kann hilfreich sein. Von einigen Organisationen wie der Deutschen Hospiz Stiftung wird ein Zentralregister für persönliche Willensbekundungen empfohlen. Angehörige, der Hausarzt und Vertrauenspersonen sollten über die Willensbekundung informiert sei. Nicht selten wird auch die Unterschrift des Hausarztes empfohlen.
In den „Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen“ der Bundesärztekammer [13] wird empfohlen, dass Ärzte „Patientenverfügungen“ berücksichtigen und sie zu den Krankenunterlagen nehmen sollten. Grundsätzlich gilt der in der Erklärung geäußerte Wille, es sei denn, dass Anhaltspunkte für eine Willensänderung vorliegen, die Erklärung wider besseres Wissen abgefasst wurde, nach ärztlichem Ermessen und Erfahrung eine Verbesserung des Zustandes oder gar Heilung durch eine zumutbare Maßnahme erreicht werden kann oder dass ein Tötungswunsch vorliegt.

3.3. Voraussetzungen und Anwendungsbereiche

Eine „Patientenverfügung“ soll nach *Klie* und *Student* [40] dann zum Tragen kommen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Der Patient ist nicht (mehr) einwilligungsfähig.
- Es liegt eine lebensbedrohliche Erkrankung vor, die in absehbarer Zeit zum Tod führen wird.
- Es stellt sich für alle Beteiligten die Frage, ob auf eine mögliche Behandlung (oder Maßnahme) verzichtet oder eine begonnene Behandlung beendet werden soll.

Eine solcher Verzicht oder „Abbruch“ soll erst dann in Frage kommen können, wenn der Sterbeprozess eingesetzt hat, so die „Christliche Patientenverfügung“, wohingegen die „Ärztliche Handreichung“ der Bundesärztekammer ihren Geltungsbereich auch bei noch nicht eingetretenem Sterbeprozess, bei älteren Personen und bei Patienten mit prognostisch ungünstigem

Leiden für erfüllt sieht (13, S. B1295). Eindeutige Kriterien für den Eintritt des konkreten Sterbeprozesses finden sich in den genannten Dokumenten nicht, wenn auch darunter meist körpermedizinisch ein Zusammenbruch mehrerer Organfunktionen („Multiorganversagen“) verstanden werden dürfte.

3.4. Erwartungen

3.4.1. Vermeidung von Leiden, bleibender Behinderung und Siechtum

Die Vermeidung von Schmerzen und langem Siechtum dürfte die am meisten konkrete und nachvollziehbare Erwartung der Betroffenen sein. Häufig sind Aussagen und Begriffe wie „sinnlos“, „nicht mehr lohnend“ oder „lebensunwert“ konnotiert, in denen sich jedoch häufig individuell verinnerlichte Werthaltungen und gesellschaftliche Vorurteile widerspiegeln. Von einer „Patientenverfügung“ wird erwartet, dass Schmerzen, Leiden und langes Siechtum vermieden werden und Ärzte etwas gegen Schmerzen tun oder lebensverlängernde Maßnahmen beenden.

3.4.2. Vermeidung von Belastungen für die Angehörigen

Nach einer Alternativumfrage des EMNID-Instituts im Auftrag der Deutschen Hospiz-Stiftung [16] ist das größte Problem der Schwerstkranken keineswegs die gewünschte Abkürzung des eigenen Leidens, sondern die Belastung ihrer Angehörigen. Mehr als ein Drittel (33,8%) hat diese Aussage getroffen. Für ein Viertel (22,6%) war die psychische Verarbeitung ihrer Krankheit das zweitwichtigste Problem. Nur 3% beschäftigte sich überhaupt mit dem Thema Sterbehilfe.

3.4.3. Sicherung von Würde und Selbstbestimmung

Ein weiteres wichtiges Anliegen ist, nicht in völlige Abhängigkeit von Hilfeleistungen anderer (fremder) Menschen zu geraten und anderen (Partnern, Familienmitgliedern) „zur Last“ zu fallen. Dabei wird übersehen, dass Krankheit, Behinderung, Leiden, Sterben und Tod zum menschlichen Leben gehören und die Mitmenschlichkeit, das wechselseitige Auf-ein-ander-Angewiesensein und den Gemeinsinn erst entscheidend konstituieren und sichtbar machen. „Patientenverfügungen“ sind als ein Versuch zu verstehen, Subjektstatus, Kontrolle über seine eigene Lebensführung, seine Selbständigkeit und Unabhängigkeit solange wie möglich aufrecht zu erhalten und die Beachtung der Selbstbestimmung und Würde (Automomie) durch den behandelnden Ärzte quasi „als Garantie“ einzufordern.

3.4.4. Mittel zur Durchsetzung des erklärten Willens

„Patientenverfügungen“ werden ferner als ein wirksames Mittel zur Durchsetzung des Bedürfnisses und des Rechts auf ein selbstbestimmtes Leben und auf ein Sterben in Würde angesehen. So zum Beispiel heißt es im Vorwort zu „Würdig leben bis zum letzten Augenblick“ [32]: *„Patientenverfügungen bieten die Möglichkeit, die persönlichen Vorstellungen von einem lebenswerten Leben und die Behandlungswünsche bei lebensbedrohlichen Komplikationen festzuhalten und den oder die Menschen zu bestimmen, welche die Entscheidung des Kranken durchführen oder veranlassen, wenn er es aufgrund seiner Erkrankung nicht mehr selbst tun kann.“* (S. 8) Patientenverfügungen stellen nach Auffassung der Autorinnen auch für behandelnde Ärzte eine Möglichkeit dar, *„sich nach dem mutmaßlichen Wollen des Patienten zu richten und somit in seinem Sinne eine Behandlung fortzuführen oder zu verändern.“* (S. 8)

3.4.5. Wunsch nach ärztlicher und pflegerischer Begleitung

Es wird empfohlen, in einer „Patientenverfügung“ auch andere Wünsche im Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung oder pflegerischen Begleitung niederzulegen. Eine Garantie dafür, dass solche Wünsche in der späteren konkreten Behandlungssituation dann auch so umgesetzt werden können, kann aber prinzipiell nicht gegeben werden, weil im klinischen Kontext die Rechtslage laut § 12 SGB V dahingehend eindeutig ist, dass eine Behandlung sich nicht nach den Bedürfnissen und Wünschen der Bevölkerung zu richten hat, sondern nach dem, was medizinisch „ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig“ ist. Darüber aber gibt es verständlicherweise unterschiedliche Auffassungen, die schon in weniger extremen Lebenssituation häufig zu langwierigen Rechtsstreiten vor den Sozialgerichten führen. Lediglich im Kontext von Palliativ- und Hospizstationen ist eine „Sterbebegleitung“ Bestandteil des Konzepts. Eine solche aber braucht hier nicht erst verfügt zu werden, sondern wird als ethische und mitmenschliche Selbstverständlichkeit verstanden und praktiziert (16,32,67). Von daher er-

gibt sich die Frage, warum zur Durchsetzung eines „Sterben könnens in Würde“ überhaupt „Patientenverfügungen“ notwendig sind, statt eines gezielten Ausbaus von Palliativ- und Hospizdiensten?

3.4.6. Wunsch nach Tötung auf Verlangen

Das Thema „Patientenverfügung“ steht in einem engen inhaltlichen und historischen Zusammenhang mit der Forderung nach aktiver „Euthanasie“ bzw. „Tötung auf Verlangen“. Auch wenn in Deutschland durch das ärztliche Standesrecht und die Rechtsordnung, insbesondere durch § 126 StGB, der inhaltlichen Gestaltung von „Patientenverfügungen“ klare Grenzen gesetzt sind und kein Patient wirklich verfügen kann, dass der behandelnde Arzt ihn im Falle einer unheilbaren Krankheit tötet, so ist trotz Tötungsverbots und Verbots aktiver Sterbehilfe im Gefolge der „Living will”-Bewegung in vielen modernen Industrienationen die Forderung nach Legalisierung von aktiver Sterbehilfe unüberhörbar und in den Niederlanden im letzten Jahr bekanntlich auch legalisiert worden. Mit Hilfe einiger Gerichtsentscheidungen im Zusammenhang mit der Einstellung von „künstlicher Ernährung“ von Menschen im Dauerkoma (sog. apallisches Syndrom) wie im Bundesstaat New Jersey im Jahre 1976 im „Fall“ Karen Ann Quinlan, im Bundesstaat Missouri im Jahre 1990 im „Fall“ Nancy Cruzon, in Groß Britannien im Jahre 1993 im „Fall“ Anthony Bland sowie in Deutschland im Jahre 1984 im „Fall“ Wittig (BGH), im „Fall“ Hackethal im Jahre 1987 (OLG München), im Kemptner Urteil im Jahre 1994 und im Urteil des OLG Frankfurt am Main im Jahre 1998, scheinen die bisherigen Tabugrenzen überschritten worden zu sein [5]. Dass dabei in Deutschland bisher nur der „mutmaßliche Wille“, nicht aber eine „Patientenverfügung“ eine juristische Rolle gespielt hat, dürfte kein Ausdruck ihrer „Güte“, sondern allein dem Umstand geschuldet sein, dass die Einführung von „Patientenverfügungen“ nur eine langsame Verbreitung findet und ihre „Türöffnerfunktion“ von einem erklärten Willen des „vorsorglichen Therapieverzichts“ zu einem „vorsorglich deklarierten Tötungswunsch“ in Deutschland auf Grund der Erfahrungen mit „Euthanasie“ im Dritten Reich immer noch mit genügend Tabuisierungsenergie belegt ist [23]. In diesem Zusammenhang wurde unter Hinweis auf die Kemptner Urteilsbegründung (1994) darauf aufmerksam gemacht, dass im Fall einer „vorausverfügenden Autonomie“ die Qualität der Patientenverfügung sicher gestellt sein muss; ein Hinweis, der im Frankfurter Urteil (1998) nicht mehr zu finden ist [5].

4. Diskussion

Nach *Salomon* [53] ist die Diskussion auf zwei Extreme polarisiert. Während unter Berufung auf die ärztliche Pflicht, sich für das Leben des Patienten fürsorglich einzusetzen, den „Kampf um das Leben des Patienten bis zum letzten Atemzug“ auch in aussichtslosen Situationen und wenn nach menschlichem Ermessen keine Überlebenschancen bestehen, weiter zu führen, wird auf der anderen Seite das Recht auf ein von der apparativen Medizin unbeeinflusstes Sterben in Form von „Patientenverfügungen“ eingefordert. Dabei wird verkannt, dass in der alltäglichen intensivmedizinischen Praxis ohnehin immer wieder über die Weiterführung einer Behandlungsmaßnahme oder deren Abbruch nachgedacht wird. Gerade diese Entscheidungssituationen dürfen im Rahmen des ethischen Reflexionsweges nicht ausgespart werden [2].

4.1. Aktive Sterbehilfe vs. Sterbebegleitung

Eine Polarisierung der Auffassungen scheint besonders hinsichtlich der Frage „aktive Sterbehilfe“ versus „Sterbebegleitung“ zu bestehen. Laut einer von der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben [15] in Auftrag gegebenen Umfrage des FORSA-Instituts im Oktober 2000 wird von bis zu 68% der Befragten die Gewährung von aktiver, direkter Sterbehilfe bei todkranken Patienten befürwortet, wenn diese mehrfach den Wunsch danach geäußert hatten. Nur 20% der Befragten lehnte eine aktive Sterbehilfe ab. Der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe wurde mit folgenden Situationen „begründet“:

Wenn unerträgliche Schmerzen vorhanden sind	62%
Wenn der Verlust der Selbständigkeit in Alltagsverrichtungen wie Essen, Toilettengang und Atmen besteht	48%
Wenn der Sterbeprozes nach persönlichem Empfinden als unwürdig angesehen wird	43%
Wenn es persönlich als sinnlos angesehen wird, auf den eigenen Tod zu warten	33%
Wenn das äußere Erscheinungsbild durch die Krankheit so verändert ist, dass man nicht mehr leben möchte	20%

Wenn man auf fremde Hilfe angewiesen ist	19%
Wenn man nicht mehr leben mag (ohne Angaben von Gründen)	15%
Wenn man zu schwach ist, um sein gewohntes Leben weiter zu führen	13%

Diese Studie, die im Auftrag der Gesellschaft für Humanes Sterben durchgeführt wurde, deren Ziel es bekanntlich ist, für aktive Sterbehilfe zu werben, offenbart ein „bioethisches" Menschenbild: enttäuschte Sehnsucht nach Leidensfreiheit (bzw. „Glück"), Autonomie (statt Willens- und Kontrollverlust über den eigenen Körper), ewige Schönheit (statt körperliche Veränderung, Schwäche, Abhängigkeit und Verfall). Befragt man Betroffene wie zum Beispiel Menschen in Altenpflegeheimen selbst, so ergibt sich ein völlig andere Bild: bis zu 89% der Bewohner wünschen lebensverlängernde Maßnahmen! Und: Ärzte und Pflegende äußerten sich zum „mutmaßlichen Willen" der befragten Patienten *nicht* übereinstimmend [9].
Nach den Ergebnissen einer „Alternativumfrage" der Deutschen Hospiz Stiftung [16] im Vergleich zu Befragungsergebnissen aus dem Jahre 1997 betrug der Anteil der Befragten, der eine aktive Sterbehilfe wünschte, im Jahr 2000 „nur" 35,4% im Vergleich zum Jahre 1997 (41,2%) (Tabelle 1).

Tabelle 1:
Vergleich einer Alternativumfrage 1997 zu 2000

Votum	1997	2000
Für den Einsatz von Palliativmedizin und Hospizarbeit	35%	57%
Für aktive Sterbehilfe	41%	35%
Weiß nicht	24%	8%

Demnach ist der Anteil der Befragten, der eine aktive Sterbehilfe wünscht, deutlich geringer geworden, der Anteil der Befürworter einer Alternative von Palliativmedizin und Hospizarbeit deutlich größer und der Anteil der Unwissenden deutlich geringer geworden.
Da Schwerstkranke, Sterbende, bewusstseinsgetrübte und „bewusstlose" Patienten sehr wohl ihren Lebenswillen mit körpersprachlichen Zeichen äußern können, wenn sie in einen körpernahen, empathischen Dialog versetzt werden, haben sich der Arzt oder das Pflegepersonal im Zweifel über alle „Mutmaßungen" hinweg *für* eine eingetretene Änderung des individuellen Willen und *für das Leben* einzusetzen [40,65].

4.2. Patientenwünsche bezüglich intensivmedizinischer Behandlung

Es liegen einige wenige Studien über Patientenwünsche bei schwerer akuter und schwerer chronischer Krankheit vor. Über 70jährige Schwerstkranke, die durch intensivmedizinische Maßnahmen am Leben erhalten wurden, äußerten auf Befragen ihre Erfahrungen wie folgt [54]:

Gute Erinnerung an die Intensivstation wegen Geborgenheitsgefühl, Schmerzlinderung, optimale Versorgung, Umsorgtheit, Überwachung, ständige Anwesenheit von Ärzten und Schwestern, unmittelbarer Hilfe, Sicherheit, lebensrettender Hilfe durch Apparate und weniger Angstgefühle	65%
Erneute Entscheidung für eine Intensivtherapie im Falle einer erneuten Notfallsituation	72%

Eine Befragung von 73 herzchirurgischen Patienten zu ihrem Erleben auf der Intensivstation [52] ergab überraschenderweise, dass die überwiegende Mehrzahl der Patienten sich wenig hilflos, gut beschützt, sicher und von dem Miterleben anderer Patienten nicht beeinträchtigt fühlten. Das begleitende Monitoring wurde als kaum beängstigend empfunden. Schmerzen wurden selten erlebt, die eigene Nacktheit wurde selten als unangenehm erlebt (Tabelle 2).

Demgegenüber wird in dem Erfahrungsbericht „Erinnerungen aus dem Koma" [58] und in dem von seiner Ehefrau und anderen kommentierten Buch „50 Tage intensiv oder: Die menschliche Würde im Krankenhaus" ein gänzlich anderes Bild gezeichnet: hilflos ausgeliefert, schockiert, ohne ausreichende psychosoziale Begleitung und Hilfe bei der Bewältigung einer schweren Erfahrung, allein gelassen mit den kommunikativen und ethischen Problemen am Rande zum Tod, eine fast schon normale, neues Leid erzeugende Realität, wie sie mit den lebensrettenden, intensivmedizinischen Maßnahmen zwangsläufig verbunden zu sein scheint.

Erinnerung an die Intensivstation?	ganz genau 74,3%	nicht mehr so genau 9.6%	eher undeutlich 5,5%	überhaupt nicht 2,7%	–
Gefühl von Hilflosigkeit?	sehr stark 9,6%	stark 13,7%	mittel 27,4%	wenig 15,1%	sehr wenig 34,2%
Schmerzen?	sehr starke 5,5%	starke 8,2%	mäßige 26,0%	geringe 26,0%	keine 34,2%
Ruhebedürfnis?	sehr großes 60,3%	großes 28,8%	mittel 9,6%	gering 1,4%	sehr gering –
Pflegerische Betreuung?	sehr gut 56,2%	gut 35,6%	mittel 6,8%	eher schlecht –	schlecht 1,4%
Monitoring beängstigend?	sehr 4,1%	ziemlich 4,1%	etwas 13,7%	wenig 20,5%	gar nicht 57,5%
Monitoring beruhigend?	sehr 52,1%	ziemlich 19,2%	etwas 13,0%	wenig 14,3%	gar nicht 1,4%
Miterleben anderer Patienten geängstigt?	sehr 4,1%	ziemlich 6,8%	etwas 20,5%	wenig 20,5%	gar nicht 47,9%
Einschätzung des eigenen Krankheitszustandes?	Genau so krank wie gefühlt 61,6%	viel kränker 4,1%	eher kränker 17,8%	weniger krank 15,1%	viel weniger krank 1,4%

Tabelle 2: Postoperatives Erleben bei herzchirurgischen Patienten auf der Intensivstation (n = 73) [52]

4.3. Patientenwünsche bezüglich „Patientenverfügungen"

In einer Befragung bei Dialysepatienten [27] wurde ermittelt, dass von einer knappen Mehrheit eine Patientenverfügung zwar nicht generell abgelehnt, für sich selbst jedoch als nicht unbedingt in Frage kommend betrachtet wird. Nahezu drei Viertel der Patienten sind sich sicher, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte die richtige Entscheidung für sie treffen. Knapp 90% finden es wichtig, dass Entscheidungen über ihr Leben in Grenzsituationen gemeinsam mit den Angehörigen und Freunden sowie den Ärzten und Pflegekräften besprochen werden. 80% halten ein solches Gespräch für wesentlicher als eine schriftlich verfasste Patientenverfügung. Etwa 20% der Befragten wünschte eine nähere Beratung über „Patientenverfügungen" und nur jeder Zwanzigste hat bereits eine solche erstellt oder möchte sie erstellen.

4.4. Ängste und Abwehrhaltung

Von verschiedener Seite wurde darauf aufmerksam gemacht, dass die in zahlreichen „Patientenverfügungen" niedergelegten „Beweggründe" für einen Therapieverzicht vielfach auf nicht weiter artikulierten und darum unbearbeiteten Ängsten vor Schmerzen, Siechtum, Abhängigkeit und qualvollem Sterben beruhen [2,23,37]. Diese Ängste beziehen sich auf eine in gesunden Zeiten prinzipiell nicht konkret vorstellbare Situation am Lebensende, die durch die Bilder öffentlicher Medien von auf der Intensivstation „dahindämmernden" Schwerstkranken und „dahinvegetierenden, irreversibel Bewusstlosen", die wie „Laborratten" an Kabel angeschlossen sind, geprägt werden. Wie oben aufgezeigt wurde, entsprechen diese „Schreckenszenarien" nicht der Wirklichkeit. Damit stellt sich die Frage nach den Interessen, die sich hinter solchen „Meldungen" verbergen. Ferner steht die in solchen Fernsehberichten suggerierte technische Überversorgung auf bundesdeutschen Intensivstationen in einem deutlichen Kontrast zu den realen Alltagsproblemen: Zeit- und Personalknappheit, Abbau von teuren Intensivbetten usw. Zahlreiche Gründe sprechen dafür, dass sich hinter den genannten Ängsten mangelnde soziale und humane Verhältnisse auf der Intensivstation verbergen und dass diese eine unheilvolle Allianz von Therapieverzichtserklärung, Behandlungsabbruch und Ressourcenverknappung mit einer besseren Kontrolle und Planbarkeit am Lebensende bedeuten.

Durch die neue „Euthanasie"-Bewegung würden also Mitbürger gleichzeitig zu Intendanten wie auch Leidtragenden einer hintergründig in Szene gesetzten und makabren „Selbstbestimmung", die in Wahrheit fremdbestimmt motiviert ist.

4.5. Überforderungen

Abgesehen davon, dass eine auf Ängste gebaute Entscheidung und Willenserklärung keine humane Basis für eine reife „Verzichtserklärung" sein kann, sind die in Mode gekommenen „Patientenverfügungen" zusätzlich durch Überforderungen gekennzeichnet, die das Ansinnen der Befürworter in Frage stellen, weil schon die Betreuungsgerichte in Deutschland bei den zu erwartenden etwa 100.000 Verfügungsgesuchen pro Jahr völlig überfordert wären [60].

Als *erste* Überforderung für den Patienten ist mit der Verfügung eine Voraberklärung zu einer *unvorhersehbaren, abstrakten Lebenssituation* [23] wie zum Beispiel „unerträgliches" Leiden gegeben. Leiden wird zuallererst durch körperliche Schmerzen erzeugt, denen aber seelische Schmerzen infolge Stress und Traumatisierung in nichts nachstehen können. Beim heutigen Stand der Medizin und Anästhesie ist es möglich, 95% aller schweren Schmerzzustände, auch im Falle einer Krebserkrankung, so zufriedenstellend zu behandeln, dass die Betroffenen keineswegs „dahindämmern" müssen, sondern teilweise sogar wieder lebensaktiv werden können, solange die Grundkrankheit ihnen Zeit dazu lässt [38].

Die Frage ist, warum jemand „unerträglich" leiden muss? Etwa darum, weil Ärzte immer noch in bis zu 90% aller schmerzgequälten Patienten nur unzureichend Schmerzmittel verordnen? Muss ein Kranker überhaupt noch leiden, wenn er das sogenannte wach-rationale Bewusstsein verloren hat? Viele Menschen scheinen das anzunehmen und das Leiden per Verfügung abmindern zu wollen. Es ist aber aus der klinischen Arbeit gut bekannt, dass Patienten in Todesnähe ihre Schmerzen verlieren können oder eintrüben und stattdessen mehr Bedürfnis nach menschlicher Nähe und Zuwendung signalisieren, wenn das Ende naht (2). Viele Menschen können überhaupt erst in Ruhe sterben, wenn sie „die letzten Dinge" im Dialog mit ihren nächsten Angehörigen geklärt haben [48]. Im Gegensatz zu der offensichtlich gewünschten zwischenmenschlichen Dialogkultur des Gut-Sterben-Könnens, wie sie in der Kultur der „Sterbebegleitung" der Hospizarbeit und Palliativmedizin „Programm ist", wird das „Schreckensszenario" des einsamen Siechens und Leidens von den Befürwortern der „Patientenverfügungen" argumentativ in den Vordergrund gerückt. Indessen ist aus medizinpsychologischen und psychosozialen Untersuchungen hinlänglich bekannt, dass nicht so sehr der Kranke, sondern vielmehr die Angehörigen leiden, wenn sie den Anblick des Kranken nicht ertragen können und als „grauenhaft" empfinden [2]. Diese Gefühle und Empfindungen sind menschlich und verständlich; sie verweisen auf das „Pathische" der zwischenmenschlichen Existenz [22,64,66].

Doch wird es darauf ankommen, welche Handlungen aus diesen Übertragungsgefühlen, Projektionen und Vorstellungen gezogen werden. Die Freiheit des Menschen ermöglicht es, aus den vielen Möglichkeiten der Kultur der Leidensminderung eine bestimmte Handlung, die für individuell ausreichend und ethisch-human angemessen angesehen wird, auszuwählen und in den Dialog mit dem Kranken einzubringen. Darin liegt die Verantwortung des Helfers und Begleiters, sei er nun professionell ausgebildet oder ein menschlicher „Laie". „Leiden" scheint also nicht einfach in der wahrgenommenen „unerträglichen" Existenz, sondern eher darin zu liegen, dass entweder der auf Hilfe angewiesene Kranke keine ausreichende solidarische und für ihn persönlich adäquate Schmerzbehandlung und Zuwendung erfährt, oder aber Angehörige hilflos sind, diese Zuwendung zu geben. Eine gedankenlose, rein gefühlvolle oder „reflexartige" Gegenübertragung könnte dann in der unmittelbaren Abwehr des „Unerträglichen" und „Grauenvollen", etwa in Form einer Tötungshandlung liegen. Die Last des Mitleidens wäre in diesem Fall für mich so groß, dass ich mich sofort entlasten „muss", auch wenn dies auf Kosten des Lebens des Anderen geschieht. Dies ist für mich um so leichter, je eher ich das Leben meines Gegenüber nur noch als „lebensunwert" oder „sinnlos" oder „nicht mehr lohnenswert" wahrnehmen kann [65]. *Dörner* [18] hat anhand der „Euthanasie"-Untaten der NS-Mediziner und -Forscher aufgezeigt, wie tödlich ein solches „falsches" Mitleid sein kann, auch wenn es rational begründet wird.

Die Frage, die mit einer „Patientenverfügung" beantwortet werden muss, lautet: Wie soll ich mir angesichts dieser unterschiedlichen Lebensumstände in gesunden Zeiten vorab „uner-

trägliches Leiden“ *konkret* vorstellen und wie müsste dann mein vorab erklärter Wille hierzu *konkret formuliert* und *eindeutig nachvollziehbar* aussehen? Gerade die unübersehbare Zahl empfohlener Formulare zeigt den frustranen Versuch einer solchen Festschreibung, die eine Überforderung darstellt, weil sie etwas im Voraus festschreiben will, was nicht im Voraus zu erfassen ist.

Eine *zweite* Überforderungsmöglichkeit liegt darin, dass die Betroffenen oft auch ohne jegliche Lebenserfahrung *die Tragweite einer Befürwortung und Ablehnung bestimmter Maßnahmen am Lebensende* nicht übersehen können, geschweige denn die Umstände und harten medizinische Fakten, die sich für den Arzt und das Behandlungsteam aus dieser Vorausverfügung in einer konkreten Situation handlungsleitend ergeben können [2,42]. Das neue Autonomie-Ethos birgt die Gefahr in sich, dass auch Patienten, die nicht wirklich verstanden haben, was sie mit einer Verfügung veranlassen, beim Wort genommen werden [11].
Indessen scheint die Befragungen älterer Menschen auf eine einfachere Realität hinzuweisen, dass nämlich 89% der Befragten sehr wohl menschliche und technische Hilfen wie zum Beispiel eine Reanimation wünschten, wenn sie medizinisch für notwendig erachtet wird [55]. Das zeigt wie problematisch und unzuverlässig „Patientenverfügungen“ sein können, wenn sie handlungsleitend und oder gar handlungsbestimmend für den Arzt werden. Durch eine adäquate, situationsgerechte und individuelle Behandlung „leiden“ Patienten wahrscheinlich weniger als durch einen per Patientenverfügung erzwungenen Verzicht oder Behandlungsabbruch, der keineswegs „automatisch“ eine empathische ärztliche Sterbebegleitung in Gang setzt, sondern unter Umständen für alle Beteiligten zu einem noch größeren „Leid“ der entsolidarisierten Haltung und zurückgewiesenen Fürsorge führen kann.

4.6. Einseitiger Würdebegriff

Artikel 1 des Grundgesetzes konstatiert, dass die Würde des Menschen unantastbar ist. Das Zusammenleben in der menschlichen Gesellschaft soll davon bestimmt sein, die Würde eines anderen Menschen zu respektieren, sie nicht zu verletzen oder in Abrede zu stellen. Von daher sind „freie“ Diskussionen oder „wissenschaftliche“ Diskurse, in denen eine Abschaffung der Unantastbarkeit der Menschenwürde öffentlich gefordert wird, im strengen Sinne verfassungsfeindlich. Als absolute Verfassungsbestimmung verwirklicht sich gleichwohl „Unanatastbarkeit“ in der Beziehungsebene zwischen Mensch und Mensch, ist also wesentlich eine Bestimmung der Zwischenmenschlichkeit. Im Begriff der Menschenwürde sind individuelle Autonomie und zwischenmenschliche Beziehung zwei einander zugeordnete Aspekte. So betont der Theologe Thomas *Abbt* als einer der ersten die „Sozialität“ in der Beziehung von Würde und sozialer Gerechtigkeit: Eine Gesellschaft, die Elend zulasse, beraube sich ihrer Würde. Im modernen Sozialstaat soll dieser Gedanke fortleben. Es ist die auf Gegenseitigkeit beruhende Achtung und Wertschätzung als gelebtes Auf-ein-ander-Angewiesensein, Elemente menschlicher Beziehung also, die „Gut-Menschsein“ und „Würde“ erst realisieren [8]. Viele „Patientenverfügungen“ eliminieren in ihrer Sicht den Beziehungscharakter von Würde, ihren Bezug zum Zwischenmenschlichen, zum sozialen Zusammenhalt und zu den Zielen einer solidarischen Gesellschaft. Sie vereinseitigen damit den Würdebegriff auf eine fast schon egozentrische Betonung der Autonomie des Individuums. Nach *Forschner* [34] ist zwischen einem engeren Rechtsbegriff von Würde und einem ethischen Begriff von Würde zu unterscheiden, der Idealvorstellungen über menschliches Handeln beinhaltet. Eine zukunftsfähige Ethik [36] wird sich daran messen lassen müssen, inwieweit sie den Würdebegriff als eine Haltung des „Menschsein vom Anderen“ [45,46] her versteht oder nicht.

4.7. Verletzung des Unverfügbarkeitsgebots

„Patientenverfügungen“ stehen in einem unlösbaren Widerspruch zur prinzipiellen „Unverfügbarkeit menschlichen Lebens“ [41], welche in der Verfassung genau diejenigen Rechte schützt, die von den Befürwortern der „Patientenverfügungen“ einseitig zugunsten des autonomen Willens (nicht des Lebens!) des Bürgers „Patient“ und zu Lasten des Arzt/Pflege-Patient-Verhältnisses eingeschränkt werden soll. Das Dilemma, nämlich „das Unverfügbare verfügbar zu machen“ [37], lässt sich nur auflösen, indem das Autonomieprinzip bzw. die Ethik der individuellen Autonomie gegenüber der traditionellen Vormachtstellung des Fürsorgeprinzips bzw. der Ethik der Fürsorge die Oberhand gewinnt [25,26] und beziehungsmedizinische Angebote zurückgedrängt werden [24,65–67]. Genau dies

scheint der Fall zu sein, wobei dann einem bioethischen Menschenbild, welches der Individualethik und dem „Glück“ des Einzelnen gegenüber der Sozialethik und dem Solidarisch-aufeinander-Angewiesensein der Menschen einen höheren sittlichen Stellenwert einräumt, der Vorzug gegeben wird. Selbst eine perfekt ausgefüllte „Patientenverfügung“ garantiert aber nicht, dass die Krankheit in irgendeiner Weise angemessen oder würdevoll verläuft: *„Das Bemühen um Würde scheitert, wenn der Körper uns im Stich lässt … In seltenen, sogar höchst seltenen Fällen mögen einmalige Umstände dafür sorgen, dass ein Mensch mit ausgeprägter Persönlichkeit ein Leben in Würde beschließt …Wenn aber von der irrigen Vorstellung eines friedvollen und würdigen Sterbens ausgegangen wird, müssen sich viele in ihrem letzen Stunden fragen, ob sie oder die Ärzte etwas falsch gemacht haben.“* [49, S. 18 und 215] Angesichts der Tatsache, dass sich Menschenwürde stets beim Schwächeren und nicht beim Stärkeren konkretisiert, bedeutet die Aufwertung der Ethik der Autonomie eine neue Vorherrschaft des Stärkeren (das autonome Individuum) vor der Ethik des Schwächeren (die fürsorgliche und solidarische Begegnung zweier Menschen) [26].

4.8. Aushöhlung des Für- und Selbstsorgegebots

Verbunden mit der einseitigen Aufkündigung des Unverfügbarkeitsgebots über das menschliche Leben und Sterben ist die Zurückweisung des ärztlichen Fürsorgeangebotes als Garant für den Lebensschutz und ein „gutes Sterben können“ des ihm anvertrauten Patienten. In dem Maße, wie über den Arzt durch den Willen des Patienten rechtsverbindlich verfügt wird, dessen Vorstellung von Therapieverzicht und Therapieabbruch umzusetzen, wird die Arzt-Patient-Beziehung ausgehöhlt oder gar zerstört. Im ärztlichen Fürsorgeangebot einer konkreten Begegnung zwischen Arzt und Patient wird die menschliche Würde und Achtsamkeit erst verwirklicht. Autonomie und Würde sind keine selbstläufigen, naturgegebenen Eigenschaften oder Funktionen eines Menschen, sondern realisieren sich in dem Maße, wie im Falle der Arzt-Patient-Begegnung der Patient durch Selbstsorge und Selbstachtsamkeit die fürsorgliche Indienstnahme des Arztes vertrauensvoll einfordert. Die Grundlage dieser Begegnung ist kein zwanghaftes Verfügbarmachen, sondern die unbedingte Indienstnahme im Vertrauen auf das mitmenschliche Hilfegebot, nämlich, dass ich im Antlitz, in den sprechenden Augen des Anderen ein absolutes „Tötungsverbot“ wahrnehme [22,24,46]. Statt einer Lebenshaltung, die von Gelassenheit, Offenheit für neue Erfahrungen am Lebensende und Vertrauen in die Fürsorge anderer Menschen bestimmt wird, wird mit Hilfe von „Patientenverfügungen“ die Verantwortung für die Selbstsorge für das eigene Leben abgewehrt, abgespalten und die Last der konkreten Entscheidung an andere, fremde Menschen delegiert. Der verfügte Arzt wird zum Erfüllungsgehilfen eines Patientenwillens, der von der konkreten Lebenssituation der Begegnung zweier Menschen abstrahiert. Nicht der Schutz eines autonomen Menschenlebens steht im Vordergrund, sondern die Erfüllung eines individuellen Patientenwillens. Erfüllt der Arzt diesen Willen nicht, macht er sich nach Lesart der „Patientenverfügungen“ womöglich als „Helfer für das Leben“ gegenüber dem autonomiebestrebten Patienten schuldig. Mit Hilfe von „Patientenverfügungen“ ist dem Patienten die Fürsorgepflicht des Arztes weggenommen worden. So gesehen stellen „Patientenverfügungen“ – bei allem Verständnis für die Eindämmung der traditionellen Vorherrschaft der Verfügungsgewalt der modernen Medizin gegenüber dem Individuum – einen schweren Verstoß gegen das allgemeinmenschliche Selbst- und Fürsorgegebot dar und verletzen damit auch Autonomie und Würde des Menschen [26].

Der Patientenwille als „kardinale Direktive, das absolute Primat der Entscheidung des aufgeklärten, selbstbestimmten und selbstbestimmenden Patienten“ bedroht nach Auffassung des Intensivmediziners *Schuster* [54] *„die so wesentliche Kategorie des Vertrauens in der Arzt-Patient-Beziehung vom Prinzip her ... Das damit verbundene ethische Problem ist eine mögliche Verschiebung der Grundverantwortung weg vom Arzt hin zum Patienten.“* (S. 265)
Und *Dörner* [23] äußert sich zu diesem Thema: *„Ich würde es als einen völlig unangemessenen Fremdkörper empfinden, der die Beziehung zwischen dem, der im Sterben liegt und mir als Begleiter stört, weil der die Ernsthaftigkeit dieser existentiellen Sterbebegleitung lächerlich macht. Die Begleitung wird dann nämlich abhängig von der Laune, in der ich vor einem Jahr oder vor fünf Jahren vielleicht unter dem Eindruck eines Fernsehfilms vom Vorabend gewesen bin und dann bestimmte Kreuze gemacht habe. Und das ist eine Verspottung und Verhöhnung der Authentizität*

der Beziehung in der Sterbebegleitung und gehört deswegen nicht in die Begleitung, gehört gerade unter dem Aspekt der Würde des Menschen eigentlich verboten" (S. 6).

4.9. Selbstaufklärung statt Selbstschädigung und Selbstliquidierung

„Patientenverfügungen", die die Durchsetzung einer abstrakten, selbstbestimmten Willenserklärung zum Lebensende in Aussicht stellen, nehmen mehr oder weniger in Kauf, dass mit der Außer-Kraft-Setzung des Fürsorgegebots des behandelnden Arztes eine Selbstschädigung die Folge ist, die wiederum dadurch entsteht, dass der Arzt in Anbetracht einer einseitigen Verzichtserklärung einen Behandlungsversuch gar nicht erst unternimmt, weil er sich nicht mehr der unterlassenen Hilfeleistung schuldig macht, sondern womöglich der Missachtung des Patientenwillens.

In einem juristischen Gutachten „Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens?" hat *Taupitz* [61] auf die trügerische Illusion der „Entlastung" des Arztes von der Entscheidung über die Behandlungsmaßnahme hingewiesen. Sie entlastet den Arzt von der Verantwortung für eine Therapieentscheidung, belastet aber das Leben des Patienten! Dazu *Bavastro* [2]: *„Selbstbestimmung beinhaltet Selbstverantwortung. Das Selbstbestimmungsrecht, will es nicht Willkür oder Beliebigkeit bleiben, beinhaltet eine große Last, eine große Eigenverantwortung auf Seiten des Patienten, die Pflicht zur Selbstaufklärung, zur Information. Mühsame Eigenarbeit ist Voraussetzung, um eine solche Verfügung verfassen zu können. Einwilligungsfähigkeit setzt voraus, dass der Betreffende in der Lage ist, Art, Bedeutung und Tragweite der Maßnahme oder Verweigerung voll zu erfassen; er muss seine Entscheidung adäquat zum Ausruck bringen. Es ist eine nicht leistbare Informationstiefe notwendig: Sie erfordert nämlich eine prinzipiell nicht leistbare Voraussicht, da sie Autonomie in einen Zustand hinein projiziert, in dem der Betreffende nicht mehr autonom ist."* (S. 6)

Rest [50] fordert in kritischer Konsequenz aus den Erfahrungen zur Philosophie und Praxis von „Patientenverfügungen" einen Verzicht auf Vorhalten von Patientenverfügungen „in allen Einrichtungen, in denen gestorben wird." (S. 92) In Anbetracht der Selbsttötungs- und Selbstliquidierungspropaganda, die sich in vielen kursierenden Formularen verbirgt, fordert er zur Verweigerung einer Teilnahme an der Patientenverfügungsbewegung auf.

Bavastro [2] kommt zu dem Ergebnis, dass, wenn die Bestrebungen der nationalen Ärzteorganisationen weiter dahin gehen, die beziehungsethische Dimension der Arzt-Patient-Begegnung zu missachten und „Patientenverfügungen" als medizin-rechtliches Instrument zu etablieren [12,13], es zum Schutze des Patienten (und der ärztlichen Würde) angebracht sein könnte, „sich über Patientenverfügungen hinweg zu setzen." (S. 19)

4.10. Verfügbarkeit über den menschlichen Körper und fremdnützige Forschung

In der Vergangenheit hat die Diskussion um die sogenannte Bioethik-Konvention des Europarates einen breiten Raum eingenommen. Besonders umstritten sind die Abschnitte zur fremdnützigen Forschung mit sogenannten Nichteinwilligungsfähigen (Artikel 17) und Embryonen (Artikel 18). Die Konvention wurde bisher von insgesamt sechs der 41 Mitgliedsländern ratifiziert und von 23 Mitgliedsländern mit Ausnahme u.a. von Deutschland unterzeichnet.

Die seit einigen Monaten auch in Deutschland verstärkt geführte Debatte über „Stammzellenforschung" hat deutlich gemacht, dass der menschliche Körper von der modernen Medizin als Ressource zur „Heilung" und „Verbesserung" des Menschen immer mehr ins Blickfeld gerückt wird. So sehr auch im Titel der Konvention „Das Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin – Übereinkommen über Menschenrecht und Biomedizin – des Europarates" vom 4. April 1997 der Schutz von Menschenrecht und Menschenwürde zum Ausdruck gebracht wird, sind doch zahlreiche Ausnahmeregelungen für Eingriffe zur Gewebsentnahme und fremdnützigen Forschung am menschlichen Körper nicht zu übersehen. Diese Ausnahmeregelungen aber sind es, die den vermeintlichen Schutz der Menschenrechte und Menschenwürde vor den Begehrlichkeiten der modernen Biomedizin und Forschung erheblich in Zweifel ziehen lassen. Und es erscheint nicht übertrieben, einen logischen Zusammenhang zu den zeitgleich verlaufenden Diskussionen um „Patientenverfügungen" anzunehmen, weil im Falle einer Ratifizierung der Bioethik-Konvention durch Deutschland mit dieser Art „Vorsorgevollmacht" ein direkter Zugriff auf den Körper von Hunderttausenden von

Sterbenden, Schwerstkranken, Demenzkranken und Koma-Patienten möglich würde, wenn Eingriffe und Manipulationen in der persönlichen Willenserklärung nicht explizit untersagt worden sind.
Vom Behindertenbeauftragten des Landes Niedersachsen [4] wurde die Bioethik-Konvention als „ein Angriff auf die Menschenwürde“ qualifiziert. Obwohl in Artikel 6 der Schutz einwilligungsunfähiger Personen ausdrücklich vorgeschrieben wird, lässt Artikel 17 Absatz 2 als Ausnahmeregelung fremdnützige Forschung ausdrücklich zu. Daher erscheint das Leben von Hunderttausend Menschen, die nicht zur Einwilligung in einen Eingriff fähig sind (Demenzkranke, Geistigbehinderte, Babies, Menschen im Wachkoma u.a.), nicht geschützt, sondern bedroht. Unterstützt wird diese Auffassung und Sorge durch einen im Juni 2000 öffentlich gewordenen Entwurf eines Ergänzungsprotokolls zur Bioethik-Konvention, welches während des 18. Treffens der CDBI am 5.–8. Juni 2000 verabschiedet und von der EU in Straßburg am 30.06.2000 veröffentlicht wurde. Das Protokoll beschäftigt sich mit der Transplantation von Organen und Geweben menschlichen Ursprungs und sieht in Artikel 13 Absatz 2 wiederum als Ausnahmeregelung die Entnahme „regenerierbarer Gewebe“ wie etwa Rückenmark vor [59].

4.11. Neurowissenschaftlicher Exkurs: Wie selbstbestimmt ist der „Freie Wille”?

Ausgehend von den grundlegenden Arbeiten des amerkanischen Neurophysiologen *Libet* [47] ist in jüngster Zeit in der Neurowissenschaft eine Debatte darüber entbrannt, wie „frei“ der „Ich-Wille“ des Menschen ist. Seine Untersuchungsergebnisse scheinen ein ernüchterndes Bild zu ergeben: Bereits 250 Millisekunden, bevor ich das Gefühl habe, eine „freie“, rationale Entscheidung getroffen zu haben, lässt sich im Gehirn des Menschen ein elektrisches Potenzial nachweisen, welches als Korrelat der Entscheidung anzusehen und den unbewussten, limbischen Gehirnprozessen zuzuordnen ist („Bereitschaftspotential“). Limbische Prozesse sind mit nicht bewussten emotionalen Aufmerksamkeits-, Bewertungs-, Gedächtnis- und Motivationsvorgängen verknüpft. Der als Ich-Entscheidung erlebte „freie Wille“ scheint in Wirklichkeit ein unbewusstes Geschehen zu sein, welches auf Erfahrung und Intuition beruht. Auch sozialwissenschaftlich gilt: Entscheidungen werden vor der Entscheidung getroffen [24]. Damit aber dürften der Bedeutung sowohl der juristischen Konstruktion eines Ich-Bewusstseins („freier Wille“) als auch eines mutmaßlichen Willens („allgemeine Wertvorstellung“) erheblich Grenzen gesetzt sein, weil beide offensichtlich weniger auf rationalen Tatsachen als vielmehr auf unbewussten, „irrationalen“ Motiven und Interessen beruhen [51,57]. Die Idee des freien Willens scheint sich auf ein „kulturelles Konstrukt“ zu reduzieren [56]. Es soll an dieser Stelle nicht weiter hinterfragt werden, inwieweit vor dem Hintergrund dieser Forschungsergebnisse das bioethische Konzept des „freien Willens“ und der allein „rationalen Person“ in Zweifel zu ziehen ist.

5. Schlußfolgerungen

Unter Berücksichtigung der hier dargestellten Sachverhalte kann folgendes kritisches Fazit gezogen werden:

- „Patientenverfügungen“ sind – wenn man das Gebot der Unverfügbarkeit menschlichen Lebens prinzipiell ernst nimmt – ein Widerspruch in sich, zumal auch das Leben des Arztes unverfügbar ist. Den („mutmaßlichen“) Willen des Patienten muss jeder Arzt auf Grund der bestehenden Rechtslage und des Berufsethos (informed consent) schon jetzt beachten. Es genügt jedoch keine abstrakte Willensbekundung, sondern die betroffenen Personen müssen vielmehr „sinnlich“ wahrgenommen haben, zu wieviel gegenseitiger Bedeutungszusprechung es in der Beziehung zwischen einem sogenannten Nichteinwilligungsfähigen und seinem Arzt/Bezugspersonen kommen kann [24]. Die Vorstellung, Krankheit und Leid durch „Patientenverfügungen“ technokratisch beherrschen zu können, ist „wirklichkeitsfremd“ [44].
- Die Verfügungsgewalt der modernen Medizin gründet sich in den Machtinteressen in modernen Gesellschaften mit einflussreichen Interessengruppen, in denen der einzelne Bürger zunehmend zum „Kunden“ reduziert wird. Indem aber Kranke zu „Kunden“ umdeklariert werden und ein „freier Markt“ an „Serviceleistungen“ suggeriert wird, wird der Wille des Patienten von seiner Leidensgeschichte getrennt und der Mensch auf seine Rationalität reduziert. Dies entspricht der bioethischen Philosophie. Statt Autonomie

und Würde des Patienten zu fördern, könnten „Patientenverfügungen“ wegen der Zurückweisung des ärztlichen Beziehungs-, Fürsorge- und Hilfsangebots die Autonomie und Würde der am Behandlungs- und Begegungsprozess beteiligten Menschen verletzen, die Patienten allein lassen und damit schädigen. Die Politologin Katrin *Braun* [10] hat „Patientenverfügungen“ als einen Mechanismus beschrieben, der es Institutionen erlaubt, sich die Kranken dienstbar zu machen. Es besteht die ernsthafte Gefahr, dass durch gut gemeinte Verfügungen „formularmechanische“ Verrechtlichungstendenzen gestärkt werden, die die Entmündigung der sogenannten Nichteinwilligungsfähigen beschleunigen, indem der verfügte Wille als freiwillige Verzichtserklärung zynisch missdeutet oder gar als „Türöffner“ für eine „aktive Euthanasie“ missbraucht wird: *„ Dadurch aber droht das Selbstbestimmungsrecht des Patienten diesen selbst krass zum Nachteil auszuschlagen.“* [44, S. 200]

- Es besteht die berechtigte Sorge, dass darüber hinaus durch „Patientenverfügungen“ der historisch schon implizierten Forderung nach „aktiver Sterbehilfe“ der Entwicklung einer „neuen“ gesellschaftlichen Werthaltung Vorschub geleistet wird, wonach jeder Bürger gleichsam unter der Hand in die Pflicht genommen wird, sein nur noch „belastendes“ Lebensende durch „Verzichtserklärungen“ freiwillig vorab zu entsorgen. Aus wirtschaftlich unterentwickelten Ländern wurde ein vom Patienten häufig selbst gewünschter „Behandlungsabbruch“ aus Kostengründen gemeldet [17]. Und die niederländische, legalisierte Sterbehilfepraxis ist schon jetzt „durch das fortlaufende ‚Ausfransen‘ jener Gruppe von Patienten (gekennzeichnet), „bei denen Sterbehilfe grundsätzlich akzeptiert wird“ [44, S. 194], auch wenn der entsprechende „Tötungswunsch“ des Patienten gar nicht geäußert wurde. „Patientenverfügungen“ könnten leicht zum unkontrollierten „Türöffner“ einer Medizin werden, in der nicht nur ein Weiterleben, sondern auch ein „Sterben können in Würde“ zu teuer würde und sich die Forderung nach aktiver „Euthanasie“ geradezu „zwingend“ logisch-rational ergibt [7].
- Vor diesem Hintergrund können „Patientenverfügungen“ *nicht* als ein geeignetes Mittel angesehen werden, als eine reale Alternative zur medizinisch verkommenen Betriebsamkeit zu gelten. „Patientenverfügungen“ fördern auch kein „Sterben können in Würde“, wie es zunehmend durch Sterbebegleitung, hospizliche Hilfe und palliativmedizinische Angebote versucht wird zu ermöglichen. „Patientenverfügungen“ stehen Sterbebegleitung und Palliativmedizin entgegen, weil durch sie das solidarische und authentische Ringen um und das Begleiten von Menschenleben im Sterben „lächerlich“ gemacht wird [23] und die Beziehungsdimensionen, durch welche Würde und Autonomie im Prozess der Begegnung erst hervorgebracht und verwirklicht werden können, bereits im Ansatz „still gelegt“ oder außer Kraft gesetzt werden [67].

Literatur

1. **Anders G.** (1980) Die Antiquiertheit des Menschen. München
2. **Bavastro P.** (2001) Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung? Ein ethisch-kritische Betrachtung. Verein für Anthroposophisches Heilwesen, Bad Liebenzell
3. **Beauchamp TL, JF, Childress** (1994) Principles of biomedical ethics. (4th ed.) Oxford University Press, New York
4. **Behindertenbeauftragter** des Landes Niedersachsen (1998) (Hrsg.) Die Bioethik-Konvention: Ein Angriff auf die Menschenwürde. Eigenverlag, Hannover
5. **Benzenhöfer U.** (1999) Der Gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart. Beck, München
6. **Binding K., A. Hoche** (1920) Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Deuticke, Leipzig
7. **BioSkop** (2001) „Patientenverfügungen“ ... in frage gestellt. 2. Aufl. Eigenverlag, Essen
8. **Böhme G.** (1997) Ethik im Kontext. Suhrkamp, Frankfurt am Main
9. **Bosshard G., W. Bär, A. Wettstein** (1999) Lebensverlängernde Maßnahmen in der geriatrischen Langzeitpflege. Deutsches Ärzteblatt 96 (21): A 1409–1413
10. **Braun, K.** (2001) Menschenwürde und Biomedizin. Zum philosophischen Diskurs der Bioethik. Campus, Frankfurt am Main, New York
11. **Brody H.** (1992) The healers power. New Haven
12. **Bundesärztekammer** (1998) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 95 (39): A 2366–67
13. **Bundesärztekammer** (1999) Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen. Deutsches Ärzteblatt 96 (43): B 2195–96
14. **Creutzfeldt W.** (2000) Euthanasie: geistige Wurzeln im 19., Verbrechen im 20., Legalisierung im 21. Jahrhundert? Medizinische Klinik 95: 714–9
15. **Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben** (2000) (Hrsg.): Humanes Sterben in Deutschland: Schön geredet oder Wirklichkeit? Forsa-Umfrage. Eigenverlag, Augsburg

16. **Deutsche Hospiz Stiftung** (2000) (Hrsg.) Palliativmedizin und Hospizarbeit: Alternative zur aktiven Sterbehilfe. Ergebnisse einer Alternativumfrage (Emnid). Eigenverlag, Dortmund
17. **Döring O.** (2001) Wenn das Weiterleben zu teuer wir. In China verlangen immer mehr Schwerkranke den Abbruch ihrer Behandlung. Frankfurter Rundschau vom 17. Juli, S 25
18. **Dörner K.** (1993) Tödliches Mitleid. van Hoddis, Gütersloh
19. **Dörner K.** (1996) Hält der BGH die „Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ wieder für diskutabel? Zeitschrift für Rechtspolitik 29 (3): 93–96
20. **Dörner K.** (1998) Ärztliche Ethik als Beziehungsethik. Wege zum Menschen 50: 512–519
21. **Dörner K.** (1999a) Die institutionelle Umwandlung von Menschen in Sachen. In: Emmrich M (Hrsg.) Im Zeitalter der Bio-Macht. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S 15–44
22. **Dörner K.** (1999b) Pathische Existenz – eine Herausforderung im Alltag der Arzt-Patient-Begegnung. Vortrag zur Tagung „Pathische Existenz – Konvergenz zwischen Medizin und Theologie“. Ev. Akademie Iserlohn in Zusammenarbeit mit der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft, am 15.–17. Oktober
23. **Dörner K.** (2000) Patientenverfügungen: Wer verfügt über das Sterben? Hospiz-Zeitschrift 2 (2): 5–9
24. **Dörner K.** (2001) Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Schattauer, Stuttgart
25. **Eibach U.** (1998) Sterbehilfe – Tötung aus Mitleid? Euthanasie und „lebensunwertes“ Leben. 2. Aufl. Brockhaus, Wuppertal
26. **Eibach U.** (2000) Menschenwürde an den Grenzen des Lebens. Einführung in Fragen der Bioethik aus christlicher Sicht. Neukirchener Verlagshaus, Neukirchen-Vluyn
27. **Eibach U., K. Schaefer** (1997) Autonomie von Patienten und Patientenwünsche bei Dialysepatienten. Ergebnisse einer Patientenbefragung und Kommentar aus ethischer Sicht. Zeitschrift für Medizinische Ethik 43: 261–272
28. **Emanuel J.E.** (1996) Cost savings at the end of life. What do the data show? Journal of the American Medi**cal Association. 275 (24): 1907–1914**
29. **Eser A.** (1989) Lexikon Medizin, Ethik, Recht. Herder, Freiburg:
30. **Eser A.** (1995a) Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe. Thieme, Stuttgart
31. **Eser A.** (1995b) Möglichkeiten und Grenzen der Sterbehilfe aus der Sicht des Juristen. In: Jens W, H. Küng (Hrsg.) Menschenwürdig sterben. Plädoyer für Selbstverantwortung. Piper, München, S 149–182
32. **Everding G., A. Westrich** (2000) Würdig leben bis zum letzten Augenblick. Idee und Praxis der Hospizbewegung. Beck, München, S 9–16
33. **Fischer J.** (1988) Zur Wahrung der Würde der Person im ärztlichen Handeln. Zeitschrift für Medizinische Ethik 44: 263–277
34. **Forschner M.** (2001) Technischer Fortschritt und Menschenwürde. Deutsches Ärzteblatt 98 (16): B 879–882
35. **Frewer A., C. Eickhoff** (2000) (Hrsg.) „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historschen Hintergründe medizinischer Ethik. Campus, Frankfurt am Main
36. **Grüber K., G. Ebbrecht** (2000) Für eine zukunftsfähige Ethik. Iserlohner Aufruf zum Dialog. Ev. Akademie Iserlohn, Iserlohn
37. **Holfelder H.H.** (2001) Krankheit, Behinderung, Sterben – das Unverfügbare verfügbar machen? Thesen, Aspekte, Einwände zum Thema „Patientenverfügungen“. Unveröffentlichtes Manuskript, Hamburg
38. **Husebo S., E. Klaschik** (1998) Palliativmedizin. Springer, Berlin
39. **Isler H.** (1988) Die Austreibung des Subjekts aus den subjektiven Syndromen. In: Oepen, G. (Hrsg.) Psychiatrie des rechten und linken Gehirns. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S 257–263
40. **Klie T., J.-C. Student** (2001) Die Patientenverfügung. Was Sie tun können, um richtig vorzusorgen. 3. Aufl. Herder, Freiburg
41. **Klinkhammer G.** (2001) Die Unverfügbarkeit menschlichen Lebens. Deutsches Ärzteblatt 98 (22): B 1224–1226
42. **Körtner U.H.G.** (1999) Gesundheit um jeden Preis? Zeitschrift für Ethik in der Medizin 45: 303–317
43. **Küng H.** (1995) Menschenwürdig sterben. In: Jens, W, Küng, H. (Hrsg.).: Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung. Piper, München, S 13–85
44. **Kuhlmann A.** (2001) Politik des Lebens. Politik des Sterbens. Biomedizin in der liberalen Demokratie. Alexander Fest Verlag, Frankfurt am Main
45. **Lévinas E.** (1989) Die Spur des Anderen. 4. Aufl. Karl Alber Verlag, Freiburg
46. **Lévinas E.** (1996) Ethik und Unendliches. 3. Aufl. Passagen-Verlag, Wien

Linde
Verlag

47. **Libet B.** (1985) Unconscious cerebral process initiative and the role of conscious will in voluntary action. Behaviour and Brain Science 8: 529–655
48. **Mindell A.** (1989) Schlüssel zum Erwachen. Sterbeerlebnisse und Beistand im Koma. Walter, Olten
49. **Nuland, S.B.** (1993) Wie wir sterben. Ein Ende in Würde. München
50. **Rest F.** (1998) 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. Ev. Akademie Iserlohn, Iserlohn, S 71–93
51. **Roth G.** (1998) Ist Willensfreiheit eine Illusion? Biologie in unserer Zeit 28 (1): 6–15
52. **Roth-Istigkeit A.** (2000) Wie erleben postoperative, herzchirurgische Patienten die pflegerische Versorgung auf der Intensivstation? Intensiv 9: 24–29
53. **Salomon F.** (1996) Leben und Sterben in der Intensivmedizin. Eine Herausforderung an die ärztliche Ethik. Pabst Science Publishers, Lengerich
54. **Schuster H.P.** (1999) Ethische Probleme im Bereich der Intensivmedizin. Internist 40: 260–269
55. **Seckler A.B., D.E. Meier, M. Mulvihill, B.E. Cammer Paris** (1991) Substituted judgement: How accurate are proxy predictions? Annals of Internal Medicine 115: 92–98
56. **Singer W.** (2001a) Das Ende des freien Willens? Spektrum der Wissenschaft (2): S 72–75
57. **Singer W.** (2001b) Das falsche Rot der Rose. In: DER SPIEGEL (1): S 154–160
58. **Steins B.** (2000) Erinnerungen aus dem Koma. In Strätling-Tölle H (Hrsg.) 50 Tage intensiv. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S 47–70
59. **Steering Committee on Bioethics** (2000) Draft addition protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, on Transplantation of organs and tissues of human origin during its 18. Meeting (5–8 June 2000). EU, Strassbourg
60. **Strätling M., V.E. Scharf, H. Wulf, B. Eisenbart, A. Simon** (2000) Stellverteterentscheidungen in Gesundheitsfragen und Vorausverfügungen von Patienten. Ein praxisorientierte Übersicht zu rechtlichen und ethischen Problemen bei der Behandlung nicht einwilligungsfähiger Personen. Anäethesist 49: 657–674
61. **Taupitz J.** (2000) Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung des Patientenautonomie am Ende des Lebens? Gutachten A zum 63. Deutschen Juristentag Leipzig. Beck, München
62. **Ulrich G.** (1997) Biomedizin. Die folgenschweren Wandlungen es Biologiebegriffs. Schattauer, München
63. **Vollmann J.** (2000) Einwilligungsfähigkeit als relationales Modell. Klinische Praxis und medizinethische Analyse. Der Nervenarzt 9: 709–714
64. **Weizsäcker V.v.** (1986) Seelenbehandlung und Seelenführung (1926) GS V. Suhrkamp, Frankfurt am Main
65. **Zieger A.** (1999) Ethische Grenzfragen in der Behandlung Schwerst-Hirngeschädigter. Mitteilungen der Luria-Gesellschaft e.V. 6 (1): S 4–18
66. **Zieger A.** (2001a) Dialogaufbau und ästhetische Haltung – auf dem Wege zu einer neuen solidarischen Haltung durch Trialog-Entwicklung aus beziehungsmedizinischer Sicht. In: Doering W, W Doering (Hrsg) Von der Sensorischen Integration zur Entwicklungsbegleitung. Von Theorien und Methoden über den Dialog zu einer Haltung. Borgmann Publishing, Dortmund, S 258–328
67. **Zieger A.** (2001b) Thesen zu Lebenswille, Sterbehilfe, Patientenerklärung, Beziehungsmedizin. Unveröffentlichtes Manuskript, Oldenburg

Der Autor

PD Dr. med. Andreas Zieger
Ltd. Oberarzt der Abt. für Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte
(Frührehabilitation)

Evangelisches Krankenhaus Oldenburg
Steinweg 1–17
26122 Oldenburg
dr.andreas.zieger@evangelischeskrankenhaus.de