

Prof. Dr. Ulrich Eibach / Bonn

Patientenautonomie angesichts schwerster Krankheit und des Todes? – Eine empirisch kritische Betrachtung eines philosophisch-juristischen Postulats

I. Zum weltanschaulichen Hintergrund

In den letzten Jahrzehnten hat sich im Medizinrecht ein deutlicher Wandel vollzogen. Immer mehr wird die *Selbstbestimmung* der Patienten betont. Die Ursachen für diesen Wandel sind (1) die *Fortschritte der Medizin* (insbesondere der Intensivmedizin), die es zweifelhaft werden lassen, ob all das, was die Medizin *machen kann*, wirklich den Wünschen der Menschen entspricht. Ebenso bedeutsam ist jedoch (2) der *Wandel der Lebens- und Wertvorstellungen* seit den 1960-iger Jahren.¹ Dessen Kennzeichen ist die *Individualisierung* und *Säkularisierung* der *Lebens- und Wertvorstellungen*. Im Zuge dieses Wertewandels wird die *Autonomie* zum vorherrschenden moralischen und rechtlichen Leitbegriff. Der Begriff "*Menschenwürde*" wird fast nur noch mit dem Begriff "*Autonomie*" inhaltlich gefüllt, und diese wird immer mehr als eine empirisch feststellbare *Entscheidungs- und Handlungsautonomie* verstanden und nicht mehr - im Sinne *I. Kants* - als transempirische und transzendente Größe (bzw. Postulat). Entsprechend wird die Selbstbestimmung immer mehr bis hin zu einem Recht auf absolute *Selbstverfügung über das eigene Leben* (Selbsttötung, Tötung auf Verlangen) ausgedehnt.² Religiöse und "metaphysische" Auffassungen vom Menschen und seiner Würde, in denen der Mensch nicht als autonomer Herr seines eigenen Lebens, sondern primär unter dem Aspekt seiner bleibenden *Abhängigkeit* von Gott und den Naturbedingungen des Lebens und seinem *Angewiesensein* auf die Zuwendung der Mitmenschen betrachtet wird, werden zunehmend als Widerspruch zur zentralen Forderung nach autonomer Selbstbestimmung empfunden und entsprechend abgelehnt. Diese lebensanschaulichen Veränderungen führten gemeinsam mit der zunehmenden medizinischen Verfügungsmacht über das Leben zur Krise des bis dahin in den Heilberufen leitenden *Ethos der Fürsorge*. Dementsprechend soll nicht mehr das *Wohlergehen der Patienten* und der *Schutz ihres Lebens*, sondern ihr *Wille* oberste Leitlinie ärztlichen und pflegerischen Handelns sein.

Unter diesen Voraussetzungen gerät auch das medizinische Handeln, das nicht durch eine autonome Entscheidung des Patienten begründet oder wenigstens eindeutig gedeckt ist, unter den Verdacht "paternalistischer Fremdverfügung", eines letztlich entwürdigenden Behandlens als *Objekt* mehr oder weniger wohlmeinender *Fürsorge*. Die Rechtsprechung ist dieser Entwicklung gefolgt und hat immer mehr die alleinige Entscheidungsbefugnis der Patienten herausgestellt. Dies zeigt sich nicht zuletzt an den juristischen Anforderungen an Aufklärungen. Da letztlich nur der Patient selbst wissen und darüber entscheiden kann, was die seinen Vorstellungen vom Leben am

¹ Eibach, U. : Menschenwürde an den Grenzen des Lebens. Einführung in Probleme der Bioethik aus christlicher Sicht, Neukirchen-Vluyn 2000, 37 ff.

² Eibach, U. : Sterbehilfe - Tötung aus Mitleid? Euthanasie und "lebensunwertes" Leben, Wuppertal 1998, 196 ff.

besten entsprechende Behandlung ist, müssen nun die Patienten "autonom" darüber entscheiden. Die Aufgabe der Ärzte wird dabei im Grunde auf die Vermittlung medizinischer Sachinformationen beschränkt. Der Patient soll auf der Basis fachlich richtiger und verständlicher Information zur eigenständigen Entscheidung fähig sein ("informed consent").³ Derartige Aufklärungen tragen oft mehr zur zusätzlichen Verunsicherung der Patienten bei, als dass sie ihnen zu eigenständigen Entscheidungen verhelfen. Leitend ist dabei nicht selten ein "rationalistisches" Verständnis vom Menschen, der selbst in existenzerschütternden Lebenskrisen sein Leben noch "autonom" und "rational" beurteilt und über es verfügt.

Die Beschwörung der *Selbstbestimmung*, des "mündigen" Patienten kann aber auch als Flucht aus der gekennzeichneten ethischen Krise gedeutet werden. Dem Patienten wird die Fähigkeit zugesprochen und dann auch die Pflicht auferlegt, die Entscheidung selbst herbeizuführen, zu der andere sich wegen der ethischen Verunsicherung nicht mehr in der Lage sehen. Weil man nicht mehr zu gemeinsam geteilten Überzeugungen über das findet, was *gut* und richtiges Handeln ist, muss jeder für sich selbst bestimmen, was für ihn gut und richtig ist. Mithin muss jeder Patient für sich selbst entscheiden, wie er medizinisch behandelt werden möchte. Völlig ungeklärt bleibt dabei allerdings, nach welchen Kriterien denn der Patient - nach einer fachlich kompetenten, rein sachlichen und rationalen Aufklärung - eine Entscheidung fällen soll. *Es stellt sich also die Frage, ob und inwieweit das ethische und rechtliche Postulat einer "autonomen" Selbstbestimmung in Fragen medizinischer Behandlung die Möglichkeiten von Menschen, die sich in schweren Lebenskrisen befinden, nicht überfordert, inwieweit also die Patienten (ohne oder mit PV) die durch die Fortschritte der Medizin aufgeworfenen ethischen Verunsicherungen und Fragen selbstbestimmt zu lösen vermögen.* Eng damit verbunden ist die Frage, ob es ernsthaft kranken und todkranken Menschen in erster Linie um ihre autonome Selbstbestimmung über ihr Leben und ihre autonome Entscheidung über die Art ihrer Behandlung ankommt. Ist der "autonome Patient" nicht ein weitgehend realitätsfernes theoretisches Konstrukt ?

II. Vorstellungen von selbstbestimmter Behandlung bei Patienten und Pflegekräften - Ergebnisse von Befragungen

1. Bei Pflegekräften

In der "Innerbetrieblichen Fortbildung" der Universitätskliniken Bonn habe ich kürzlich ein Seminar über "*Patientenverfügungen*" (PV) abgehalten. Der Kurs war sofort nach Ausschreibung belegt. Teilnehmen konnten 14 Pflegekräfte, alle mit langer Berufserfahrung (Alter: 30-55 Jahre). Davon waren 7 seit langem auf Intensivstationen tätig. Zur Einführung wurden schriftlich Fragen vorgelegt, die längere Zeit zu bedenken waren. (1) "Wollen Sie - wenn sie entscheidungsfähig sind - im Falle einer krankheitsbedingten schweren Lebenskrise selbst entscheiden, wie Sie behandelt werden möchten?" 4 Teilnehmer antworteten, dass sie das gerne möchten, dass sie aber zugleich Zweifel haben, ob sie dazu in der Lage seien. 5 Teilnehmer meinten aufgrund ihrer Erfahrung mit Patienten, dass ihnen das unmöglich sei. 3 wünschten sich, dass vertraute Personen für sie Entscheidungen fällen. 2 sagten, sie seien bei zunehmenden Nachdenken so verunsichert, dass sie keine Antwort wüssten.

³ *Beauchamp, T.L. / L.R. Walters (Eds.): Contemporary Issues in Bioethics, Belmont, 4.Ed. 1994 142 ff.*

Keiner/keine der Teilnehmer/innen hatte bisher eine PV abgefasst, obwohl allen PV-Formulare bekannt waren. Die (2) Frage lautete: "Was würden Sie in einer PV festlegen, wie Sie im Falle, dass sie nicht mehr entscheidungsfähig sind, behandelt werden wollen?" 8 Teilnehmer/innen antworteten, dass Sie - je mehr sie nachgedacht haben - überhaupt nicht wüssten, was sie in einer PV für diese Fälle als ihren Willen verfügen sollten, 3 wünschten, dass nahestehende Personen immer Zugang zu ihnen haben, 5, dass im Sterben bzw. bei infauster Prognose keine "unsinnigen" therapeutischen und vor allem diagnostischen Maßnahmen mehr vorgenommen werden. Bei der näheren Erörterung darüber, was "unsinnige" therapeutische Maßnahmen sind, konnte nicht einmal ein annähernder Konsens erreicht werden. Zwar konnte man ungefähr sagen, was man für sich persönlich nicht wünscht (z.B. kein Überleben mit schwerer Hirnschädigung, kein lang anhaltendes Siechtum, keine großen Schmerzen), war sich aber zugleich bewusst, dass sich aus diesen Wünschen kaum Richtlinien für ärztliches und pflegerisches Handeln ableiten lassen. Das Seminar endete mit der einhelligen Feststellung, dass das Nachdenken über selbstbestimmte Behandlung und PV mehr "Ratlosigkeit" hinterlassen hat, als vorher vorhanden war.

2. Bei Patienten/innen

Die bisher einzigen umfassenden Befragungen zur Selbstbestimmung (mit oder ohne PV) über die Behandlung bei *Patienten im Krankenhaus* zeigen, dass betroffene Krankenhauspatienten überwiegend (über 80%) *nicht* selbst über ihr Schicksal in Krisensituationen entscheiden, auch keine PV abfassen, sondern die Entscheidungen Ärzten und Angehörigen überlassen möchten.⁴ Dialysepatienten sind über den Verlauf ihrer Krankheit, die Probleme und möglichen Komplikationen bei der Behandlung wie keine andere Patientengruppe durch eigene Erfahrung umfassend informiert. Von 258 Dialysepatienten, an die ein Fragebogen ausgeteilt wurde, gaben ihn 189 ausgefüllt zurück. Davon hatten nur 5% eine PV ausgefüllt, für 44% kommt eine PV grundsätzlich nicht in Frage, 8% wünschten mehr Aufklärung über PV, 73% waren sich sicher, dass die behandelnden Ärzte in Krisensituationen für sie die richtigen Entscheidungen fällen, 88% wollten, dass Entscheidungen über ihr Leben in Grenzsituationen zwischen Angehörigen/Freunden und Ärzten gemeinsam besprochen werden. Allerdings hatten nur relativ wenige Patienten bisher ausführliche Gespräche mit Angehörigen über solche möglichen Krisensituationen geführt. Da Dialysepatienten aufgrund ihrer oft langjährigen Erfahrung mit den gleichen Ärzten und Pflegekräften ein größeres Vertrauen aufbauen können, dass diese für sie die richtigen Entscheidungen fällen, wurden entsprechende Befragungen mittels mündlicher Interviews bei 100 internistischen Krankenhauspatienten mit teils beachtlicher "Krankheitskarriere" und bei weiteren 50 onkologischen Patienten wiederholt. Diese Befragungen ergaben kein signifikant anderes Bild als das bei Dialysepatienten.

3. Kommentierung der Befragungsergebnisse

⁴ Eibach, U. / Schaefer, K. : Autonomie von Patienten und Patientenwünsche bei Dialysepatienten, ZME 43 (1997), 261 ff.; Roy, D., Eibach, U., Röhrich, B., Faust, J., Schaefer, K. (2000): Wie denken eigentlich Patienten über Patientenverfügungen? - Ergebnisse einer prospektiven Studie, ZME 48 (2002), 71 ff.

Die philosophische und juristische Auffassung, dass der Mensch selbst über die Art seiner Behandlung - auch in Krisensituationen - entscheiden will, kann und muss, entspricht offensichtlich nicht der Lebenseinstellung der Mehrheit der ernsthaft kranken Menschen. Die Antworten zeigen, dass die weitaus meisten Patienten wünschen, dass sie ihren Ärzten so *vertrauen* können, dass diese - möglichst gemeinsam mit den Angehörigen/Freunden - und nicht sie selbst wesentliche Entscheidungen über die Art ihrer Behandlung fällen, dass sie am liebsten gar nicht mit diesem Entscheidungsdruck belastet werden möchten. Eine *autonome Selbstverfügung* ist ihnen mithin eindeutig weniger wichtig als eine *vertrauenswürdige Arzt-Patient-Beziehung*, in der davon ausgegangen werden kann, dass der Arzt aufrichtig darum bemüht ist, diejenige Behandlung zu suchen und zu wählen, die dem *Wohlergehen* der Patienten am meisten dient. Dies schließt ein, dass Ärzte nicht nur die medizinischen Fakten, sondern auch die Persönlichkeit des Kranken bei ihren Entscheidungen berücksichtigen, aber auch, dass die weitaus meisten Patienten ihren behandelnden Ärzten zutrauen, dass sie besser als sie selbst wissen, was ihrem *Wohlergehen* dient.

Die Ergebnisse wären sicherlich anders ausgefallen, wenn man entsprechende Fragen gesunden Menschen vorgelegt hätte. Wahrscheinlich hätte sich ein sehr hoher Prozentsatz für eine "autonome" Entscheidung über die Art ihrer Behandlung und für eine Abfassung und Verbindlichkeit von PV entschieden. Schon 1995 sprachen sich bei einer Befragung des *Instituts für Demoskopie Allensbach* unter "gesunden" Menschen ohne längere ernsthafte Krankheitserfahrung 70% für PV und ihre Verbindlichkeit aus (16% dagegen). Die Diskrepanzen zeigen an, dass die "Fiktion" von selbstbestimmter Behandlung und selbstbestimmtem Sterben bei "Gesunden" verbreiteter ist als bei Menschen mit ernsthaften und längerfristigen Erkrankungen. Und der Test bei Pflegekräften zeigt, dass auch sie sich der Begrenztheit der Selbstbestimmung in der Zeit schwerer Krankheit und der Komplexität der anstehenden Entscheidungen in ganz anderer Weise als "Krankheits-Unerfahrene" bewusst sind. Bei "Gesunden" herrscht offenbar eine größere offene oder unterschwellige *Angst* vor Verlust von "Autonomie" und vor allem vor den Möglichkeiten der Medizin (insbesondere der Intensivmedizin), die nur teilweise teils berechtigt ist. Dieses Misstrauen ist offensichtlich bei Menschen mit längerer Krankheits- und Krankenhaus Erfahrung weitgehend abgebaut.

Damit stoßen wir auf eine erste ethisch entscheidende Erkenntnis dieser Befragungen. *Es besteht ein grundsätzlicher Unterschied, ob Menschen in gesunden Tagen und ohne die Erfahrung ernsthafter Erkrankung eine Verfügung über die Art ihrer Behandlung in schwerer Krankheit befürworten oder schon treffen oder ob sie in der existentiellen Betroffenheit durch eine schwere unheilbare Krankheit herausgefordert sind, über ihre Behandlung selbst zu entscheiden oder darauf zu verzichten.* Menschen mit längerer Krankheitserfahrung ahnen, dass man letztlich nur in der Situation der persönlichen Betroffenheit durch eine schwere Krankheit und nicht vorweg sagen kann, wie man dann behandelt werden und ob man diese Entscheidung ganz oder teilweise anderen, den Ärzten und/oder den Angehörigen, überlassen möchte. Je mehr ein Mensch in einer schweren Krankheit erfährt, dass ihm die Kraft zu Teil wird, mit einer zunehmend schwereren Belastung zu leben, und dass ihm geholfen wird, sie zu tragen, um so mehr schwindet die Sorge und Angst, er könnte daran zerbrechen und verzweifeln, er werde von

anderen im Stich gelassen, nur als "Objekt" medizinischer Behandlung betrachtet, ihm würden unnötige Leiden ohne Aussicht auf Erfolg aufgebürdet.

Dennoch ist es wahrscheinlich einseitig, die Ergebnisse der Befragung nur als Beweis für das *Vertrauen* der Patienten in die Medizin und die Ärzte zu deuten. Auch der schwer kranke Mensch *verdrängt* sehr oft die Möglichkeit des "Ernstfalls", der schweren Krise und des Sterbens; er hofft, dass schon alles "gut" geht, bei ihm keine Intensivbehandlung und andere kritische Behandlungen nötig werden, andere schon die richtigen Entscheidungen für ihn treffen, dass deshalb keine Notwendigkeit besteht, Vorsorge für den schweren Krisenfall zu treffen. Die Beschäftigung mit und die Abfassung einer PV kann bei todkranken Menschen die Abwehrhaltungen gegenüber dem Tod durchbrechen kann. Zur Abfassung einer PV gehört unverzichtbar ein Gespräch mit Angehörigen. Es erfordert die Überwindung der Angst vor dem "Ernstfall" und viel Mut, selbst dann, wenn diese für solche Gespräche offen sind, was sehr oft nicht der Fall ist. Hinzu kommt, dass Menschen mit längerer Krankheitserfahrung oft haben lernen müssen, wie wenig sie "Herren" ihres eigenen Lebensgeschicks sind, dass die "Dinge doch 'woanders' entschieden werden". Sie sind und werden zunehmend bereit, das auferlegte "Geschick" hinzunehmen oder auch zu bejahen und darin auch die Entscheidungen anderer anzunehmen.

4. Ethisch und juristisch bedeutsame Aspekte der Befragungen

Geht man von der "Autonomie" des Menschen als Leitbild aus, meint, dass der Mensch immer "Herr" seines Lebens sein sollte, so kann eine derartige Haltung schnell als Verharren in "selbstverschuldeter Unmündigkeit" (I. Kant), als infantil-regressive Flucht vor Eigenverantwortung für das Leben, mithin als ethisch "minderwertiges" Verhalten hingestellt werden. Man sollte allerdings nicht verkennen, dass im "Schwindel der Angst", die insbesondere angesichts tödlicher Krankheit aufbricht, die Autonomie oft "ohnmächtig" zusammenbricht (S. Kierkegaard). Wahrscheinlich sind ernsthaft und längerfristig kranke Menschen in der Einschätzung der Begrenztheit ihrer eigenen Fähigkeiten, der Tiefe möglicher Lebenskrisen und der Schwere der dann zu fällenden Entscheidungen realistischer als gesunde Menschen, die noch der Fiktion vom selbstbestimmten Leben und Sterben anhängen.

Für Menschen, die langfristig krank und nicht selten stets auf die Hilfe und oft auch die Entscheidungen anderer angewiesen sind, kann der Grad der gelebten Selbstverfügung über das eigene Leben nicht Maßstab für die *Würde des Menschenlebens* sein. Für ihr Leben ist es vielmehr entscheidend, inwieweit sie in ihrem *Angewiesensein* auf andere diesen *vertrauen* können und von ihnen gemäß ihrer von allen aufweisbaren Fähigkeiten unterschiedenen und unverlierbaren Würde geachtet und behandelt werden. In der existentiellen Verunsicherung durch eine schwere Krankheit kommen Menschen zu einer realistischeren Einschätzung ihrer Autonomie. Wichtiger als die *Selbstbestimmung* wird ihnen dann das in der seelischen Entwicklung des Menschen primäre und fundamentale Erleben und Gefühl der *Geborgenheit* und des *Vertrauens in von Wohlwollen, ja Liebe bestimmte und tragende mitmenschliche Beziehungen*. Dem entspricht, dass es dem schwer Kranken weniger um die Beachtung oder gar die Durchsetzung seines Willens als vielmehr um das *Vertrauen* geht, dass die Menschen, auf deren Hilfe er angewiesen und von denen er abhängig ist, sich in ihrem Umgang mit ihm wirklich von der Suche nach seinem *Wohlergehen* leiten lassen. *Die Beachtung*

ihres Willens ist nur ein Teilaspekt ihres Wohlergehens, ist letzterem ein- und untergeordnet. Ein Grund, warum kranke Menschen nicht selbst und erst recht nicht vorweg entscheiden wollen und können, wie sie behandelt werden möchten, ist auch darin zu suchen, dass sie sich unsicher sind, was ihrem Wohlergehen wirklich am besten dient, und dass ihnen infolgedessen das, was sie wollen, auch unklar ist.

Beispiel: Professor B., ein bekannter, 61 Jahre alter Geisteswissenschaftler, hatte ein metastasierendes Prostata-Karzinom. Drei Jahre zuvor war seine Frau infolge Brustkrebs gestorben. Er hatte ihren Weg bis zuletzt intensiv begleitet und sie selbst gepflegt. Der Urologe und der Chirurg haben Herrn B. eine gemeinsame und in ihrem längerfristigen Erfolg aber unklare Operationsmöglichkeit eröffnet und ihn gebeten, innerhalb der nächsten Tage eine Entscheidung zu fällen. Herr B. spricht gegenüber dem Seelsorger von seiner Ratlosigkeit. Dieser sagt: "Herr B., Sie haben die Erfahrung mit der Erkrankung und dem Sterben ihrer Frau, vielleicht hilft diese Erfahrung Ihnen zu einer Entscheidung?!" Am Schluss des Gesprächs äußert Herr B., dass er auf die Operation verzichten und die ihm verbleibende Lebenszeit und Lebenskraft dazu nützen möchte, ein fast fertiges Buch noch zu vollenden und auch noch andere Dinge seines Lebens zu ordnen. Als der Seelsorger ihn zwei Tage später wieder besucht, erklärt Herr B. ihm, er werde die Operation "machen lassen". Und er fügt hinzu: "Ich konnte mich *nicht entscheiden*, ich lasse es aber machen!"

Im tieferen Sinne kann ein bewusster *Verzicht auf Selbstbestimmung* durchaus als freiheitlicher Akt betrachtet werden, aber nur dann, wenn der Mensch die *Angst* vor dem möglichen schweren Ernstfall bewusst durcharbeitet hat, er sein Geschick annehmen, sich samt seinem Streben nach Selbstbestimmung "loslassen", sich vertrauensvoll der "Fügung" Gottes und der *wohlwollenden Fürsorge anderer Menschen* anvertrauen kann, im Wissen darum, dass das Lebensschick sich ohnehin nur bedingt durch menschliches Entscheiden und Planen steuern lässt. Dies kann auch dann der Fall sein, wenn er auf eine Selbstbestimmung verzichtet, weil er sich mit einer Entscheidung in einer Krisensituation oder Vorausentscheidung über ein nur bedingt absehbares Geschick überfordert fühlt. Juristisch kann selbst ein derart motivierter Verzicht noch als Form autonomen Umgangs mit dem Leben, als gewollter Verzicht auf Selbstbestimmung betrachtet werden.

Die Befragungen zeigen eine Diskrepanz zwischen dem *Vertrauen* der Kranken in die Ärzte und Angehörigen, in Krisensituationen für sie die rechte Entscheidung zu fällen, einerseits, und andererseits der geringen Zahl der Gespräche, die die Betroffenen mit ihren Angehörigen und ihren Ärzten über diese möglichen Situationen geführt haben. Die Vermutung liegt nahe, dass der Grund dafür nicht zuletzt in Ängsten und Verdrängungen zu suchen ist, die nicht nur die Kranken selbst, sondern auch ihre Angehörigen und - wenn auch in anderer Weise - oft auch die Ärzte bestimmen. Seelsorglich und ethisch gesehen ist eine solche Haltung mit noch mehr Problemen belastet als wenn ein Mensch - ohne mit Angehörigen darüber zu sprechen - Entscheidungen über ein mehr oder weniger absehbares Lebensgeschick bewusst nicht vorweg treffen, sie den Ärzten und den Angehörigen überlassen möchte.

Für Angehörige wie auch Ärzte und Pflegekräfte wäre es eine große, ihr Gewissen entlastende Hilfe, in solchen Situationen in etwa zu wissen, wie der

Betroffene über derartige Lebensschicksale gedacht hat, was seinen Lebensvorstellungen in etwa entspricht; denn nur dann kann der für die Fälle einer nicht eindeutigen Willensäußerung juristisch zur Leitlinie einer Entscheidung erhobene *mutmaßliche Wille des Betroffenen* ermittelt werden. Ist dies nicht der Fall, so kann auch der mutmaßliche Wille letztlich nicht mehr vom Willen derer unterschieden werden, die zu entscheiden haben. Im Grunde führt das dann zur Fremdbestimmung, die durch das juristische "Konstrukt" des "mutmaßlichen Willens" nicht verhindert werden kann. Auch dann, wenn Angehörige nur angehört und nicht an der Entscheidung über die weitere Behandlung direkt beteiligt werden, bleiben nicht selten Schuldgefühle zurück, nicht früher mit dem Kranken darüber gesprochen, jetzt eine falsche Auskunft gegeben, für ein Zuviel oder ein Zuwenig an Behandlungsmaßnahmen votiert zu haben. Diese für Angehörige oft sehr konflikthafte Situation spricht in der Regel dagegen, sie an einer Entscheidung über Fortsetzung oder Abbruch einer Behandlung unmittelbar zu beteiligen, sofern sie nicht vom Betroffenen selbst eindeutig als *Personen des Vertrauens* oder gar als *Bevollmächtigte* in Fragen medizinischer Behandlung benannt sind. Für diese Fälle - also insbesondere bei Abfassung einer PV oder einer *Vorsorgevollmacht* - ist es unerlässlich, dass mit Angehörigen ausführlich über die mit einer PV verbundenen Lebensvorstellungen gesprochen wird.

Da PV in der Regel sehr allgemein abgefasst sind, bedürfen sie der näheren Interpretation im Sinne der Lebens- und Wertvorstellungen des Betroffenen durch Menschen, die ihm nahe stehen und mit denen er über die nähere Bedeutung seiner PV gesprochen hat. Ohne dass solche Gespräche geführt werden, kommt der Wunsch, nahe Angehörige und Freunde möchten die Entscheidungen über ihre Behandlung in Krisensituationen allein oder gemeinsam mit den Ärzten fällen, häufig einer seelisch und gewissenmäßig nicht vertretbaren Zumutung gleich. Andererseits wäre es aber seelsorglich und ethisch nicht zu vertreten, Menschen die Pflicht aufzuerlegen, mittels vorsorgender Gespräche mit Angehörigen und Abfassung von PV ihr Leben in schwerer Krankheit und im Sterben selbst zu bestimmen. Eine solche sittliche "Pflicht zum autonomen Patienten" und selbstbestimmten Leben und Sterben wäre inhuman, und es könnte sie auch nur geben, wenn die Fiktion von der *Planbarkeit* und der durchgehenden Selbstbestimmung des Lebens eine reale Möglichkeit wäre. Da dies nicht der Fall ist, ist es auch *eine Illusion, die durch die Fortschritte der Medizin in der Lebensverlängerung aufgeworfenen ethischen Probleme in erster Linie oder gar allein durch einen Rekurs auf die Autonomie des Patienten, durch die Beschwörung der Selbstbestimmung oder gar durch vorsorgende Patientenverfügungen lösen zu können und zu wollen.*

III. Zu den Grenzen und Chancen von Patientenverfügungen (PV)

1. Zur Problematik von PV

Die Fortschritte der Medizin haben einerseits die *Fiktion* bestärkt, dass das Leben und auch das Sterben nach menschlichen *Vorstellungen* durchgehend *planbar* und "machbar" sei. Gleichzeitig wächst die geheime oder offene *Angst*, dass diese Vorstellung von der Planbarkeit eine *trügerische Illusion* ist, dass der Mensch spätestens in schwerster Krankheit und im *Sterben* oft in seinen autonomen Fähigkeiten *entmächtigt* wird. Durch eine PV kann die *Fiktion vom selbstbestimmten Leben und Sterben* festgehalten und die Angst vor einer Entmündigung der Persönlichkeit im Sterben gemindert und sollen die

möglichen unerwünschten Nebenfolgen des medizinischen Fortschritts ausgeschaltet werden.

Viele Formulare von PV vermitteln diese Fiktion vom *menschenwürdigen*, weil *selbstbestimmten Sterben durch PV*.⁵ Diese "idealistische" Theorie besagt implizit, dass ein nicht selbstbestimmtes Sterben *menschenunwürdig*, wenigstens aber "minderwertig" sei. Der Verlust von Freiheit, das *Erleiden* des Sterbens und das Angewiesensein auf die liebende Fürsorge anderer macht das Sterben aber ebenso wenig zu einem würdelosen Leben wie die Passivität beim Werden des eigenen Lebens das beginnende Leben der Würde entbehren lässt. Das Postulat des selbstbestimmten Sterbens legt Menschen mehr oder weniger einen Zwang auf, über ihr Geschick und ihre Behandlung selbst zu entscheiden. Diese Fiktion kann das Sterben noch schwerer machen, als es ohnehin schon meist ist.

Aus christlich-seelsorglicher Sicht ist festzuhalten, dass das Sterben nicht der Ort ist, die Autonomie, das "*Herr-Sein*" des Menschen über sein Leben zu erweisen, dass das Sterben vielmehr die Herausforderung darstellt, sich mitsamt seiner Autonomie in die Hände Gottes *loszulassen* und sich der *Fürsorge Gottes* und meist auch der von *Mitmenschen anzuvertrauen*.⁶ Entscheidend ist allerdings, dass Kranke darauf *vertrauen* können, dass diese Mitmenschen sich in ihrem Handeln von der Suche nach ihrem *Wohlergehen* leiten lassen. Der Mensch muss und kann letztlich in schweren Krankheitskrisen und im Sterben nicht über sein Leben total verfügen. Er wird in solchen Situationen immer in seinen eigenen Möglichkeiten mehr oder weniger *entmächtigt*.

PV sollten die problematische Fiktion eines selbstbestimmten Sterbens nicht noch verstärken, denn durch *PV kann nur für bestimmte Teilbereiche des Lebens und der medizinischen Behandlung vorgesorgt, aber nicht ein durchgehend selbstbestimmtes Leben und Sterben abgesichert werden*. Dies ist schon allein deshalb nicht möglich, weil keiner vorweg genau absehen kann, wie sich seine Krankheit entwickelt und wie sie behandelt werden kann und soll. Die Realität kann sich auch bei bekannten Krankheitsbildern erheblich unterscheiden von den prognostizierten Möglichkeiten. Deshalb sollten PV-Formulare nur mit dem deutlichen Hinweis auf ihre begrenzten Möglichkeiten weitergegeben werden, für *bestimmte Grenzsituationen des Lebens und Sterbens eine dem Willen des Patienten entsprechende hilfreiche Orientierung zu geben*. In dieser begrenzten Bedeutung sollte der in ihnen niedergelegte Wille geachtet werden. Keinesfalls sollten sie mit der Tendenz verbreitet werden, dass es eine Pflicht sei, für mögliche Krisensituationen am Ende des Lebens vorweg eigenständige Entscheidungen zu treffen.

Manche Formulare von PV enthalten Bestimmungen, denen eindeutig *Lebensunwerturteile* zugrunde liegen, z.B. dergestalt, dass man im Falle prognostizierbarer bleibender schwerer *Hirnschädigungen* und damit eines

⁵ Uhlenbruck, W.: Selbstbestimmtes Sterben durch Patienten-Testament, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Berlin 1997

Beckmann, J.: Patientenverfügungen: Autonomie und Selbstbestimmung vor dem Hintergrund eines im Wandel begriffenen Arzt-Patienten-Verhältnisses, ZME 44 (1998), 143 ff.

⁶ Eibach (Nr.2): 79 ff.

angeblich "menschenunwürdigen" und "lebensunwerten Lebens" keine lebenserhaltenden Maßnahmen (einschließlich der Ernährung) möchte.⁷ Dies war z.B. selbst in der von der *Ev. Lutherischen Kirche in Bayern* verbreiteten 2. *Fassung* der "Christlichen PV" der Fall, von der sich die Landessynode dieser Kirche später ausdrücklich distanzierte. In der von der "Evangelischen Kirche in Deutschland" und der "Deutschen Bischofskonferenz" veröffentlichten "Christlichen PV" wurden solche negativen Lebenswerturteile bewusst vermieden.

Unbestreitbar hat jeder Mensch das Recht, sich vor seinem *Wohlergehen* abträglichen Verfügungen anderer über sein Leben zu schützen. Dieses Schutzrecht ist in Krankeninstitutionen um so mehr zu beachten, je kränker und hilfsbedürftiger ein Mensch ist, je geringer also seine autonomen Möglichkeiten sind, sich in der aktuellen Situation selbst zu schützen und je problematischer die Folgen von Behandlungen für die Betroffenen sind. In solchen Situationen können vorsorglich verfasste PV einen Schutz vor medizinischer und institutioneller Verfügungsgewalt darstellen. Vorausgesetzt ist dabei allerdings, dass in PV nicht etwas angeordnet ist, das die behandelnden Ärzte und Pflegekräfte nicht vor ihrem *Gewissen* verantworten können, das dem *Standesethos* und der *Rechtsordnung* widerspricht (z.B. aktive Sterbehilfe). Ärzte und Pflegekräfte sind nämlich nicht nur "Vollzugsgehilfen" der Wünsche von Patienten, sondern eigenständig handelnde und verantwortliche "sittliche Subjekte", die ihr Handeln vor ihrem Gewissen, ihrem Berufsstand gemäß ihrem Berufsethos und der Rechtsordnung zu verantworten haben. Das mögliche Spannungsverhältnis zwischen dem in einer PV niedergelegten *Patientenwillen* und dem ärztlichen und pflegerischen *Standesethos* (Lebensschutz, Fürsorgepflicht) bzw. den *Gewissensüberzeugungen* der behandelnden Personen bleibt in den meisten PV unerwähnt und ebenso ungeklärt wie in den "Grundsätzen der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung", die in den Grundsätzen I-III einem *Ethos der Fürsorge für das Leben*, der ethischen Verpflichtung zum *Schutz des Lebens* (*salus aegroti suprema lex*) folgen, in den Grundsätzen IV und V jedoch die *Selbstbestimmung* und den *Willen* der Patienten zur maßgeblichen Richtschnur ärztlichen Handelns erheben, ohne anzusprechen, wie in den absehbaren Konflikten zwischen den grundsätzlich unterschiedlichen ethischen Ansätzen zu verfahren ist.⁸

Zu den in dieser Hinsicht umstrittenen, sowohl im ärztlichen Standesethos wie auch in der Rechtsordnung ungeklärten und z.B. in der "Christlichen PV" umgangenen Fragen gehört die nach der *Ernährung* von Menschen mit unwiderruflichen hirnorganischen Abbauprozessen und Verlust der bewussten Kommunikationsfähigkeit (z.B. durch Demenzen, Unfall). Angesichts der Bedeutung dieser Frage (insbesondere in Pflegeheimen und der Geriatrie) hätte man sich wenigstens in den Erläuterungen zur "Christlichen PV" dazu eine klare Aussage gewünscht. Es gibt gute ethische Gründe, mit den "Grundsätzen der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung" die Ernährung als Teil der "Basisbetreuung" zu betrachten, die bei *nicht im Sterben liegenden Menschen* immer geboten ist. Durch einen Verzicht auf Ernährung solcher Menschen wird

⁷ Eibach (Nr.2): 127 ff.

⁸ Eibach (Nr.2): 261 ff.

der *Tod* bewusst herbeigeführt, d.h. *verursacht*.⁹ Die Tür zu *Lebensunwerturteilen* und zur *aktiven Sterbehilfe* wird dadurch weit geöffnet. Wer eine Ernährung auch bei nicht im Sterben befindlichen Menschen ablehnt, kann in einer PV ausdrücklich vermerken, welche Formen einer "künstlichen" Ernährung er nicht wünscht. Offen bleibt dann aber, ob eine in einer PV niedergelegte Ablehnung einer "künstlichen" Ernährung (Nasen-, PG-Sonde, Infusionen) für die behandelnden Ärzte und Pflegekräfte ethisch und rechtlich verbindlich ist.

2. Zur Bedeutung von PV für den Patienten, Angehörige und Ärzte/Pflegekräfte

Zur Abfassung einer PV gehört das eingehende *Gespräch* mit dem oder den *nächsten, in Liebe verbundenen Menschen*, aber möglichst auch mit dem *Hausarzt*. Die vorsorglichen Bestimmungen in PV müssen notwendig um so allgemeiner sein, je weniger absehbar ein Krankheitsgeschick und sein Verlauf ist. Darin liegt einerseits ein großer Vorzug gegenüber sehr konkreten Festlegungen von Umständen, in denen man bestimmte Behandlungen nicht mehr und andere gerade wünscht. Andererseits bedürfen diese allgemeinen Bestimmungen der Interpretation im Sinne des Patienten, die nur dann von Personen des Vertrauens gegeben werden kann, wenn sehr eingehend über die PV und die hinter ihr stehenden Lebensauffassungen gesprochen wurde. *PV sind nur dann hilfreich, wenn sie eingebettet sind in eine derartige mitmenschliche Kommunikation*. Die hauptsächliche positive Bedeutung der Abfassung einer PV besteht also darin, dass der Mensch sich ernsthaft mit möglicher schwerer Krankheit und seinem Sterben auseinandersetzt und dass er darüber mit vertrauten Menschen spricht. Eine Abfassung einer PV ohne Gespräch mit nahestehenden Personen und dem Hausarzt erscheint wenig sinnvoll und ist ethisch nur zu vertreten, wenn Menschen keine nahen Angehörigen oder vertrauten Personen haben. Dann ist das Gespräch mit dem Hausarzt unverzichtbar und - bei Ausfüllung einer Vorsorgevollmacht - das ausführliche Gespräch mit der in Fragen der Behandlung *bevollmächtigten Person*. Auch dann, wenn man den in Liebe verbundenen *nächsten Angehörigen* nicht als Bevollmächtigten einsetzt - z.B. um ihn in einer vielleicht ohnehin seelisch schwer belastenden Situation nicht noch zusätzlich zu belasten -, ist ein Gespräch mit ihm und möglichst auch ein gemeinsames Gespräch mit dem Bevollmächtigten doch sehr wichtig. Entscheidungen ohne Beteiligung der nächsten Angehörigen, sind aus seelsorglicher Sicht nicht zu vertreten, weil sie die im Sterben nötige Vertrauensbeziehung in vieler Hinsicht belasten oder gefährden können.

In der "Christlichen PV" wird die Wichtigkeit ausführlicher Gespräche unter allen Beteiligten (Betroffener, Person des Vertrauens, Hausarzt, Bevollmächtigter) nicht genügend herausgestellt, weil man zu sehr vom Menschen als "autonomen Subjekt" ausgeht, das autonome Entscheidungen über sein Leben fällt, ohne dabei Rücksicht auf die in Liebe verbundenen und auch die behandelnden Menschen nehmen zu müssen. So wird der Mensch nicht hinreichend in seinen mitmenschlichen Beziehungen und seinem Angewiesensein auf andere Menschen in Blick genommen. Daraus erklärt sich vielleicht auch, dass in dem eigentlichen PV-Formular nicht zugleich die

⁹ *Eibach* (Nr.1): 167 ff.; *ders.*: Künstliche Ernährung um jeden Preis? – Ethische Überlegungen zur Ernährung durch „percutane enterale Gastrostomie“ (PEG-Sonden), in: *Medizinrecht* 20 (2002), Heft 3 (im Druck)

Nennung dieser Person des Vertrauens bzw. des Bevollmächtigten vorgesehen ist, ganz zu schweigen von der persönlichen Unterschrift dieser Personen. Dies würde nämlich erst die Gewähr geben, dass auch ein eingehendes Gespräch über die PV stattgefunden hat. Sicher muss gewährleistet sein, dass der Betroffene seine PV in Freiheit gestaltet, er von Angehörigen nicht unter irgendwelchen Druck gesetzt wird, doch rechtfertigt dies noch nicht, dass ein Mensch eine PV im Alleingang für sich ohne Rücksprache mit und ohne Rücksichtnahme auf die nächsten Angehörigen gestaltet. In derart wichtigen Lebensfragen ist es nicht zu vertreten, den eigenen Willen ohne Rücksichtnahme auf die Überzeugungen der in Liebe verbundenen Angehörigen durchzusetzen. Insbesondere die *bevollmächtigte Person* muss einer PV von ihren *Gewissensüberzeugungen* her frei zustimmen können.

Die vorsorgende Abfassung und die Vorlage einer PV stellt - sofern Patienten noch kommunikationsfähig sind - für behandelnde *Ärzte/innen* in erster Linie eine Herausforderung zum *Gespräch* über die PV, die darin geäußerten Behandlungsvorstellungen und die dahinter stehenden Lebensvorstellungen dar. Deshalb sollten PV nicht nur dem Hausarzt, sondern auch den behandelnden Ärzten im Krankenhaus rechtzeitig vorgelegt und mit einem Gespräch über sie nicht abgewartet werden, bis die Krisensituation eintritt und der Patient gegebenenfalls nur noch bedingt kommunikationsfähig ist. Dann sind die Ärzte auch nicht nur auf die Interpretation von PV durch Personen des Vertrauens angewiesen. Bei notfallmedizinischen Maßnahmen oder im Falle bereits vor der akuten Behandlung vorliegender Kommunikationsunfähigkeit stellen PV auch dann eine ethisch und rechtlich wesentliche *Entscheidungshilfe* für die behandelnden Ärzte dar, wenn die konkrete Krisensituation in der PV nicht ausdrücklich angesprochen ist. Auf diese Weise können auch möglicherweise sehr unterschiedliche Vorstellungen über die Art der Behandlung unter den Beteiligten (etwa Ärzten und Pflegekräften oder auch innerhalb einer Berufsgruppe, Ärzte und Angehörige) vermieden oder wenigstens so entschärft werden, dass z. B. Pflegekräfte nicht genötigt werden, etwas auszuführen, was ihrer begründbaren Überzeugung nach dem Wohlergehen des Patienten abträglich ist.

Nicht zuletzt sind PV für die *Notfallmedizin*, insbesondere den ärztlichen Notdienst, von großer Bedeutung. Viele "unsinnige" notfallmäßige Einweisungen in Kliniken - insbesondere in terminalen Lebensstadien - und dann meist "routinemäßig" eingeleitete Behandlungen könnten durch die Abfassung von PV vermieden werden. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass über die PV mit den Angehörigen und dem Hausarzt offen gesprochen wurde und dass die PV - möglichst mit einer begleitenden *medizinischen Erläuterung des Hausarztes* - in Notsituationen jederzeit für den notärztlichen Dienst zugänglich gemacht werden kann.

IV. Abschließende grundsätzliche ethische Überlegungen

1. Patientenautonomie, Vertrauen und Wohlergehen

Die besprochenen Befragungsergebnisse zeigen, dass der ethische und rechtliche Ansatz bei der *Entscheidungs- und Handlungs-Autonomie* auch bei Menschen unzulänglich ist, die aufgrund ihres hirnrorganischen, geistigen und bildungsmäßigen Zustands in der Lage wären, derartige Entscheidungen für ihr Leben zu fällen. Allein dadurch, dass man dem Patienten das Recht auf ausschließliche Entscheidung über sein Leben und die Art seiner Behandlung *zuspricht*, ohne zugleich zu fragen, ob und wie der Mensch ein solches Recht

überhaupt wahrnehmen *will* und - vor allem - *kann*, verhindert man keine problematischen, seinem Wohlergehen und Willen widersprechenden Behandlungen. Je schwerer und in ihrem möglichen Verlauf un-absehbar eine durch Krankheit ausgelöste Lebenskrise und Hilfebedürftigkeit ist und je niedriger der soziale und bildungsmäßige Status einer Person ist, um so weniger hat sie in der Regel die Fähigkeit und die Chance, ihre *Patientenrechte* geltend zu machen. Patientenrechte, die der kranke und hilfebedürftige Mensch erst selbst geltend machen muss, die die Anbieter medizinischer und pflegerischer Leistungen aber nicht zu einem diesen Rechten entsprechenden Handeln verpflichten, ohne dass der Patient sie mündlich oder schriftlich einfordert, stellen nur einen geringen Schutz für die dar, die ihre Rechte nicht einfordern *können*. Anders ausgedrückt besagt das: Eine auf der *Autonomie* des Patienten aufbauende Ethik bedarf einer Einbettung in eine vorrangige *Ethik der Fürsorge*, die für die Anbieter medizinischer und pflegerischer Leistungen *verbindliche allgemeine ethische Leitlinien* für das Behandeln entwickelt, mit denen dem *Wohlergehen* von Menschen gedient wird. Einerseits ist es unethisch, Menschen in schweren Krisen Entscheidungen abzuverlangen, zu denen sie nicht fähig oder auch nicht willens sind, andererseits kann ein solches Nichtentscheiden aber auch keine Rechtfertigung dafür sein, dass andere einen Menschen nach ihrem Belieben behandeln (z.B. obwohl möglich, sinnvoll und nötig keine palliativen Maßnahmen anbieten und durchführen) oder überhaupt keine ethischen Entscheidungen über die Art seiner Behandlung fällen (z.B. in der Intensivmedizin alles machen, was zu machen möglich ist, oder primär aufgrund ökonomischer Gesichtspunkte Behandlungen durchführen oder unterlassen).

Solche allgemeinverbindlichen Richtlinien (vgl. z.B. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung) stellen den Rahmen für eine ihnen ein- und untergeordnete *Selbstbestimmung der Patienten* über die Art ihrer Behandlung dar. Sie müssen aber Spielraum lassen für individuelle Entscheidungen des Patienten. Wie groß dieser Spielraum ist und sein kann und auf welche Situationen er sich bezieht, muss aus den die Anbieter medizinischer Leistungen verpflichtenden Richtlinien ersichtlich werden. Die oben kurz diskutierte Frage der *Ernährung* bei schwerstpflegebedürftigen oder sterbenden Menschen ist dafür ein Beispiel. Abzulehnen ist jedoch die Vorstellung, dass Ärzte und Pflegekräfte nur *Erfüllungsgehilfen* der Wünsche von Patienten zu sein hätten. Sie sind eigenständig handelnde "ethische Subjekte", die für ihr Handeln nicht nur dem Patienten, sondern auch ihrem Gewissen, dem Standesethos und der Rechtsordnung verpflichtet sind und die vor und auch nach begonnener Behandlung (Behandlungsvertrag) zu keinen Handlungen verpflichtet werden können, die ihrem Gewissen oder diesen Richtlinien widersprechen.

Die Befragungen zeigen, dass das *Vertrauen* der Patienten in die Ärzte - sowohl ihre medizinischen Fähigkeiten wie auch ihre für die Patienten richtigen ethischen Entscheidungen - groß ist. Indem sie zum weitaus größten Teil auf eigenständige Entscheidungen über ihre Behandlung in Krisen- und Grenzsituationen des Lebens verzichten, diese den Ärzten und Angehörigen überlassen möchten, verstehen sie unter *richtigen bzw. guten Entscheidungen für sie* Entscheidungen, die ihrem *Wohlergehen* dienen, und nicht in erster Linie Entscheidungen, die ihren *Willen* in die Tat umsetzen. Die Ermittlung und Beachtung ihres *Wohlergehens* ist ihnen wichtiger als die Respektierung ihres Willens, über den sie sich oft nicht klar sind oder den sie nicht geltend machen

wollen. Anders ausgedrückt: Ihr *Wohlergehen* ist ihnen in der Krankheit wichtiger als ihre *Autonomie*; die Respektierung der Autonomie ist nur ein Teilaspekt ihres Wohlergehens, ist ihm untergeordnet. Und hinsichtlich der Beurteilung ihres *Wohlergehens* halten sie die Ärzte für kompetent, kompetenter als sich selbst. Und die hohe Wertschätzung der Angehörigen und ihrer Urteilskraft in bezug auf ihr Wohlergehen zeigt an, dass kranke Menschen ahnen, wie sehr sie auf die Beziehungen zu den ihnen in Liebe und Wohlwollen verbundenen Mitmenschen angewiesen sind und wie sie - wenn solche Beziehungen bestehen - diesen Angehörigen und Freunden großes Vertrauen entgegenbringen. Wichtiger als das Geltendmachen ihrer Autonomie und autonomer Interessen ist ihnen also das Eingebettetsein in *mitmenschliche, von der Liebe geprägte und Vertrauen vermittelnde Beziehungen*. Der kranke und hilfebedürftige Mensch ahnt und weiß, dass er angewiesen ist auf derartige, Leben ermöglichende und helfende Beziehungen und dass dieses *Angewiesensein* gegenüber der autonomen Lebensführung kein minderwertiger Status des Lebens ist, dass Leben nur in und aus von Liebe, Wohlwollen und Vertrauen bestimmten Beziehungen gelingen und in erträglicher Weise beendet werden kann.

Vertrauen kann allerdings missbraucht werden, es bedarf der Rechtfertigung. Vertrauen entsteht in erster Linie in Beziehungen, in einem kommunikativen Prozess, in dem z. B. der Arzt den Patienten im Gespräch als *Subjekt*, als *Person* wahrnimmt, auf seine Subjektivität eingeht.¹⁰ Vertrauen seitens des Patienten richtet sich nicht nur auf die fachliche Qualifikation des Arztes, wird ihm nicht nur als Fachmann entgegengebracht, sondern auch auf den Arzt als Subjekt und seine Einstellung und Haltung zum Patienten. Indem der Patient wahrnimmt, dass der Arzt an ihm als Subjekt interessiert ist, sich ihm mit ersichtlichem Wohlwollen zuwendet und darin auf sein Wohlergehen ausgerichtet ist, entsteht Vertrauen, weicht das Misstrauen in und die Angst vor der Medizin, da man einem Menschen begegnet, der das Vertrauen vermittelt, dass er die Medizin - soweit es in seinen Möglichkeiten steht - nur zu seinem Wohlergehen anwendet.

2. Ethik der Fürsorge und ärztliche Tugenden

Überführt man diese Deutung in eine ethische Theorie, so besagt das, dass eine *Tugendethik*¹¹, die ärztliche und pflegerische *Tugenden* formuliert und die dazu beiträgt, dass diese Tugenden in der ärztlichen und pflegerischen Ausbildung auch so eingeübt werden, dass sie das Handeln prägen und bestimmen, entscheidend ist für die Bildung von Vertrauen.¹² Freilich ist ein tugendhafte Haltungen verkörpernder Arzt allein noch keine Garantie, dass er nur Handlungen durchführt, die dem Wohlergehen des Menschen dienen. Dazu bedürfen auch "tugendhafte" und auf das Wohlergehen ihrer Patienten ausgerichtete Pflegekräfte und Ärzte *handlungsleitender* ethischer Grundsätze, die eine das Wohlergehen des einzelnen Menschen wie auch die Achtung seiner persönlichen Autonomie übergreifende Verbindlichkeit haben, die den

¹⁰ Dieses Anliegen V.v. Weizsäcker's (z.B. *Der kranke Mensch*, Stuttgart 1951) ist heute mehr denn je geltend zu machen.

¹¹ K.P.Rippe / P.Schaber (Hg.): *Tugendethik*, Stuttgart 1998;
K. Stock: *Grundlegung der protestantischen Tugendlehre*, Gütersloh 1995

¹² Dörner, K.: *Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*, Stuttgart 2000

Rahmen abstecken, innerhalb dessen dem einzelnen Patienten wie auch den Ärzten ein Entscheidungsspielraum für ihr auf den einzelnen Patienten ausgerichtetes Handeln zusteht. Sie bewahren Patienten davor, dass sie an Ärzte Ansinnen richten, die diese nicht vor ihrem Gewissen, ihrem Standesethos und der Rechtsordnung verantworten und die nicht zur allgemeinen Richtlinie ärztlichen Handelns werden können, und die Ärzte davor, dass sie in wohlmeinender Absicht Handlungen vornehmen, die dem Patienten mehr schaden als helfen oder die gegen allgemein als ethisch verbindlich angesehene Grundsätze verstoßen. Derartige Grundsätze gehören ebenso konstitutiv zu einer *Vertrauen* rechtfertigenden *Ethik der Fürsorge* wie ethische Tugenden der Ärzte und der Pflegekräfte. Beide ergänzen einander notwendig. Handlungsgrundsätze ohne Menschen, die sie mit innerer Überzeugung und Engagement in einer auf das Wohlergehen des Einzelnen ausgerichteten Haltung ausführen, bleiben ethische Forderungen, die selten ein auf einer guten Beziehung gründendes *Vertrauen* schaffen.

Die kurz umrissenen ethischen Überlegungen versuchen, die Erkenntnisse aus den vorgestellten Befragungen zu einem grundlegenden ethischen Ansatz weiterzuführen. Er setzt *nicht* bei der Autonomie des Patienten und bei *Rechten an, die er selbst einfordern muss*, sondern bei einer *Ethik der Fürsorge* für das *Leben*¹³, das mehr ist als *Autonomie* und erst recht als *autonome Interessen*, deren Beachtung man selbst einfordern muss. Das Leben ist die Grundlage der Autonomie. Die Achtung der Autonomie ist daher der Achtung des Lebens ein- und untergeordnet. Die *Ethik der Fürsorge* verpflichtet die *Anbieter medizinischer Leistungen* zur Sorge für das Wohlergehen des *Lebens*, unabhängig davon, ob der Mensch dementsprechende Rechte für sich geltend machen kann oder - wenn er es kann - sie tatsächlich geltend macht. Sie betrachtet den Menschen nicht primär als ein autonomes und rational entscheidendes und handelndes Individuum. Sie gründet in *Beziehungen* des Lebens, in denen der Andere als Anderer in seiner Bedürftigkeit, seinem Angewiesensein auf Andere wahrgenommen wird¹⁴, in denen er als Subjekt und Partner geachtet wird und in denen sich der Helfende auch durch das Geschick des Kranken betreffen lässt und mit ihm gemeinsam nach dem sucht, was für ihn das *Gute* ist, ohne ihn zu einer ihn gegebenenfalls überfordernden Entscheidung zu drängen. Eine *Tugendethik* ist ein ebenso integraler Bestandteil einer derartigen *Ethik der Fürsorge* wie eine ethische Handlungsnormen formulierende und beachtende *Pflichtethik*.

Selbstverständlich gehört zu einer auf das Wohlergehen der Kranken ausgerichteten *Ethik der Fürsorge* auch die Beachtung der *Autonomie* des Patienten, seines mündlich geäußerten oder schriftlich niedergelegten Willens. Häufig bedürfen Patienten jedoch der *Anwaltschaft* (z. B. durch Angehörige, Pflegekräfte, Seelsorger), um ihren berechtigten Willen und ihre Rechte geltend zu machen. Die Frage nach dem *Willen* des Patienten zielt letztlich auf die gemeinsame Klärung dessen, was dem *Wohlergehen* des einzelnen Patienten wirklich dient. Das bewahrt davor, dass man die eigenen Einschätzungen und

¹³ E. D. Pellegrino / D.C. Thomasma: For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care, New York 1988; W. T. Reich et al.: Artikel "Care", Encyclopedia of Bioethics, Vol.1, 2.Ed. 1994, 319 ff.

¹⁴ E. Lévinas: Die Spur des Anderen, München, 3.Aufl. 1992; Eibach (Nr.1), 12 ff.

Interessen selbstverständlich zum Maßstab des Behandelns macht. Die Verpflichtung, immer neu zu fragen, was dem Wohlergehen eines Patienten wirklich dient, bleibt auch dann bestehen, wenn der Wille des Patienten nicht ermittelbar ist oder nur "gemutmaßt" werden kann. Die Fürsorge für das Leben, sein Wohlergehen erlischt nicht mit dem Schwinden selbstbewusster Fähigkeiten, die Art der eigenen Behandlung "autonom" zu bestimmen. Im Grunde wünschen die meisten Patienten die Gewissheit, dass sie in den Grenzfällen des Lebens, in denen sie ganz auf die Hilfe anderer angewiesen sind, darauf vertrauen können, dass sich die sie behandelnden und pflegenden Menschen auch dann die Mühe machen, zu fragen, was ihrem Wohlergehen dient, und dass sie entsprechend behandelt werden. Dieses *Vertrauen* scheint den weitaus meisten Menschen wichtiger zu sein als eine Absicherung durch "autonome" Vorausverfügungen (z.B. Patientenverfügungen), bei denen immer offen bleibt, inwieweit sie für die konkreten zukünftigen Krisensituationen zutreffen. Dennoch sollte man Menschen zu solchen möglichst schriftlichen und rechtzeitigen Willensäußerungen ermutigen, da sie für diejenigen, die dann in Krisensituationen entscheiden und handeln müssen, eine große Hilfe sind, im Sinne des Betroffenen zu entscheiden, und so auch eine Entlastung von deren Gewissen darstellen. Wenn klare und auf die konkrete Situation bezogene Willensäußerungen nicht vorliegen und auch aufgrund des Zustands des Patienten nicht mehr ermittelt werden können oder wenn er, obwohl noch dazu fähig wäre, keine eigene Entscheidung fällen will oder kann, dann kann ein „ethisches Konsil“ der mit der medizinischen und pflegerischen Behandlung befassten Personen unter Anhörung der Angehörigen am ehesten dazu beitragen, dass Entscheidungen gefällt werden, die dem Wohlergehen des Patienten am besten dienen. Gegebenenfalls ist auch ein - möglichst in allen Krankenhäusern einzurichtendes - „Ethik-Komitee“ einzuschalten.

Völlig unrealistisch ist jedoch die Vorstellung, dass sich durch die Selbstbestimmung von Kranken - ohne oder mit PV - über die Art ihrer Behandlung - insbesondere in lebensbedrohlichen Krisen und bei absehbarem Sterben - die durch die Fortschritte in der Medizin und den Wertewandel in der Gesellschaft gemeinsam hervorgerufenen ethischen Verunsicherungen lösen lassen. Das dem Menschen zugesprochene Recht auf Selbstbestimmung kann, wenigstens dann, wenn daraus so etwas wie eine moralische oder gar rechtliche Pflicht zu Selbstbestimmung abgeleitet wird, sich als das Sterben erheblich erschwerende Belastung erweisen und sogar inhumane Züge annehmen. Die Vorstellung vom "autonomen Patienten", der auch in schwersten Lebenskrisen noch autonom über sein Leben verfügt, ist ein weitgehend realitätsfremdes "theoretisches Konstrukt", eine Fiktion, der gesunde Menschen anhängen mögen, die bei schwer- und todkranken Menschen aber meist nur als vorübergehendes Durchgangsstadium in der Auseinandersetzung mit einer tödlichen Krankheit zu finden ist.

Schwerkranke Menschen wissen, dass nicht die *Autonomie*, sondern das *Vertrauen* und die Geborgenheit in mitmenschlichen Beziehungen, die *Solidarität*, also letztlich die *Liebe* die grundlegende, Leben ermöglichende Dimension des Menschseins ist. Wer am Geschick eines kranken Menschen Anteil nimmt, ihm in der Grundhaltung der Liebe zugewandt ist, nach seinem wirklichen Wohlergehen fragt, ihn als leidendes Subjekt und nicht nur als zu behandelndes Objekt wahrnimmt, kann und darf *stellvertretend* für einen Menschen Entscheidungen fällen, ohne ihn damit zu entwürdigen. Das Angewiesensein auf andere, auf die Liebe und die Solidarität anderer, ist die

Grunddimension des Menschenseins, die es erst ermöglicht und die das ganze Leben hindurch grundlegend bleibt und die den Menschen nicht entwürdigen kann. Ohne sie kann menschliches Leben nicht gelingen. *Nur in der Liebe wird der andere wirklich in seiner Würde geachtet.* Zwar kann das Recht diese Liebe und Solidarität nicht gebieten, es kann aber dafür Sorge tragen, dass die äußeren Rahmenbedingungen für die Liebe erhalten oder auch gestärkt werden. Das bedeutet: Die Rechtssetzung und die Rechtsprechung sollte nicht den Weg fortsetzen, der die Lösung der ethischen Probleme im Umfeld des Sterbens in erster Linie oder nur von der Autonomie, der Selbstbestimmung der Patienten erwartet, sie sollte vielmehr dafür sorgen, dass die für die Gestaltung des Gesundheitswesens maßgeblichen Kräfte in unserem Staat verpflichtet werden, solche Bedingungen für die Behandlung von schwerstpflegebedürftigen, vor allem alten und todkranken Menschen zu schaffen, die eine menschenwürdige Behandlung bei schwerer Pflegebedürftigkeit und Sterben ermöglichen und die bei Menschen erst gar nicht *Ängste* vor einem "entwürdigenden" Sterben aufkommen lassen, die ein wesentlicher Grund für die Forderung nach einem Recht auf "aktive Sterbehilfe" im Sinne einer „Erlösung“ von einem angeblich „mensenunwürdigen“ und „lebensunwerten“ Leben sind.¹⁵ Es gibt kein „mensenunwürdiges Leben“, wohl aber – und zwar vor allem im Bereich der Geriatrie, Gerontopsychiatrie und der Pflegeheime – eine Vielzahl von Formen menschenunwürdiger Behandlungen von hilfsbedürftigen Menschen, die für sich keine Rechte mehr selbsttätig geltend machen und die sich selbst nicht gegen menschenunwürdige Behandlungen schützen können.¹⁶

Erstmals erschienen: April 2002

¹⁵ *Eibach (Nr.2):* 148 ff. 197 ff.

¹⁶ *R. D. Hirsch & C. Fussek (Hrsg.):* Gewalt gegen pflegebedürftige alte Menschen in Institutionen: Gegen das Schweigen. Berichte von Betroffenen, Bonner Schriftenreihe „Gewalt im Alter“ Bd. 4, Bonn 1999 (dort weitere Lit.)