

Verfügungen für das Lebensende

Wem nützt ein Patiententestament?

Das Patiententestament, das auf die amerikanische Patientenverfügung „living will“ zurückgeht, stößt in Deutschland zunehmend auf Interesse. Nach der derzeitigen deutschen Rechtslage hat diese testamentarische Verfügung keine Rechtsverbindlichkeit. In den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung, die momentan überarbeitet werden, wird das Patiententestament eine starke Aufwertung erfahren. Für die Kirchen stellt sich die Frage, ob und wie weit sie sich an der Diskussion über eine solche Vorabverfügung beteiligen sollen.

Die moderne Medizin rettet vielen Menschen das Leben. Ihr wird aber auch der Vorwurf gemacht, daß sie bei vielen Menschen ein menschenwürdiges Sterben verhindere, weil sie das Sterben unnötig in die Länge ziehe. Viele Menschen haben Angst davor, von der medizinischen Apparatur und den Ärzten dazu verurteilt zu werden, auch dann weiterleben zu müssen, wenn für sie das Leben zur Qual geworden ist. Bei den Fragen, wieviel Lebenserhaltung und Lebensverlängerung am Ende des Lebens noch durchzuführen sind und wann Therapien abgebrochen werden können, kann das sogenannte *Patiententestament* eine wichtige Hilfe darstellen. Das Patiententestament ist zudem zu sehen vor dem Hintergrund einer Gesellschaft, die unter anderem gekennzeichnet ist von einer Wertepluralität, einer wachsenden Individualisierung, der Verdrängung von Leiden und Sterben und der Auflösung traditioneller Familienstrukturen.

Auch diese gesellschaftlichen Veränderungen lassen ein Patiententestament sinnvoll erscheinen, insofern es inhaltlich das festschreibt, worüber früher noch weitgehend Einigkeit bestand und über das man in der Familie gesprochen hatte. Unter dem Begriff Patiententestament wird eine *ganze Palette von Möglichkeiten* zusammengefaßt, konkrete Maßnahmen im Hinblick auf das Lebensende zu verfügen. Der Begriff „Testament“ ist in diesem Zusammenhang allerdings mißverständlich, weil ein solches ja erst nach dem Tod wirksam wird, die Inhalte eines Patiententestaments aber schon zu Lebzeiten, wenn auch in besonderer Weise erst am Lebensende, zur Geltung kommen sollen. Man will deshalb den mißverständlichen Begriff Patiententestament durch den der Patientenverfügung ersetzen, was bislang aber nicht voll gelungen ist, weil der Begriff Patiententestament doch weithin in der Fachliteratur eingebürgert und auch in der Umgangssprache üblich ist. Während die Fachdebatte schon etliche Jahre geführt wird, ist die breite Öffentlichkeit im Hinblick auf die Möglichkeit und die Problematik einer solchen Vorabverfügung noch ziemlich uninformiert.

Ihr Vorbild hat die Patientenverfügung in den *Vereinigten Staaten von Amerika*, insbesondere in dem kalifornischen Natural Death Act, der 1977 in Kraft getreten ist. Nach diesem Gesetz können Kranke wie Gesunde widerrufbar eine schriftliche Willenserklärung (living will) abgeben, in der der

Arzt angewiesen wird, im Falle ihrer tödlichen Erkrankung (terminal condition) lebensverlängernde Maßnahmen nicht vorzunehmen. Sofern der Patient schwer erkrankt ist, ist dieser living will bindend. Der Arzt, der, der Anweisung folgend, lebensverlängernde Maßnahmen unterläßt, kann nicht wegen Tötung zur Verantwortung gezogen werden. Inzwischen ist diese Patientenverfügung in den allermeisten amerikanischen Bundesstaaten durch spezielle Gesetze rechtsverbindlich geworden.

Die Diskussion über die Patientenverfügung wird in nächster Zeit auch in der Bundesrepublik zunehmen. Denn die *Bundesärztekammer* ist dabei, ihre Richtlinien zur Sterbebegleitung zu überarbeiten (vgl. HK, Juli 1997, 336 ff.), und in diesen Richtlinien, die im Sommer oder Herbst dieses Jahres verabschiedet werden sollen, wird die Patientenverfügung eine nicht zu übersehende Aufwertung erfahren. Die Patientenverfügung wird in dem jetzigen Richtlinienentwurf gesehen als „wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes“, das „als wichtiges Element des Selbstbestimmungsrechtes verantwortungsvoll bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens zu beachten“ ist. Diese Funktion der Patientenverfügung, dies wurde auf einem von der Bundesärztekammer Anfang Januar 1998 durchgeführten Symposium zu dem Richtlinienentwurf deutlich, scheint vielen Sachverständigen noch zu schwach: Als explizite Willenserklärungen der Betroffenen sollen Patientenverfügungen künftig einen ähnlichen Status erhalten wie aktuelle Äußerungen; sie sollen also *grundsätzlich rechtsverbindlich* sein.

Hohe Wertschätzung in der Bevölkerung

Dem hohen Stellenwert, den die Patientenverfügung künftig einnehmen soll, entspricht die Wertschätzung, die sie in der Bevölkerung erfährt. Das Institut für Demoskopie Allensbach hat die Möglichkeit zu einem Patiententestament im Oktober 1995 in einer repräsentativen Umfrage einem Querschnitt der Bevölkerung vorgestellt und danach gefragt, ob man diese Möglichkeit gut oder nicht gut finde. 70 Prozent der Befragten befanden diese Möglichkeit für gut, nur 16 Prozent sprachen sich dagegen aus; 14 Prozent waren unentschieden. Der Grad der Zustimmung war übrigens abhängig vom Lebensalter. Je jünger die Befragten waren, de-

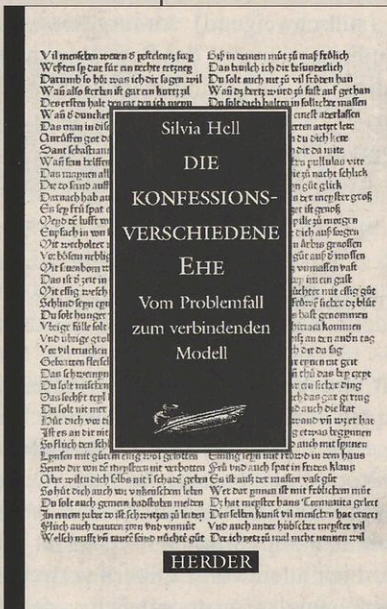
sto aufgeschlossener zeigten sie sich gegenüber der Idee einer solchen Vorausbestimmung.

Unter einer *Patientenverfügung* versteht man näherhin Äußerungen eines Patienten oder möglichen Patienten, die im Hinblick auf Lebenssituationen getroffen werden, in denen sich der Betroffene nicht mehr äußern kann. Patientenverfügungen werden also prospektiv und vorsorglich verfaßt und beziehen sich auf Handlungsentscheidungen im medizinischen und insbesondere klinischen Kontext. Solche Verfügungen sind nicht an eine genau definierte, z. B. schriftliche, Form gebunden; möglich sind auch bestimmte mündliche Äußerungen oder Tonband- und Videoaufzeichnungen. Der Patient legt dabei Präferenzen fest hinsichtlich des Umfangs, der Grenzen und der Art der medizinischen Behandlung, die ihm im Krankheitsfall widerfahren soll. In der Regel geschieht dies mit Hilfe von *Textvorlagen oder Formularen*. Die meisten dieser Formulare sind vorrangig Erklärungen zum Therapieverzicht. Andere Formulare beinhalten darüber hinaus auch Erklärungen zu den Formen der Therapie und zu relevanten Wertvorstellungen des Patienten. Sie sind von daher besser geeignet, die persönliche Einschätzung des Patienten zu transportieren und somit eine Kommunikation zwischen Patient und Arzt zu ermöglichen.

In einer werteppluralen Gesellschaft ist es wichtig, daß der Arzt um die persönliche Werthierarchie des Patienten weiß, denn nur so kann er sichergehen, daß die von ihm getroffenen Entscheidungen mit dem Willen des Patienten übereinstimmen. Verpflichtender Inhalt einer Patientenverfügung kann allerdings nur *moralisch und rechtlich erlaubtes Handeln* sein. Daher können zwar ärztliche Bemühungen um Lebensverlängerung wirksam abgelehnt, nicht aber die Vornahme ärztlicher Maßnahmen zur direkten aktiven Lebensbeendigung verlangt werden. Das Handeln des Arztes unterliegt neben dem Tötungsverbot auch noch anderen Maßstäben; so ist er zum Beispiel verantwortlich für den effizienten Einsatz von Personal und den angemessenen Umgang mit knappen Ressourcen.

Eine weitere Form der vorsorglichen Selbstbestimmung hinsichtlich medizinischer Behandlungen ist die *Betreuungsverfügung*. Mit ihr wird eine bestimmte Person autorisiert, Entscheidungen zu treffen, die der Patient selbst – aufgrund seiner Äußerungsunfähigkeit – nicht mehr fällen kann. Da es sich bei dieser vom Patienten eingesetzten Person seines Vertrauens nicht um einen vom Vormundschaftsgericht eingesetzten Betreuer handelt (§ 1896, 1 BGB), sondern um einen Bevollmächtigten (§ 1896, 2 BGB), ist der Begriff *Betreuungsverfügung* etwas mißverständlich. Der Bevollmächtigte spricht und entscheidet an Stelle des Patienten; daher ist dessen Entscheidung so zu behandeln, als ob sich der Patient selber äußern würde. Als Bevollmächtigter können nicht allein Angehörige im Sinne von Ehegatten und anderen Verwandten bestimmt werden, sondern auch andere Bezugspersonen. Gerade angesichts der zunehmenden Auflösung traditioneller Familienstrukturen ist dies bedeutsam.

Neue Perspektiven für konfessionsverschiedene Ehen



498 Seiten,
Paperback, DM 88,-
ÖS 642,- /SFr 84,-
ISBN 3-451-26547-8

NEU

Silvia Hell erarbeitet eine Theologie der konfessionsverschiedenen Ehe, stellt die Unterschiede wie auch die Möglichkeiten für eine Annäherung dogmatischer Positionen vor Augen und entwickelt ein verbindendes Modell: Aufgabe aller christlichen Kirchen ist es, die Schöpfungswirklichkeit der Ehe zu bewahren, zu schützen und ihre Bedeutung zu entfalten. Dies ist der Sinn des Segnens. Die Autorin geht daher der Frage nach, ob und inwiefern die kirchliche Trauung als Segenshandlung beschrieben werden kann. Ein Grundlagenwerk zur Theologie der konfessionsverschiedenen Ehe.

Unsere Bücher erhalten Sie in jeder Buchhandlung, oder direkt beim Freiburger BuchVersand Habsburgerstraße 116 - 79104 Freiburg Tel. 0761 / 2717-328 - Fax 0761 / 2717-360

HERDER

Die Konzeption der Patienten- und Betreuungsverfügung gründet auf dem Respekt vor der Autonomie des einzelnen und dem daraus abgeleiteten Recht auf Selbstbestimmung und dient dem Schutz und der Durchsetzung persönlicher Interessen bzw. Präferenzen im Hinblick auf medizinisches Handeln. Dabei wird (stillschweigend) vorausgesetzt, daß die individuellen Behandlungswünsche des Patienten in Differenz zu den standardisierten Behandlungsabläufen in der Klinik stehen (können) (vgl. H.-M. Sass/R. Kielstein, Die medizinische Betreuungsverfügung in der Praxis, hg. v. Zentrum für medizinische Ethik [Medizinethische Materialien, 111], Bochum 1996).

Respekt vor der Autonomie des einzelnen

Bezüglich der Validität und Verbindlichkeit der Patientenverfügung begegnet man in der Diskussion zwei unterschiedlichen Positionen. Die erste Position wird mehrheitlich von Juristen und Ärzten vertreten und besagt, die Patientenverfügung habe bei der Feststellung des mutmaßlichen Patientenwillens lediglich eine unterstützende Funktion. Die zweite Position – sie wird vor allem von Ethikern vertreten – besagt, die Patientenverfügung sei grundsätzlich verbindlicher Ausdruck des Patientenwillens. Zur Stützung der ersten und zur Schwächung der zweiten Position wird auf unterschiedliche *Diskrepanzen bzw. Differenzen* verwiesen: der zeitliche Abstand zwischen dem Verfassen und dem Umsetzen der Patientenverfügung, die Differenz zwischen vorgestellter und realer Situation, die Differenz zwischen Gesagtem und Gemeintem und schließlich die Differenz zwischen Gemeintem und Verstandenem.

Hierzu ist folgendes zu sagen: Das Problem des zeitlichen Abstandes zwischen dem Verfassen und Umsetzen der Patientenverfügung läßt sich dadurch entschärfen, daß die Patientenverfügung in bestimmten Abständen durch eine neu datierte Unterschrift bestätigt oder abgeändert wird. Im übrigen wird das hier festgestellte Problem nicht durch den zeitlichen Abstand als solchen aufgeworfen, sondern durch die zwischenzeitlich vom Verfasser gemachten neuen Erfahrungen.

Der Differenz zwischen der Situation, die sich der Verfasser beim Abfassen der Verfügung vorstellt, und der realen Situation, wie sie sich bei der Umsetzung in der Klinik darstellt, läßt sich dadurch begegnen, daß man in der Verfügung nicht die spezifische klinische Situation in den Vordergrund rückt, denn hierbei ist der Patient sowieso Laie, sondern es sollen jene für den Patienten ausschlaggebenden allgemeinen Kriterien in den Vordergrund gestellt werden, die dann auf unterschiedliche klinische Situationen angewendet werden können. Bei der Differenz zwischen Gesagtem und Gemeintem wird unterstellt, daß der Patient das von ihm Gemeinte sprachlich nicht kompetent und eindeutig ausgedrückt hat. Stand er vielleicht unter dem Einfluß bestimmter Personen oder außergewöhnlicher Umstände?

Dem genannten Problem kann man weitgehend begegnen durch sorgfältig entwickelte Formulare. In diesem Zusammenhang gilt es auch zu beachten, daß im Leben die allerwenigsten Entscheidungen vollkommen unabhängig und unbeeinflusst getroffen werden. Warum sollten dann von den in der Patientenverfügung getroffenen Entscheidungen höhere Standards gefordert werden? Die Differenz zwischen dem vom Patienten Gemeintem und vom Behandelnden Verstandenem ist ebenfalls weitgehend zu minimieren durch sorgfältige Formulierungen in der Patientenverfügung. Von dem Behandelnden ist zudem eine Offenheit für das zu Verstehende zu erwarten. Das Problem der angemessenen Interpretation ist ein hermeneutisches, es stellt sich generell in der zwischenmenschlichen Kommunikation und ist nicht spezifisch für die Patientenverfügung.

Die genannten Diskrepanzen werden zum Teil aufgehoben, zumindest aber verringert, wenn *erschöpfende Formen und unmißverständliche Formulare* der vorsorglichen Patientenverfügung geschaffen werden. Hierbei ist an folgende Kriterien zu denken: Patientenverfügungen müssen erstens im Zustand voller Zurechnungsfähigkeit verfaßt werden; zweitens wohlinformiert, wohlüberlegt und frei von Zwängen formuliert werden; drittens ein Mindestmaß an innerer Konsistenz erkennen lassen, da sonst die gewählten Präferenzen nicht eindeutig erschlossen werden können und viertens im Fall ihrer Anwendung die immer noch aktuelle Auffassung des Betroffenen widerspiegeln. Es bleibt dann immer noch die Frage, ob man an die Kommunikation in der Patientenverfügung formal höhere Ansprüche stellen muß als an sonstige bedeutsame Kommunikationsformen.

Expliziter Wille des Patienten

Die Problematik der Patientenverfügung, dies kann nicht geleugnet werden, hängt im wesentlichen mit den aufgezeigten Diskrepanzen zusammen. Bei weitgehender Minimierung dieser Diskrepanzen und Beachtung der zuvor genannten Kriterien müßte es allerdings möglich sein, die Patientenverfügung als expliziten Willen des Patienten anzusehen. Sie nur als Indiz oder wichtiges Element für den mutmaßlichen Patientenwillen zu betrachten, widerspricht dem Autonomieprinzip und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten (vgl. C. Kaminsky, Gesagt, Gemeint, Verstanden? Zur Problematik der Validität vorsorglicher Patientenverfügungen, hg. v. Zentrum für medizinische Ethik [Medizinethische Materialien, 115], Bochum 1997).

Schreibt man der Patientenverfügung künftig eine *Rechtsverbindlichkeit* zu, wird der *Arzt* dadurch keineswegs, wie manche meinen, in eine passive und defensive Position gedrängt. Er kann sich vielmehr darauf konzentrieren, die schwierige und verantwortungsvolle Frage zu klären, ob eine infauste Prognose im Sinne der Beschreibung in der Patientenverfügung besteht. Er muß auch überprüfen, ob der Patient seine Meinung geändert hat oder ob Anhaltspunkte für Defizite

bei der Willensbildung bestehen. Mit der Art der Sterbebegleitung braucht der Arzt sein Gewissen dann nicht zu belasten, wenn sie der Patient für sich selbst getroffen hat. Ist die Patientenverfügung rechtsverbindlich, so muß der *Patient*, der die mit der antizipierten Behandlungsanweisung verbundene Prognose gewagt hat, keine Angst haben, daß sein Wille in den letzten Tagen seines Lebens gebrochen wird. Damit wäre ein wichtiger Beitrag dazu geleistet, um das Verhältnis zwischen Arzt und Patient in dem äußerst empfindsamen Bereich der Sterbehilfe zu entkrampfen. Und dies wäre für beide von Vorteil (vgl. *L. Schöllhammer*, Die Rechtsverbindlichkeit des Patiententestaments, Berlin 1993).

Auch für die *Kirchen* stellt sich die Frage, ob und gegebenenfalls wie weit sie sich an der Diskussion um die Patientenverfügung beteiligen sollen. Sollten sie sogar ein eigenes Formular entwickeln, das auf christlichen Wertvorstellungen aufbaut? Auch wenn über die Sinnhaftigkeit der Patientenverfügung kein Zweifel besteht, sollten die Kirchen in diesem sensiblen und höchstpersönlichen Bereich doch eher zurückhaltend sein und keine direkte Empfehlung zum Ausfüllen eines solchen Formulars an ihre Mitglieder aussprechen. Eine solche Empfehlung könnte allzu schnell als sanfter Druck empfunden werden und die Freiheit der Gewissensentscheidung beeinträchtigen.

Für den Fall aber, daß Mitglieder ihre Kirche in dieser Gelegenheit direkt um Rat angehen, kann es durchaus hilfreich sein, wenn man auf ein eigenes Formular verweisen kann, das insbesondere auch christliche Präferenzen zum

Ausdruck bringt. Bei der Ausarbeitung eines solchen Formulars könnte man sich fürs erste an dem im neuen „Evangelischen Gesangbuch. Ausgabe für die Evangelisch-Lutherischen Kirchen in Bayern und Thüringen“ abgedruckten Text orientieren, der aber wohl noch zu allgemein gehalten ist:

„Ich glaube, daß meine Zeit in Gottes Händen steht. Solange eine realistische Aussicht auf Erhaltung eines erträglichen Lebens besteht, erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen Möglichkeiten. Auf jeden Fall erwarte ich ausreichende Schmerzbehandlung. Nach Möglichkeit möchte ich in meiner vertrauten Umgebung bleiben können. Für den Fall, daß ich durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände zur Bildung oder Äußerung meines Willens nicht mehr in der Lage bin, erkläre ich hiermit: Ich lehne aktive Sterbehilfe ab, aber ich will auch nicht, daß mein Leben um jeden Preis verlängert wird. Deshalb bitte ich, vom Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen abzusehen, die mich nur daran hindern, in Ruhe zu sterben. Ich bitte in dieser Situation um christlichen Beistand. Sollte die gerichtliche Bestellung eines Betreuers oder einer Betreuerin als gesetzlicher Vertreter notwendig werden, so bitte ich darum, (Name, Anschrift) mit dieser Aufgabe zu betrauen. Auch vor einer gerichtlichen Bestellung sind meine behandelnden Ärzte ihm/ihr gegenüber von der Schweigepflicht entbunden und gebeten, die erforderlichen Maßnahmen mit ihm/ihr an meiner Stelle abzusprechen (Ort, Datum, Unterschrift).“

Johannes Reiter

Religion entdecken

Vielfältige religiöse Spuren in der Gegenwartskultur (1)

Religion ist heute vielfach ein Zauberwort, für andere ein nur mit Vorsicht zu gebrauchender Allerweltsbegriff. Sicher ist: Glaube und Kirche können es sich nicht leisten, an dem vorüberzugehen, was sich in unserer Gesellschaft an Spuren des Religiösen zeigt. Arno Schilson schlägt in Auswertung neuerer Publikationen Schneisen in dieses unübersichtliche Feld. Der zweite Teil seines Beitrags folgt im Maiheft.

Ein gewaltiger kultureller und geistiger Umbruch deutet sich an in diesen letzten Jahren des 20. Jahrhunderts. Auf breiter Front scheint die Religion zu neuem Leben zu erwachen. Dies geschieht allerdings nicht, wie man erwarten könnte, in den christlichen Kirchen. Vielmehr zeigen sich Spuren und Elemente des Religiösen mitten in der *säkularen Wirklichkeit*, also im Bereich des Profanen und Alltäglichen, aus dem gerade die Religion gründlich und endgültig eliminiert zu sein schien.

Entdecken läßt sich diese verborgene Gestalt eines Religiösen, zur Unterscheidung von den formierten Religionen und

Kirchen oft „Säkularreligiosität“ genannt, allerdings kaum mit den Parametern des herkömmlichen Religionsbegriffs. Wer damit substantielle Gehalte wie etwa die Existenz eines höchsten Wesens oder einer numinosen Wirklichkeit, den zugehörigen Kult sowie ein formuliertes Bekenntnis und noch dazu ein bestimmtes ethisches Verhalten, möglicherweise auch eine Gemeinschaft von Verehrern dieser letzten Wirklichkeit meint, wird in der Profanität des Alltags kaum fündig werden. Ein solcher *substantieller* Religionsbegriff, der sich weitgehend dem Christentum verdankt, bleibt ungenügend und ergänzungsbedürftig. Bedeutende Soziologen