

zeigen . . . Gerade im Sterbeprozess ist ein Sowohl-als-auch sehr wichtig. Insgesamt halte ich die Radikalität der Thesen, zum Beispiel die vollkommene Ablehnung der Patientenverfügung, und den Tonfall in diesem Artikel für unwürdig angesichts eines Themas, bei dem es um die Würde des Patienten geht.

Dr. med. Alexander Calatzis,

Schwerpunkt für Psychosomatik an der 2. medizinischen Klinik des Universitätsklinikums Regensburg, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg

Weit weg von der Wirklichkeit

Das Statement ist hervorragend – aber weit weg von der Wirklichkeit. Die humanen Bedingungen, die die Autoren fordern, bestehen seit Jahren nicht mehr und werden (in Zukunft auch mit den DRGs) weiter abgebaut. Ärztemangel und jetzt auch Schwestern- und Pflegemangel machen den Patienten Tag für Tag mehr zum Objekt für knappe (gute) wissenschaftliche Medizin, aber immer weniger zum menschlich-humanen und besonders auch in seinem inneren (oneiroidalen) Erleben (des Schlaganfalls zum Beispiel) ernst genommenen *gleichwertigen Partner*.

Und genau auf diese Verhältnisse antworten Patientenverfügungen – mit vollem Recht. Hinzu kommt, dass der Tod oft genug eine Erlösung ist (und vielleicht auch ein Übergang in eine andere Welt). Noch vor 20 Jahren hätten viele unserer jetzt lange am (elenden) Leben erhaltenen neurologischen Frühreha-Patienten nicht überlebt – und wären längst von dieser dauernden und oft nur sachlich adäquaten, aber menschlich unzureichenden Lebenserhaltung um jeden Preis erlöst gewesen . . .

Die Argumentation kann ich somit nur teilen, wenn sie von vehementem – und riskantem – persönlichen Protest gegen Arbeitsüberlastung und Stellenabbau (und DRGs) in den Kliniken begleitet wird.

Michael Schröter-Kunhardt,
Görresstraße 81, 69126 Heidelberg

Andere Schlussfolgerung

Im palliativmedizinischen Konsiliardienst am Klinikum der Universität München spielt bei etwa jedem fünften Konsil das Thema „Vorsorge durch Voraus-

verfügung“ eine Rolle. Bei circa zehn Prozent der Konsile werden eine Vorsorgevollmacht und eine Patientenverfügung erstellt, wobei die Beratungszeit zwischen einer und vier Stunden liegt. Als Grundlage dient die im Mai 2001 vom Bayerischen Justizministerium herausgegebene Vorsorge-Broschüre, die von einer Gruppe von Juristen und Ärzten unter organisatorischer Leitung der Akademie für Palliativmedizin in München erarbeitet wurde. Patienten, Angehörige und Kollegen sind mit diesem Angebot sehr zufrieden. Die tägliche Praxis im Umgang mit diesem Instrument bei Palliativpatienten lässt folgende Schlüsse zu:

① Gerade bei Patienten mit einer zum Tode führenden Erkrankung bestehen oft Ängste und Unsicherheiten in Bezug auf die Terminalphase, die zum Teil auf der Furcht vor dem „Ausgeliefertsein“ im Falle einer Entscheidungsunfähigkeit beruhen. Das Lindern dieser Ängste ist ein wichtiges palliativmedizinisches Ziel. Für viele Patienten ist die Abfassung einer Vorsorgevollmacht und/oder einer Patientenverfügung ein wirksames Mittel.

② Die Rolle der Angehörigen kommt vor allem im Primat der Vorsorgevollmacht zum Tragen. Dieses Dokument spielt in unseren Beratungen die wichtigste Rolle, zum einen wegen seiner eindeutigen rechtlichen Verbindlichkeit, zum anderen, weil seine Erstellung den Dialog zwischen Patient und Angehörigen über die Wünsche für die Terminalphase voraussetzt und damit oft eine positive psychosoziale Auswirkung hat.

③ Patientenverfügungen werden bei unseren Beratungen immer gemeinsam mit Patient, Angehörigen und behandelnden Ärzten erstellt. Sie ersetzen nicht die fürsorgliche Arzt-Patienten-Beziehung, sondern sind konkreter Ausdruck derselben. Sie entspringen einer Ethik des Dialogs, welche als Ziel hat, die – individuell höchst unterschiedlichen – Notwendigkeiten und Ansprüche der Patienten an Autonomie- und Fürsorgeprinzip zu erkennen und, so weit möglich, gemeinsam zu verwirklichen.

Die Broschüre steht im Internet unter www.justiz.bayern.de zum Herunterladen zur Verfügung.

Priv.-Doz. Dr. med. Gian Domenico Borasio,
Interdisziplinäre Palliativmedizinische Einrichtung,
Klinikum der Universität München,
Marchioninistraße 15, 81377 München

Adieu, Herrgott in Weiß

Schade, schade, schade – das DÄ, schriftliches Aushängeschild meiner Standesorganisation oder „Wachturm“ für Ideologien? Darf hier so sektiererisch gegen den Glauben der Mitmenschen gewettert werden? Stellen elf Prozent der Bevölkerung eine Minderheit dar, die man ohne Skrupel beiseite wischen kann?

Sehr geehrter Herr Kollege Zieger (die Anrede „geehrt“ ist mir übrigens sehr ernst!), sollte das Schicksal Sie oder Ihre gleichgesinnten Mitstreiter in prekärer Situation in meine Obhut bringen: ich werde Ihre Meinung ehren und mich mit ganzer Kraft und vollem Einsatz bei jedem Handgriff für Sie und Ihr Patiententestament (als solches betrachte ich Ihren Beitrag) einsetzen. Dies ist für mich eine Selbstverständlichkeit!

Aber: Ich dränge Sie, mir die Gewissheit zuzusichern, dass Sie im umgekehrten Falle auch meine wohldurchdachten Wünsche zur Kenntnis nehmen, diese akzeptieren und sie mit gleicher Kraft und all Ihrem medizinischen Wissen umsetzen. Dass ich nicht zu Ihren 89 Prozent, sondern eben zu den restlichen elf Prozent der Befragten gehöre und auf mein Recht, keine Lebensverlängerung zu wünschen, ganz ausdrücklich poche, ist mein Grundrecht! Meine Beziehung zu Gott, mein Ethikverständnis (sic!) will gerade nicht eine konkrete Entscheidung delegieren, sondern im Moment meiner Schwäche Sie von der Vorherrschaft Ihres Glaubens zu einer partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Beziehung zurückleiten.

Mein Appell also: Jeder sollte ein Patiententestament schreiben und uns Ärzten eine Hilfe geben, die eigenen Zweifel (und die habe ich in 23 Jahren als Mediziner bei jedem Todkranken auf die Probe stellen müssen) ein wenig zu lindern. Die Entscheidung im jeweiligen Moment wird, rechtlich nur ungenügend fassbar, immer aufs Neue ein schwerer Kampf mit sich selbst bleiben. Adieu, Herrgott in Weiß, willkommen, Freund im weißen Kittel!

Dr. Jürgen-Ulrich Kruse,
Schildsteinweg 32 a, 21339 Lüneburg

Zu undifferenziert

... In der Hospizbewegung gilt als Regel: Die Wünsche, Ängste, Hoffnungen und Einstellungen der Betroffenen in psychischer, physischer, sozialer und spiritueller Hinsicht sollen Maßstab für das Handeln der Helfer sein. Ist es denn wirklich verwerflich, wenn Menschen, nicht nur Gesunde, sondern auch Schwerstkranke, diese ihre Wünsche schriftlich für den Fall festlegen, dass sie sich nicht mehr äußern können? Darf der ALS-Kranke nicht festlegen, dass er keine maschinelle Beatmung wünscht oder der rüstige 90-Jährige, dass er keine Wiederbelebnungsmaßnahmen möchte?

Die Realität an Akutkrankenhäusern sieht doch so aus: Auf den Intensivstationen werden auch hochbetagte Menschen mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln am Leben erhalten, wenn sie vorher schon komplett pflegebedürftig, nicht entscheidungsfähig, hilflos und kontrakt waren. Das Reanimationsteam ist in jedem Fall beim Todeseintritt auf „Normalstation“ zu beordern, wenn vorher nicht Gegenteiliges festgelegt worden ist. In diesem Kontext werden täglich ärztliche Entscheidungen getroffen, von denen nicht klar ist, ob sie den Vorstellungen des Betroffenen entsprechen. Und viele dieser Entscheidungen werden von allen Beteiligten als fragwürdig angesehen. Aber im Zweifel entscheiden wir uns für die Rolle, die wir gelernt haben: Leben zu retten. Das ist auch viel einfacher, erspart uns die Auseinandersetzung mit dem Sterben, korrespondiert mit unseren unbewussten Allmachts- und Unsterblichkeitsfantasien und wurde bislang strafrechtlich noch nie verfolgt, auch wenn sie rechtswidrig (wenn gegen den Willen des Patienten durchgeführt) waren.

Ich selbst habe bei vielen dieser Patienten, für die ich verantwortlich war und die ich vor Eintritt der Nichtentscheidungsfähigkeit nicht kannte, Patientenverfügungen schmerzlich vermisst. In den ohnehin zu führenden Gesprächen mit Hausarzt, Angehörigen, Freunden und Pflegenden der Betroffenen wären sie eine große Hilfe gewesen. Denn: Patientenverfügungen können den Behandelnden und Betreuenden dabei helfen, im Sinne der Sorge und Fürsorge das Beste für den Patienten herauszufinden und

zu verwirklichen. Wie Udo Schlaudraff vor Jahren schon formulierte, wollen Patientenverfügungen alle Beteiligten von dem Druck entlasten, der von der Maximalmedizin ausgeht.

Der Umgang mit Patientenverfügungen kann ebenso missbraucht werden wie der Fürsorgebegriff oder das Gebot der Lebenserhaltung. Sorgfalt ist in jedem Fall geboten. Dass mit Patientenverfügungen verantwortlich umgegangen werden kann, zeigen viele Beispiele, bei denen gerade die ärztliche Beratung im Zusammenhang mit der Erstellung einer Verfügung eine wichtige Rolle spielt. In der neuesten Handreichung der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern zu Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung (2002) kommt klar zum Ausdruck, dass gerade vor dem Hintergrund eines „methaphysisch und religiös begründeten Menschenbildes“ die Verwendung einer Patientenverfügung als Möglichkeit christlichen Handelns angesehen wird. Dabei verzichtet die Kirche auf eigene Formulare, sondern verweist auf die Vorsorgebroschüre des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz (2001). Den Verfassern des Artikels seien beide Schriften zur Lektüre empfohlen.

Dr. med. Jürgen Bickhardt,
Uhlandstraße 19, 85435 Erding

Ich werde weiter dafür werben

... Seit dreißig Jahren besuche ich alte Menschen in Heimen, auch in der letzten Lebensphase. Meine Mutter starb im Altenheim so, wie sie es in der Patientenverfügung gewünscht hat, nicht mehr behandelt, aber betreut, gepflegt und liebevoll begleitet. Ich konnte, anders als in einem Krankenhaus üblich, fünf Tage und die letzten Nächte bei ihr sein. Viele alte Menschen jedoch sterben immer noch qualvoll. Die zitierte „empathische ärztliche Sterbegleitung“ findet nicht statt, und das Pflegepersonal hetzt sich ab, um die nötige Versorgung korrekt zu erbringen.

Mir sind in den vielen Jahren die 89 Prozent nicht begegnet, die eine Lebensverlängerung wünschen. Alte Menschen betteln manchmal geradezu um „Sterbehilfe“, lassen sich oft nur schwer davon überzeugen, dass „Euthanasie“

nicht sein kann und nicht sein darf und auch nicht gewünscht werden sollte.

Im DÄ steht, dass 79,3 Prozent der Ärzte eine Patientenverfügung für „sehr wichtig“ halten. Also werde ich weiterhin im Altenheim und im Bekanntenkreis dafür werben, die eigenen Wertvorstellungen zu bedenken und niederzulegen und nicht darauf zu vertrauen, dass die „Ethik, die fürsorgliche und solidarische Begegnung zweier Menschen“, ihnen dann begegnet, wenn sie am bedürftigsten sind. „In Mode gekommen“ sind Patientenverfügungen doch gerade deshalb, weil die Fortschritte der Medizin so viel möglich machen – und damit auch so viel technische und bürokratische Arbeit anfällt, dass Empathie zum kaum vorstellbaren Luxus geworden ist. Vermutlich auch für die rund 20 Prozent Ärzte, denen eine Patientenverfügung suspekt erscheint.

Mein Lebensende und das der Menschen, die mir am Herzen liegen, möchte ich schon lieber an den eigenen Werten und nicht am Sozialethos eines Arztes ausgerichtet wissen.

Anna Rummelein,
Böcksteiner Straße 39, 81241 München

Eigene Wünsche

In Heft 15/2001 schildert Kollege Dr. Helmut Renoldi, Aachen, in seinem bewegenden Leserbrief das überlange Sterben seiner Frau. Es fehlte die rechtsverbindliche Patientenverfügung, welche das Elend verhindert hätte. Priv.-Doz. Dr. Zieger (und seine Mitautoren) lehnen Patientenverfügungen (sie schreiben das Wort mit Gänsefüßchen!) ab. Sie fühlen sich durch sie nachgerade gekränkt ...

Nur soviel: Mit 85 Jahren stehe ich an der Grenze zu jenem Bezirk, von dem kein Wanderer wiederkehrt. Nach meinen langen Lebens- und Berufserfahrungen wünscht sich jeder Mensch, dass sein Tod kurz und schmerzlos sein möge. Wer anderes sagt, der irrt – oder er lügt.

Schiller (Die Götter Griechenlands): Damals trat kein gräßliches Gerippe vor das Bett des Sterbenden. Ein Kuss nahm das letzte Leben von der Lippe. Und das ernste Schicksal blickte milder durch den Schleier sanfter Menschlichkeit.

Dr. med. Alfons Werner Reuke,
Sommerhalde 42, 71672 Marbach am Neckar

Schlusswort

Das vielfältige Echo und die lebhafte Diskussion verstehen wir als Ausdruck eines großen Bedürfnisses nach Klärung und Positionsbestimmung. Ein öffentlicher Diskurs lebt vom Pro und Kontra; da nun bisher zum Thema „Patientenerklärungen“ so gut wie nirgends öffentlich eine Kontra-Position sichtbar geworden ist, was *merk-würdig* genug ist, war es für uns *auch* ein Motiv, diesem Mangel mit unserem, sicher noch nicht vollständig gelungenen, Text abzuwehren und auf diese Weise die Diskussion dieses so wichtigen Themas zu fördern. Dies scheint uns gelungen zu sein. Da unser Beitrag offenbar zu einigen Missverständnissen geführt hat und nicht alle Diskutanten die auf der Homepage des DÄ freundlicherweise bereitgestellte *Langfassung* des Artikels gelesen zu haben scheinen, sind wir dem Angebot der Redaktion gern gefolgt, zu den hier veröffentlichten Zuschriften abschließend Stellung zu nehmen:

Kollegen Strätling und Schmucker machen zu Recht darauf aufmerksam, dass unser Beitrag von „weltanschaulichen“, philosophischen Überlegungen geprägt ist. Menschsein vom Anderen her zu denken (Lévinas) und auch danach zu handeln ist nicht gerade in Mode, für uns jedoch ein Schlüssel zum Verständnis der gegenwärtigen Lage in der Diskussion um Patientenautonomie. Und wir nehmen gern zur Kenntnis, dass man sich auch andernorts um eine differenzierte, interdisziplinäre Diskussionskultur zum Thema Sterbehilfe bemüht.

Susanne Dehmels Vorwurf einer „Diabolisierung“ von „Patientenverfügungen“ – aus dem Munde einer Organisation gesprochen, die in ihren Schriften eine direkte Verbindung zwischen Patientenverfügung und aktiver Sterbehilfe zieht – möchten wir deutlich widersprechen. Wir haben nichts verteuelt, sondern sachlich-rational argumentiert und dabei unsere ethisch-moralische Grundhaltung offen gelegt. Im Unterschied zu Frau Dehmel haben wir den Würdebegriff definiert und als zwischenmenschliche Qualität positioniert. Auch der Auffassung des Kollegen Calatzis können wir nicht zustimmen, geht es doch gerade darum, Patientenautonomie und ärztliche Fürsorge (um-

gekehrt auch: ärztliche Autonomie und Patientenselbstfürsorge) nicht gegeneinander auszuspielen, sondern in ihren dialektischen, beziehungsethischen Wechselverhältnissen zu begreifen. Und der Zuschrift des Kollegen Kruse entnehmen wir eine wenig hilfreiche Position, wenn er immer noch von dem sachlich und rechtlich falschen Begriff des „Patiententestaments“ ausgeht.

Unser zentrales Anliegen ist nicht die vollkommene Ablehnung der Patientenverfügungen, sondern die Kritik ihrer oft undifferenzierten und illusionären Verwendung mit Blick auf die Wünsche und Motive in der Bevölkerung für ein „Sterbenkönnen in Würde“. Eine Patientenerklärung kann sehr wohl dazu beitragen, dem Patientenwillen jenes Gewicht zu verleihen, wie es die Handreichungen der Bundesärztekammer unterstreichen. Es muss jedoch geklärt sein, dass über das ethische Fürsorgegebot des Arztes genauso wenig „verfügt“ wie der Wille des Patienten wegen paternalistischer Ambitionen des Arztes übergangen werden darf. Der erklärte Wille eines Patienten für ein Sterben in Würde begründet keinen absoluten Anspruch, sondern bildet nur eines von vier gleichrangigen, relationalen medizinethischen Prinzipien (Beauchamp & Childress 1994). Weil außerdem ein Arzt (als anderer und Teil des Zwischenmenschlichen) mit verletzt wird, wenn er einem Patienten dabei hilft, dessen Wohlergehen in selbstschädigender Weise zu verletzen, kann ein Arzt angehalten sein, sein Fürsorgegebot aktiv wahrzunehmen (Dörner 2001). Wenn diese Auffassung vom Kollegen Schröter-Kunhardt als „unrealistisch“ eingeschätzt wird, können wir dies nur als Hinweis für die vielerorts entwürdigende Realität unseres Gesundheitswesens verstehen: Im neuen Diagnosen- und Prozedurenkatalog des Fallpauschalengesetzes für Krankenhäuser (DRG-System) ist „Sterben“ nicht vorgesehen. Zukünftig könnten Sterbensranke aus dem Krankenhaus nach Hause oder ins Pflegeheim aus ökonomischen Gründen entlassen werden müssen. Ob dort ein „Sterbenkönnen in Würde“ möglich ist, soll mit Hinweis auf die allgemeine Situation in der Pflege dahingestellt gelassen sein. Und wir können Herrn Schröter-Kunhardt nur beipflichten, dass ein vehementer, persönlicher Protest gegen diese entwürdigenden Be-

dingungen, die Patienten wie Ärzten vom DRG-System aufgezwungen werden, vielleicht wichtiger ist, als eine Debatte auf dem Nebenschauplatz der Patientenverfügungen. Doch sehen wir in der gegenwärtigen Durchökonomisierung des Gesundheitswesens eine gefährliche Möglichkeit zum Missbrauch von Patientenverfügungen als „Türöffner“ für eine aktive „Euthanasie“.

Dem Kollegen Borasio können wir beipflichten, wenn er darauf hinweist, dass im palliativmedizinischen Kontext eine Patientenverfügung eine authentische Rolle für eine dialogische Arzt-Patienten-Beziehung spielen kann. Ein gutes, respektables Zusammenwirken aller Beteiligten (Patient, Arzt, Pflegekräfte, Angehörige) kann dem Willen und dem Wohlergehen von Sterbenden nützen. Eine partnerschaftliche Praxis, die sich dem humanen Würdegebot für Sterbende tatsächlich stellt, findet sich heute am ehesten auf Palliativstationen und in Hospizeinrichtungen, die allerdings nur circa 20 000 der bundesweit jährlich 800 000 Sterbenden aufnehmen können.

Die Beiträge von Bickhardt, Rummel und Reuke sprechen sich aufgrund persönlicher Erfahrungen für den Einsatz von Patientenverfügungen aus. Sie verweisen zu Recht auf unbewusste Allmachts- und Unsterblichkeitsfantasien sowie betonen sie das Bemühen um eine Auseinandersetzung mit dem Sterben im christlichen Kontext. Es ist klar: Willenserklärungen des Patienten sind bindend, ohne Zustimmung keine Behandlung! Bei Vorliegen von Einwilligungsunfähigkeit können Patientenerklärungen hilfreich und klärend sein, sie sind aber keine Garantie für ein Sterbenkönnen in Würde. Das in Patientenverfügungen zum Ausdruck kommende Bedürfnis vieler Menschen nach einem Sterbenkönnen in Würde verstehen wir deshalb vorrangig als Appell, eine Medizin um jeden Preis (Maximalmedizin) durch ausreichende palliativmedizinische und hospizliche Angebote zu überwinden. Dies erscheint uns zugleich als der beste Weg, einer Legalisierung von aktiver „Euthanasie“ wie in den Niederlanden und Belgien wirkungsvoll zu begegnen.

Für das Autorenteam:

Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Zieger,
Evangelisches Krankenhaus Oldenburg, Station für
Frührehabilitation, Steinweg 13–17, 26122 Oldenburg