

ÄRZTETAG 2013



*Die  
Patientenverfügung*

im Spannungsfeld von  
Selbstbestimmung und  
ärztlicher Verantwortung

*Dokumentation*



Erzbistum  
Paderborn



# Inhaltsverzeichnis

## **Erzbischof Hans-Josef Becker**

Die Patientenverfügung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und ärztlicher Verantwortung – Eröffnungsworte .....	4
--	---

## **Prof. Dr. med. Axel W. Bauer**

Sinnvolle Wahrnehmung der Selbstbestimmung oder leichtfertige Preisgabe des Lebensschutzes? Zur Ambivalenz der Patientenverfügung in der Ära der forcierten Sterbehilfe .....	7
--	---

## **Msgr. Prof. Dr. theol. Dr. phil. Peter Fonk**

Patientenverfügungen – Entlastung oder Belastung für das Gewissen der Ärzte? .....	19
---	----

<b>Anfragen und Antworten – Auszüge aus dem Plenumsgespräch .....</b>	<b>32</b>
---	-----------

Biographische Hinweise zu den Referenten .....	42
--	----

Dokumentationen der Ärztetage .....	43
-------------------------------------	----

---

Hrsg.: Erzbischöfliches Generalvikariat  
Hauptabteilung Pastorale Dienste  
Redaktion: Dr. Werner Sosna  
Domplatz 3  
33098 Paderborn

# **Die Patientenverfügung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und ärztlicher Verantwortung**

## **Eröffnungsworte**

**von Erzbischof Hans-Josef Becker**

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Mitbrüder!

Zu unserem diesjährigen Ärztetag hier im Paderborner Heinz Nixdorf MuseumsForum heiÙe ich Sie alle herzlich willkommen! Ich freue mich daher sehr, dass Sie die Einladung hierhin angenommen haben und diese Tagung erneut mit Ihrer Bereitschaft zum Hören, Fragen und Besprechen eines wichtigen Themas im Schnittpunkt von Medizin, Kirche und Gesellschaft unterstützen. Denn es ist mir ein wichtiges Anliegen, dass wir uns als Kirche nicht von den Fragestellungen verabschieden, die Menschen in ihrer jeweiligen Zeit und Kultur bewegen und auf die sie nach Antworten suchen.

Hier sieht die Kirche ihre pastorale und sozialetische Verantwortung, sich in den Dialog der Wissenschaften und gesellschaftlichen Leitbilder mit einzubringen. Diese Form eines interdisziplinären Miteinanders versteht sich nicht als eine Einmischung von auÙen in Bereiche, in denen wir als Kirche nichts zu suchen hätten, sondern entspringt der gemeinsamen Suche nach dem, was für das Leben der Menschen als gut und richtig angesehen werden kann. Dabei geht es um nichts weniger, als die im Horizont des christlichen Menschenbildes gewonnenen lebensdienlichen Perspektiven argumentativ vorzustellen und zum Beispiel für den Bereich der medizinischen Ethik zu reflektieren.

Als Erzbischof von Paderborn freue ich mich, dass wir in einem solchen Austausch miteinander stehen können und Sie diesen Dialog für das ärztliche Ethos so hoch schätzen.

Unser diesjähriger Ärztetag ist einer besonderen Situation des Arzt-Patienten-Verhältnisses gewidmet. Dieses Verhältnis ist durch den

Umstand bestimmt, dass der Patient nicht mehr in der Lage ist, Entscheidungen zu treffen oder in bestimmte ärztliche Behandlungsmaßnahmen einzuwilligen. Im Vorausblick auf solche Situationen ermöglicht die Patientenverfügung eine weitreichende Formulierung von rechtlich bindenden Behandlungswünschen. Mit der gesetzlichen Regelung zur Patientenverfügung im September 2009 sollte deshalb ein Instrument geschaffen werden, dass sowohl dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten entspricht als auch dem Arzt Handlungssicherheit ermöglicht im Blick auf die notwendigen Behandlungsmaßnahmen.

Aus der Sicht des Patienten steht hierbei ein hohes ethisches Gut im Vordergrund, nämlich die eigene Vorsorge! Ich zitiere hierzu kurz aus einem noch nicht veröffentlichten Entwurf des Diözesanen Ethikrates: *Denn „grundsätzlich ist es wünschenswert, dass wir Vorsorge für Phasen des Lebens treffen, in denen wir nicht mehr entscheidungsfähig sind. Aus christlicher Sicht nutzt der Mensch in der Selbstbestimmung die ihm von Gott in der Schöpfung geschenkte Freiheit. Im verantwortlichen Gebrauch dieser Freiheit wird er seiner Berufung als Ebenbild Gottes gerecht. Selbst Vorsorge zu treffen, trägt deshalb dazu bei, die Würde des Menschen auch in den sehr schutzbedürftigen Phasen des Lebens zu erhalten, in denen der Mensch in außerordentlichem Maß von der Unterstützung und dem Respekt anderer abhängig geworden ist.“<sup>1</sup>*

Diesen Überlegungen wird wohl jeder von uns unmittelbar zustimmen können. Dennoch bleibt das Thema Patientenverfügung mit einer grundsätzlichen Ambivalenz behaftet, denn die Frage, wie verantwortlich gestaltete Freiheit aussieht, wird individuell und gesellschaftlich mit ganz unterschiedlichen Positionen beantwortet. Denn während auf der einen Seite die Autonomie des Patienten zum alleinigen Maßstab und Richtwert des Handelns erhoben wird, bleibt auf der anderen Seite die Rückfrage nach dem gleichfalls ethisch geforderten Prinzip der Fürsorge für den Patienten in dieser Situation.

Denn angesichts einer unmissverständlichen und weitreichenden gesellschaftlichen Haltung, die unheilbare Krankheit, Leiden und Einsamkeit im Alter heute stigmatisiert, sind entsprechende Handlungsvorschläge nicht

---

<sup>1</sup> Entwurf der Arbeitsgruppe „Vorsorgevollmacht“ des Diözesanen Ethikrates im Caritasverband für das Erzbistum PB e.V

fern. Umso hellhöriger wird man daher sein müssen, wenn die gesetzliche Regelung<sup>2</sup> zur Patientenverfügung festlegt, dass die Patientenverfügung auch unabhängig vom Stadium einer Erkrankung gültig ist.

In diesem Zusammenhang aber stellt zum Beispiel die im vergangenen Jahr veröffentlichte Empfehlung<sup>3</sup> des Diözesanen Ethikrates zum „Umgang mit Patientenverfügungen“ fest:

*Die gegenwärtige Gesetzeslage schützt rechtlich auch solche Willensbestimmungen eines Patienten, die (wie z. B. der Suizid durch Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen außerhalb der Sterbephase) moralisch hochgradig umstritten sind. Das christliche Menschenbild lehnt solche Handlungen ab, da sie eine Totalverfügung über das eigene Leben und eine Missachtung des natürlichen Todes darstellen.*

Zu dieser Problematik der sogenannten „Reichweitenbegrenzung“, die das Gesetz ausdrücklich nicht vorsieht, und weiteren ethischen Konfliktfeldern werden wir gleich die Ausführungen der Referenten hören.

Ein weiteres Kernanliegen in diesen Fragestellungen möchte ich an dieser Stelle jedoch auch betonen, da es ebenfalls mit Ihrer Verantwortung als Ärztin oder Arzt verbunden ist: das ist die medizinische Information und ärztliche Beratung des Patienten im Vorfeld der Erkrankung. Nur so scheint es mir möglich sicherzustellen, dass nicht unüberlegt oder verfrüht Behandlungsmöglichkeiten ausgeschlossen werden, die dem Wohle des Patienten dienen. Wir werden nicht umhinkönnen, das Zueinander einer selbstbestimmten Vorsorge des Patienten mit dem Wissen und der bleibenden Fürsorge des Arztes in Verbindung zu halten. Dies ist übrigens auch das zentrale Votum unserer Handreichung „Christliche Patientenvorsorge“<sup>4</sup>, die im letzten Jahr von der Deutschen Bischofskonferenz gemeinsam mit dem Rat der Evangelischen Kirche Deutschlands und der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland herausgegeben worden ist.

---

<sup>2</sup> Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechtes, hier §1901a III BGB

<sup>3</sup> Diözesaner Ethikrat im Caritasverband für das Erzbistum PB e.V., Paderborn 2012

<sup>4</sup> Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung. Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland, 2012, hier S. 12 (Fürsorge im Respekt vor der Selbstbestimmung des Anderen)

# **Sinnvolle Wahrnehmung der Selbstbestimmung oder leichtfertige Preisgabe des Lebensschutzes?**

## **Zur Ambivalenz der Patientenverfügung in der Ära der forcierten Sterbehilfe**

**von Axel W. Bauer**

Nur wenige Szenarien lösen in der westlichen Konsum- und Leistungsgesellschaft so substanzielle, ja archaische Ängste aus wie der Gedanke an den trotz allen medizinischen Fortschritts eines Tages unvermeidlich nahenden eigenen Tod. Im Zustand der – oft nur vermeintlichen – Gesundheit glauben wir, unsere Entscheidungen frei und autonom treffen zu können. Was passiert aber, wenn diese, womöglich generell nur hypothetische und jedenfalls in ihrem Ausmaß überschätzte Autonomie zusätzlich durch eine schwere Krankheit eingeschränkt wird?

In einem 1998, also vor 15 Jahren, publizierten Illustrierten-Interview propagierte der Schriftsteller Martin Walser (geb. 1927) mit folgenden Worten den Suizid: „Ich finde es toll. Ich möchte nicht eines natürlichen Todes sterben, weil der natürliche Tod der schlimmstmögliche ist“ [13]. Walser ließ damals einen sehr hohen, vielleicht den höchsten Leitwert unserer westlichen Zivilisation anklingen, nämlich die Selbstbestimmung des Individuums, die zuletzt in der Entscheidung über den Zeitpunkt des eigenen Todes ihren Ausdruck finden sollte. Allerdings erfreute sich der damals 71- und mittlerweile 86-jährige Autor offenbar einer recht guten Gesundheit, ein Zustand, in dem es sich leicht über das in ungewisser Zukunft und hoffentlich in weiter Ferne liegende Lebensende spekulieren lässt. Wenn es jedoch wirklich ernst wird, sieht die Lage meist ganz anders aus: Die Handlungsfähigkeit ist durch eine schwere Krankheit, starke Schmerzen, durch Hoffnungslosigkeit, das elementare Gefühl der Angst oder durch eine länger anhaltende Bewusstlosigkeit erheblich eingeschränkt.

Kontroverse Diskussionen um Sinn, Nutzen und Grenzen medizinischer Behandlung bei Patienten, die sich in Folge schwerer Erkrankung unaufhaltsam dem Lebensende nähern, sind umso stärker in Gang gekommen, je mehr die therapeutischen Möglichkeiten ausgeweitet werden konnten. Stets geht es dabei im Vordergrund – zumindest rhetorisch – um die Wahrung der Selbstbestimmung betroffener Patientinnen und Patienten. Doch was bedeutet dieser Begriff angesichts eines oft nicht mehr selbst entscheidungsfähigen, schwer erkrankten Menschen? In medizinethischen und medizinrechtlichen Zusammenhängen geht es bei dem Recht auf Selbstbestimmung, das sich aus Artikel 2 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 1 Absatz 1 des Grundgesetzes ableiten lässt, zunächst um ein verfassungsrechtlich garantiertes Abwehrrecht, welches verhindern soll, dass (ärztliche) Handlungen gegen den Willen eines Patienten vorgenommen werden. In dieser „Minimalvariante“ präsentierte sich jene Botschaft der ersten Jahre der modernen Medizinethik, die in der Öffentlichkeit am meisten wahrgenommen wurde, weil sie im Gegensatz zu den traditionellen Werten Fürsorge, Schadensvermeidung und Gerechtigkeit als der einzig innovative moralische Wert erschien [2, 7, 12].

In den letzten Jahren hat sich nun die Tendenz verstärkt, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten dominant in den Vordergrund medizinethischer Betrachtungen zu rücken. Vermutlich liegt eine gewisse Tragik dieser Entwicklung darin, dass es ausgerechnet das Thema *Sterbehilfe* ist, an dem sich dieses Recht vorrangig bewähren soll. Man gewinnt den Eindruck, dass Selbstbestimmung in der Medizinethik zu identifizieren sei mit einem moralischen Recht auf den selbst bestimmten Todeszeitpunkt.

Die ständig wiederholte Rede vom *selbst bestimmten Sterben* oder gar vom *Sterben in Würde* (*Dignitas* – auf Deutsch also *Würde* lautet der Name einer bekannten Schweizer Sterbehilfeorganisation) sollte uns irritieren. Während die tatsächlichen Freiheitsgrade der Bürgerinnen und Bürger etwa auf dem Arbeitsmarkt oder bei politischen Wahlen zunehmend geringer werden, redet man uns ein, bisher ungeahnte Spielräume ausgerechnet beim Sterben zu haben. *Wohin mit Oma?* fragte passend dazu die Titelgeschichte des Wochenmagazins DER SPIEGEL am 9. Mai 2005, in der über den Pflegenotstand in Deutschland berichtet wurde. Ein Leser merkte dazu im folgenden Heft an: „Gerade weil Ihr Beitrag fair und



realistisch ist, bleibt wohl nur eine Konsequenz: lieber rechtzeitiger Abgang als die Beisetzung in einem Altersheim“. Dieser Leser hatte die im Artikel selbst gar nicht ausformulierte Hintergrundbotschaft offenbar verstanden und eine resignative Schlussfolgerung gezogen.

Ein weiteres Beispiel für die in unserer Gesellschaft inzwischen offenbar allgemein akzeptierte, geradezu feindselige Einstellung gegenüber Pflegeheimen illustriert ein Artikel aus der Tageszeitung BILD im November 2008: Kurz vor dem Tod ihres nach einem Schlaganfall drei Wochen lang komatösen 68 Jahre alten Ehemannes, des Schauspielers Michael Hinz (1939-2008), trat die mit ihm seit 40 Jahren verheiratete 64-jährige Schauspielerinnen Viktoria Brams (geb. 1944) ans Krankenbett und sprach zu ihm: „Du willst doch nicht ins Heim, oder?“ Die Witwe berichtete der Zeitung: „Ich habe so gehofft, dass er mich im Koma hört. [...] Ich bin mit ihm gemeinsam in seinem Zimmer eingeschlafen, doch er ist nicht mehr aufgewacht“ [11].

„Sei gesund und fit – oder stirb wenigstens rasch!“ So könnte man jene inhumane Alternative in einem knappen Satz zusammenfassen, die – als „Selbstbestimmungsrecht“ verpackt – den älter werdenden Menschen Tag für Tag auf mehr oder weniger subtile Weise nahe gebracht wird. Und das hat Folgen: Nach einer vom Institut für Demoskopie in Allensbach schon 2008 durchgeführten repräsentativen Umfrage wäre die Mehrheit der deutschen Bevölkerung für die Legalisierung der nach § 216 StGB strafbaren *Tötung auf Verlangen* („aktive Sterbehilfe“). 58 Prozent der rund 1.800 Befragten befürworteten den Standpunkt, unheilbar kranke Menschen auf deren Wunsch hin zu töten. Nur 19 Prozent waren dagegen, 23 Prozent konnten sich bei dieser Fragestellung nicht entscheiden. Die erlaubte so genannte *passive Sterbehilfe*, also die Unterlassung oder den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen, befürworteten 72 Prozent der Befragten. Dagegen waren 11 Prozent, unentschieden 17 Prozent [15].

Selbst überraschend viele Ärzte in Deutschland sind inzwischen dafür, Patienten beim Suizid zu unterstützen oder sogar auf ihren Wunsch hin deren Leben beenden zu dürfen. Das geht aus einer ebenfalls 2008 vom Meinungsforschungsinstitut *TNS Healthcare* erstellten Studie hervor, für die 483 Ärzte befragt wurden, die regelmäßig Schwerstkranke behandelten.

Danach würden 35 Prozent eine Regelung befürworten, die es Ärzten ermöglichte, Patienten mit schwerer, unheilbarer Krankheit beim Suizid zu unterstützen. 16,4 Prozent der Befragten sprachen sich für eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen aus [10].

Wenn sich sogar Ärzte in einer namhaften Anzahl für die Erlaubnis der Tötung auf Verlangen aussprechen, dann ist es jedenfalls kein Wunder, dass erst recht das von Juristen, Medizinethikern, Politikern und Medien entfachte Bedürfnis vieler Menschen wächst, mithilfe der so genannten *Patientenverfügungen* Vorkehrungen gegen den „natürlichen“ Sterbeprozess zu treffen. Durch eine Patientenverfügung weist der Unterzeichner seinen späteren Bevollmächtigten, seinen gesetzlichen Betreuer beziehungsweise die ihn später einmal behandelnden Ärzte im Voraus an, im Falle seiner etwa eintretenden Einwilligungsunfähigkeit bestimmte medizinische Behandlungen zu unterlassen. In der Praxis geht es fast ausschließlich um Wünsche nach einem Therapieverzicht beziehungsweise nach einem Therapieabbruch mit der Folge des Todes.

Das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten steht seit der am 1. September 2009 in Kraft getretenen Reform des Betreuungsrechts nunmehr fast solitär im Mittelpunkt der einschlägigen Debatten – zumindest rhetorisch. Was von einem einwilligungsfähigen Bürger als Verfügung niedergeschrieben wurde, soll im Zustand seiner späteren Einwilligungsunfähigkeit von dem gerichtlich bestimmten Betreuer oder dem vom Patienten selbst ernannten Bevollmächtigten darauf hin geprüft werden, ob es mit der konkreten Lebenslage des Betroffenen noch übereinstimmt. Ist das der Fall, so muss der Arzt die vom Betreuer oder Bevollmächtigten interpretierten Vorgaben des Patienten befolgen, was den Abbruch lebenserhaltender Therapien einschließt.

Im Einzelnen bestimmte das Dritte Betreuungsrechtsänderungsgesetz [8]:

1. Das Rechtsinstitut der Patientenverfügung wurde im Betreuungsrecht verankert und die Schriftform als Wirksamkeitsvoraussetzung eingeführt.
2. Die Aufgaben eines Betreuers oder Bevollmächtigten beim Umgang mit einer Patientenverfügung und bei Feststellung des Patientenwillens

wurden geregelt und dabei klargestellt, dass der Wille des Betroffenen unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung zu beachten ist.

3. Festlegungen in einer Patientenverfügung, die auf eine verbotene Tötung auf Verlangen gerichtet sind, bleiben unwirksam.
4. Besonders schwerwiegende Entscheidungen eines Betreuers oder Bevollmächtigten über die Einwilligung, Nichteinwilligung oder den Widerruf der Einwilligung in ärztliche Maßnahmen bedürfen bei Zweifeln über den Patientenwillen der Genehmigung des Betreuungsgerichts.
5. Der Schutz des Betroffenen sollte durch verfahrensrechtliche Regelungen verbessert werden.

Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, muss der Bevollmächtigte oder der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Patienten feststellen und auf dieser Grundlage entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten (§ 1901a Abs. 2 BGB). Bei der Feststellung des Patientenwillens oder der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist (§ 1901b Abs. 2 BGB).

Die Patientenverfügung gewinnt in der ärztlichen Praxis seit ihrer gesetzlichen Einführung als Rechtsinstitut zunehmend an Bedeutung. So gaben in einer Umfrage der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe aus dem Jahr 2013 rund 23 Prozent der Befragten an, bereits eine Patientenverfügung zu haben. Nach einer ebenfalls 2013 veröffentlichten Straßenbefragung von 1.000 Bundesbürgern besitzen angeblich sogar 54 Prozent der über 65-jährigen Bürgerinnen und Bürger eine Patientenverfügung [16]. Da die vorhandenen Patientenverfügungen jedoch längst nicht alle den konkret eintretenden Fall korrekt antizipieren, bedeutet dies in der Realität, dass auch heute noch in der Mehrzahl der Fälle von Betreuern und

Bevollmächtigten nach dem lediglich *gemutmaßten* Willen des Betroffenen entschieden werden muss, also nach dem unstreitig schwächsten Surrogat für eine selbst bestimmte Handlungsweise, und zwar im Falle eines Konsenses zwischen Betreuer oder Bevollmächtigtem und Arzt ohne gerichtliche Kontrolle (§ 1904 Abs. 4 BGB). Somit wurde statt der erhofften Stärkung der Selbstbestimmung des Patienten in Wahrheit der Fremdbestimmung über nicht mehr einwilligungsfähige Menschen Tür und Tor geöffnet.

Doch mit der 2009 getroffenen Entscheidung des Gesetzgebers über die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen war und ist das Thema *Sterbehilfe* längst nicht abgeschlossen. Schon unmittelbar nach der Bundestagswahl vom 27. September 2009 begann die nächste Runde im Liberalisierungswettbewerb um das so genannte „selbstbestimmte“ Sterben. In dieser Phase der Eskalation ging es - und geht es bis heute - um die Legalisierung der (ärztlichen) Beihilfe zur Selbsttötung. Die christlich-liberale Bundesregierung führte dazu in ihrem Koalitionsvertrag vom 26.10.2009 lapidar aus: „Die gewerbsmäßige Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung werden wir unter Strafe stellen.“ Es stand zu befürchten, dass auf diese Weise im Ergebnis eine nicht gewerbsmäßige Vermittlung von Suizidassistenzdiensten privilegiert und somit moralisch wie politisch aufgewertet werden würde.

Fast wäre es auch so gekommen, denn tatsächlich sollte noch kurz vor dem Ende der 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages im Frühjahr 2013 nach dem Willen der Bundesregierung ein Gesetz beschlossen werden, das durch einen neu zu schaffenden § 217 StGB die derzeit quantitativ irrelevante „gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung“ unter Strafe gestellt hätte. Dieses Vorhaben, das in etwa so sinnvoll gewesen wäre, als würde man in der Sauna das Frieren verbieten, wurde Anfang Mai 2013 – vermutlich aus wahltaktischen Erwägungen – gleichsam in letzter Minute von der Bundeskanzlerin höchstpersönlich gestoppt, nicht ohne vorherigen massiven Druck vonseiten christlich-konservativer Politiker, Juristen und Medizinethiker [6].

Der vom Bundesjustizministerium vorgelegte Entwurf zum § 217 StGB bezog die tatsächlich existierende organisierte und die private Suizidbeihilfe im engsten Familienkreis, bei der keine Gewinnerzielungsabsicht

erkennbar ist, nicht in die geplante Strafbarkeit mit ein. Vereine, die keine gewerbsmäßige Suizidbegleitung im engeren Sinne leisten, wie etwa die Vereine „Dignitas Deutschland“ oder Roger Kuschs „SterbeHilfeDeutschland“, hätten sich künftig in ihrem Tun sogar legitimiert und geradezu bestätigt fühlen können. Viel interessanter als das, was der Gesetzentwurf zu regeln vorgab, erscheint daher das, was er ausdrücklich ungeregelt lassen wollte und somit geradezu privilegiert hätte.

Was waren die offiziell genannten Gründe für diesen, sein vorgebliches Ziel komplett verfehlenden „Gesetzestrojaner“? Ethisch überzeugende Argumente konnten es jedenfalls nicht sein, denn eine an sich gute oder wenigstens moralisch neutrale Handlung wird nicht dadurch schlecht, dass sie Geld kostet. Niemand würde beispielsweise von einem Bäckermeister verlangen, dass er seine Brötchen verschenken müsse, um nicht einer sozial unwertigen Kommerzialisierung der Nahrungsmittelversorgung Vorschub zu leisten. Auch würde niemand von einem Bildenden Künstler fordern, dass er die von ihm gemalten Bilder kostenlos abzugeben habe, damit er nicht eine sozial unwertige Kommerzialisierung der Kunst befördere.

Umgekehrt aber wird eine an sich schlechte Handlung auch nicht dadurch gut, dass sie gratis zu haben ist. So wird etwa die Tat eines Denunzianten auch dann nicht als lobenswert betrachtet, wenn er seine Freunde lediglich privat und im Rahmen eines Hobbys verrät, ohne Geld für die weitergegebenen Informationen zu verlangen. Und ein Hehler, der Diebesgut ohne eigenen Gewinn in den Verkehr brächte, wäre kein Wohltäter, sondern allenfalls töricht. Die richtige Intuition, dass die Mitwirkung am Suizid eines anderen Menschen keine ethisch akzeptable Tat ist, gründet in der Sache selbst und nicht im etwaigen finanziellen Gewinn des Sterbehelfers.

Es musste deshalb andere Gründe für die übers parlamentarische Knie gebrochene, nur scheinbare strafrechtliche Begrenzung einer Mitwirkung am Suizid geben. Nun bringt es die prognostizierte demografische Alterung der Bevölkerung in Deutschland mit sich, dass immer mehr ältere Menschen in absehbarer Zukunft ein wesentlich längeres Dasein im Ruhestand erleben werden als ihre Eltern oder Großeltern, und dies selbst dann, wenn das Renteneintrittsalter auf 67 oder gar 70 Jahre angehoben werden sollte. Parallel dazu wird sukzessive die Lage der gesetzlichen

Rentenversicherung zugunsten privater Formen der Alterssicherung verschlechtert. So wurde der allgemeine Beitragssatz am 1. Januar 2013 um 0,7 Prozentpunkte von 19,6 Prozent auf 18,9 Prozent des Bruttolohns abgesenkt, und zum 1. Januar 2014 soll er womöglich nochmals fallen.

Mit zunehmendem Alter kommen mehr und kostspieligere Krankheiten auf uns zu. Wer sich mithilfe körperlicher Aktivität lange fit hält, wird die Krankheiten, die seine Eltern mit 75 Jahren trafen, gegebenenfalls erst mit 85 erleben; erspart bleiben sie ihm jedoch nicht. Damit steigen die Krankheits- und Pflegekosten während der letzten Phase des Lebens an. Denn es wäre eine Illusion zu glauben, wir stürben in der Zukunft nicht nur später, sondern sozusagen in „kerngesundem“ Zustand von heute auf morgen. Wie sähe aber das Ende alter und kranker Menschen in absehbarer Zeit aus, wenn es gelänge, sie schon weit im Vorfeld des Todes davon zu überzeugen, dass ein freiwilliger Abgang nach einem erfüllten Leben eine Tugend, gar eine soziale Verpflichtung sei? Schon heute kennen wir jene euphemistischen Begriffe, mit denen in der modernen Medizinethik gerne gearbeitet wird, um das Grauen zu bannen und die Tatsachen schönzufärben. So macht es eben einen erheblichen Unterschied, ob man von „aktiver Sterbehilfe“ oder von „Tötung auf Verlangen“ spricht. Der erste Begriff klingt nach einem Akt der Humanität, der zweite nach einem zu Recht strafbewehrten Delikt gegen das Leben. Gemeint ist aber jeweils derselbe Sachverhalt.

Demografisch geht es vor allem um die geburtenstarken Jahrgänge 1950 bis 1970, die erst in einigen Jahrzehnten „sterben wollen“ sollen. Denn in den Jahren nach 2025 müssen immer weniger arbeitsfähige Bürger die Renten für die Senioren dieser Kohorte erwirtschaften, die dann gut ein Viertel unserer Bevölkerung ausmachen werden. Angesichts der wenig erfreulichen Aussicht, dass infolge der in Deutschland vergleichsweise moderaten Löhne und der bewusst niedrig angesetzten Beitragssätze zur gesetzlichen Rentenversicherung das relative Rentenniveau in 20 Jahren deutlich unter dem gegenwärtigen liegen wird, muss man durchaus die Frage stellen, ob sich die augenzwinkernde und auffällige politische Toleranz für die Mitwirkung am Suizid künftig tatsächlich nur auf Schwerstkranke in einem medizinischen Finalstadium beziehe.

Der von dem Berliner Mediziner und Hochschullehrer Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836) überlieferte Ausspruch, der Arzt, der sich an der Tötung eines Patienten beteilige, sei „der gefährlichste Mann im Staate“, findet heute kaum noch öffentliche Resonanz. Die theoretische Richtigkeit des diesem Satz zugrunde liegenden Arguments der schiefen Ebene wird von manchen Philosophen bestritten, obwohl das Faktum selbst jedenfalls historisch-empirisch gut belegt ist. Die von diesem Argument prognostizierte allmähliche, aber unaufhaltsame mentale Nivellierung moralischer Grenzen im Bewusstsein der Bürgerinnen und Bürger benötigt allerdings geraume Zeit, und deshalb müsste ein Gesetz, das die Sterbehilfe fördern soll, mindesten zehn bis fünfzehn Jahre früher in Kraft gesetzt werden, als dies praktisch gesehen erforderlich wäre. Dann werden Hemmschwellen fallen, die heute vor allem noch deshalb vorhanden sind, weil 93 Prozent der Bürger die diesbezügliche Rechtslage nicht kennen und irrtümlich glauben, Anstiftung und Beihilfe zum Suizid seien in Deutschland derzeit strafbar [4].

Infolge der fehlenden Rechtswidrigkeit des Suizids verbietet das deutsche Strafgesetzbuch diese beiden lediglich akzessorischen Tatbestände in Wirklichkeit aber nicht, und auch das ärztliche Standesrecht wird hier zunehmend ausgehöhlt. So hat die Bundesärztekammer zwar im Jahre 2011 eine neue Musterberufsordnung erstellt. Doch rechtsverbindlich sind nur die auf dieser Grundlage von den einzelnen Landesärztekammern verabschiedeten Berufsordnungen für die Ärzte des jeweiligen Bundeslandes.

In § 16 der Musterberufsordnung wurde 2011 ein ausdrückliches standesrechtliches Verbot der Suizidbeihilfe aufgenommen: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ Doch die entscheidenden Sätze 2 und 3 gewinnen erst ihre formale Wirksamkeit, wenn sie in die Berufsordnungen der einzelnen Landesärztekammern übernommen wurden. Und genau hier beginnt das Problem. Denn keineswegs geht die Stimmung in allen Bezirks- und Landesärztekammern einhellig dahin, Suizidbeihilfe gehöre nicht zu den Aufgaben des Arztes. Vielmehr gibt es durchaus Bestrebungen, den Willen der Bundesärztekammer durch stille Opposition zu unterlaufen.

Relativ maßvoll, wenn auch keineswegs zufällig gewählt erscheint hier die Abweichung in der Berufsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 26.11.2011, in welcher der Satz *Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten* in den Satz *Sie sollen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten* relativiert wurde. Wesentlich weiter ging die Bayerische Landesärztekammer, die in der Neufassung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 9.1.2012 in § 16 die Sätze 2 und 3 aus der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer gar nicht übernommen hat. Damit schließt das Bayerische Landesrecht die ärztliche Mitwirkung am Suizid nicht mehr grundsätzlich aus. In gleicher Weise hat sich die Landesärztekammer Baden-Württemberg in ihrer Berufsordnung vom 10.12.2012 entschieden. Die Sätze 2 und 3 der Musterberufsordnung, denen zufolge es verboten ist, Patienten auf deren Verlangen zu töten, sowie das Verbot der ärztlichen Mitwirkung bei der Selbsttötung fehlen in der Neufassung.

Damit dürften sowohl im Freistaat Bayern als auch in Baden-Württemberg genügend Ärzte bereit stehen, die gegebenenfalls ärztliche Suizidassistenten auf nicht gewerbsmäßige Weise leisten würden. Dies ist ein Novum in der Geschichte der Medizin, nämlich ein bewusster standesrechtlicher Bruch mit jener seit 2400 Jahren gepflegten Tradition des Hippokratischen Eides, die jede Beteiligung an der Tötung oder Selbsttötung eines Patienten kategorisch ausschließt. Indem einerseits Strafrechtler auf das ärztliche Landesrecht und andererseits ärztliche Landesvertreter auf das staatliche Strafrecht verweisen, hat sich bei der ärztlichen Mitwirkung am Suizid eine Strafbarkeitslücke aufgetan, die sowohl in rechtlicher als auch in ethischer Hinsicht bedrückend ist.

Wir werden mit hoher Wahrscheinlichkeit damit rechnen müssen, dass mancher Hausarzt in nicht allzu ferner Zukunft neben der ersten auch die letzte Hilfe als Kassenleistung anbieten wird. Der Fachmann für die Erhaltung des gefährdeten menschlichen Lebens könnte dann zugleich als Experte für dessen vorsätzliche Beendigung in Erscheinung treten, und dies im Namen von Mitleid und Humanität. Welcher Patient wird solchen Ärzten noch sein Vertrauen schenken? [3, 5, 9]



## Literaturverzeichnis

- [1] Bauer, Axel W.: Hippokrates' Albtraum. Selbsttötung: Der Medizinrechtler Jochen Taupitz plädiert dafür, dass Ärzte künftig als Suizidassistenten tätig werden dürfen. Doch das wäre das Aus des ärztlichen Ethos. Rheinischer Merkur 64 (2009), Nr. 12 (19.3.2009), S. 4.
- [2] Bauer, Axel W.: Grenzen der Selbstbestimmung am Lebensende. Die Patientenverfügung als Patentlösung? Zeitschrift für medizinische Ethik 55 (2009), S. 169-182.
- [3] Bauer, Axel W.: Todes Helfer. Warum der Staat mit dem neuen Paragraphen 217 StGB die Mitwirkung am Suizid fördern will. In: Krause Landt, Andreas: Wir sollen sterben wollen. Warum die Mitwirkung am Suizid verboten werden muss. Bauer, Axel W.: Todes Helfer. Warum der Staat mit dem neuen Paragraphen 217 StGB die Mitwirkung am Suizid fördern will. Schneider, Reinhold: Über den Selbstmord (1947). (= Edition Sonderwege bei Manuscriptum.) Manuscriptum Verlagsbuchhandlung Thomas Hoof KG, Waltrop und Leipzig 2013, S. 93-169.
- [4] Bauer, Axel W.: Falsch verstandene Liberalität: Der vorerst gestoppte Gesetzes-trojaner zum assistierten Suizid. Katholisches Sonntagsblatt. Das Magazin für die Diözese Rottenburg-Stuttgart 161 (2013), Nr. 36 (8.9.2013), S. 10-13.
- [5] Bauer, Axel W.: „Letzte Hilfe als“ als Kassenleistung? Ärztliche Suizidbegleitung ist ein Bruch mit der Tradition des Hippokratischen Eides. Katholisches Sonntagsblatt. Das Magazin für die Diözese Rottenburg-Stuttgart 161 (2013), Nr. 38 (22.9.2013), S. 26-27.
- [6] Beihilfe zur Selbsttötung (§ 217 StGB): Wer darf straffrei mitwirken? Dokumentation der Parlamentarischen Fachtagung in Berlin im Januar 2013. Lebensforum spezial, Sonderausgabe März 2013.  
[http://www.alfa-ev.de/fileadmin/user\\_upload/Lebensforum/2013/lf-spezial-2013-suizidhilfe-komplett.pdf](http://www.alfa-ev.de/fileadmin/user_upload/Lebensforum/2013/lf-spezial-2013-suizidhilfe-komplett.pdf) (*gelesen am 24.10.2013*).
- [7] Brody, Howard: The Healer's Power. Yale University Press, New Haven 1992, S. 48.
- [8] Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 29.7.2009. Bundesgesetzblatt I Nr. 48 vom 31.7.2008, S. 2286-2287.
- [9] Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer. Deutsches Ärzteblatt 110 (2013), S. A1580-A1586.  
<http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=145276> (*gelesen am 24.10.2013*).
- [10] Klinkhammer, Gisela: Umfrage zur Sterbehilfe: Palliativmedizin als Alternative. Deutsches Ärzteblatt 105 (2008), S. A2617.  
<http://www.spiegel.de/politik/debatte/0,1518,592070,00.html> (*gelesen am 24.10.2013*).
- [11] Marienhof-Star trauert um ihren Mann. BILD vom 8.11.2008, S.5.

- [12] Peintinger, Michael: Therapeutische Partnerschaft. Aufklärung zwischen Patientenautonomie und ärztlicher Selbstbestimmung. Springer, Wien, New York 2003, S. 42-50.
- [13] Sahner, Paul: Am Ende geht der Dichter baden. Martin Walser und sein neuer Roman: eine mysteriöse Liebesgeschichte mit wahrem Hintergrund. BUNTE Nr. 33 vom 9.8.2001, S. 80-83.
- [14] SPIEGEL-Gespräch: „Es gibt keinen Zwang zum Leben“. Jochen Taupitz, 55, Professor für Medizinrecht und Mitglied des Deutschen Ethikrats, über das Recht auf einen selbstbestimmten Tod, die Kommerzialisierung des Sterbens und seinen Vorschlag, Ärzte als qualifizierte Suizidhelfer einzusetzen. DER SPIEGEL 11/2009 vom 9.3.2009, S. 58-60.
- [15] Umfrage: Einstellung zur aktiven und passiven Sterbehilfe. Institut für Demoskopie Allensbach Nr. 14/2008. [http://www.ifd-allensbach.de/news/prd\\_0814.html](http://www.ifd-allensbach.de/news/prd_0814.html) (*gelesen am 15.12.2008 – inzwischen nicht mehr online*).
- [16] Umfrage: Immer mehr erstellen Patientenverfügung. vitafil. Das Gesundheitsmagazin aus Berlin. [http://www.vitafil.de/12130/umfrage-immer-mehr-erstellen-patientenveruegung\\_](http://www.vitafil.de/12130/umfrage-immer-mehr-erstellen-patientenveruegung_)(*gelesen am 24.10.2013*).
- [17] Urteil: Kusch darf keine Sterbehilfe mehr leisten. ZEIT ONLINE. [www.zeit.de/roger-kusch-2](http://www.zeit.de/roger-kusch-2) (*gelesen am 24.10.2013*). Dann halt nicht. Roger Kusch, der Ex-Senator und Suizidbegleiter gibt auf. Fünf Lebensmüden hat er zum Tod verholpen, dann stoppten ihn Verwaltungsrichter. DIE ZEIT Nr. 10 vom 26.2.2009, S. 9.

# Patientenverfügungen – Entlastung oder Belastung für das Gewissen der Ärzte?

von Msgr. Peter Fonk

## 1. Eine Frage des Gewissens

Bei der Frage, ob Patientenverfügungen eine Entlastung oder eine Belastung für das Gewissen der Ärzte darstellen<sup>1</sup>, lohnt zunächst ein Blick auf den Fall der niederländischen Ärztin Geertruida Postma-van Boven, der inzwischen mehr als vierzig Jahre zurück liegt. Er sollte aber nicht in Vergessenheit geraten, weil er das Tor aufstieß zu einer Diskussion, die damals in Deutschland noch weitgehend ein Tabu-Thema war: die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe, genauer der Tötung auf Verlangen.<sup>2</sup> Die Ärztin hatte ihre Mutter, die nach einem Gehirnschlag fast gelähmt war, nicht mehr sprechen konnte und unter ständigen Schmerzen litt, auf deren Verlangen durch eine Überdosis Morphium getötet. Der Chefarzt des Pflegeheims, in dem die Mutter seit ihrer Erkrankung untergebracht war, weigerte sich jedoch, den Totenschein zu unterzeichnen und zeigte stattdessen seine Kollegin an. Nach damaligem Recht hatte Geertruida Postma-van Boven noch mit einer Haftstrafe bis zu zwölf Jahren zu rechnen. Durch Unterschriftenaktionen und Solidaritätsbekundungen wurde aber schon bald erkennbar, dass ihr Handeln in der Bevölkerung weitgehend Verständnis und Zustimmung fand. Auf einer Ärzteverbandssitzung

---

1 Bei diesem Beitrag handelt es sich um eine gekürzte und leicht aktualisierte Fassung des Aufsatzes P. Fonk, *Die Patientenverfügung und das Recht auf Selbstbestimmung – eine Herausforderung an das Gewissen von Ärzten und Pflegepersonal*, veröffentlicht in F.-J. Bormann/V. Wetzstein (Hgg.), *Gewissen. Dimensionen eines Grundbegriffs medizinischer Ethik*, Berlin 2014 (erscheint voraussichtlich im März 2014).

2 Bei den drei bzw. vier Grundtypen der Sterbehilfe – aktive, passive und indirekte Sterbehilfe (sowie assistierter Suizid) – muss im Blick auf die aktive Sterbehilfe noch eine weitere Differenzierung vorgenommen werden „...zwischen der Intervention a) *auf Verlangen*, b) *ohne Verlangen* und c) *gegen den Wunsch des Betroffenen*. (...) Unter der Bedingung c) wird Sterbehilfe allerdings von niemandem ernstlich vertreten oder auch nur diskutiert; unter b) fallen etwa die Probleme von Neugeborenen-Euthanasie oder von Therapieverzicht bei irreversibel bewusstlosen Patienten; *zwischen a) und b)* schließlich fallen Fragen der Sterbehilfe nach Maßgabe entsprechender Voraussetzungen.“ (P. Fonk, *Recht auf Leben – Recht auf Sterben*, in: ders., *Christlich handeln im ethischen Konflikt. Brennpunkte heutiger Diskussion*, Regensburg 2000, 112-132, hier: 120).

der Provinz Friesland erklärten sich viele mit ihrer Kollegin solidarisch, ein Viertel von ihnen bekannte sogar, selbst schon Sterbehilfe geleistet zu haben.<sup>3</sup>

Am Ende wurde die angeklagte Ärztin vom Gericht der friesischen Provinzhauptstadt Leeuwarden zu einer symbolischen Freiheitsstrafe von einer Woche verurteilt. Als bemerkenswert ist aber nicht nur die Tatsache zu vermerken, dass die Strafe im Grunde nicht mehr als ein milder Tadel war und damals noch geltendes Recht nahezu außer Kraft setzte. Nicht weniger Beachtung verdient die Botschaft, die von elf mennonitischen Geistlichen an die Adresse der Ärzte erging, die sich selbst der Sterbehilfe bezichtigt hatten. Ihnen wünschte man die Kraft „zum Durchstehen der Spannungen, die ihnen erwachsen aufgrund des barmherzigen Gewissensbeschlusses betreffs Beendigung des Lebens“.<sup>4</sup>

Diese Solidaritätsbezeugung ist nicht unproblematisch. Zwar liegt ihr implizit eine Überzeugung zugrunde, die sich in der langen Geschichte abendländischer Theologie immer mehr durchgesetzt hat: Das Gewissen bindet den Einzelnen immer, selbst wenn es irrt. Es sündigt vielmehr der, der gegen sein Gewissen handelt. Thomas von Aquin, der diese bis heute richtungweisende Einsicht formuliert hat, fügt in seiner Schrift „De veritate“ allerdings sogleich eine wichtige Einschränkung hinzu: Nur das richtig urteilende Gewissen bindet absolut und für jeden Fall. Das irrende Gewissen hingegen bindet nur, solange der Irrtum besteht.<sup>5</sup> Damit bereitet Thomas in einem ersten Schritt die Errichtung eines Schutzwalls vor, der seine Gewissenslehre vor dem Einbruch radikaler Subjektivität bewahrt. Deren Folgen wären fatal, wenn die Freiheit der Gewissensentscheidung um den Preis des Wahrheitsverzichts erkaufte würde. Im nächsten Schritt würden die Inhalte beliebig und austauschbar, weil das Urteil über wahr oder falsch, Gut oder Böse, Recht oder Unrecht zur bloßen Privatsache erklärt würde. Am Ende bliebe von dem Prädikat „moralisch gut“ nur mehr ein Synonym für das gute Gefühl, und schuldig wäre nur, wer sich auch schuldig fühlt. Thomas erliegt dieser Gefahr nicht. Denn er weiß sehr wohl zu unterscheiden zwischen der moralischen Bewertung des Handelnden

---

3 Art. Euthanasie. Recht zu sterben, in: Der Spiegel (6/1973), 74.

4 Ebd.

5 De veritate, 17, 4.

und der moralischer Güte der Handlung. Das heißt also: Der Vorrang des Gewissens sagt selbst noch nichts aus über die Richtigkeit des Gewissensspruchs.

In der „Summa theologica“ entwickelt Thomas seine differenzierte Position weiter.<sup>6</sup> Auch dort setzt er sich mit dem Problem auseinander, ob man auch dem irrenden Gewissen gehorchen müsse. Diese Frage beantwortet er mit einem klaren Ja. Deshalb bleibt der Mensch, der streng nach seinem Gewissen handelt, frei von Schuld. Eine weitere Überlegung, die auf der Linie des Gedankens in „De veritate“ liegt, trägt dazu bei, den Schutzwall gegen eine alles überflutende Subjektivität um eine weitere Stufe zu erhöhen. Thomas sagt nämlich nicht, dass es genüge, sich nach seinem Gewissen zu richten damit die daraus folgende Tat als gut bezeichnet werden dürfe. Weil das Gewissensurteil irrig sein kann, darf die Handlung, die daraus folgt, nicht schon von vornherein im moralischen Sinne gut genannt werden.

Thomas, der sich in seiner Gewissenslehre auf eine Gratwanderung begibt, ohne die Freiheit der Gewissensentscheidung dem Wahrheitsanspruch preiszugeben, lässt schon erkennen, wie schwierig es ist, das Verhältnis zwischen subjektiver Intention und objektiver Handlung genau festzulegen. Es wäre falsch, die Absicht des Handelnden zu ignorieren; als einziges Kriterium für die moralische Bewertung einer Handlung kann sie jedoch nicht gelten.

Denn die radikal subjektivistische Position hat einen entscheidenden Schwachpunkt. Wenn der sittliche Wert oder Unwert einer Tat tatsächlich allein von der Intention abhinge, müsste in der Konsequenz jede Handlung gerechtfertigt und damit moralisch gut sein, wenn dies bereits von der Absicht des Handelnden her gilt. Nicht umsonst hat sich in der langen Tradition der katholischen Moraltheologie das Lehrstück von den *mala in se*, den in sich schlechten Handlungen, herausgebildet. In moderner Terminologie firmieren sie unter dem Begriff der unbedingten Unterlassungspflichten.

---

6 Summa theologica I-II q. 19 a. 5 u. 6.

Der Preis einer schrankenlosen Gewissensfreiheit ist hoch. Konsequenz zu Ende gedacht, liegt er in der Preisgabe allgemein verbindlicher moralischer Normen.

## **2. Eine richtungweisende Entscheidungshilfe**

Die Gefahr eines solchen Dammbrochs hat wohl Franz Böckle sehr deutlich erkannt, als er den Fall der holländischen Ärztin kritisch kommentierte.<sup>7</sup> Zwar stellten sich viele Menschen spontan auf ihre Seite; aus seiner Sicht aber vor allem deshalb, weil sie sich von einem Einzelfall und seiner menschlichen Tragik beeindruckt ließen. Deshalb waren sie auch bereit, ein Handeln zu akzeptieren, das ihnen von der Gesinnung her als menschlich tragbar erschien. Spontane emotionale Parteinahme birgt allerdings die Gefahr, jene Überlegungen auszublenden, die sich aus einer prinzipiellen Betrachtungsweise ergeben würden.

Dazu zählen Fragen wie die beiden folgenden: Wie sehr würde das Verhältnis zwischen Arzt und Patient verändert, wenn die Verlässlichkeit des Behandlungs- und Heilungsauftrages zur Disposition gestellt und der Arzt situationsbedingt oder wahlweise einmal als Helfer, das andere Mal jedoch als Todesbote an das Krankenbett treten würde? Darf man überhaupt einem Menschen – vorausgesetzt, es finden sich genügend Ärzte und Pfleger, die dazu bereit sind – bis zum Ende ihres Lebens die Gewissenslast aufbürden, vorsätzlich einen Anderen getötet zu haben?<sup>8</sup>

Schon damals warnte Böckle davor, die spontane Solidarisierung als Ausdruck erodierenden Normbewusstseins zu missdeuten. Das Verlangen auf das Recht zur aktiven Verkürzung eines nicht verarbeiteten und darum sinnlos erscheinenden Leidens stellt aus seiner Sicht vielmehr die

---

7 Die theologische Meditation „Menschenwürdig sterben“ ist 1979 entstanden und wurde 1992, ein Jahr nach dem Tod von Franz Böckle, erneut in einem Sammelband mit dem Titel „Verantwortlich leben – menschenwürdig sterben“ veröffentlicht. Mit diesem posthum erschienenen Band wollte der Benziger Verlag Franz Böckle ein ehrendes Andenken setzen und einige Schwerpunkte seines umfangreichen Werkes ins Bewusstsein heben.

8 G. Eckert, Töte mich, aus Liebe. Ein todkranker Vater bittet seine Tochter um Sterbehilfe, Würzburg 2007, erzählt die Geschichte einer jungen Frau, die dem Wunsch ihres sterbenskranken Vaters meint entsprechen zu müssen und an ihren später sich einstellenden Schuldgefühlen fasst zerbricht. Ihre Geschichte hat sie niederschreiben lassen, um andere Menschen in vergleichbarer Situation davor zu warnen, bei einer Tötung auf Verlangen mitzuwirken.

verzweifelte Reaktion gegen die irrationale Künstlichkeit der Lebensverlängerung um jeden Preis dar.<sup>9</sup>

Etliche Jahre später hat Eberhard Schockenhoff eine richtungweisende Entscheidungshilfe formuliert und klare Kriterien für die Nichtaufnahme beziehungsweise die Zurücknahme intensivmedizinischer Behandlung benannt, um die Brisanz stellvertretender Entscheidungen zu entschärfen: „Medizinische Maßnahmen, die in keiner Weise mehr der Heilung, sondern nur noch der Verhinderung des Sterbens dienen, indem sie den bereits verfügbaren Tod künstlich hinauszögern, fallen nicht mehr unter das Gebot des Lebensschutzes. Ebenso wenig lässt sich eine Pflicht zur Weiterführung einer aussichtslos gewordenen Behandlung begründen, wie sie manche Mediziner, um die Grenzen zur aktiven Euthanasie nicht zu verwischen, früher vertreten haben. Wenn eine Behandlung nicht mehr der Wiederherstellung der Gesundheit oder wenigstens der ansatzweisen Erhaltung der Kommunikationsfähigkeit und eines bewusst erlebten personalen Eigendaseins des Patienten dient, ist ihre Weiterführung nicht mehr zu rechtfertigen.

Das Absetzen der Behandlung muss auch dann, wenn damit – wie bei der maschinellen Dauerbeatmung – der unmittelbare Todeseintritt verbunden ist, als Ende der künstlichen Verhinderung des Todes und nicht als seine eigentliche Ursache betrachtet werden. (...) Wo die Grundkrankheit längst zum sicheren Tod geführt hätte und die begonnene Therapie nur noch unnötiges Leiden verursacht, gebietet vielmehr die Achtung vor der Würde des Sterbenden ihren Abbruch.“<sup>10</sup>

Mit dieser klaren Stellungnahme hat er den betroffenen Ärzten und Pflegepersonal eine hilfreiche Entscheidungsregel an die Hand gegeben, an der sich das Gewissen des Einzelnen orientieren kann. Wenn auch der Patient sicher davon ausgehen kann, dass diese Regel beachtet wird, so kann manche irrationale Angst vor medizinischer Überversorgung entkräftet werden.

---

<sup>9</sup> Vgl. F. Böckle, Menschenwürdig sterben, in: Verantwortlich leben – menschenwürdig sterben, Zürich <sup>2</sup>1992, 31-89, hier: 57.

<sup>10</sup> E. Schockenhoff, Ethik des Lebens. Ein Grundriss, Mainz 1993, 250f.

### 3. Das Ringen um eine gute Entscheidung

Für viele Menschen ist es ein persönliches Horrorszenario, einsam, mit Schmerzen und der Apparatedizin ausgeliefert zu sterben. Solange der Patient äusserungsfähig ist, bleibt er in die Entscheidung über die Behandlung oder Nichtbehandlung einbezogen. Auch die Entscheidung, eine lebensverlängernde Behandlung abzulehnen, muss vom behandelnden und pflegenden Personal akzeptiert werden.

Doch wer entscheidet, wenn der Betroffene selbst sich nicht mehr äußern kann? Wer entscheidet, wenn er selbst nicht mehr sagen kann, was sein eigener Wunsch ist? Um für diesen Fall eine Vorsorge zu treffen, bietet sich die Möglichkeit, in einer schriftlich niedergelegten Patientenverfügung schon im Voraus die Anwendung medizinischer Verfahren und den Verlauf der letzten Lebensphase selbst mitzubestimmen. Mit einer Patientenverfügung kann man etwas dafür tun, auch in dieser Phase seines Lebens der eigenen Vorstellung und dem eigenen Wunsch gemäß menschenwürdig und körperlich erträglich durch medizinische Behandlung und qualifizierte Pflege betreut zu werden.<sup>11</sup>

So dient die Patientenverfügung der Sicherung von *zwei hochrangigen Gütern*, die sowohl in der jüdisch-christlichen Tradition als auch in der abendländischen Geschichte der Neuzeit und Moderne eine große Rolle spielen: dem *Recht auf Selbstbestimmung oder Autonomie* und der noch grundlegenden Überzeugung von der *Würde eines jeden Menschen*. Sowohl das Recht des Menschen auf Selbstbestimmung als auch seine Würde hängen demnach nicht von bestimmten körperlichen oder geistigen Fähigkeiten ab, die der Mensch hat oder noch nicht bzw. nicht mehr hat. Sie umfassen Gesunde und Kranke, Kinder und Erwachsene, Nichtbehinderte und Behinderte ebenso wie schwerkranke, demente und sterbende Menschen. An dieser Norm muss sich ärztliches Handeln orientieren.

Eine Patientenverfügung kann aber auch die behandelnden Ärzte und Pflegenden von einer Wissenslast befreien, zumindest aber diese Last erleichtern. Denn stellvertretende Entscheidungen nehmen Menschen, die dieser Berufsgruppe angehören, in eine besondere Gewissenspflicht, die

---

11 Vgl. A.-P. Rethmann, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht, Selbstbestimmung im Sterben, in: Ders., Selbstbestimmung, Fremdbestimmung, Menschenwürde. Auskünfte christlicher Ethik, Regensburg 2001, 61-79.



sie an niemanden sonst delegieren können: herauszufinden, wie der Patient seinem mutmaßlichen Willen gemäß in dem konkreten Fall entschieden hätte.

Eine Patientenverfügung hat den Sinn, auf diese Frage eine ebenso sichere wie verbindliche Auskunft zu geben.

An diesen beiden Attributen, sowohl der Sicherheit als auch der Verbindlichkeit, hat sich eine über viele Jahre andauernde Debatte entzündet. Darin wurde deutlich, dass diese Zielvorstellungen hinterfragbar sind. Hierfür gibt es zwei Gründe. Beginnen wir mit der Frage nach der Sicherheit, mit der sich der Patientenwille feststellen lässt.

Die Patientenverfügung wird ja erst dann aktuell, wenn der Patient seinen Willen schon nicht mehr ausdrücken kann. Das heißt aber, dass in das entstandene Kommunikationsvakuum die Figur eines so genannten mutmaßlichen Patientenwillens eingesetzt wird, der durch die Patientenverfügung dokumentiert werden soll. Aber kann diese das überhaupt leisten, ohne dass Zweifel bestehen bleiben? Das Problem besteht darin, dass der Wille des Menschen zu einem Zeitpunkt formuliert wurde, als er möglicherweise noch gesund war und keine nähere Vorstellung von den konkreten Implikationen seiner späteren Erkrankung hatte. Wer aber kann mit Sicherheit ausschließen, dass der Patient seine Meinung geändert hat, dies jedoch nicht mehr ausdrücken kann, oder aber anders gedacht haben würde, wenn er seine aktuelle Situation damals konkret hätte vorhersehen können? In Fällen chronischer Langzeiterkrankungen mit infauster Prognose kann die Patientenverfügung eine große Hilfe sein. In der Akutmedizin stellt sie die beteiligten Personen dennoch in bestimmten Fällen vor nicht unbeträchtliche Probleme.

Hinsichtlich der Frage nach der Verbindlichkeit verweist die von Eberhard Schockenhoff vertretene Position auf jene Bedingungen, die aus Sicht der katholischen Kirche für eine sittlich qualifizierte Anwendung der Patientenverfügung zu beachten sind. Demnach ist der Verzicht auf intensivmedizinische Behandlungsmaßnahmen an die Voraussetzung gebunden, dass der Sterbeprozess unumkehrbar begonnen hat. In diesem – zumindest theoretisch eindeutigen – Fall handelt es sich um passive Sterbehilfe, deren Legitimität aus Sicht der theologischen Ethik nicht in Frage steht. Zunehmend aber wurden Zweifel laut, ob der moribunde Status tatsächlich

zwingende Voraussetzung sei. Soll die Reichweite der Patientenverfügung nur auf solche Fälle begrenzt sein oder gilt sie auch dann, wenn der Sterbeprozess noch nicht eingesetzt hat?

Die Geschichte der Rechtsprechung ging lange Zeit von der Voraussetzung aus, dass nur die erste Möglichkeit in Betracht komme, das heißt der Sterbeprozess bereits einen irreversiblen Verlauf genommen haben müsse.<sup>12</sup> Als wegweisend konnte hier das erste Sterbehilfeurteil aus dem Jahr 1984 gelten, das so genannte Dr. Wittig-Urteil:

Ein Hausarzt hat den Tatbestand des § 216 StGB (Tötung auf Verlangen) verwirklicht, weil er anlässlich eines Selbstmordversuchs seiner Patientin, den er entdeckte, als er einen zuvor verabredeten Hausbesuch unternahm, keinen Rettungsversuch unternahm, da er wusste, dass die 76-jährige Frau ein „Patiententestament“ verfasst hatte, in dem sie medizinische Intensivbehandlung im Sterbeprozess ablehnte.

Der BGH hielt den zuvor geäußerten Willen angesichts der Bewusstlosigkeit der Patientin beim Eintreffen des Arztes für unbeachtlich und argumentierte: *„Gerade derjenige, der die suizidale Situation so einrichtet, dass zwischen Selbstmordhandlung und Todeseintritt eine längere Latenzperiode liegt, in der das Hinzukommen Dritter ermöglicht wird, handelt oft in der unterschweligen Hoffnung, dass sein verzweifelter Schrei nach menschlichem Beistand gehört werde.“* Bestraft wurde der Arzt allerdings nicht: Ihm wurde angesichts der Schäden, die die Patientin im Fall einer Lebensrettung wahrscheinlich erlitten hätte, eine Pflichtenkollision zugute gehalten, die sein Vorgehen rechtfertigen konnte.<sup>13</sup>

In der Dr. Wittig-Entscheidung hatte der BGH noch rechtsdogmatisch für eine vorrangige Pflicht des Arztes zur Lebenserhaltung argumentiert. Diese Sichtweise hatte sich allerdings bereits zehn Jahre später grundlegend verändert. Im zweiten Sterbehilfeurteil, dem so genannten Kemptener-Urteil aus dem Jahr 1994, akzentuierte der BGH auch die Möglichkeiten nicht zu behandeln. Die Angeklagten, ein Arzt und ein Angehöriger gingen

---

<sup>12</sup> Zur Geschichte der Rechtsprechung vgl. P. Fonk, Wenn Grenzen fließend werden...: Der Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen vor dem Hintergrund des neuen Patientenverfügungsgesetzes, in TThZ (3/2011), 242–268.

<sup>13</sup> Veröffentlicht in: BGHSt 32, 367.

auch hier straffrei aus. Dieses viel beachtete Urteil wurde folgendermaßen begründet:

Mit Urteil vom 13. September 1994 hat der 1. Strafsenat des Bundesgerichtshofs über einen Fall des Abbruchs der künstlichen Ernährung bei einer irreversibel schwerst hirngeschädigten, entscheidungsunfähigen Patientin im Zusammenwirken von deren zum Pfleger bestellten Sohn und dem behandelnden Arzt entschieden.

Da die Grunderkrankung – wie im vorliegenden Fall – noch keinen unmittelbar zum Tod führenden Verlauf genommen hatte, lag, wie der 1. Strafsenat festgestellt hat, kein Fall der so genannten ‚passiven Sterbehilfe‘ nach den Kriterien der damaligen ‚Richtlinien für die Sterbehilfe‘ der Deutschen Ärztekammer vor [...] Gleichwohl hat der Bundesgerichtshof erkannt, *„dass angesichts der besonderen Umstände des hier gegebenen Grenzfalls ausnahmsweise ein zulässiges Sterbenlassen durch Abbruch einer ärztlichen Behandlung oder Maßnahme nicht von vornherein ausgeschlossen [sei], sofern der Patient mit dem Abbruch mutmaßlich einverstanden ist.“*<sup>14</sup>

Diese scheinbar erreichte Klarheit in der Tendenz, den Patientenwillen als entscheidend für den Abbruch einer Behandlung zu respektieren – auch wenn die Sterbephase noch nicht erreicht ist, wurde jedoch durch ein späteres Urteil vom XII. Zivilsenat des BGH noch einmal in Frage gestellt.

In seinem Beschluss vom 17. März 2003, der den Fall eines an einem apallischen Syndrom leidenden Patienten betraf, hat der XII. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs allerdings entschieden, das Unterlassen lebenserhaltender oder -verlängernder Maßnahmen bei einem einwilligungsunfähigen Patienten setze voraus, dass dies dessen tatsächlich geäußertem oder mutmaßlichem Willen entspreche und dass die Grunderkrankung einen „irreversibel tödlichen Verlauf“ angenommen habe.<sup>15</sup>

So galt bis zum Inkrafttreten des Patientenverfügungsgesetzes vom 1. September 2009 die Richtschnur: *Der Patientenwille ist zu beachten, aber nicht in jedem Fall verbindlich.*

---

<sup>14</sup> Veröffentlicht in: BGHSt 40, 257 ff. = NJW 1995, 204 f.; LG Kempten 1 StR 357/94 vom 13.9.1994.  
<sup>15</sup> BGH XII ZB 2/03, Beschluss vom 17.3.2003.

Das Ziel des Patientenverfügungsgesetzes bestand darin, diese Grauzone aufzuhellen, in der sich Ärzte und Pfleger nach wie vor bewegen mussten.

In seinem Mittelpunkt steht das verfassungsrechtlich garantierte Recht auf Selbstbestimmung, so dass prinzipiell der Wille des Patienten zu befolgen ist. Dieser soll in einer schriftlich verfassten Patientenverfügung niedergelegt sein, die für Ärzte und Angehörige bzw. Betreuer absolut verbindlich ist und ohne jede Reichweitenbeschränkung gilt. Die Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen muss unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung befolgt werden, also auch, wenn der Patient die Sterbephase noch nicht erreicht hat. Das gilt somit auch für Demenzkranke und Wachkomapatienten, die keinesfalls Sterbende sind.

Die scheinbar erreichte Klarstellung von bis dahin heftig und kontrovers diskutierten Fragen hat allerdings einen nicht geringen Preis. Die klassische Unterscheidung der Sterbehilfe in die sowohl rechtlich als auch ethisch höchst unterschiedlich zu bewertenden Formen hinsichtlich aktiver, indirekter und passiver Sterbehilfe, neben die als weitere Form noch der assistierte Suizid treten kann, wird schleichend ausgehöhlt, wenn die Durchsetzung des Patientenwillens zum höchsten Gut wird. Dann ist das Urteil des BGH aus dem Jahr 2010 nur konsequent, in dem eine der Tötung ihrer Mutter angeklagte Frau deswegen freigesprochen wurde, weil sie – auf Anraten ihres Rechtsanwaltes Dr. Wolfgang Putz – außer der Durchtrennung des Sondenschlauchs keine Möglichkeit sah, den Jahre zuvor mündlich geäußerten Willen ihrer Mutter gegenüber dem Pflegepersonal durchzusetzen. Die Bewertung der objektiv feststellbaren Handlung tritt völlig in den Hintergrund, die Intention hingegen – Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts ohne Begrenzung der Reichweite – setzt alle anderen, ebenfalls bedenkenswerten Gesichtspunkte, außer Kraft.

Diese Entscheidung des BGH wäre ohne das im Jahr 2009 verabschiedete Dritte Betreuungsrechtsänderungsgesetz oder Patientenverfügungsgesetz nicht möglich gewesen. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang aber auch, dass zuvor das Landgericht Fulda, das in seinem Urteil vom 30. April 2009 der bisherigen Rechtsprechung folgte, den angeklagten Rechtsanwalt wegen versuchten Totschlags zu einer Freiheitsstrafe von neun Monaten auf Bewährung verurteilte. Der BGH hingegen gab der eingelegten Revision statt und sprach in seinem Urteil vom 25. Juni 2010 den

Angeklagten frei und befand, dass der Abbruch lebenserhaltender Behandlung auf der Grundlage des Patientenwillens nicht strafbar sei.

#### **4. Mehr Klarheit oder neuer Entscheidungskonflikt?**

Für Pflegeeinrichtungen in kirchlicher Trägerschaft können sich Probleme ergeben, wenn Patienten, die keinesfalls als Sterbende einzustufen sind, eine Behandlung deshalb vorenthalten werden soll, weil es dem Patientenwillen entspricht. Neben menschlichen, ethischen und religiösen Problemen tritt unvermeidlich die Rechtsfrage, wie im Konfliktfall zu entscheiden ist, wenn die in einer Patientenverfügung getroffenen Regelungen nach Auffassung von kirchlichen Heimbetreibern ihrem eigenen Recht auf Gewissensfreiheit beziehungsweise Religionsfreiheit widersprechen.

Sollte es zu einem Konflikt zwischen dem Selbstverwaltungsrecht der Kirchen und allgemeinen Gesetzen kommen, muss nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichtes<sup>16</sup> eine Güterabwägung zwischen der Religions- und Gewissensfreiheit der Kirchen gemäß Artikel 4 des Grundgesetzes<sup>17</sup> und dem Selbstbestimmungsrecht (Art. 2 GG) des Patienten vorgenommen werden, wie es in § 1901 a BGB konkretisiert ist. Dabei ist stets zu beachten, dass die Rechte des Einen dort an ihre Grenzen stoßen, wo sie die Rechte eines Anderen berühren. Im vorliegenden Fall heißt das, dass das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, der die Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen verlangt beziehungsweise im Voraus verfügt hat, auch wenn er sich nicht im Sterbeprozess befindet und nur so am Leben erhalten werden kann, mit den unaufgebbaren anthropologischen und ethischen Grundüberzeugungen aller christlichen Kirchen in direkten Widerspruch gerät. Im Horizont christlicher Ethik, die sich der kirchlichen Lehre verpflichtet weiß, gilt fraglos die Überzeugung von der Heiligkeit und Unverfügbarkeit des Lebens. Sie beruht vor allem darauf, dass dieses Leben Geschenk Gottes ist. Entsprechend hat der Diözesane Ethikrat im Caritasverband für das Erzbistum Paderborn ein erhebliches Defizit in der neuen Regelung der §§ 1901 a ff. BGB moniert. Die Verabsolutierung des Selbstbestimmungsrechts auf Seiten des Patienten

---

16 BverfG 2 BvR 1476/94 vom 18.9.1998.

17 Den Kirchen als Körperschaften öffentlichen Rechts (Art. 137 Abs. 5 WRV iVm; Art. 140 GG) kommt die Religions- und Gewissensfreiheit wie jedermann dem Staat gegenüber zu. BverfGE 42, 312/322.

könne im Extremfall dazu führen, dass Patienten medizinisch eindeutig angeratene Maßnahmen zur Heilung oder zumindest Lebenserhaltung zurückweisen können, um einen Suizidwunsch zu verwirklichen.<sup>18</sup>

Als äußerst problematisch erscheint deshalb die dem Dritten Betreuungsrechtsänderungsgesetz zugrunde liegende Prämisse, der zu Folge der tatsächliche oder mutmaßliche Wille eines aktuell nichtäußerungsfähigen Patienten – wie er etwa in konkreten Behandlungswünschen zum Ausdruck kommt – unabhängig von Art und Stadium seiner Erkrankung genauso zu bewerten ist wie die Willensbekundung bei einem äußerungsfähigen Patienten und deshalb den Arzt und den Betreuer genauso bindet. Der Unterschied zwischen beiden Fällen besteht doch wohl darin, dass der einwilligungsfähige Patient seinen aktuellen Willen reflektieren und deshalb seine Meinung ändern kann. Vor allem aber kann er seinen veränderten Willen den Ärzten und dem Pflegepersonal auch kommunizieren.

Aus Sicht der katholischen Kirche sollte deshalb die Patientenverfügung unbedingt eine Reichweitenbegrenzung enthalten und erst bei infauster Prognose wirksam werden, wenn die Krankheit einen irreversiblen Verlauf genommen hat, d.h. in der einsetzenden Sterbephase.<sup>19</sup> Um diesen Schutzraum zu erhalten, wurde in Zusammenarbeit zwischen der Deutschen Bischofskonferenz, dem Rat der Evangelischen Kirchen in Deutschland und zahlreichen Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen in Deutschland das gemeinsame Dokument „Christliche Patientenvorsorge“ erarbeitet.<sup>20</sup> Dort wird die Position der katholischen Kirche noch einmal in unmissverständlicher Deutlichkeit formuliert: Komapatienten und dementiell erkrankte Menschen sind keine Sterbenden. Folglich sollen Maßnahmen zum Behandlungsabbruch nicht im Blick auf diese beiden Patientengruppen ausgedehnt werden.

---

18 Vgl. Diözesaner Ethikrat im Erzbistum Paderborn: <http://www.caritas-paderborn.de/41864.html> (zuletzt aufgerufen am 22.7.2013).

19 Vgl. J. Reiter, *Verfügungen am Lebensende: Rechtliche und ethische Aspekte zur neuen Patientenverfügung*, in: Die neue Ordnung 4 (2010), 257–268, hier: 266.

20 Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung. Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen in Deutschland, Hannover – Bonn – Frankfurt am Main 2010.

Der Gesetzgeber sieht diese Möglichkeit aber durchaus vor, so dass in der Konsequenz auch konfessionell gebundene Heime eine wirksam errichtete Patientenverfügung respektieren und dementsprechend verfahren müssen.

Deshalb sind katholische Einrichtungen gut beraten, vor dem Abschluss eines Behandlungs- oder Heimvertrages die Verfügung eines Patienten oder Bewohners zu prüfen – insofern zu diesem Zeitpunkt eine solche vorliegt. Falls gravierende Differenzen zum eigenen Leitbild vorliegen, ist zu überlegen, ob nicht auf einen entsprechenden Vertragsabschluss verzichtet werden sollte.

### **Schlussgedanken**

Dieser Beitrag weiß keine Lösungen zu formulieren, die Antworten auf alle Fragen bereithalten. Er hat das weitaus bescheidenere Ziel, auf ein Problem aufmerksam zu machen, das sich aus der zweifellos gut gemeinten Absicht ergeben hat, einerseits kranke Menschen vor einer sinnlos gewordenen Maximaltherapie zu schützen, andererseits den betroffenen Ärzten und Pflegeern zu helfen, in Grenzsituationen des Krankenhausalltags Entscheidungen zu treffen, die sie vor ihrem Gewissen verantworten können.

Allerdings hat diese „Problemlösung“ auch neue Probleme geschaffen, die vorher nicht da waren. Das dritte Betreuungsrechtsänderungsgesetz führt unmittelbar zu einer Gewissensentlastung für die beteiligten Akteure, insbesondere Betreuer, Ärzte, Pflegepersonal und die Angehörigen. Im nächsten Schritt kann es jedoch zu einer neuen Gewissensbelastung führen, wenn Krankenhäuser und Altenhilfe-Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft mit den Nachteilen der neuen gesetzlichen Regelungen zur Patientenverfügung konfrontiert werden. Es kann der Fall eintreten, dass sie zur Umsetzung von Patientenwünschen gehalten sind, die sie mit ihren religiösen und moralischen Entscheidungen nicht vereinbaren können.

Einstweilen jedenfalls ist ein Ausweg aus diesem Dilemma noch nicht gefunden. Vielleicht kann uns ja das folgende Gespräch einer Lösung näher bringen.

## **Anfragen und Antworten**

### **Auszüge aus dem Plenumsgespräch<sup>1</sup>**

**Teilnehmer:** Oft steht der Arzt doch in der Situation entscheiden zu müssen, was er mit seinen medizinischen Möglichkeiten jetzt noch machen darf. Die Definition, wann der Sterbeprozess beginnt, ist ja ausgesprochen schwierig. Vor 50 Jahren konnte man einen Patienten, der ins Koma fiel, nur noch für eine kurze Weile am Leben halten, dann verstarb dieser Patient. Mit unseren heutigen Möglichkeiten können wir dieses Leben verlängern. Die Frage lautet daher: Wie sündhaft ist es eigentlich, ein Leben in Qualen künstlich zu verlängern? Und es gelingt leider nicht immer, diese Qualen mit Schmerz- und Beruhigungsmitteln so in den Griff zu bekommen, wie wir uns das eigentlich vorstellen.

**Prof. Bauer:** Das ist eine ganz schwierige Frage, die der deutsche Gesetzgeber so gelöst hat, dass er einfach sagt: Der Arzt stellt eine medizinische Indikation für eine Behandlung, und diese Behandlung bietet er dem Patienten an. Das sieht fast wie ein Kundengespräch aus: Der Patient nimmt das Behandlungsangebot an, oder er verzichtet. Dieses Abwehrrecht hat der Patient auf jeden Fall, und er muss es auch haben. Das Selbstbestimmungsrecht – auch wenn ich es vorhin in seinen Grenzen dargestellt habe – ist in erster Linie ein Abwehrrecht. Das Problem für den Arzt besteht also darin, die Indikation für eine bestimmte Therapie zu stellen, oder aber sie im Einzelfall zu verneinen. Der Gesetzgeber erweckt den Anschein, als sei die Indikation etwas vollkommen Objektives, was man im Lehrbuch nachschlagen könnte, doch er übersieht dabei, dass eben die Indikationsstellung ihrerseits ein normativer Prozess ist. Sie haben eben gerade solche Überlegungen angestellt: „Was kann ich dem armen Menschen noch zumuten?“ Das steht nicht im Lehrbuch, sondern hier ist letztlich die individuelle Verantwortung des Arztes gefordert. Lehnt der Arzt jedoch eine bestimmte Indikationsstellung im konkreten Fall ab und der Patient verstirbt, dann ist theoretisch das Risiko einer Klage wegen vorsätzlicher Körperverletzung mit Todesfolge gegeben.

---

<sup>1</sup> Bei dem vorliegenden Text handelt es sich um eine gekürzte Abschrift der Tonaufzeichnungen aus der Plenumsdiskussion. Die Fragen der Teilnehmenden wurden anonymisiert, die Antworten der Referenten wurden durch diese für den Abdruck freigegeben.



Ein zentrales Problem sehe ich darin, dass wir auf der einen Seite einen Arzt haben, auf der anderen Seite den Betreuer oder den Bevollmächtigten, der häufig ein enger Verwandter ist. Ehefrau, Ehemann, Kinder und andere Verwandte haben auch eigene Interessen, sie sind von dem Krankheitsfall mit betroffen. Und dann liegt dort der bewusstlose Patient, über den nach dem Gesetz aufgrund seines tatsächlich bestimmten oder jedenfalls mutmaßlichen Willens entschieden wird. Nun kann es zu dem Problem kommen – was ich gelegentlich als die unheilige Allianz von Angehörigen und Ärzten bezeichne –, dass das Lebensrecht des Patienten weniger zählt als die Frage: „Werden wir uns mit den Angehörigen einig, die meistens auch Bevollmächtigte sind?“ Und diese vorschnelle Einigung sehe ich heute als die größere Gefahr gegenüber der in der Bevölkerung vorherrschenden Befürchtung, dass man monatelang gequält würde bis man endlich sterben darf. Zweifellos hat der Arzt auch nach wie vor eine große Verantwortung, und zwar bei der Frage der Indikationsstellung, die er mit den Betreuern und den Bevollmächtigten eben auch in aller Offenheit besprechen muss. Die letzte Entscheidung hat zunächst einmal der Betreuer; allerdings ist der Betreuer auf die sachgerechte Information durch den Arzt angewiesen, wobei der Arzt natürlich einen Informationsvorsprung hat, den er sehr mit großer Verantwortung nutzen muss.

**Prof. Fonk:** An der Frage wird erkennbar, dass wir heute mit einem Problem konfrontiert sind, dass es in dieser Form vor 60/70 Jahren noch gar nicht gab. Damals wurde der komatöse Patient noch eine Zeitlang behandelt, bis er verstarb. Die Frage nach einer Übertherapie konnte man zwar theoretisch stellen, praktisch war sie jedoch gegenstandslos. Heute ist es wirklich anders geworden und daher wichtig, dass wir uns im Horizont des christlichen Glaubens eines deutlich machen: Grundsätzlich gibt es ein Recht des Menschen auf Leben, und zwar jedes Menschen, egal wie jung oder wie alt oder wie fit oder nicht fit er ist. Ebenso müssen wir auch akzeptieren, dass jedes Leben endlich ist. Darauf muss ich als Theologe nachdrücklich hinweisen. Deswegen kann der erste Auftrag des Arztes aus christlicher Sicht nicht darin bestehen, den Kampf gegen den Tod zu gewinnen. Irgendwann wird er ihn immer verlieren, egal wie gut er ist und wie sehr er sich Mühe gibt. Der Auftrag des Arztes besteht darin, dem Patienten in allen Phasen seines Lebens – und das Sterben ist die letzte Phase des Lebens – die Hilfe, die Unterstützung anzubieten, dass er dieses Leben, in das er ohne gefragt zu sein eingetreten ist, jetzt in einem für ihn guten Sinne auch zu Ende bringen kann. D. h., es gibt auch – das klingt jetzt ein bisschen provokant – das Recht auf den eigenen Tod. Damit

meine ich nicht, wie Walter Jens und Hans Küng es propagiert haben, den assistierten Suizid oder die Tötung auf Verlangen, sondern das Recht, menschenwürdig sterben zu können und zu dürfen. Dazu folgendes Beispiel:

Eine von mir sehr geschätzte und verehrte Ordensschwester ist vor einigen Jahren im Alter von 85 Jahren gestorben - eine Frau, auf deren gesundes Urteil ich sehr viel gegeben habe und die in ihrem Leben Außerordentliches geleistet hat. Als sie im Alter von fast 85 Jahren die Diagnose erhielt, dass bei ihr eine Krebserkrankung ausgebrochen sei, und ihre Frage, wie weit denn die Erkrankung vorangeschritten sei, damit beantwortet wurde, dass sie sich schon in einem fortgeschrittenen Stadium befinde, da sagte sie, dass sie keine Intensivtherapie mehr möchte. Aber sie wolle in der letzten Lebensphase so gut ärztlich versorgt sein, dass sie in Ruhe und Frieden sterben könne. Die eingangs gestellte Frage „Was kann ich dem armen Menschen noch zumuten?“ signalisiert ja bereits, dass alle weiteren Maßnahmen eigentlich eher für qualvoll gehalten werden und im Grunde nicht mehr dem Patienten dienen, sondern evtl. ganz anderen Interessen. Möglicherweise entspringen diese dem Motiv, sich juristisch unangreifbar zu machen.

**Teilnehmer:** Ich möchte zwei Anmerkungen machen. Erstens: Die Patientenverfügung dient vorrangig nur den Angehörigen. Denn den Angehörigen wird ein Hilfsmittel zur Verfügung gestellt, das evtl. bei Entscheidungen über weitere Therapien hilfreich sein kann. Zweitens: Ich habe in beiden Vorträgen die Antwort darauf vermisst, was wir mit dem Patienten, der vor uns liegt, tun sollen?

**Prof. Bauer:** Die Patientenverfügung ist ein Hilfsmittel für die Angehörigen, aber auch ein durchaus gefährliches Mittel, wenn sie fehlinterpretiert wird. Wenn davon gesprochen wird, die Patientenverfügung diene der Selbstbestimmung des Patienten, so ist dies eine rhetorische Wendung, die nicht die Realität abbildet. Denn der Patient gibt ja Autonomie ab an denjenigen, der später die Patientenverfügung interpretiert. Ich stelle zunehmend in Frage, ob es tatsächlich am Lebensende das allein entscheidend Wichtige ist, dass man die Art dieses Endes selbst bestimmt. Das ist ja das, was uns die Politik zurzeit auch nahe legt: „Ihr habt zwar im Leben nicht viel zu bestimmen, aber wenigstens Eure Todesart.“ Die Medizinethik hat sich in den letzten Jahrzehnten in diese Richtung entwickelt, dass das Selbstbestimmungsrecht solitär in den Vordergrund getreten ist.

Die Medizin steht heute ganz deutlich unter ökonomischen Zwängen. Diese ökonomischen Zwänge beeinflussen das ärztliche Handeln nicht im Sinne des Lebensschutzes, sondern im Sinne einer möglichen Gefährdung des Lebens. Auch aus diesem Grund stehe ich dem Thema Sterbehilfe insgesamt äußerst kritisch gegenüber, weil ich diesen Zusammenhang zu sehen glaube. In der Bevölkerung herrscht jedoch die Meinung vor, dass man Vorkehrungen treffen müsse gegen ein zu spätes Sterben. Das könnte sich inzwischen längst geändert haben. Möglicherweise müsste man in eine Patientenverfügung heute eher hineinschreiben „Bitte die Therapie nicht zu früh abbrechen“. In den Niederlanden gibt es das ja bereits jetzt.

**Prof. Fonk:** Ich möchte hieran anschließen und auf ein Faktum hinweisen, das vielleicht gar nicht genügend bekannt ist. Man assoziiert mit der Deutschen Gesellschaft für humanes Sterben eine Institution, die Menschen Hilfestellung anbietet, um ihr Leben auf eigenen Wunsch zu einem selbstgewählten Zeitpunkt, sozusagen „selbstbestimmt“ zu beenden. Interessant ist aber, dass die Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben auch eine Verfügung anbietet, die den Patienten genau davor schützen soll, dass aufgrund ökonomischer Überlegungen die therapeutischen Anstrengungen vorzeitig eingestellt werden. Bemerkenswert ist dabei auch, dass dieses Faktum kaum an die Öffentlichkeit dringt. Und ich frage mich, warum werden gerade von Seiten einer solchen Institution diese Bedenken wach? Warum sind solche Bedenken der Bevölkerung kaum bekannt?

Ein weiterer Aspekt: Es gibt von dem Mainzer Mediziner Stephan Sahn eine Untersuchung zur Patientenverfügung<sup>2</sup>. Im Ergebnis stellt sie fest, dass Ärzte und Pflegende in der Regel darauf verzichten, eine Patientenverfügung zu machen, weil man keine Medizin möchte, die den Arzt darauf reduziert, Vertragspartner des Patienten zu sein und nur als Erfüllungshelfer für dessen Wünsche zu fungieren. Man möchte in der Praxis eigentlich eher das Modell eines ‚schwachen Paternalismus‘, wobei der Patient natürlich seine Vorstellungen einbringt. Ich finde es aber richtig, dass der Arzt sagen kann: ‚Im Zweifelsfalle fände ich es schon wichtig, wenn meine Kompetenz bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt wird. Das gilt auch für die Kompetenz der Pfleger, die ja ebenfalls ein langjähriges Erfahrungswissen mitbringen. Und dieses Erfahrungswissen wiegt manches Mal mehr als das, was Juristen oder Theoretiker der Medizinethik

---

<sup>2</sup> Stephan Sahn: Sterbebegleitung und Patientenverfügung. Ärztliches Handeln an den Grenzen von Ethik und Recht, Frankfurt am Main 2006

sich ausdenken. Deshalb sollte man immer Praktiker mit einbeziehen, die viele Dinge spontan erkennen und abschätzen können, zum Beispiel wie weit ein Krankheitsverlauf oder Sterbeprozess schon vorangeschritten ist. Deshalb ist es gut und richtig, wenn Vertreter dieser Berufsgruppen in Fragen der Behandlung oder Nichtbehandlung ein wichtiges Wort mitzureden haben.

**Dr. Polenz:** Ihr Hinweis auf die Abwägung, die man als Verfasser einer Patientenverfügung vorwegnehmen möchte, aber letztlich nicht kann, weil die Situation dann doch anders ist als man es sich vorher ausgemalt hat, ist ja eigentlich ein flammendes Plädoyer für das Instrument der Patientenbevollmächtigung. Hier wird jemand benannt, der für den Fall, dass man sich nicht selbst äußern kann, dann in Verhandlung tritt mit den Ärzten, den Pflegenden und mit denen, die für die Behandlung mit zuständig sind.

Eine Anmerkung zu den Überlegungen von Prof. Bauer, dass man mit der Patientenbevollmächtigung seine Autonomie abgeben würde. Im Grunde ist es aber doch so: Man trifft Vorsorge für den Fall, dass man sich selbst nicht äußern kann. Das ist das Faktum. Und dann gibt es entweder die Möglichkeit, das Gericht bestellt einen Betreuer, oder ich habe vorher vorgesorgt und einen Betreuer benannt. Wenn ich also selbst diese Vorsorge treffe, dann erweitere ich meine Autonomie und gebe sie ja nicht ab.

**Prof. Bauer:** Das stimmt aber nur dann, wenn Sie den richtigen Bevollmächtigten gewählt haben. Das wissen Sie vorher jedoch nicht sicher. Ich habe z. B. weder eine Patientenverfügung noch eine Bevollmächtigung, sondern eine Betreuungsverfügung. Das ist der Vorschlag an das Gericht, im Falle der Einwilligungsunfähigkeit eine bestimmte Person zum Betreuer zu ernennen, die dann der gerichtlichen Kontrolle unterliegt, ansonsten aber wie der Bevollmächtigte agiert und die natürlich das Wertebild des Betroffenen kennen muss. Trotzdem muss der Betreuer dann irgendwann eine eigenständige Entscheidung treffen, und insofern gebe ich Autonomie ab. Mich stört das allerdings auch nicht weiter, denn ich glaube nicht, dass am Lebensende die Selbstbestimmung das Wichtigste ist.

**Teilnehmer:** Ich vergleiche die Situation des Menschen am Lebensanfang oft mit der am Lebensende. Uns wohnt der Wille zum Leben irgendwie inne, aber wir kommen in Situationen, wo wir diesen Willen allein nicht

realisieren können. Ein Neugeborenes kann uns, wenn es in eine lebensbedrohliche Situation kommt, nicht seinen Willen artikulieren, und ein Mensch am Lebensende kann es oftmals auch nicht. Insofern ist es einfach so, dass wir auf Hilfe angewiesen sind, und es ist ein Irrtum aus meiner Sicht, dass die Patientenverfügung diese Problematik auflösen kann. Sie kann sie möglicherweise lindern, aber sie ist kein Allheilmittel. Es ist unsere Aufgabe als Ärzte, dass wir uns mit unserem Gewissen in diese Situation hinein begeben, in aller Schwäche, mit aller Fehlerhaftigkeit, mit der wir behaftet sind. Die Aufgabe, die wir haben, ist vorher unser Gewissen zu schulen.

**Teilnehmer:** Ich schildere den Fall einer Patientin, die ich bis zu ihrem Tod begleitet habe. Sie hatte im Beisein Ihres Ehemannes bei mir in der Praxis gesagt, dass sie, wenn sie mal ins Sterben kommt, keine Sonden haben will. Später ist sie dement geworden und wurde im Krankenhaus mit einer PEG-Sonde versorgt. Diese Sonde behielt sie auch später im Altenheim. Die Demenz schritt weiter fort, aber die Patientin hatte keine Schmerzen. Sie freute sich ihres Lebens. Die Kommunikation war aber nur noch durch Augenkontakt möglich. Weil der Sohn die Entfernung der Sonde wünschte, wurde ich von einem Richter angefragt. In meinem Attest wies ich darauf hin, dass ich mir zum jetzigen Zustand dieser Patientin nicht mehr sicher sei, ob sie nicht von ihrer ursprünglich geäußerten Meinung, keine Sonde oder Lebensverlängerung haben zu wollen, nicht zurücktreten würde. Denn sie machte auf mich den Eindruck, dass es ihr gut gehe und sie diesen Zustand auch weiter so tragen würde. Der Richter hat daraufhin die Entfernung der Sonde untersagt. In dieser Situation hat der Angehörige die weitere Betreuung durch einen Palliativmediziner veranlasst. Die Patientin verstarb nach zwei Tagen. Also: Obwohl sich die Justiz nach unseren Vorgaben richtet, werden von unseren Kollegen gegenteilige Maßnahmen unter Berufung auf den maßgeblichen Willen der Patientin umgesetzt.

**Prof. Fonk:** In den beiden letzten Beiträgen wurde noch einmal deutlich, wie wichtig es ist, mir selbst darüber im Klaren zu sein, wem ich dieses Vertrauen schenke, mein Betreuer oder Bevollmächtigter zu werden. Der andere Aspekt: Es ist bei einer Vorsorgevollmacht sicher gut, mit dem Betroffenen vorher ein Gespräch zu führen und noch einmal persönlich darzulegen, welche Maßnahmen man sich konkret vorstellt zur Beantwortung der Frage: Was soll in dem Fall, wenn ich selbst meinen Willen nicht mehr äußern kann, medizinisch an mir getan werden und was nicht?

Es ist wichtig, dass der potenzielle Betreuer dem auch guten Gewissens zustimmen kann. Denn wenn jemand ungefragt eine Vollmacht bekommt, von der er vielleicht gar nichts wusste oder nur umrisshaft informiert darüber war, was auf ihn zukommt, dann kann das in der Tat für den Betroffenen Komplikationen schaffen, die weder ihm noch dem anderen helfen, der da in der letzten Phase seines Lebens im Krankenbett liegt.

**Dr. Polenz:** Zum Betreuer im Rahmen einer Betreuungsverfügung wird in 98% der Fälle der Ehepartner oder ein Kind bestellt. Hier braucht man weitestgehend nicht die Sorge zu haben, dass diejenigen nicht wissen, was der andere dann mit dieser Vollmacht tun wird. In der Regel wird man auch nicht die Sorge haben müssen, dass dem Bevollmächtigten unklar ist, was der von ihm Betreute wirklich will. Sicher gibt es negative Einzelfälle, aber darauf müssen wir uns hier nicht konzentrieren. Für uns alle ist es doch wichtig, mit den Situationen umzugehen, wie sie uns im Alltag begegnen.

**Teilnehmer:** Es ist in Deutschland nicht das größte Problem, eine Therapie zu früh einzustellen, sondern es ist das Problem, eine Therapie – wenn das Ende des Patienten nahe ist – viel zu lange durchzuführen. Hier stellt sich auch die Gewissensfrage bei Krankenschwestern: Sie geben ihren Beruf nicht deshalb auf, weil mit dem Patienten zu wenig gemacht wurde, sondern weil sie mit ihrem Gewissen das ‚Zu-viel-machen‘ beim Patienten nicht mehr vereinbaren konnten.

**Prof. Bauer:** Es stimmt, dass manche Pflegekräfte ihren Beruf deswegen aufgeben. Ich will auch nicht die Palliativmedizin diffamieren, ich will nur frühzeitig auf drohende Fehlentwicklungen hinweisen, die politisch gewünscht sein könnten. Der einzelne Palliativmediziner muss davon gar nicht betroffen sein, der tut subjektiv das Bestmögliche für seine Patienten. Aber man muss die Gefahr sehen, dass die Palliativmedizin zu einer Regelmedizin für Senioren werden könnte. Ich habe die Sorge, dass es in zwanzig Jahren so sein könnte, dass man eben in einer bestimmten Situation gleich in die Palliativmedizin kommt und gar nicht mehr in die Innere Medizin oder in die Geriatrie. Auf diese Gefahr muss ich hinweisen, auch wenn sie vielleicht noch nicht so offenkundig zu Tage tritt wie ich befürchte, dass es in näherer Zukunft sein wird.

**Dr. Polenz:** Da muss ich Ihnen leider widersprechen. Ich habe vor 3 Jahren die Weiterbildung zum Palliativmediziner abgeschlossen und ich

habe in der Weiterbildung zum ersten Mal seit ganz langer Zeit wieder erfahren, wie bei den Palliativmedizinern der Patient im Mittelpunkt steht. Ein Beispiel: Es ging darum, wie die Visite auf der Palliativstation durchgeführt wird, worüber ein Kollege folgendes berichtete: „Wenn da gerade eine Therapie durchgeführt wird, gehe ich selbstverständlich weiter und komme danach zurück, wenn der Therapeut von dem Patienten wieder weg ist.“ Auf welcher anderen Station findet so etwas heute statt, gibt es so viel Zeit für die Patienten und so viel Wunsch, das zu tun, was dem Patienten jetzt im Moment wirklich gut tut? Ich weiß nicht, ob man davor warnen muss, wenn man dieses Denken in die Medizin integriert?

**Prof. Bauer:** Warum findet sich dort soviel Zeit wie sonst nirgends? Wir haben mit der Verteilung begrenzter Ressourcen ein Gerechtigkeitsproblem in der Medizin: Personal und Arbeitszeit werden in die Palliativmedizin umverteilt, wodurch dann z. B. in der Inneren Medizin und in der Geriatrie umso mehr Ressourcen fehlen. Das ist doch eine Scheinlösung des Problems. Was wir konkret sehen müssen ist, dass wir eine kollektiv alternde Gesellschaft sind. Es ist auch klar, dass unter diesen Bedingungen die Medizin am Ende teurer und nicht billiger werden wird. Denn wir leben nun einmal länger als unsere Vorfahren und zum Teil auch in einem besseren Gesundheitszustand. Die entscheidenden tödlichen Krankheiten kommen erst später, vielleicht mit 80 statt mit 70 oder mit 85 statt mit 75, aber sie kommen. Gleichzeitig wird uns von Herrn Professor Dietrich Grönemeyer gepredigt: „Turne bis zur Urne!“ Fit bis zum Ende; das ist zwar ein schöner Spruch, aber was bedeutet er, wenn man ihn wirklich zu Ende denkt? „Turne bis zur Urne!“ bedeutet letzten Endes, dass die Situation in den assistierten Suizid mündet, denn nur wenn ich den Zeitpunkt meines Abgangs selbst bestimme, kann ich bis zur Urne turnen. Das ist das Problem – einfach mal zu Ende gedacht. Eine Medizin in einer alternden Gesellschaft wird auf keinen Fall billiger werden, sondern sie wird teurer werden. Wenn sie aber nicht teurer werden darf, dann dürfen wir nicht sagen, wir wollen alle älter werden. Dieses Dilemma müssen wir einfach mal klar sehen.

**Prof. Fonk:** Den letzten Ausführungen wird man schwerlich mit guten Gründen widersprechen können. Aber ich glaube, dieses Beispiel des vorhin zitierten Palliativmediziners muss ja keinesfalls so interpretiert werden, dass es einen ganzen Berufsstand in Frage stellt. Vielleicht sind dem Palliativmediziner die Dinge ganz anders geschildert worden als sie sich dem zuvor behandelnden Arzt dargestellt haben. Möglicherweise

konnte deshalb der Eindruck entstehen, die Mutter sei das Opfer medizinischer Zwangsbehandlung oder gar Körperverletzung geworden. Wir wissen es nicht, aber das Beispiel ließe auch diese Deutung zu und müsste also keinesfalls zum Misstrauen gegen die Palliativmedizin aufrufen. Ich habe natürlich nicht den Krankenhausalltag im Rücken so wie Sie. Ich kann das nur auf Grund meiner Erfahrungen nach etlichen Jahren der Ausbildung von Palliativmedizinern in Salzburg sagen. Das ist eine Zielgruppe, mit der ich äußerst gerne arbeite. In der Situation, in der Patienten die palliativmedizinische Versorgung erhalten, ist in der Regel die äußerste Grenze erreicht. Dann braucht der Mensch etwas anderes, was die Intensivmedizin, die gut und wichtig und richtig ist, eben nicht mehr geben kann. Mit der Palliativmedizin, auch wenn sie nicht die Lösung für alle Probleme sein kann, ist aber die Einsicht verbunden, dass menschliches Handeln begrenzt ist. Und das, was dem Menschen in seiner letzten Lebensphase noch gegeben werden kann, besteht darin, die Schmerzen zu lindern, Beistand zu geben und keine Hoffnungslosigkeit zu erzeugen. Es kommt vielmehr darauf an, Hoffnung zu machen und vielleicht auch noch Versöhnung zu ermöglichen, z.B. Versöhnung mit Angehörigen oder auch Versöhnung mit Gott. Hier wird der Mensch in einer Weise gesehen, die ihn noch einmal in seiner Ganzheit in den Blick nimmt. Hier zählt auch – das sage ich als Theologe –, dass der Mensch einer ist, der einen unaufgebbaren Transzendenzbezug hat und der Hoffnung bis zuletzt braucht. Dazu kann auch die Medizin einen guten Beitrag leisten.

**Teilnehmer:** Es gibt eine vergleichende Studie zur Symptomkontrolle bei sterbenden Patienten aus Holland und Deutschland. Dabei wurde sehr deutlich, dass die Güte der medizinischen Versorgung den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe sehr weit in den Hintergrund drängt. Mir scheint, dass die liberale Vorgehensweise in den Niederlanden eine schleichende Änderung des Wertebewußtsein mit sich führt. Zum anderen kennen wir die Umfrage unter Patienten ‚Wo wollen Sie sterben?‘ Der weit überwiegende Teil der Patienten sagt, dass er zu Hause im gewohnten Umfeld sterben möchte. Im Umkehrschluss lässt sich fragen: ‚Warum nicht im Krankenhaus oder im Pflegeheim?‘ Das hat sicher etwas mit der Problematik unserer Ressourcen-Begrenzung zu tun. Sie kennen alle die Taktung, unter denen ambulante Pflegedienste unterwegs sein müssen oder die Personalenge in den Krankenhäusern. Ich erkenne in der Palliativmedizin eine befruchtende Ausrichtung, die man durchaus in der wissenschaftlichen inneren Medizin bis hin zum Uniklinikniveau aufgreifen



kann, um beispielsweise auch die Sehnsucht nach spirituellen Dimensionen wieder stärker in die Medizin einzubringen.

**Prof. Bauer:** Die Güte der Schmerzbehandlung ist ein ganz wichtiger Punkt. Je besser die Schmerzbehandlung ist, desto geringer wird die Sehnsucht nach aktiver Sterbehilfe. Hier hat sich die Palliativmedizin große Verdienste erworben, weil die Behandlung der Patienten besser geworden ist. Die Schmerztherapie ist ein wichtiger Punkt und trotzdem hat das Ganze auch eine spirituelle – oder wie ich sagen würde – metaphysische Dimension. Denn eine gute Schmerzbehandlung mindert zwar den Wunsch nach einer Verkürzung des Lebens, aber das Ganze hängt natürlich auch mit der dem modernen Menschen überwiegend fehlenden metaphysischen Dimension zusammen. Wenn mit dem Tod alles zu Ende ist, dann ist es natürlich klar, dass ich auf jeden Fall auch diese Schmerzen minimieren und vermeiden muss. Man sagt ja immer so schön, die Menschen hätten keine Angst vor dem Tod, sondern nur vor dem Sterben. Ich glaube das nicht! Ein einfaches Gedankenexperiment dazu: Stellen Sie sich vor, Sie befänden sich in einem qualvollen Prozess wie es der Sterbeprozess sein kann, aber jemand würde Ihnen sagen: „Das dauert jetzt drei Wochen, die Du aushalten musst, aber nach diesen drei Wochen bist du wieder 20 Jahre alt und kerngesund!“ Dann würden viele von uns sagen „Na gut, es ist unangenehm, aber hinterher geht's mir doch wieder besser. Dann stehe ich das eben mal durch.“ Das wir das nicht durchstehen wollen, liegt genau daran, dass wir wissen, am Ende des Sterbeprozesses kommt ein dunkles Tor, hinter dem entweder gar nichts ist, und dann muss man natürlich diese Schmerzen auch auf jeden Fall vermeiden, oder aber es kommt doch noch etwas, was ich mit der metaphysischen Dimension und mit der religiösen Dimension meine. Je mehr diese Dimension dem modernen Menschen fehlt, umso stärker tritt natürlich das Thema Schmerzminimierung und auch Sterbehilfe in den Vordergrund. Insofern muss man diese Dinge auch gemeinsam betrachten.

## **Die Referenten:**

### **Erzbischof Hans-Josef Becker**

geboren 1948 in Belecke/Möhne; Studium der Pädagogik, Erste und Zweite Staatsprüfung für das Lehramt an der Grund- und Hauptschule; Studium der Philosophie und Theologie in Paderborn und München; Priesterweihe 1977. Nach Tätigkeit in der Gemeindeseelsorge 1995 Leiter der Zentralabteilung Pastorales Personal im Erzbischöflichen Generalvikariat Paderborn; 2000 Bischofsweihe zum Weihbischof in Paderborn. Am 31.07.2002 Wahl zum Diözesanadministrator und am 3. Juli 2003 Ernennung zum Erzbischof von Paderborn. Erzbischof Becker ist Vorsitzender der Kommission VII (Erziehung und Schule) der Deutschen Bischofskonferenz sowie Mitglied der „Gemeinsamen Konferenz“ von Deutscher Bischofskonferenz und Zentralkomitee der deutschen Katholiken.

### **Axel W. Bauer, Prof. Dr. med.**

geboren 1955 in Karlsruhe, Studium der Humanmedizin und Promotion zum Dr. med. 1980 an der Universität Freiburg. 1981 Hochschulassistent bei Heinrich Schipperges am Institut für Geschichte der Medizin der Universität Heidelberg. Habilitation 1986 an der damaligen Fakultät für Naturwissenschaftliche Medizin der Universität Heidelberg. Hier 1986 - 1989 Vertreter der Professur für Geschichte der Medizin, und von 1989 - 1995 Hochschuldozent an der Medizinischen Fakultät; seit 1992 zugleich außerplanmäßiger Professor. 2002 Erweiterung der Lehrbefugnis auf die Gebiete Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin; seit 2004 Professor an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg und Leiter des Fachgebietes. 2008-2012 Mitglied im Deutschen Ethikrat.

### **Peter Fonk, Msgr. Prof. Dr. theol., Dr. phil.**

geboren 1955 in Münster, Studium der Kath. Theologie, Philosophie und Slavistik an den Universitäten Münster und Würzburg. Priesterweihe 1989. Promotion zum Dr. phil. 1983 in Würzburg und 1989 zum Dr. theol. 1994 Habilitation an der Universität Würzburg bei Bernhard Fraling für das Fach Moralthologie. 1994 Ruf auf den Lehrstuhl für Moralthologie an die Universität Passau; seit 2003 zudem Leiter des Institutes für angewandte Ethik in Wirtschaft, Aus- und Weiterbildung (ethik WAW). Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat für das Theologische Fernstudium und einer Arbeitsgruppe der Kommission „Wissenschaft und Kultur“ der Deutschen Bischofskonferenz. Redaktionsmitglied der internationalen Zeitschrift „Ethica“.

***Bisher erschienen:***

- 1985      **Freiheit und Lebensengagement**  
Beiträge von:      Prof. Dr. J. Splett, Frankfurt am Main  
                                 Prof. Dr. H.-B. Wuermeling, Erlangen
- 1986      **Technik und Humanität im ärztlichen Dienst**  
Beiträge von:      Prof. Dr. Dr. H. Schipperges, Heidelberg  
                                 Prof. Dr. A. Auer, Tübingen
- 1987      **Heil und Heilung in der Medizin**  
Beiträge von:      Prof. Dr. E. Seidler, Freiburg  
                                 Prof. Dr. Dr. E. Biser, München
- 1988      **Sucht – ein Alarmsignal**  
Beiträge von:      Dr. med. F. Böcker, Erlangen  
                                 Prof. Dr. J. Gründel, München
- 1989      **Pränatale Diagnostik und Schutz des Lebens**  
Beiträge von:      Prof. Dr. R. A. Pfeiffer, Erlangen  
                                 Prof. Dr. G. Hunold, Tübingen
- 1990      **Wahrheit am Krankenbett**  
Beiträge von:      Prof. Dr. J. van de Loo, Münster  
                                 Prof. Dr. H. Kramer, Bochum
- 1991      **Medizinische Altersversorgung**  
Beiträge von:      PD Dr. A. Kruse, Heidelberg  
                                 Prof. Dr. J. Müller, Freiburg
- 1992      **„Mens sana in corpore sano“ – Pastorale und medizinische Fragen zur Zunahme psychosomatischer Erkrankungen**  
Beiträge von:      Prof. Dr. Dr. A Görres, München  
                                 Prof. Dr. E. Schockenhoff, Regensburg
- 1993      **Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht**  
Beiträge von:      Dr. med. T. Kruse, Marburg  
                                 Dr. med. G. Markus, Paderborn  
                                 Prof. Dr. F. Furger, Münster  
                                 Prof. Dr. H. L. Schreiber, Göttingen
- 1994      **Hat dein Glaube dich gesund gemacht? – Konventionelle und nicht-konventionelle Methoden in der Medizin**  
Beiträge von:      Prof. Dr. I. Oepen, Marburg  
                                 P. Dr. U. Niemann SJ, Frankfurt am Main
- 1995      **Angst als Grund von Krankheit**  
Beiträge von:      Prof. Dr. W. Fiegenbaum, Münster  
                                 Prof. Dr. R. Haskamp OFM, Münster

- 1996 **Von der Not der Sprachlosigkeit – Schwierigkeiten und Wege des ärztlichen Gesprächs mit dem Patienten**  
 Beiträge von: Prof. Dr. Hannes Friedrichs, Göttingen  
 Prof. Dr. Josef Kopperschmidt, Erkelenz  
 Sr. Ursula Bittner, Paderborn
- 1997 **Öffentliches Image und Selbstverständnis. Auf dem Weg zu einem neuen Arztbild**  
 Beiträge von: Günter Haaf  
 Prof. Dr. Dietmar Mieth, Tübingen
- 1998 **Sterben als Prozeß. Medizinische und theologische Überlegungen angesichts des „Hirntod-Kriteriums“**  
 Beiträge von: Prof. Dr. Heinz Angstwurm, München  
 Prof. Dr. Bernhard Fraling, Würzburg
- 1999 **Was ist uns der Mensch wert? Probleme und Perspektiven künftiger Gesundheitspolitik**  
 Beiträge von: Prof. Dr. Josef Römelt, Erfurt  
 Dr. Dr. Ulla Pruss-Kaddatz, Bielefeld
- 2000 **Das Leben schützen! Medizinische Praxis im Spannungsfeld von staatlichem Recht und christlicher Ethik**  
 Beiträge von: Erzbischof. Dr. Degenhardt, Paderborn  
 Bernward Büchner, Freiburg  
 Prof. Dr. Hansjakob Müller, Basel  
 Prof. Dr. Hans Gleixner, Paderborn
- 2001 **Als Mensch beginnen – als Organ enden? Vom Wandel des Menschenbildes in Bioethik und moderner Medizin**  
 Beiträge von: Kardinal Johannes Joachim Degenhardt  
 Prof. Dr. Hans-Bernhard Wuermeling, Erlangen  
 Christa Nickels MdB, Berlin  
 Prof. Dr. Ulrich Lücke, Aachen
- 2002 **Wi(e)der die Illusion vom perfekten Menschen! Medizinische und ethische Argumente zur Fragmentalität des Lebens**  
 Beiträge von: Diözesanadministrator Hans-Josef Becker  
 Prof. Dr. Gerd Fasselt, Münster  
 Dr. Gerd Lütz, Köln
- 2003 **Gesundheit im Abseits? Vom Einfluss der Ökonomie auf den ärztlichen Heilungsauftrag**  
 Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker  
 Prof. Dr. Eggert Beleites, Jena  
 Prof. Dr. Stephan Ernst, Würzburg  
 Hildegard Müller MdB, Berlin

- 2004      **Eu thanatos – Medizin und Ethik an der Grenze des Lebens**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                                  Dr. Hermann-Josef Pielken, Dortmund  
                                  Prof. Dr. Klaus Arntz, Augsburg  
                                  Dr. Peter Liese, MdEP
- 2005      **Wie alt werden in unserer Gesellschaft – Lebensqualität nur durch Medizin?**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                                  Dr. Michael Pries, Hamburg  
                                  Prof. Dr. Peter Schallenberg, Fulda  
                                  Prof. Dr. Dr. Paul Michael Zulehner, Wien
- 2006      **(K)ein Platz für die Seele – Neurobiologie und Transzendenz im Widerspruch?**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                                  Prof. Dr. Dr. Dieter Hattrup, Paderborn  
                                  Prof. Dr. Hans-Jochen Heinze, Magdeburg
- 2007      **Arzt und Patient – wider den Vertrauensverlust**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                                  Prof. Dr. Dr. Klaus Bergdolt, Köln  
                                  Prof. Dr. Volker Eid, Bamberg
- 2008      **Leben bis zuletzt – Palliativmedizin in Sorge um den ganzen Menschen**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                                  Prof. Dr. Eberhard Klaschik, Bonn  
                                  Dr. Erhard Weiher, Mainz
- 2009      **Vom Umgang mit der Verantwortung – Behandlungsfehler im ärztlichen Alltag**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                                  Prof. Dr. Johannes Köbberling, Wuppertal  
                                  Prof. Dr. Thomas Schwartz, Augsburg
- 2010      **Ärztliches Selbstverständnis zwischen Dienstleistung und Nächstenliebe – Anspruch und Wirklichkeit**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                                  Prof. Dr. Giovanni Maio, Freiburg  
                                  Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff, Freiburg
- 2011      **Knappe Ressourcen in der Medizin – ethisches Dilemma oder gerechte Verteilung?**  
 Beiträge von:      Weihbischof Hubert Berenbrinker  
                                  Prof. Dr. Dr. Jens Atzpodien, Münster / Osnabrück  
                                  Prof. Dr. Manfred Spieker, Osnabrück

2012 **Diagnose Burnout – Die erschöpfte Seele als Symptom unserer Zeit**

Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker  
Prof. Dr. Matthias Burisch, Hamburg  
Prof. Dr. Klaus Baumann, Freiburg

2013 **Die Patientenverfügung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und ärztlicher Verantwortung**

Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker  
Prof. Dr. Axel W. Bauer, Mannheim  
Msg. Prof. Dr. Dr. Peter Fonk, Passau



