

Zum Streit
um ein Gesetz über
Patientenverfügungen

Eine unendliche Geschichte?

Matthias Gierth

Es geschehe – mein Wille! Dass Sterben in Würde ein erstrebenswertes Ziel darstellt, ist unter den Deutschen nicht umstritten. Umfragen belegen regelmäßig, dass sich mehr als zwei Drittel der Bevölkerung wünschen, den Zeitpunkt selbst zu bestimmen, wann und wie sie aus dem Leben scheiden. Doch was heißt schon „Sterben in Würde“?

Tatsächlich liegen bei der Antwort auf diese Frage, ja bei allen Fragen von Tod und Sterben zwischen Theorie und Praxis Welten. Das gilt für den Betroffenen im Krankenhausbett gleichermaßen wie für seine Angehörigen. Erst wer auf einer Intensivstation am Bett eines im Koma liegenden Freundes oder Ehepartners stand, wer die quälende Entscheidung „Noch einmal operieren oder nicht?“ beantworten musste, bekommt eine Ahnung davon, in welch diffizile Abwägungssituationen die Hochleistungsmedizin uns heute führt. Gerade in diesen Extremsituationen wird deutlich, wie schwierig es ist zu definieren, was würdevolles Sterben wirklich bedeutet. So ist der medizinische Fortschritt längst zum zweischneidigen Schwert geworden. Vielfach ersehnt, hilft er, dort Leben zu verlängern, wo Patienten vor Jahren noch der sichere Tod vor Augen stand. Doch zugleich hat er die Angst erst geschaffen, seelenlosen Apparaten hilflos ausgeliefert zu sein und – an Schläuchen angeschlossen – einsam dahinvegetieren. Auch haben die technischen Möglichkeiten Skepsis gegenüber Ärzten entstehen lassen: Allzu oft wird der Mediziner nicht mehr als heilend-helfen-

der Partner und Profi gesehen, sondern als Herr in Weiß, der allen theoretischen Möglichkeiten der Apparatemedizin kritiklos folgt. Und der sich wenig um die Frage kümmert, was in diesem Moment für diesen Patienten richtig ist.

Vor diesem Hintergrund kann es kaum überraschen, dass die Frage nach Patientenverfügungen und ihrer Gültigkeit in Deutschland breiten Raum einnimmt. Nun existiert das Modell „Patientenverfügung“ seit vielen Jahren. Doch als Rechtsinstitut ist es bislang nicht ins bürgerliche Recht eingeführt. Damit stellt sich die Frage der Reichweite und Verbindlichkeit. In ihrer gegenwärtigen Zusitzung reicht die Debatte zurück bis ins Jahr 2003. Damals wurde durch ein Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) deutlich, dass tatsächlich erhebliche Unsicherheit über den juristischen Wert von Patientenverfügungen besteht. Der BGH hatte in einer Entscheidung die Verbindlichkeit einer Patientenverfügung zwar bestätigt, zugleich aber entschieden, dass ein Betreuer in die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes einwilligen kann. Diesem Richterrecht ist bis heute keine klare gesetzliche Regelung an die Seite gestellt worden. Insbesondere die etwa sieben Millionen existierenden Patientenverfügungen in Deutschland rufen daher nach Rechtssicherheit. Im Justizministerium wurde infolge des BGH-Urteils eine Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ unter Leitung des früheren BGH-Vorsitzenden Klaus Kutzer eta-

bliert. Sie stellte im Juni 2004 ihre Expertise vor. Wenige Wochen später positionierte sich als zweites Gremium die Bundestags-Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ mit einem Zwischenbericht zur Patientenverfügung. Aus der Empfehlung der Kutzer-Kommission entwickelte die damalige und heutige Justizministerin Brigitte Zypries einen Gesetzentwurf zur Patientenautonomie.

Gefahr des Missbrauchs

Die Eckpunkte der Novelle stießen auf Beifall und Kritik zugleich – von allen Fraktionen des Deutschen Bundestages. Die Bundesjustizministerin unternahm letztlich einen Paradigmenwechsel. Sie stieg aus dem Grundsatz der unbedingt lebenserhaltenden Medizin aus und setzte das Paradigma des Vollzuges des vorausverfügten oder mutmaßlichen Patientenwillens dagegen. Gültig sollte eine Patientenverfügung nach Zypries' Vorstellungen sein – ganz gleich ob schriftlich festgehalten oder nicht –, solange „keine konkreten Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass der betreute (Patient) sie widerrufen hat“. Eine Beschränkung der Reichweite von Patientenverfügungen auf ein bestimmtes Krankheitsstadium war nicht vorgesehen.

„Verständlicherweise kommt es auf Anhieb gut an, wenn man die Sache nur von der Patientenautonomie und von der Sehnsucht nach einem leidarmen und unbelasteten Sterben her betrachtet“, urteilte der Tübinger Ethiker Dietmar Mieth über den Entwurf. Zugleich jedoch mahnte er: „Der Gefahr, dass Selbstbestimmung zu Erleichterungen instrumentalisiert wird, die sich nicht ausschließlich am Patienten orientieren, muss gewehrt werden.“ Tatsächlich verzichtete Zypries' Vorschlag weitgehend auf Regelungen zum Schutz des Patienten und schaffte damit offen Missbrauchsmöglichkeiten. Dies betraf allein schon den

Aspekt der Schriftlichkeit: Jeder Grundstückskauf, jede Schenkung unterliegt in Deutschland strengeren Formalanforderungen. Bei Fragen über Leben und Tod aber sollten vage mündliche Andeutungen genügen? Auch die Absicht, Patientenverfügungen bei jeder Erkrankung, unabhängig von ihrem Entwicklungsgrad, zum Tragen kommen zu lassen, stieß auf Widerstand. Vor allem Ärztevereinigungen wie der Marburger Bund, aber auch die Deutsche Hospiz-Stiftung widersprachen der Justizministerin vehement. Ein Abbruch lebensverlängernder Behandlungen dürfe nur infrage kommen, wenn die Krankheit auch unumkehrbar zum Tode führe, kritisierte Marburg-Vorsitzender Frank Ulrich Montgomery. Er forderte gar, die Krankheitsbilder, über die in einer Patientenverfügung gesprochen werden dürfe, in Fallkonstellationen festzuhalten.

Im weiteren Verlauf sollte die Justizministerin in der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ ihre große Gegenspielerin finden. Das Ergebnis des Bundestags-Gremiums sah anders aus als der Ansatz der Justizministerin: So forderte die Enquete, Patientenverfügungen in ihrer Reichweite allein auf jene Krankheiten zu beschränken, die trotz medizinischer Behandlung irreversibel und tödlich verlaufen. Dafür musste die Enquete den Vorwurf einstecken, sie schränke ignorant und fundamentalistisch die Selbstbestimmung des Patienten ein.

Für den Ethiker Dietmar Mieth eine nicht nachvollziehbare Kritik. Er urteilte vielmehr, das Expertengremium aus Bundestagsabgeordneten und Sachverständigen sei sorgsamer und auch gefahrenbewusster mit einer Materie umgegangen, die solcher Sensibilität dringend bedürfe: „Selbstbestimmung ist zwar oberstes Kriterium, aber sie kann nicht einfach kontext- und umstandslos, gleichsam abstrakt und formlos, zu blindem Vollzug

führen.“ Im Übrigen setzte auch der Zypries-Plan die Selbstbestimmung keineswegs absolut. Dies zeigten die Überlegungen zur aktiven Sterbehilfe. Das Justizministerium lehnte kategorisch ab, dass es Ärzten auf Wunsch des Patienten gestattet sein könnte, Kranken eine tödliche Tablette zu verabreichen. Offensichtlich gab es also auch für Brigitte Zypries gute Gründe, den Willen von Patienten nicht absolut zu stellen.

Doch es sollte nicht zur Lesung des Ministerinnenentwurfes im Bundestag kommen. Mit einem Paukenschlag zog die Justizministerin ihren Vorstoß mit einem Mal ohne Vorankündigung zurück. Aus dem Justizressort hieß es, von einem Rückzug von Brigitte Zypries könne keine Rede sein. Die Ministerin habe lediglich „auf Sensibilitäten“ im Parlament Rücksicht genommen. Doch zugleich gestand ihr Sprecher ein, das alternativ geplante Verfahren sei nicht der ursprüngliche Wunsch der Ministerin gewesen. Tatsächlich waren die Proteste aus der Regierungskoalition wie der Opposition zu groß geworden, in einer Gewissensfrage mit einem Kabinettsentwurf konfrontiert zu sein und nicht mit unterschiedlichen Gruppenanträgen aus dem Parlament heraus. Für die Opposition war der Zypries-Rückzug eine Steilvorlage: Von einer „Riesenschlappe“ für die Ministerin sprach die Union. „Die SPD ist in der Frage der Patientenverfügung heillos zerstritten“, kritisierte der CDU-Abgeordnete Thomas Rachel. „Das wäre bei einer Abstimmung über einen Kabinettsentwurf deutlich geworden. Da hat der Kanzler die Notbremse gezogen.“

In den folgenden Wochen bemühten sich verschiedene Abgeordnete um Gesetzesinitiativen aus dem Parlament heraus. Dabei war bei nahezu allen Akteuren die Notwendigkeit akzeptiert, die Patientenverfügung als Rechtsinstitut in das bürgerliche Recht einzuführen. Ob dafür freilich der engere Ansatz der Enquete-

Patientenverfügungen legen fest, ob im Ernstfall eine Behandlung abgebrochen werden soll. Dem Richterrecht steht keine klare gesetzliche Regelung zur Seite.

© picture-alliance/dpa/dpaweb, Foto: Roland Weihrauch



Kommission gewählt werden sollte oder die weite Lösung des Zypries-Entwurfes, blieb quer durch alle Parteien umstritten.

In der Union zeichnete sich rasch eine mehrheitliche Ablehnung der Zypries-Linie ab. Vor allem die Lebensschützer der Partei pochten darauf, den Grundsatz der unbedingt lebenserhaltenden Medizin nicht aufzugeben. Doch nicht wenige Rechtspolitiker von CDU und CSU äußerten auch Bedenken gegen eine Einschränkung der Reichweite von Patientenverfügungen. Wie, so ihre Kritik, sollte sich dies mit dem verfassungsrechtlich garantierten Selbstbestimmungsrecht des Patienten vereinbaren lassen?

Bei der SPD übernahm es ihr rechtspolitischer Sprecher Joachim Stünker, den Zypries-Entwurf zu einem Gruppenantrag umzuarbeiten. „Die grundlegende Philosophie des Entwurfs aus dem Justizministerium werden wir beibehalten“,

betonte Stünker dabei von Anfang an. Änderungen sah er bei der Frage der Schriftlichkeit der Patientenverfügung vor. Auf diesen Kurs schwenkte die Ministerin schließlich ein. Auch Joachim Stünker wertete den Rückzug vom ursprünglichen Zypries-Entwurf nicht als Niederlage der Ministerin: „Es ist sehr sinnvoll, bei ethisch-rechtlichen Grundsatzfragen wie dem Paragrafen 218, der Stammzellforschung oder jetzt der Patientenverfügung nicht in Freund-Feind-Denken zu verfallen, sondern frei davon aus dem Parlament heraus mehrheitsfähige Lösungen zu suchen“, erklärte er in einem Gespräch mit der Wochenzeitung *Rheinischer Merkur*.

Doch ein Gesetz zur Patientenverfügung sollte auch diesmal nicht zustande kommen. Die Vertrauensfrage von Bundeskanzler Gerhard Schröder, die Auflösung des Bundestages und die anschließenden Neuwahlen verunmöglichten es, das Projekt Patientenverfügung zum Abschluss zu bringen. Nach der Verabredung der Großen Koalition erklärten SPD und Union im November 2005 schließlich in ihrer Koalitionsvereinbarung, das Thema Patientenverfügung erneut auf die Tagesordnung setzen und gesetzlich regeln zu wollen.

Vorrang des Lebensschutzes

Seit Herbst vergangenen Jahres hat die Koalition dieses Ziel mit Nachdruck betrieben. Für die Union erarbeitete Wolfgang Bosbach (CDU) einen fraktionsübergreifenden Kompromissvorschlag, der dem Stünker-Konzept, das wiederbelebt wurde, gegenübersteht. Der Bosbach-Ansatz trägt der Einsicht Rechnung, dass es ein Irrtum wäre zu glauben, Patientenverfügungen könnten aus dem Dilemma der Hochleistungsmedizin befreien. Dass sie dafür ungeeignet sind, liegt zuvörderst an der Tatsache, dass auch bei detaillierter Abfassung der spätere tatsächliche Krankheitsfall nur selten mit dem in

der Verfügung angenommenen übereinstimmt. Zudem zeigen Untersuchungen: Der gesunde Mensch ist wenig geneigt, ein Leben mit schwerster Krankheit als lebenswert einzustufen. Blickt er dem eigenen Tod ins Auge, nimmt er oft auch Einschränkungen in Kauf, um nicht zu sterben. Es ist eben schlecht vorhersehbar, welche Lebensperspektiven sich auch in der Krankheit noch eröffnen. Deshalb bleibt der Bosbach-Ansatz skeptisch, wenn nach der absoluten Patientenautonomie gerufen wird, die durch die Patientenverfügung sichergestellt werden soll. Natürlich gehört es zur Würde und zum Recht des Einzelnen, eine medizinische Behandlung zu verweigern. Aber der in der Verfügung vorab geäußerte Wille eines im Koma liegenden Menschen kann nicht mit einem aktuell geäußerten Willen gleichgesetzt werden.

Bosbach zieht aus jenem Unterschied zwischen vorausverfügtem und aktuellem Willen die Konsequenz, dass bei Krankheiten, die nicht direkt zum Tode führen, „der Lebensschutz nicht unter Hinweis auf das Selbstbestimmungsrecht verdrängt wird“. Schreibt der Patient dennoch eine Patientenverfügung, ist sie ungültig. So soll deutlich werden: Bei der Patientenverfügung geht es um das Sterbenlassen von Sterbenden, nicht um die Lebensbeendigung von Lebenden.

Seine hohen ethischen Maßstäbe hält der Entwurf jedoch nicht durch: Bei stabilem Wachkoma und schweren Formen von Demenz – beides führt nicht zwingend zum Tod – wird auf die sogenannte Reichweitenbeschränkung verzichtet – der in der Verfügung angeordnete Behandlungsabbruch wäre statthaft. An dieser Stelle wird der Kompromiss des Ansatzes besonders deutlich: Nicht Extrempositionen dominieren – die uneingeschränkte Patientenautonomie wie bei Joachim Stünker oder der absolute Vorrang des Lebensschutzes wie von zahlreichen Lebensschützern gefordert –, son-

dern ein Interessenausgleich. „Wenn einfache Regeln der Vielfalt der Konstellationen am Lebensende nicht gerecht werden, ist es Aufgabe des Gesetzgebers, für schonenden Ausgleich zu sorgen“, postuliert der Entwurf.

Auf ein Gesetz verzichten?

Es wäre zweifellos möglich, mit dieser Position in Deutschland Rechtsfrieden herzustellen – ein für die Demokratie hohes Gut. Nachdenklich aber stimmt, dass gerade viele Mediziner gegen den Ansatz aufstehen. Dabei sind sie es ja, für die die Patientenverfügung – neben Angehörigen und Kranken – Rechtssicherheit bringen soll. So mahnt der Präsident der Bundesärztekammer, Hoppe, kein Gesetz der Welt könne es Ärzten abnehmen, den Patientenwillen zusammen mit dessen Vertrauten zu ermitteln. Zu viele Detailregelungen seien schädlich, Reichweitenbeschränkungen inakzeptabel. Während über all die Jahre an der grundsätzlichen Notwendigkeit, ein Gesetz zu machen, kein Zweifel bestand, hat sich so das Blatt gewendet: Eine nicht unerhebliche Gruppe von Experten regt nun an, im Zweifelsfall auf ein Gesetz zu verzichten.

Dies hat auch die Parlamentsdebatte am 29. März nochmals bestätigt, bei der der Bundestag über die Vorschläge diskutierte. Schon die Durchführung der Debatte nicht als erste Lesung, sondern als allgemeine Erörterung macht deutlich, wie sehr sich die Abgeordneten der Schwierigkeit der Thematik bewusst sind, wie hin- und hergerissen auch, welche Lösung adäquat ist. Die Aussprache in Berlin war emotional und von persönlicher Betroffenheit geprägt. Der FDP-Abgeordnete Hans-Michael Goldmann erzählte von seiner 92-jährigen Mutter, der gelernte Krankenpfleger Josef Winkler (Bündnis 90/Grüne) schilderte seine Erfahrungen mit der fröhlichen Wesensart vieler Demenzkranker. An die Ermordung Alter und Kranker durch die

„Aktion T4“ der Nazis erinnerte der Grüne Jerzy Montag und rief damit die historische Dimension der Debatte ins Gedächtnis. „Lasst mich zum Haus des Vaters gehen“, zitierte CSU-Parlamentarier Wolfgang Zöller den letzten Wunsch von Johannes Paul II. Vier Stunden später sei der Papst ins Koma gefallen, nach sechs Stunden friedlich gestorben, ohne noch einmal im Krankenhaus an Geräte angeschlossen worden zu sein.

Im Bundestag haben sich so drei Gruppen herauskristallisiert. CDU-Fraktionsvize Wolfgang Bosbach vertritt gemeinsam mit René Röspel (SPD), Josef Winkler (Grüne) und Otto Fricke (FDP) die Fraktion der kompromissorientierten Lebensschützer. Ihnen gegenüber steht die Gruppe der Liberalen mit Joachim Stünker, Hertha Däubler-Gmelin (beide SPD) und Michael Kauch (FDP). Eine Gruppe dezidierter Lebensschützer lehnt ein Gesetz inzwischen ab. Zu ihnen gehört der CDU-Bundestagsabgeordnete Hubert Hüppe. „Je länger ich mich mit dem Thema Patientenverfügung auseinander setze“, äußerte er im Bundestag, „umso unsicherer bin ich, ob es wirklich Sinn macht, zu diesem Thema ein Gesetz zu machen. Ich frage mich, ob es richtig ist zu glauben, der Gesetzgeber könne alles regeln, bis in den Tod hinein. Ich glaube, wir übernehmen uns damit.“ Unterstützung für diese Position gibt es auch aus der Linkspartei: „Ich halte es durchaus für denkbar, dass das Parlament nach ausgiebiger Beratung zu dem Ergebnis kommt, dass es keines Gesetzentwurfes bedarf, um die Selbstbestimmung des Menschen zu sichern“, so die Abgeordnete Monika Knoche.

„Die Debatte hat gezeigt, dass es kein Falsch oder Richtig gibt“, bilanzierte Wolfgang Bosbach am Ende die Diskussion. Tatsächlich hätte bei einer Abstimmung vermutlich weder der Bosbach- noch der Stünker-Antrag eine Mehrheit bekommen. Angesichts solcher unsiche-

ren Verhältnisse werden Bosbach wie Stünker versuchen, durch einzelne Änderungen weitere Abgeordnete auf ihre Seite zu ziehen. Gelingt dies nicht, droht der Streit um die Patientenverfügung zur unendlichen Geschichte zu werden, vermutlich bliebe es beim bisherigen Richterrecht.

Umfassende Vorsorge als Alternative

Angesichts dieses Debattenstandes besteht die Chance, noch einmal nach Alternativen für Patientenverfügungen zu suchen. Über Ideen, wie sie unlängst der Offenbacher Onkologe und Publizist Stephan Sahm vorgeschlagen hat, ist in Deutschland nämlich sehr wenig nachgedacht worden. Sahm geht von der Tatsache aus, dass eine Mehrheit der Bürger erhebliche Vorbehalte gegen eine Patientenverfügung hegt. Nach einer Befragung von mehr als eintausend Patienten im Rhein-Main-Gebiet kennen zwar drei Viertel Patientenverfügungen, doch nur wenige füllen sie aus. „Der Einfluss eines Gesetzes auf die Praxis wird marginal bleiben“, folgert Sahm in einem Namensbeitrag für die *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, „es sei denn, der Gesetzgeber ordnete eine ‚strikt diktatorische Lesart‘, was niemand ernsthaft fordert.“

Der Mediziner regt an, das von amerikanischen Ärzten zuerst formulierte Konzept des *Advanced Care Planning* aufzufreifen, im Deutschen am besten mit „umfassender Vorsorgeplan“ übersetzt. Da, so Sahm, in entwickelten Ländern die meisten Menschen an chronischen Krankheiten sterben, kommt das Lebensende für sie nicht unerwartet. Der vorausschauende Versorgungsplan antizipiert Verschlechterungen des Zustandes, die unter medizinischen Gesichtspunkten absehbar sind. „Der Plan kommt zum Einsatz, wenn eine Krankheit als fortgeschritten, unheilbar und zum Tode führend eingeschätzt wird. Das Therapieziel besteht dann allein in der Leidensminde-

rung. Das Sterben wird akzeptiert“, sagt Sahm.

So setzen sich die Betroffenen zeitnah und eben nicht abstrakt wie bei der Patientenverfügung auseinander. Vorab werden Behandlungsmaßnahmen und weitere Elemente der Betreuung für den Fall akuter Komplikationen festgelegt. Ein erster Schritt ist das Gespräch mit Patienten und deren Stellvertretern darüber, dass dieser Zeitpunkt gekommen ist. Für Sahm ist dies der „entscheidende Wendepunkt, der Kern des Plans“, der auch eine „Änderung der Kultur der Medizin“ erforderlich macht. „Gespräche über das bevorstehende Lebensende werden nur selten geführt. Sie erfordern Mut.“

Zum *Advanced Care Planning* gehört auch die Vereinbarung zwischen allen Beteiligten, bei Auftreten von lebensbedrohlichen Komplikationen kein Notfallteam zu rufen, das etwa eine Intensivbehandlung einleiten würde. „Das ist zentral“, so Sahm, „denn Grund der Debatte ist die verständliche Furcht vor einer unangemessenen Überbehandlung.“

Zusammenfassend hält der Onkologe den Versorgungsplan für vorteilhaft, weil „die Betroffenen zu einem Zeitpunkt über ihre Behandlungswünsche entscheiden, zu dem sie Erfahrungen mit der Krankheit haben. Ihre Entscheidungen sind lebensnah, weil der Wechsel der Perspektive, der stets mit der Eröffnung einer Diagnose einhergeht, bereits stattgefunden hat. Eine Patientenverfügung kann zwar hilfreich sein, ihr kommt aber meist nur die Bedeutung eines Instrumentes bei der Gesprächsführung zu.“

Ähnliche Wege hierzulande zu gehen wäre zweifellos anspruchsvoll, aber lohnend. Die Welten, die bei Tod und Sterben zwischen Theorie und Praxis liegen, kämen so auf jeden Fall einander näher. Die nächsten Wochen werden zeigen, ob Argumente wie diese auch im politischen Berlin gehört werden – und mehrheitsfähig sind.