



Neue Debatte über PatientInnenverfügungen

Die Französin Chantal Sébire, unheilbar an einem äußerst schmerzhaften Tumor erkrankt, wollte für sich vor Gericht das Recht auf Aktive Sterbehilfe erstreiten. Nachdem dieser Wunsch abgelehnt wurde, beendete sie ihr Leben kurze Zeit später vermutlich selbst. Fälle wie dieser werfen die Frage nach aktiver und passiver Sterbehilfe sowie der Vorsorge für ein „menschenwürdiges Sterben“ immer wieder auf.

➔ In Deutschland ist anders als z.B. in der Schweiz, den Niederlanden, Belgien und seit kurzem auch Luxemburg aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) verboten. Passive Sterbehilfe (Sterben lassen) hingegen ist erlaubt, beruht aber auf der Zustimmung der einzelnen Person. Für den Fall, dass man selbst nicht mehr einwilligungsfähig ist, gibt es die Möglichkeit einer PatientInnenverfügung, deren rechtliche Grundlagen in den nächsten Monaten wieder Thema einer Bundestagsdebatte sein werden. Auch der Deutsche Frauenrat beschäftigt sich mit dieser Thematik. In einer Konsultation Ende April haben alle Mitgliedsorganisationen die Möglichkeit, an einem gemeinsamen Kompromisspapier mitzuarbeiten.

Geschlechtsspezifischer Zugang

Bislang gibt es kaum eine geschlechtssensible Diskussion des Themas PatientInnenverfügung. Einzelne quantitative Studien legen aber nahe, dass die Kategorie Geschlecht eine hohe Signifikanz in diesem Bereich hat, Frauen z.B. häufiger Inhaberinnen einer PatientInnenverfügung sind.

Frauen sind mit zunehmendem Alter und eventuell einhergehender Gebrechlichkeit oder Pflegebedürftigkeit eher alleinstehend als Männer. Statistisch gesehen leben über 54 % der über 80-jährigen Männer in einer Ehe, bei den über 80jährigen Frauen sind dies nur knapp 10 %. Da Frauen eine höhere Lebenserwartung als Männer haben und dazu i.d.R. ältere

Männer heiraten, sind sie es, die in erster Linie pflegen und für die dann niemand mehr da ist, wenn sie selbst auf Pflege angewiesen sind. Die häufigste Pflegekonstellation ist Frau pflegt Mutter, gefolgt von Frau pflegt Ehemann und Frau pflegt Schwiegermutter, erst an sechster Stelle taucht ein Mann in der Konstellation „Sohn pflegt Mutter“ auf. Die Frage, „Wer versorgt die Versorgerinnen?“ bleibt unbeantwortet.

Frauen sind eine besondere Zielgruppe für den „selbstbestimmten“ Tod durch PatientInnenverfügungen, da Weiblichkeitsklischees in diesem Zusammenhang einen starken gesellschaftlich-moralischen Druck ausüben können. Simone de Beauvoir stellte Mitte des vergangenen Jahr-



hunderts fest, dass gilt: „Frau = Immanenz und körperliche Existenz in der Welt“ und „Mann = Transzendenz und damit geistige Überwindung der körperlichen Existenz“. Diese Gleichungen spiegeln sich auch heute noch vielfach in Normen und Rollenerwartungen wieder, die das Leben von Frauen und ihre Entscheidungen beeinflussen.

Frauen sind zum Beispiel deutlich häufiger als Männer Organspenderrinnen, während Männer sehr viel häufiger Empfänger sind. Der Appell an die Opferbereitschaft wird hier anscheinend vor allem von Frauen gehört. Im Sinne eines Opfers und eines quasi vorausseilenden Gehorsams schließen Frauen eine PatientInnenverfügung ab, um niemandem zur Last zu fallen, keinem auf der

Tasche zu liegen oder um das Erbe, das durch eine langjährige Pflege aufgebraucht werden könnte, für die Kinder zu erhalten. Der „typische“ Mann fürchtet bezüglich seines Lebensendes eher, seine intellektuellen und rationalen Fähigkeiten zu verlieren.

Ein typisches Beispiel klischeehafter Bewertung ist die Krankheit ALS (Amyotrophe Lateralsklerose, eine degenerative Erkrankung, die zu irreversiblen Muskellähmungen, einschließlich der Atemmuskulatur führt). Der Physiker Stephen Hawking wird als genialer Wissenschaftler bezeichnet, der einem kranken, behinderten Körper mit seinem großen Intellekt trotz und wissenschaftlich höchst Anspruchsvolles

veröffentlicht. Dem gegenüber werden (unbekannte) Frauen mit ALS zum Ende der Erkrankung hin häufig als „lebender Leichnam“ bezeichnet. Ihr Beispiel wird immer wieder angeführt, wenn gezeigt werden soll, in welchen Fällen aktive Sterbehilfe zulässig sei.

Lebenszustand darf nicht zum Gradmesser der Menschenwürde werden!

Die Enquete-Kommission des Bundestags stellte 2004 fest, dass eine PatientInnenverfügung nur bei infauster Diagnose in der letzten Krankheitsphase gelten kann, also nur auf Krankheiten angewandt werden darf, die unmittelbar und in kurzer Zeit zum Tod führen. Anders kam die Arbeitsgruppe des Justizministeriums ebenfalls 2004 zu dem Schluss, dass PatientInnenverfügungen auch im Falle schwerer, nicht unmittelbar zum Tode führender Krankheiten (zum Beispiel Wachkoma oder schwere Demenz) angewandt werden sollen. Im Zentrum der Auseinandersetzung stehen die nicht (mehr) einwilligungsfähigen Menschen. So lange ein Mensch einwilligungsfähig ist, darf er jede medizinische Behandlung – und sei sie noch so aussichtsreich – ablehnen. Aktuell ist der am 06.03.2008 von Joachim Stünker, Michael Kauch, Dr. Lukrezia Jochimsen und Jerzy Montag eingebrachte, „weite“ Antrag, der bislang von gut 200 MdBs unterschrieben wurde. Bei der weiten Variante können auch schwere, nicht unmittelbar zum Tode führende Erkrankungen mit in den Behandlungsverzicht (und damit auch Ernährungsverzicht) eingeschlossen. Die Beratung soll wahrscheinlich noch vor der Sommerpause erfolgen.

Ein generelles Problem der PatientInnenverfügung ist, dass oft implizit die Würde von Menschen Thema ist,



die mit schweren Behinderungen oder Krankheiten leben. Das gilt besonders für die weite Variante. Auch wenn dies nicht so gewollt oder gemeint ist – die gesellschaftliche Wahrnehmung von behindertem Leben wird dadurch beeinflusst. Der Lebenszustand eines Menschen darf nicht zu einem Gradmesser der Menschenwürde werden. Die Evangelischen Frauen in Deutschland plädieren entschieden gegen die „weite“ Variante einer PatientInnenverfügung. Auch Behindertenverbände wie zum Beispiel das Weibernetz argumentieren gegen eine „weite“ Lösung, damit nicht das Leben der Menschen, die sich nicht in einer Phase des Sterbens, sondern mitten im Leben befinden, als nicht mehr würdevoll und lebenswert bezeichnet wird.

Neue Erkenntnisse im Bereich Wachkoma zeigen, dass wenigstens auf einer basalen Ebene noch Kommunikation möglich ist. Darüber, was und wie viel Menschen im Wachkoma wahrnehmen, kann man heute noch nichts sagen. Aber Ergebnisse der Hirnforschung zeigen, dass zumindest nicht mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden kann, dass eine Wahrnehmung möglich ist. Es ist deshalb schwierig für den Fall eines Wachkomas Entscheidungen im Voraus zu treffen, da unklar ist, ob und wie Betroffene die Situation wahrnehmen.

Gleichzeitig verlängert eine „enge“ Variante möglicherweise das „selbstbestimmte“ Sterben der Menschen, die vorher sehr klare Aussagen über ihre Behandlungswünsche gemacht haben. Und es stellt sich die Frage, an welcher Krankheit ein nicht mehr einwilligungsfähiger Mensch sterben „darf“. Jede kennt vermutlich eine Geschichte einer alten Frau, die trotz schwerer Krankheit und „Lebensunlust“ durch Eingriffe von außen am Sterben gehindert wird.



So tragisch und nachvollziehbar im Einzelfall der Wunsch, sterben zu dürfen, ist, im Bezug auf das gesetzgebende Verfahren muss es eine generalisierende Entscheidung geben. Daher plädieren die Evangelischen Frauen in Deutschland für eine enge Variante der PatientInnenverfügung, da alles andere zum einem dem möglichen Missbrauch Tür und Tor öffnet und zum anderen massiv in das Lebensgefühl von behinderten Menschen, die sich mitten im Leben

und nicht im Sterben befinden, eingreift.

Überhaupt stellt sich die Frage, inwiefern PatientInnenverfügungen ein gesellschaftliches Klima der Ablehnung von behinderten, alten oder kranken Menschen begünstigen. Ein Szenario könnte sein, dass in wenigen Jahren die Gesellschaft noch deutlicher als bisher schon erwartet, alte oder schwerkranke Menschen möglichst „zügig“ und



kostengünstig sterben zu lassen, damit sie nicht der Allgemeinheit zur Last fallen. In diesem Zusammenhang ist es besonders wichtig zu erwähnen, dass PatientInnenverfügungen auch dafür genutzt werden können, möglichst umfassende medizinische Behandlung zu fordern.

PatientInnenverfügung und Kultursensibilität

Ein bisher kaum beachteter Problemkreis ist die fehlende Kultursensibi-

lität bei PatientInnenverfügungen. Dies betrifft für Deutschland vor allem den Umgang mit Musliminnen und Muslimen. Im Islam sind die Positionen zur aktiven und passiven Sterbehilfe und auch zur indirekten Sterbehilfe (Tod wird als Folge einer Schmerztherapie billigend in Kauf genommen) in keinem Fall eindeutig. Neben einer Position, die lebenserhaltende medizinische Maßnahmen in medizinisch ausweglosen Situationen weder als Pflicht noch als empfehlenswert, sondern als freie Entscheidung des Einzelnen bzw. – bei nicht Einwilligungsfähigen – der Familie bezeichnet, gibt es auch die Forderung nach Therapiepflicht, bei der sogar Schmerztherapien, sofern sie das Sterben verkürzen, abgelehnt werden.

Umstritten ist in der arabischen muslimischen Welt vor allem das Hirntodkonzept. Das Abschalten der das Herz-Kreislauf-System stützenden Maßnahmen bei festgestelltem Hirntod gilt als unzulässig, solange nicht eine andere PatientIn mit besseren Aussichten die Ressourcen (damit sind die Maschinen gemeint) benötigt.

In einem Artikel in der Zeitschrift für Evangelische Ethik fordert Ilhan Ilkilić, Mediziner und Islamwissenschaftler, beim Aufeinandertreffen unterschiedlicher ethischer Wertvorstellungen von muslimischen PatientInnen und (christlichen) ÄrztInnen eine barrierefreie Kommunikation. Nur so könne es zu einer wirklichen Verantwortungspartnerschaft kommen. Konkret heißt dies im Bezug auf PatientInnenverfügungen, dass eine kultur- und religionssensible Beratung und Aufklärung dringend notwendig ist. Wichtig zu wissen: Viele Muslime geben eine infauste Diagnose nicht an die PatientIn weitergeben, da sie dies als unmittelbare Beeinträchtigung des Wohlbefindens der PatientIn sehen.

Eine solche Haltung macht das Nachdenken über eine PatientInnenverfügung und die Abstimmung der Einsatzmöglichkeiten besonders schwierig.

LINKS UND LITERATUR

Burkert, Esther: Frauen als Zielgruppe von PatientInnenverfügungen und Sterbehilfe – zwischen Selbstbestimmungsversprechen und Bevölkerungspolitik

Selektiv sterben – Der neue Euthanasietod – ein Frauentod?

In: Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis, Heft 59, 2001, S. 93-114

Ilkilić, Ilhan: Medizinethische Entscheidungen am Lebensende in einer wertpluralen Gesellschaft am Beispiel muslimischer Patienten. **In:** Zeitschrift für Evangelische Ethik, 52.Jg, 2008, Heft 1, S. 34-49

Klie, Thomas; Student, Johann Christoph: Sterben in Würde. Auswege aus dem Dilemma Sterbehilfe. Freiburg 2007

www.ekd.de/patientenverfuegung/44664.html (Christliche PatientInnenverfügung inklusive Erläuterungen, gemeinsam herausgegeben von der Deutschen Bischofskonferenz und der EKD)

KATHARINA FRIEBE

Einen fundierten theologischen Blick auf das Thema PatientInnenverfügung gibt es in der nächsten Ausgabe der mitteilungen.