

# Was nützen vorsorgliche Verfügungen für das Lebensende?<sup>1</sup>

Johann-Christoph Student<sup>2</sup>

Der Gedanke an das eigene Lebensende macht den meisten Menschen Angst. Zwar ist uns die Angst vor dem Tod nicht immer bewusst, dennoch wirkt sie in den Tiefen unseres Unbewussten, wie die Sozialpsychologie in vielen Studien immer wieder belegen konnte<sup>3,4,5</sup>. Weit bewusster ist den Menschen des 21. Jahrhunderts die Angst vor der Zeit, die dem Tod unmittelbar vorausgeht: die Angst vor dem Sterben. Diese Angst wird vor allem durch drei konkrete Elemente geschürt: Die Angst vor Vernachlässigung und Respektlosigkeit, die Angst vor Schmerzen und anderen körperlichen Beschwerden und schließlich die Angst davor, anderen zur Last zu fallen<sup>6,7,8</sup>. Dies zeigt, dass unsere bewussten Ängste vor dem Lebensende insbesondere einen **Beziehungsaspekt** haben, der eine Lösung fordert. Es zeigt auch, dass dahinter vielfach die Angst verborgen ist, am Lebensende nicht mehr selbst über sich bestimmen zu können, sondern von den Helfenden dominiert zu werden. Wie berechtigt diese Sorge im Alltag sein kann, zeigen Untersuchungen in Pflegeheimen und Krankenhäusern<sup>9</sup>.

Angst will bewältigt werden, sonst droht sie uns in unserer Handlungsfähigkeit, vielleicht sogar in unserer Lebensfähigkeit wesentlich einzuschränken. Zu den besonders populär gewordenen Bewältigungsstrategien gegenüber der Angst vor dem Sterben gehören die Vorsorgeverfügungen, von denen die Patientenverfügung vermutlich den höchsten Bekanntheitsgrad besitzt. Auch die Politik hat sich dieses Themas inzwischen mit großem Engagement angenommen<sup>10,11</sup>, das auch in der Öffentlichkeit seither lebhaft und oft kontrovers diskutiert wird.

Dabei geht es den Juristen offenbar vor allem um drei Fragen:

---

<sup>1</sup> Veröffentlichung in: *Betreuungsmanagement* 2 (2006) 2, Seite 68 – 71 – (© Verlag C.F. Müller, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg) Dort auch weitere wichtige Artikel zu Vorsorgeverfügungen

<sup>2</sup> Professor Dr. med. Dr. h.c. Christoph Student; Arzt, Psychotherapeut, Palliativmediziner; Gesamtleiter des HOSPIZ STUTTGART, Staffenbergstraße 22, 70184 Stuttgart;

eMail: c.student@hospiz-stuttgart.de Homepage: www.christoph-student.de

<sup>3</sup> Becker, E.: *Die Überwindung der Todesfurcht - Dynamik des Todes*. Goldmann, Berlin 1987

<sup>4</sup> Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., Rosenblatt, A., Veeder, M., Kirkland, S., Lyon, D.: Evidence of Terror Management Theory II: The Effects of mortality salience on reactions to those who threaten or bolster the cultural worldview. *Journal of Personality and Social Psychology* 58 (1990) Seite 308 – 318

<sup>5</sup> Ochsmann, R.: *Angst vor Tod und Sterben. Beiträge zur Thanato-Psychologie*. Hogrefe Verlag f. Psychologie, Göttingen usw. 1993

<sup>6</sup> Marquet, R.L. et al.: 25 Years of Request for Euthanasia and Physician Assisted Suicide in Dutch general Practice in Friend Analysis. *BMJ* 327 (2003), S. 201 – 202

<sup>7</sup> Ganzini, L. et al.: Experiences of Oregon Nurses and Social Workers with Hospice Patients who Request Assisted Suicide. *New England Journal* 347 (2002), Seite 582 – 588

<sup>8</sup> Gordijn, B.: Die derzeitige Euthanasiedebatte in den Niederlanden. In: *Beiträge zur Palliativmedizin, Bd.2, Palliativmedizin, Die Alternative zur Sterbehilfe*, hrsggeg. von E. Aulbert, E. Klaschick, H. Pichelmeyer. Schattauer, Stuttgart 1998 Seite 9 – 22

<sup>9</sup> vgl. Klie, T., Lipp, J.: *Autonomie am Lebensende. Die Wirklichkeit von Behandlungsabbrüchen im klinischen Alltag*. *Betreuungsmanagement* 1 (2005) 3 Seite 132 - 135

<sup>10</sup> *Patientenautonomie am Lebensende. Ethische, rechtliche und medizinische Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen. Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ vom 10. Juni 2004* (Im Internet unter: <http://www.bmj.bund.de/media/archive/695.pdf>)

<sup>11</sup> *Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin, Bundestagsdrucksache 15/3700 vom 13.09.2004*

1. Kann eine Patientenverfügung so präzise formuliert werden, dass später auch ganz klar ist, was der nicht mehr äußerungsfähige Sterbenskranke will?
2. Wie lange hat der einmal geäußerte Wille über den Zeitpunkt der (schriftlichen) Äußerung hinaus Bestand und damit zusammenhängend:
3. Soll der in der Patientenverfügung festgelegte Wille auch dann gelten, wenn der Sterbeprozess noch nicht begonnen hat, sondern „nur“ eine chronische Krankheit besteht?

In den hierzu heftig geführten Diskussionen drohte der Aspekt der grundsätzlichen Nützlichkeit von Vorausverfügungen bisweilen fast unterzugehen. Schaut man sich die Vorzüge einer solchen Verfügung an, entdeckt man, dass ihre Nützlichkeit vor allem in dem **Prozess** liegt, der zu ihrer Erstellung führt<sup>12</sup>:

1. Wollen wir eine Patientenverfügung aufstellen, zwingt uns dies dazu, das eigene Lebensende überhaupt erst einmal in den Blick zu nehmen, das derzeitige Leben unter dem Aspekt seiner Endlichkeit zu bedenken. Und ist es nicht gerade diese Endlichkeit, die unserer aktuellen Lebensweise ihren Sinn gibt und ein Maßstab dafür sein kann, was wir **heute** mit unserem Leben anfangen wollen?
2. Wenn wir dann noch den zweiten wichtigen Schritt tun und unsere Gedanken, Vorstellungen und Wünsche mit einer Person unseres Vertrauens diskutieren, dann haben wir zugleich einen entscheidenden Beitrag dazu geleistet, dass unsere Wünsche und Absichten eines Tages verstanden und realisiert werden. Dann gibt es einen Menschen, der unsere Intentionen verstanden hat und sie nicht nur aus vieldeutigem schriftlichem Material erschließt. – Solche Gespräche sind zwar zunächst beunruhigend, schaffen aber, wo sie geführt werden, vertiefte Beziehungen und bauen Vertrauen zwischen Menschen.
3. Schließlich sollten wir das bis hierher Erarbeitete schriftlich niederlegen. (Dabei handelt es sich dann um eine Patientenverfügung im engeren Sinne.)
4. Jetzt aber sollten wir noch einen weiteren, ergänzenden Schritt tun, der über die Patientenverfügung hinausreicht (und hier erweist sich das Recht als äußerst hilfreich): indem wir nämlich den Menschen unsers Vertrauens auch mit den nötigen Rechtsinstrumenten ausstatten, um demaltest unserem Willen auch zur Geltung zu verhelfen, ihm die entsprechende Macht geben, indem wir eine **Vorsorgevollmacht** ausstellen; ein rechtsverbindliches Schriftstück also, das erklärt, dass wir unter definierten Bedingungen alle Entscheidungen in die Hand eines namentlich genannten Dritten legen.

So einleuchtend dieses Vorgehen auf den ersten Blick wirken mag, so sehr wird zugleich die Schwierigkeit bei der Umsetzung deutlich, wenn wir den zweiten und insbesondere den vierten Schritt bei diesem Vorgehen genauer betrachten. Die hier alles entscheidende Frage lautet nämlich: Gibt es in unserem Umfeld einen Menschen, dem wir vertrauen wollen und können, an unserer Stelle auch dann noch zu sprechen, wenn wir dazu selbst nicht mehr in der Lage sind? Und damit wird die eigentliche Dimension der Problematik deutlich. Wir benötigen von uns selbst her genügend Fähigkeit, Vertrauen zu schenken (und zwar ein sehr weit gehendes Vertrauen) und wir brauchen den vertrauenswürdigen Menschen zu dem gegebenen Zeitpunkt am Lebensende. Dies wird in einer Zeit, in der Beziehungen aus

---

<sup>12</sup> Klie, Th., Student, J.-C.: Die Patientenverfügung – was Sie tun können, um richtig vorzusorgen. Verlag Herder, Freiburg i. Br. 2001

verschiedensten Gründen immer brüchiger werden u. U. kein leichtes Unterfangen sein. Das liegt nicht an der Medizin, nicht am Recht sondern ganz allein an uns und unserem Verhalten. Wenn wir hier Defizite haben, wird uns kein Gericht und kein Gesetz wirklich helfen können.

Was hat an dieser Stelle andererseits das Recht zu bieten? Es ist bemerkenswert, wie Juristen versuchen, mit rechtlichen Konstrukten dem sozialen Defizit des Vertrauensverlustes und der Bindungsarmut abzuhelpfen. So schlagen sie z. B. vor, der Patientenverfügung **absolute** Geltung zu verschaffen: Was immer dort schwarz auf weiß niedergelegt sei, soll sein Geltung auch im Zustand der Bewusstseinsbeschränkung behalten<sup>13</sup>. Das leuchtet gerade in seiner Wucht zunächst ein und hat etwas Überzeugendes – und es braucht dazu keinen vertrauten Dritten! Andererseits verzichten solcherart entstandene Patientenverfügungen auf den hilfreichen Dialog mit Dritten, was unpräzisen und damit letztlich unwirksamen Formulierungen Tür und Tor öffnet<sup>14</sup>.

Aber ist uns mit solcher Fixierung der Patientenverfügung wirklich gedient? Schon alleine die problematische Handhabung von Patientenverfügungen in der Alltagspraxis, wie sie eindringlich von Klie und Lipp<sup>15</sup> beschrieben wird, lässt erhebliche Zweifel aufkommen, die dem zu entsprechen scheinen, was auch in Nordamerika beklagt wird<sup>16</sup>. Nur zu schnell kann es hier zu zynischem Missbrauch kommen, wie z. B. die jüngsten Vorschläge des britischen Mediziners Simon Conroy und seiner Kollegen<sup>17</sup> nahe legen.

Grundsätzliche Zweifel an der Nützlichkeit solcher Verabsolutierung von Patientenverfügungen kommen aber in erster Linie von Psychologen, die fragen, ob solch eine Gleichsetzung des einmal geäußerten Willens mit dem aktuellen Willen im Zustand der Bewusstseinsbeschränkung nicht sogar letztlich das Gewaltsamste ist, was uns angetan werden kann. Die entsprechenden Untersuchungen hierzu kommen aus den USA<sup>18</sup>, also einem Land mit bereits seit Jahrzehnten bestehenden Erfahrungen mit gesetzlichen Absicherungsversuchen von Patientenverfügungen. Von den dort durchgeführten psychologischen Untersuchungen werden gleich mehrere Gründe gegen die Vorgehensweise der Juristen angeführt:

- a) Zunächst einmal ist es fast ausgeschlossen, einen bestimmten Willen exakt genug im Voraus zu formulieren. (Ein nachdenklich stimmendes Beispiel sind hier die Versuche von Parlamentariern, eindeutige Gesetzestexte zu formulieren.) Zugleich wird dabei deutlich, dass bei solchen Formulierungsversuchen natürlich all jene benachteiligt sind, die über unzureichende Erfahrungen mit schriftlichen Willensformulierungen verfügen – vermutlich die Mehrheit der Bevölkerung. Der vielfach vorgeschlagene Weg, Patientenverfügungs-Formulare zu verwenden, führt eher noch weiter in die Irre. Genau sie sind ja nicht in der Lage, die individuellen und konkret auf die Situation abgestellten Willensäußerungen zu tragen.

<sup>13</sup> Patientenautonomie am Lebensende a. a. O.

<sup>14</sup> Miles, S.H., Koepf, R., Weber, E.P.: Advance End-of-Life Treatment Planning – A Research Review. Archives of Internal Medicine 156 (1996) 10, Seite 1062 – 1068

<sup>15</sup> Klie, T., Lipp, J.: Autonomie am Lebensende. Die Wirklichkeit von Behandlungsabbrüchen im klinischen Alltag. a. a. O.

<sup>16</sup> Pope, M.T.: The Maladaptation of Miranda to Advance Directives – A Critique of the Implementation of the Patient Self-Determination Act. Health Matrix 9 (1999), Seite 139

<sup>17</sup> Conroy et al.: Cardiopulmonary resuscitation in continuing care settings: time for a rethink? British Medical Journal 332 (2006), Seite 479 – 482

<sup>18</sup> Eine gründliche Übersicht, auf der auch dieser Artikel fußt, findet sich bei Fagerlin, A., Schneider, C.E.: Enough: The Failure of the Living Will. Hastings Center Report 34 (2004) 2, Seite 30 – 42

- b) Hinzu kommt, dass exakte Planungen – und seien sie auch nur für den nächsten Tag – für uns Menschen ein nahezu unerreichbares Bemühen darstellen. Schon alleine deshalb, weil wir mit unserer Phantasie gar nicht präzise genug so weit in die Zukunft reichen können<sup>19</sup>. Hier widerspricht psychologische Realität juristischen Wunschvorstellungen. Wie schwer fällt es oft schon, **heute** bereits Festlegungen für den **morgigen** Tag zu treffen. Wie oft werden da unsere Pläne durch Änderungen innerer wie äußerer Rahmenbedingungen schnell ad absurdum geführt? Da brauchte es wahrhaft helllichtiger Fähigkeiten, um klare Vorausentscheidungen zu fällen. Die Sozialpsychologen haben in vielen Experimenten gezeigt, wie wenige Fähigkeiten wir in diese Richtung besitzen. Viel eher gilt da Brechts Song aus der Dreigroschenoper: „*Ja, mach nur einen Plan, Sei nur ein großes Licht! Und mach dann noch 'nen zweiten Plan Geh' n tun sie beide nicht*“<sup>20</sup>
- c) Noch schwerer gelingen uns Menschen solche Vorausplanungen, wenn es sich dabei um Situationen handelt, in denen die Rahmenbedingungen weit weniger kalkulierbar sind: Die meisten von uns sind eben noch nie in Todesnähe gewesen – und schon gar nicht im Zustand der Bewusstseinsbeschränkung; wie könnten wir uns realitätsnah in einen solchen Zustand hineinphantasieren? Wie wenig nützlich hier die oft postulierten ärztlichen Aufklärungsgespräche sind, ergibt sich schon aus der Tatsache, dass dabei auch immer subjektive Einschätzungen des Aufklärenden beeinflussend mit einfließen<sup>21,22</sup> und die ärztliche Beratung in diesem Zusammenhang wenig effektiv zu sein scheint<sup>23</sup>.
- d) Hiermit im Zusammenhang stehen Kenntnisse darüber, wie wenig konstant unsere Wünsche im Lebensverlauf sind – selbst im Zustand vollkommener Bewusstheit und Einwilligungsfähigkeit<sup>24</sup>.

Vielleicht ist **das** der Grund dafür, weshalb in den USA, in denen in manchen Bundesstaaten Patientenverfügungen schon seit Jahrzehnten gesetzlich fest verankert sind und intensiv beworben werden, kaum 20 % der Menschen von dieser Möglichkeit Gebrauch machen<sup>25,26</sup>.

Was vielleicht eher helfen kann – und damit kommen wir auf zuvor Erwähntes zurück – ist ein Mensch, der uns und unsere Einstellung gut genug kennt, um mit uns unseren Weg zu gehen und dann zu spüren, was jetzt und hier gerade „dran ist“<sup>27</sup>. Ein Mensch also, der unsere

<sup>19</sup> Gilbert, D.T., Wilson, T.D.: Miswanting – Some Problems in Forecasting of Future Affective States. In: Feeling and Thinking – The Role of Affects in Social Cognition, hrsg. von J.P. Forgas. Cambridge University Press, New York 2000

<sup>20</sup> Brecht, B.: Das Lied von der Unzulänglichkeit menschlichen Strebens. In: Die Dreigroschenoper. Suhrkamp, Frankfurt 1968, Seite 77

<sup>21</sup> Hickman, D.H.: Patient Preferences – Survival versus Quality-of-Life Considerations. Journal of General Internal Medicine 8 (1993) 7, Seite 374 - 377

<sup>22</sup> Mazur, D.J., Merz, J.F.: How Age, Outcome Severity and Scale Influence General Medicine Clinic Patients' Interpretation of Verbal Probability Terms. Journal of General Internal Medicine 9 (1994) Seite 268 – 271

<sup>23</sup> Tulskey, J.A.; Chesney, M.A., Lo, B.: How Do Medical Residents Discuss Resuscitation with Patients? Journal of General Internal Medicine 10 (1995) 8, Seite 436 – 442

<sup>24</sup> Danis, M. et al.: Stability of Choices about life-Sustaining Treatments. Annals of Internal Medicine 120 (1994) 7, Seite 567 - 573

<sup>25</sup> Cantor, N.L.: Making Advance Directives Meaningful, Psychology, Public Policy, and Law 4, no. 3 (1998) Seite 629 – 652

<sup>26</sup> Emanuel, L.L.: Advance Directives for Medical Care; Reply. New England Journal of Medicine 325 (1991) Seite 1256

<sup>27</sup> Emanuel, E.: The Health Care Directive – Learning How to Draft Advance Care Documents. Journal of the American Geriatrics Society 39 (1991) 12, Seite 1221 – 1228

Einstellungen und Wünsche auf neue, nicht vorhersehbare Rahmenbedingungen anwenden kann – hoffentlich in unserem Sinne. Damit er dies gegenüber unwissenden Dritten durchsetzen kann, dazu haben uns nun wiederum die Juristen ein probates Handwerkszeug an die Hand gegeben, nämlich die schon erwähnte **Vorsorgevollmacht**.

Noch schwieriger als in den bisher skizzierten Situationen wird die Sache dann, wenn wir Vorausverfügungen mittels Patientenverfügung für den **Fall einer schweren, lange Zeit fortbestehenden Veränderung unseres Bewusstseins** treffen wollen, insbesondere bei einer Demenz<sup>28</sup> oder einem Wachkoma<sup>29</sup>. Viele Juristen würden dann am liebsten von einem Willenskontinuum ausgehen: Also der Annahme, dass das, was vor dem Koma galt auch noch im Koma gilt, dass das, was vor der Demenz galt auch nach ihrem Ausbruch gilt. Ist dies aber nicht aus psychologischer und anthropologischer Sicht naiv? Gewiss ist, dass einige meiner Persönlichkeitsmerkmale auch das Eintauchen in Koma oder Demenz überdauern werden. Wir sind in dieser Seinsform weder weniger noch mehr; wir sind schlicht anders.

Ebenso sicher aber ist auch, dass ein wesentlicher Teil meiner Person gewissermaßen neu „erfunden“ wird, sich neu konstellieren wird. Im Koma und in der Demenz bin ich *per definitionem* ein Anderer: Ich habe Fähigkeiten und Möglichkeiten verloren – aber ich habe auch andere neu hinzugewonnen<sup>30</sup>. Kann ich heute für diesen Anderen wirklich Verfügungen treffen, in der Hoffnung diesem Anderen morgen damit etwas Gutes zu tun? Hierin liegt eine entscheidende Relativierung aller Aussagen einer Patientenverfügung.

Ist es da nicht realistischer, auf Menschen zu hoffen, die uns **jetzt** gut genug kennen und schätzen – und die deshalb **dann** auch Interesse verspüren, uns in der neuen Gestalt kennen zu lernen und zu erkunden und uns bei der Rekonstruktion unseres (neuen) Ichs zu unterstützen? Erst dann können wir hoffen (mehr allerdings auch nicht, nur hoffen!), dass sie im einfühlsamen Dialog<sup>31</sup> mit diesem neuen Ich herausfinden, was wir brauchen, was wir uns wünschen, was uns gut tut – unter Einbeziehung einer bestehenden Patientenverfügung. Der Respekt vor dieser neuen menschlichen Identität verlangt es, dass ich sie nicht mit den Wünschen der „alten“ menschlichen Identität vergewaltige. Dieser Respekt ist es, der uns Würde gibt – auch und gerade im Koma und auch und gerade in der Demenz.

Jede konkrete Vorausverfügung, die dies nicht berücksichtigt, vergewaltigt diesen neu entstanden Menschen – oder entwertet ihn. Diese Entwertung findet in manchen medizinisch-juristischen Diskussionen tatsächlich faktisch statt, obgleich das Gegenteil gemeint ist. Das hat Auswirkungen. Wenn wir nicht bereit sind, uns selbst oder einen anderen in reduziertem intellektuellen Zustand voll zu nehmen, nicht bereit sind, die neu entstandene Identität als wesentlich menschliche Lebensform anzuerkennen, sprechen wir es dann nicht latent auch denen ab, die primär in eingeschränkter Intellektualität leben: den geistig behinderten Menschen nämlich. Und wenn wir diese Art von „Werte-Diskussion“ führen, sind wir dann nicht allzu rasch wieder bei der Frage des Lebensunwerten?

---

<sup>28</sup> Wojnar, J.: Verwirrtheit, Demenz. In: Sterben Tod und Trauer, hrsg. von J.-C. Student, Herder, Freiburg i. Br. 2006, Seite 242 - 249

<sup>29</sup> Zieger, A.: Koma, Wachkoma. In: Sterben Tod und Trauer, hrsg. von J.-C. Student, Herder, Freiburg i. Br. 2006, Seite 126 – 129

<sup>30</sup> Bienstein, Chr., Fröhlich, A. (Hrsg.): Bewusstlos. Eine Herausforderung für Angehörige, Pflegende und Ärzte. 2. Auflage, Verlag Selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf 1994

<sup>31</sup> Zieger, A.: Informationen und Hinweise für Angehörige von Menschen im Koma und apallischen Syndrom. 9. Auflage, Oldenburg: Eigenverlag 2004

Wenn wir selbst von Bewusstseinsbeschränkungen betroffen sind, können wir den Respekt vor der neuen Person, die wir dann sind, in ihrer neuen Identität nicht alleine herstellen. Wir sind auf andere angewiesen, die in dieser Situation minutiös unsere neuen Wünsche und Absichten zu erkunden und zu erkennen versuchen (auf der Basis von intimer Kenntnis unserer früheren Seinsweise) und an beruflich Helfende vermitteln. Wir brauchen also als Betroffene beim Einzug in das neue Land des Komas oder der Demenz Dolmetscher, die uns in das Land der so genannten Gesunden „hinübersetzen“ – und dabei offen für Zweifel an der Richtigkeit des Erfahrenen bleiben. Denn dass auch hier keineswegs eine absolute Sicherheit besteht, dass unsere „tatsächlichen“ Wünsche berücksichtigt werden, zeigen uns psychologische Studien<sup>32</sup> ebenfalls. Aber hier besteht wenigstens die Chance eines einfühlsamen, wenn auch womöglich fehlgehenden Bemühens, das in sich wenigstens den Kern eines würdigen Umganges mit dem Bewusstseinsgetriebenen enthält.

Bei den Fragen um die Voraussetzungen, insbesondere um die Patientenverfügungen, geht es um viel mehr als ein individuelles Problem der Gestaltung des Lebensabends. Warum die Diskussion um diese Fragen oftmals so eifrig geführt wird, liegt vielleicht daran, dass uns die Alternativen zur Verrechtlichung mit einem besonders schmerzlichen Defizit unseres Lebens konfrontieren: Unserem Mangel an Kontakt und hingebungsbereiter Nähe an einen andern Menschen, der uns Menschen des 21. Jahrhunderts in besonderem Maße zu kennzeichnen scheint. Denn das ist ja gar keine Frage des Lebensendes sondern eine Frage unserer gesamten Existenz – hier und heute. Unser Leben hat nur in Beziehungen die Chance, ganz und heil<sup>33</sup> zu werden und so bleibt es auch in unserem Sterben.

Was bedeutet das nun für die Vorsorge fürs Lebensende: Wir brauchen nicht **mehr** Vorsorge im Sinne des von Kommunikationsforschern zu Recht kritisierten „mehr-dasselben-Prinzips“<sup>34</sup> – schon gar nicht mehr rechtliche Vorsorge. Was wir brauchen ist **eine andere Art** der Vorsorge, die auf **Beziehungstiftung** abhebt. Gesetzliche Absicherungen alleine geben bestenfalls eine Scheinsicherheit, die spätestens dann zerbricht, wenn der „Ernstfall“ eintritt. Zugespielt könnte man sagen: Rechtliche Regelungen zur Patientenverfügung, die über die derzeit bestehenden Bestimmungen hinausreichen, sind bestenfalls „Opium fürs Volk“ indem sie eine Sicherheit vorgaukeln, die nicht wirklich einzulösen ist. Im Gegenteil: Sie bergen sogar nicht unerhebliche Gefährdungen in Richtung auf eine schleichende Euthanasie hin in sich<sup>35</sup>.

Auch die derzeit gültigen Regelungen sind natürlich weit davon entfernt, Sicherheit zu geben. Dies aber liegt in der Natur der Sache. Der Tod ist nun einmal die ultimative Unsicherheit in unserem Leben. Immerhin kann das Aufsetzen einer Patientenverfügung in den oben geschilderten vier Schritten wenigstens die Chance erhöhen, dass es am Lebensende zu keiner Vergewaltigung des bewusstseinsgetriebenen Sterbenskranken kommt oder gar des bewusstseinsgetriebenen behinderten Menschen (bei Koma und Demenz).

Dies alles zu bedenken, bedeutet also eine klare Absage an eine zusätzliche gesetzliche Regelung für Patientenverfügungen in Deutschland – und wirft zugleich die Frage auf: Was

<sup>32</sup> Coppola et al.: Accuracy of Primary Care and Hospital-based Physicians' Predictions of Elderly Outpatients' Treatment Preferences with and without Advance Directives. Archives of Internal Medicine 161 (2001) 3, Seite 431 – 440

<sup>33</sup> Göpel, E: Gesundheitsförderung durch bürgerschaftliches Engagement, In: Röhrle, B. (Hrsg): Prävention und Gesundheitsförderung Bd. II. DGVT-Verlag, Tübingen 2002, Seite 31 – 74

<sup>34</sup> Watzlawick, P., Weakland, J. H., Fisch, R.: Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. Hans Huber, Bern Stuttgart Wien 1979 Seite 58 – 59 und 105

<sup>35</sup> Student, J.-C.: Wie nützlich sind Patientenverfügungen? Zur aktuellen Diskussion um die Patientenautonomie. Zeitschrift für Lebensrecht 13 (2004) 4, Seite 94 – 100

dann? – Es bleibt eben leider dabei, dass sich unser Leben nicht einfach regeln und vorweg bestimmen lässt. Die Angst um das Krisenfeld Tod können wir nicht mit rechtlichen Schritten bewältigen. Dieses Schicksal teilen wir übrigens auch mit allen Generationen vor uns<sup>36</sup>

Wenn wir heute richtig für unser Lebensende vorsorgen wollen, bedeutet das auf der individuellen Ebene, dass wir uns fragen lassen müssen, ob wir bereit sind, in Beziehung zu gehen, das Risiko eingehen, Liebe und Nähe zu schenken und nicht weniger riskant, Liebe und Nähe anzunehmen. – Gesamtgesellschaftliche Vorsorge muss dann konsequenter Weise heißen, gesellschaftliche Strukturen zu fördern und zu entwickeln, die auch in einer immer älter werdenden Gesellschaft mit ihren auch durch das Alter zerbrechenden Beziehungsgefügen Bestand haben. Natürlich können hier Hospiz- und Palliative Care-Dienste<sup>37</sup> einen unschätzbaren Nutzen einbringen. Das Problem wirklich lösen können allerdings auch sie nicht. Hier gilt es neue soziale Erfindungen zu kreieren, die frühzeitig Verbindungen zwischen Menschen knüpfen und erhalten. Und hierin liegt eine wichtige Forderung an den Einzelnen ebenso wie an gesellschaftliche Institutionen.

Was wir also brauchen, sind neue, beziehungssträchtige Lebensstrukturen, die es zu entwickeln gilt und die Hoffnung stiften können – heute wie künftig. Allerdings geht es dabei nicht (wie es Václav Havel einmal formuliert hat) um Hoffnung als jene billige Überzeugung, dass etwas gut ausgeht, sondern um Hoffnung als die Gewissheit, dass etwas Sinn hat, egal wie es ausgeht.

---

<sup>36</sup> Ariès, P.: Studien zur Geschichte des Todes im Abendland. dtv, München 1976

<sup>37</sup> Student, J.-C., Mühlum, A., Student, U.: Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. Ernst Reinhardt UTB, München 2004