



Patientenverfügung muss nicht unbedingt gesetzlich neu geregelt werden

Rede von Monika Knoche, 29. März 2007

Monika Knoche (DIE LINKE): Herr Präsident! Meine sehr geehrten Herren und Damen!

Wir brauchen diese Debatte, aber brauchen wir auch ein Gesetz? Es geht um das gute Sterben. Ist das Vertrauen in die Medizin erschüttert? Ist die Gewissheit verloren gegangen, in schwersten Krankheitszuständen und in der Nähe des Todes eine fürsorgende, angepasste medizinische Behandlung zu bekommen? Oder ist gar das Gegenteil der Fall? Treibt die Menschen die Angst um, übertherapiert nicht sterben zu dürfen?

Wenn das der Fall wäre, hätten wir in Deutschland einen schwerwiegenden Verlust des Humanen und eine Kulturlosigkeit des Sterbens zu beklagen. Das allerdings wäre mit keiner Form der Verrechtlichung der Selbstbestimmung zu beheben. Gäbe es einen solchen Werteverfall, wäre die Propagierung von Patientenverfügungen für Behandlungsunterlassung unmoralisch. Darum kann es nicht gehen.

Es gibt die Angst, bei einem Leben im Wachkoma, bei fortgeschrittener Demenz die Würde, die Selbstachtung und den Respekt anderer zu verlieren, und deshalb den Wunsch, lieber sterben zu wollen. Trifft das alles zu? Dann ist es die vordringlichste Aufgabe, über die Palliativmedizin, die medizinischen Behandlungsrichtlinien und die großen Möglichkeiten der Gerontopsychiatrie umfassend aufzuklären, um unbegründete Ängste zu nehmen. Auch muss das Thema Pflege und Hospizarbeit zentralen Stellenwert in der Gesellschaftspolitik bekommen. Ich weiß, Familien brauchen Hilfe und Zeit, wenn sie mit schwerstkranken Angehörigen zusammenleben. Die Debatte darüber steht noch aus.

(Beifall bei Abgeordneten der LINKEN)

Der Wunsch nach einem würdigen Leben bis zuletzt ist mit einem abstrakten rechtsphilosophischen Diskurs wie weit reicht die Autonomie? und mit einem Formular nicht zu beantworten. Dennoch, wir sprechen über das Selbstbestimmungsrecht als den Kern des Menschenrechts - ein Grundrecht, das sich im Zustand der Hilfebedürftigkeit und Abhängigkeit durch Krankheit bewähren muss. Daneben geht es aber auch um die Schutzpflicht des Staates für das Leben eines jeden und einer jeden - unabhängig davon, wie sich dieses Leben zeigt.

Schon heute ist die Einwilligung in eine medizinische Behandlung oder die Ablehnung einer solchen auch und gerade dann, wenn Patienten in das Endstadium einer tödlich verlaufenden Krankheit eingetreten sind, möglich. Der Informed Consent, die informierte Zustimmung, ist Voraussetzung für das ärztliche Tun. Deshalb ist die Angst, an Schläuchen zu hängen oder nicht sterben zu dürfen, eigentlich nicht begründet; denn es gibt ärztliche Richtlinien zur Sterbebegleitung, die einzuhalten sind.

Auch die Angst, in Angst und Schmerz aus dem Leben zu scheiden, sollte durch die Palliativmedizin gemindert werden. Wir müssen also Sorge dafür tragen, dass diese existenziellen Regeln in jedem Krankenhaus Anwendung finden und dass die Palliativmedizin stationär wie ambulant zum Standard in Deutschland wird. Ärzte helfen im Sterben, aber Ärzte töten nicht. Sie töten nicht auf Verlangen, und sie assistieren nicht bei einem Suizid. Von diesem Einvernehmen gehe ich aus.

Die Bundesärztekammer hat in diesen Tagen Empfehlungen zum Umgang mit Patientenverfügungen herausgegeben. Sie sagt: Jede Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde, der Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patienten zu erfolgen. Sie verweist darauf, wie vielfältig die Fragen am Ende des Lebens sind und dass hochkomplexe und sehr individuelle Situationen das Lebensende charakterisieren können und somit das Nichtwissen über das Kommende nicht die Grundlage für eine rechtsverbindliche Verfügung sein kann.

Wenn aber ein schwerkranker Mensch über den absehbaren Verlauf seiner Krankheit weiß, muss er vorab verfügen können: Sollte meine Krankheit in einen Zustand der Nichteinwilligungsfähigkeit münden, soll meine Behandlung so oder so verlaufen. Das ist eine Garantie, die wir den Menschen geben müssen. Schon heute ist das durch Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht möglich. Ich spreche also gegen eine Reichweitenbegrenzung in diesem Fall. Ganz anders denke ich über schwere Demenz, tiefe Depression, schizophrene oder manische Schübe und über Wachkoma. Allesamt sind das schwere Krankheitsbilder, die oft zwingend einer Behandlung in dieser existenziellen Notlage bedürfen. Hier kann das Freiheitssubjekt nicht als Begründung

für Behandlungsverzicht greifen.

Das möchte ich all den Damen und Herren des Deutschen Juristentages sagen. Die Entscheidung zum Suizid kann nicht als Form von Freiheit und Autonomie qualifiziert werden. Das halte ich nachgerade für unverantwortlich. Ohne Selbstbestimmung können wir uns als Individuen aber gar nicht denken. Die Selbstbestimmung braucht gewissermaßen auch die Idee vom Ich. Dass Krankheit die Identität und die Persönlichkeit ganz verändern kann oder dass man unter Umständen nie mehr diejenige oder derjenige sein kann, als die oder der man sich in gesunden Tagen denkt, löst tiefe Ängste aus. Gerade Menschen in unserer Kultur fürchten den Verlust der kognitiven Fähigkeiten am meisten.

Gerade deshalb habe ich große Probleme, bei irreversiblen Bewusstseinsverlust den vorab geäußerten Willen mit Absolutheit durchzusetzen. Wenn der betreffende Mensch im Moment der Anwendung seiner Verfügung nicht mehr derselbe ist, dann glaube ich nicht, dass verfassungsrechtlich gesehen nichts anderes in Betracht kommt als die Durchsetzung des vorab erklärten Willens. Auch die Ermittlung des mutmaßlichen Willens durch Dritte passt nicht zu meinem Verständnis von voller Selbstbestimmung; denn es ist unerlässlicher Bestandteil der Autonomie, sich in diesen letzten Dingen ganz zu verschweigen. Was können Angehörige wirklich voneinander wissen?

Letztlich müssen und sollen Ärzte die Möglichkeit haben, nach Maßgabe ihrer Kunst und in hoher ethischer Verantwortung das Richtige zu tun. Meine Erwägungen münden bis jetzt in folgenden Feststellungen: Wir brauchen keine bürokratische und weitere Verrechtlichung der Situation. Wir brauchen

keine Reichweitenbegrenzung für Patientinnen und Patienten, die auf Grundlage eines Informed Consent Festlegungen treffen, wann und wie sie bei einer tödlich verlaufenden Krankheit einen Behandlungsabbruch oder eine Änderung des Behandlungsziels wollen. Auszuschließen davon sind Patienten mit Wachkoma, Demenz und psychischen Erkrankungen. Diese Überlegungen finden sich derzeit in keinem der bekannten Gesetzentwürfe wieder. Ich werbe also für einen weiteren Antrag, halte es aber für durchaus denkbar, dass das Parlament nach ausgiebiger Beratung zu dem Ergebnis kommt, dass es keines Gesetzentwurfes bedarf, um die Selbstbestimmung des Menschen zu sichern. Ich danke Ihnen.

(Beifall bei Abgeordneten der LINKEN)