

Forum Frauen- und Geschlechterforschung



Band 22
*Mechthild Bereswill/Michael Meuser/
Sylka Scholz (Hrsg.)*
**Dimensionen der
Kategorie Geschlecht:
Der Fall Männlichkeit**
2007 – 258 Seiten – ca. € 24,90
ISBN 987-3-89691-222-0

Band 21
Karin Jurczyk/Mechthild Oechsle (Hrsg.)
Das Private neu denken
Erosionen, Ambivalenzen,
Leistungen
2007 – ca. 280 Seiten – ca. € 27,90
ISBN 978-3-89691-221-3

Band 20
Regina-Maria Dackweiler (Hrsg.)
Willkommen im Club?
Frauen und Männer in Eliten
2007 – 209 Seiten – € 24,90
ISBN 978-3-89691-219-0

Band 19
*Brigitte Aulenbacher/
Mechthild Bereswill/Martina Löw/
Michael Meuser/Gabriele Mordt/
Reinhild Schäfer/Sylka Scholz (Hrsg.)*
**FrauenMänner-
Geschlechterforschung**
State of the Art
2006 – 349 Seiten – € 29,90
ISBN 978-3-89691-220-6

Band 18
Karin Lohr/Hildegard Maria Nickel (Hrsg.)
**Subjektivierung von Arbeit -
Riskante Chancen**
2005 – 241 Seiten – € 24,90
ISBN 3-89691-218-6

Band 17
*Regina-Maria Dackweiler/
Ursula Hornung (Hrsg.)*
frauen – macht – geld
2003 – 284 Seiten – € 24,80
ISBN 3-89691-217-8

Band 16
*Gudrun-Axeli Knapp/
Angelika Wetterer (Hrsg.)*
Achsen der Differenz
Gesellschaftstheorie und ihre
feministische Kritik II
2003 – 319 Seiten – € 24,80
ISBN 3-89691-216-X

**WESTFÄLISCHES
DAMPFBOOT**

Hafenweg 26a · 48155 Münster
Tel. 0251 3900480 · Fax 0251 39004850
e-mail: info@dampfboot-verlag.de
http://www.dampfboot-verlag.de

Stefanie Graefe

Zwischen Wahlfreiheit und Entscheidungszwang Zur Ökonomie des „entlastenden“ Sterbens

„Ökonomisierung“ und „Patientenautonomie“ – nicht viele derzeit im Umlauf befindliche Schlagworte haben offensichtlich so wenig miteinander zu tun wie diese beiden. Doch wie so oft im Leben täuscht der erste Eindruck. Wobei wohl die meisten der Abgeordneten im Bundestag unterstreichen würden, dass das eine mit dem anderen eigentlich nichts zu tun hat. Bei der zum Thema „Patientenverfügungen“ einberufenen Bundestagsdebatte Ende März 2007 jedenfalls stand die Wahrnehmung ganz anderer Probleme im Mittelpunkt. Beispielsweise ging es darum, dass die Menschen sich „wehren“ müssen, gegen die „Apparatemedizin, gegen das Diktat des medizinisch Machbaren, gegen die Verlängerung des Lebens, das für sie nicht mehr lebenswert ist“.¹

„Patientenautonomie am Lebensende“ – unter dieser Überschrift hatte das Bundesjustizministerium im Jahr 2003 eine Expertenkommission mit der Ausarbeitung eines Gesetzes zum Thema Sterbehilfe und Patientenverfügungen beauftragt. Nachdem der auf dem Bericht der Kommission basierende Gesetzesentwurf im Bundestag durchgefallen war, zog sich die Debatte hin. Nun aber soll noch in diesem Jahr (2007) ein entsprechendes Gesetz verabschiedet werden. Patientenverfügungen, also individuelle schriftliche Erklärungen über Wünsche nach Behandlung und vor allem nach Behandlungsabbruch bei möglicher „Nichteinwilligungsfähigkeit“, sollen helfen, ein „Sterben in Würde“ zu ermöglichen und das Selbstbestimmungsrecht von PatientInnn zu stärken. Angeblich existieren bundesweit bereits mehr als acht Millionen solcher Verfügungen. Das Angebot an Vorlagen und Formulierungsvorschlägen ist kaum zu überblicken und verwirrend. Mit der Verabschiedung des Gesetzes sollen Patientenverfügungen nun rechtlich verbindlich und der Weg für eine einheitliche Empfehlung zu ihrer Abfassung geebnet werden. Die Brisanz dieser gesetzlichen Regelung liegt in ihren Konsequenzen: Dem in einer Patientenverfügung hinterlegten Wunsch nach einem „Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen“² ist von dem Zeitpunkt an, wo diese rechtlich verbindlich ist, ärztlicher-

1 So der Abgeordnete Stünker in der Bundestagsdebatte vom 29.03.07 (Plenarprotokoll, S. 9120).
2 Dies kann beispielsweise umfassen: die künstliche Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr, die z.B. durch die Speiseröhre (Magensonde) oder Bauchdecke (PEG) in den Magen oder intravenös gegeben wird, die maschinelle Beatmung, die Dialyse, die Bekämpfung einer zusätzlich auftre-

seits zwingend Folge zu leisten. Damit steht nicht weniger als das gesellschaftliche Tötungsverbot zur Disposition.

Inzwischen liegen drei jeweils fraktionsübergreifend verfasste Gesetzesentwürfe vor. Sie alle akzeptieren die Notwendigkeit der Verbindlichmachung von Patientenverfügungen. Strittig ist vorrangig die so genannte „Reichweitenbeschränkung“, also die Frage, ob Patientenverfügungen nur bei Krankheiten mit „unumkehrbar tödlichem Verlauf“ gelten sollen,³ oder ob ganz generell verhindert werden muss, dass „der Staat lebenserhaltend gegen das Selbstbestimmungsrecht“⁴ vorgeht. Überhaupt, das Selbstbestimmungsrecht: Es bildet den Dreh- und Angelpunkt der Debatte, und dabei geht es immer um das *individuelle* Recht von Patienten, sich gegen ein „Zuviel“ der Behandlung zu verwahren. Soziale oder gar sozialökonomische Faktoren, die die „Würde des Menschen“ am Lebensende betreffen, bleiben demgegenüber Randerscheinungen im Diskurs. Zwar wurde in der Bundestagsdebatte hie und da auch auf eine „Not in den Pflegeheimen“ hingewiesen oder zu Bedenken gegeben, ein Gesetz könne in Zweifelsfällen den Prozess beschleunigen, „dass Alte, Schwerstkranke, Leidende oder Sterbende nicht optimal betreut“⁵ würden. Angemerkt wurde auch, dass viele Menschen „in Pflegeheimen nicht in Würde leben“ könnten.⁶ Doch diese Seitenbemerkungen blieben im Verhältnis zum laut tönenden Ruf nach „Autonomie“ leise und vage. Und das ist kaum verwunderlich, wenn man bedenkt, dass, von den Streitereien um ihre genaue Ausgestaltung einmal abgesehen, Patientenverfügungen nach beinahe einhelliger Auffassung der Abgeordneten ja kein bereits existierendes „Leid“ befördern, sondern, im Gegenteil, ein Mehr an „Autonomie am Lebensende“ ermöglichen werden.

Die Tatsache, dass überhaupt Regelungsbedarf besteht, ist im Parlament so gut wie unumstritten. Es geht darum, *was genau* Patientenverfügungen regeln sollen; *dass* sie prinzipiell geeignet sind, individuelle Selbstbestimmung zu erweitern (und dass die Situation der meisten Patienten „am Lebensende“ in unzumutbarer Weise durch die institutionalisierte Biomedizin „fremdbestimmt“ wird), wird nicht in Frage gestellt. Einigkeit herrscht im Bundestag und auch in weiten Teilen der „zivilgesellschaftlichen“ Debatte – von (allerdings sehr rührigen)

tenden Krankheit (Lungenentzündung, Infektion u.a.) sowie die Reanimation (AG PaL 2004: 46).

3 So sieht es der Gesetzentwurf der Abgeordneten Wolfgang Bosbach (CDU/CSU), René Rösler (SPD), Josef Winkler (Bündnis 90/Die Grünen), Otto Fricke (FDP) u.a. vor.

4 Jerzy Montag (Bündnis 90/DIE GRÜNEN), Plenarprotokoll S. 9140. Montag unterstützt den vom Abgeordneten Joachim Stünker (SPD) u.a. verfassten Entwurf, nach dem ein Patient auch dann den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen verfügen können soll, wenn seine Erkrankung nicht zwingend zum Tod führt: Ein weiterer Vorschlag der Abgeordneten Hans Georg Faust (CDU) und Wolfgang Zöller (CSU) möchte ebenfalls Patientenverfügungen rechtsverbindlich werden lassen, verlangt aber, dass Arzt und Betreuer in jedem Einzelfall prüfen, ob der schriftlich verfasste Wille mit dem aktuellen Zustand des nicht einwilligungsfähigen Patienten übereinstimmt.

5 Herta Däubler-Gmelin (SPD), Plenarprotokoll S. 9146.

6 Irmgard Schewe-Gerigk (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) Plenarprotokoll S.9128.

Lobbyorganisationen wie der *Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben* einmal abgesehen – auch darin, dass die rechtliche Absicherung von Patientenverfügungen keinesfalls einem „slippery slope“ in Richtung aktive Sterbehilfe Vorschub leisten sollte. Während diese Grenze – also die zwischen *aktiv* herbeigeführter „Euthanasie“ einerseits und der so genannten „passiven“ oder „indirekten“ Sterbehilfe⁷ andererseits – immer wieder betont und bekräftigt wird, ist eine andere grundsätzlich in Frage gestellt und deshalb als *fraglos existierende* Grenze bereits ausradiert: Der Bereich des Lebens, der als „Lebensende“ definiert wird, ist ganz offensichtlich dehnbar. Insbesondere Demenzkranke und Komapatienten werden als besondere „Problem“- bzw. „Interessengruppen“ von Patientenverfügungen und Sterbehilfe aufgerufen. Ihr Leben wird *problematisiert* als eines, das uneindeutig, das auf der Grenze zwischen „Leben“ und „Sterben“ angesiedelt ist.

Die Stichworte Ökonomisierung, Prekarisierung oder Verbetriebswirtschaftlichung fallen in der offiziellen politischen Debatte um „Patientenautonomie“ nicht nur nicht aus Rücksicht auf die gegenüber soziologischen Sprachnetzen empfindliche Öffentlichkeit, sondern deshalb nicht, weil dieser Zusammenhang als schlicht nicht existent unterstellt wird. Wo vom Selbstbestimmungsrecht die Rede ist, muss von Ökonomie geschwiegen werden – so lautet offenbar eine (selbst wiederum unausgesprochene) Regel des Diskurses. Ich gehe dennoch davon aus, dass ein solcher Zusammenhang existiert. Dabei handelt es sich keinesfalls um eine von oben gezielt ins Werk gesetzte „ideologische Manipulation“, eher geht es um eine diffuse und in ihren Wirkungen dennoch „strategische“ Verbindung aus Ungleichzeitigkeiten auf analytisch sehr unterschiedlichen Ebenen. Diese Ungleichzeitigkeiten konstituieren gleichwohl einen Zusammenhang zwischen bestimmten allgemein akzeptierten Deutungsmustern und dem Prozess der materiellen Reorganisation gesellschaftlicher Institutionen. In diesem Fall geht es um die Verbindung zwischen einer auf die Autonomie und die Eigenverantwortung der Subjekte über ihr Leben, ihren Körper und schließlich auch ihr Sterben zielenden politischen „Führung“ und der „verwarenformlichenden“ Reorganisation von Gesundheit, Pflege und Alter. Dieser Verbindung möchte ich im Folgenden auf vier Ebenen nachgehen: der Ebene der Rechtsprechung, der Ebene der professionell Handelnden, der Ebene der (zukünftigen) PatientInnen und schließlich auf der Ebene der im Konzept von „Patientenautonomie“ durchscheinenden „Gouvernementalität“.

Die Rechtsprechung

Da das Gesetz im Moment noch nicht verabschiedet ist, lässt sich nicht exakt bestimmen, welche Folgen es haben, in welchem Ausmaß und mit welchen

7 Diese wird durch eine Unterlassung medizinischer Behandlung oder durch eine gezielt das Sterben einkalkulierende erhöhte Schmerzmedikation bewirkt.

Konsequenzen es tatsächlich angenommen werden wird. Klar ist aber auch, dass keine vollkommen neue Situation eintreten wird, denn es handelt sich um nicht mehr als um eine weitere, wenn auch entscheidende Etappe in einer bereits in den 1980er Jahren einsetzenden Verschiebung der einschlägigen Rechtsprechung. Die damit verbundenen Diskurse haben schon längst gesellschaftliche Bewertungen, aber auch individuelle Erwartungen und Ängste in Bezug auf „das Lebensende“ transformiert.

Richtungsweisend war u.a. das so genannte „Kemptener Urteil“ von 1994. Der Bundesgerichtshof hatte hier, unter Verweis auf den „mutmaßlichen Willen“ einer Patientin, der durch frühere mündliche Äußerungen belegt wurde, die Einstellung der künstlichen Ernährung gebilligt und die Verurteilung von Arzt und Sohn nach § 213 StGB (minderschwerer Fall von Totschlag) aufgehoben. Analog dazu, dass das Betreuungsrecht die Möglichkeit vorsieht, dass Patienten in bestimmte Behandlungen *einwilligen* müssen, wurde hier auf die Möglichkeit der *Abwahl* von Behandlungen geschlossen. Dies ist in zweierlei Hinsicht bedeutsam: Zum einen weil „Ernährung“ hier zur abwählbaren *Behandlung* erklärt wurde. Zum anderen, weil auch eine das Leben beendende „mutmaßliche“ Nicht-Einwilligung in eine solche „Behandlung“ als Ausdruck des Selbstbestimmungsrechtes interpretiert wurde, dessen Durchsetzung Vorrang vor der Lebenserhaltungspflicht des Arztes zukommt (ausführlich dazu Tolmein 2004).

Dass Magensonden in Pflegeheimen häufig nicht aufgrund medizinischer oder pflegerischer Notwendigkeiten gelegt werden, sondern als Rationalisierungsmaßnahme zum Ausgleich struktureller Personalknappheit, ist bekannt. Auch die Patientin des „Kemptener Falls“ wäre durchaus noch in der Lage gewesen, Nahrung mit dem Löffel zu sich zu nehmen. Doch das spielte für die Urteilsfindung keine Rolle. Somit reduziert der Gerichtsentscheid die komplexe *soziale Frage*, wie mit pflegebedürftigen Menschen, die selbst nicht mehr entscheiden können, gesellschaftlich umzugehen ist, welche Ressourcen für ihre Pflege bereitzustellen und unter welchen Bedingungen die sie pflegenden Professionellen arbeiten sollten, auf den Akt einer einsamen, individuellen und darüber hinaus nur nachträglich zu ermittelnden „mutmaßlichen“ Willensäußerung.

Im März 2003 erklärte der Bundesgerichtshof in einem Grundsatzurteil:

„Ist ein Patient einwilligungsunfähig und hat sein Grundleiden einen irreversiblen Verlauf angenommen, so müssen lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen unterbleiben, wenn dies seinem zuvor – etwa in Form einer sog. Patientenverfügung – geäußerten Willen entspricht. [...] Nur wenn ein solcher erklärter Wille des Patienten nicht festgestellt werden kann, beurteilt sich die Zulässigkeit solcher Maßnahmen nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten, der dann individuell – also aus dessen Lebensentscheidungen, Wertvorstellungen und Überzeugungen – zu ermitteln ist“ (BGH 2003).

Die interpretationsoffene Formulierung „irreversibler Verlauf“ erweitert den Kreis der „Sterbenden“ auf solche Patienten, die keineswegs im Sterben liegen, indem sie konnotativ eine Verbindung zwischen „tödlich“ und „chronisch“ herstellt. Damit ebnete sie auch den Weg für die aktuelle Auseinandersetzung

um die so genannte „Reichweitenbeschränkung“ der Patientenverfügung. In dieser Auseinandersetzung wird das richtige Argument, dass die Bezeichnung „irreversibel“ schwammig ist, als Begründung für die Legalisierung „passiver Sterbehilfe“ eben nicht nur im Falle von Sterbenden, sondern für alle „Nicht-einwilligungsfähigen“ herangezogen. Weil ein demenzkranker oder Wachkomapatient genau diese Art von Entscheidung (über den Behandlungsabbruch) nicht treffen kann, soll die Entscheidung – in Form einer Patientenverfügung – *präventiv* gefällt werden. Das frühere „einwilligungsfähige“ Subjekt soll über das aktuell „einwilligungsunfähige“ entscheiden.

Von Bedeutung ist hier aber noch ein anderer Punkt: Während es im Kemptener Urteil noch hieß, im Falle der Nicht-Ermittelbarkeit des Willens des Kranken müsse „auf Kriterien zurückgegriffen werden [...], die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen“ (BGH 1995: 335), liefern in dem Urteil von 2003 ausschließlich die individuellen „Lebensentscheidungen, Wertvorstellungen und Überzeugungen“ den Maßstab für die Entscheidung über den Behandlungsabbruch. Auch im Bericht der Expertenkommission „Patientenautonomie am Lebensende“ heißt es ausdrücklich:

„Maßgeblich für den rechtlich zulässigen Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen ist nicht der Stand des Krankheitsverlaufs, sondern allein der erklärte oder mutmaßliche Wille des Patienten [...]. Auf allgemeine Wertvorstellungen darf dabei nicht zurückgegriffen werden.“ (AG PaL 2004: 54)

Um welche „allgemeinen Wertvorstellungen“, auf die zukünftig nicht mehr Rücksicht genommen werden sollte, es sich handelt, wird einige Seiten zuvor *en passant* erläutert. Aktive Sterbehilfe, heißt es da, müsse – anders als die so genannte „passive“ oder „indirekte“ Sterbehilfe – weiterhin strafbar bleiben, „um den Schutz des hohen Rechtsgutes Leben zu gewährleisten“ (ebd.: 50). Fast unbemerkt vollzieht sich hier eine weitreichende Verschiebung: Leben wird nicht mehr als *höchstes*, sondern als *ein* hohes Rechtsgut unter anderen hohen, an seiner Stelle wird faktisch das „Selbstbestimmungsrecht“ als „höchstes“ Rechtsgut konzipiert.

In eben demselben Maß, in dem die Norm des Lebensschutzes und damit auch das gesellschaftliche Tötungsverbot „enthronisiert“ werden, wird also eine andere Norm aufgerichtet und stabilisiert: die des konsistenten, schriftlich in standardisierter Form dokumentierbaren und selbst existenziellen Erfahrungen gegenüber unveränderlichen individuellen „Willens“. Dieser ist – der Logik nach – allein Sache des einzelnen, von allen sozialen Bezügen „freigestellten“ Individuums, wie ein Beschluss des BGH aus dem Jahr 2004 zeigt. Hier hatte sich das Pflegepersonal geweigert, bei einem siebenunddreißigjährigen Wachkomapatienten auf Anweisungen von Arzt und Vater die künstliche Ernährung einzustellen. Während der Vater des Patienten dessen Lage als „unwürdig“ empfand, nahm das Pflegepersonal einen Lebenswillen wahr und widersetzte sich aus Gewissensgründen der Aufforderung, den Patienten (der nach bereits erfolgtem Abbruch der künstlichen Beatmung selbständig weiteratme-

te) verhungern zu lassen. Das Pflegepersonal berief sich auf seine Einschätzung der *aktuellen* Befindlichkeit des Mannes, der Vater auf seine Erinnerung an frühere Äußerungen seines Sohnes. So stellte sich im Verfahren die Frage, „worauf es bei der Entscheidung über das zukünftige Leben oder Nicht-Leben eines Menschen ankommt: Soll die Gegenwart stärker gewichtet werden, oder soll die Vergangenheit der allein verbindliche Maßstab sein?“ (Tolmein 2006: 40f.). Nach dem Durchlauf durch zwei Vorinstanzen landete der Fall schließlich 2004 vor dem BGH, der dann nicht mehr entscheiden musste, weil der Patient in der Zwischenzeit verstorben war. Dennoch ließ es sich das Gericht in seiner abschließenden Einlassung nicht nehmen, noch einmal ausdrücklich festzustellen, Pflegekräfte könnten sich auf kein Grundrecht berufen, um die Mitwirkung am Abbruch der künstlichen Ernährung zu verweigern (ebd.: 48). Dies bedeutet nicht nur, dass die Position und damit auch die Erfahrung der Professionellen gegenüber dem früheren „mutmaßlichen Willen“ des Patienten, der ja immer erst nachträglich rekonstruiert wird, „schwach“ bleibt, sondern es bedeutet auch, dass die *Beziehung* zwischen Patienten und Professionellen zurückgestellt wird hinter die Beziehung des Patienten zu *sich selbst und niemand sonst*. Zumindest in der juristischen Konstruktion, faktisch spielen natürlich die Bilder und Erinnerungen, vielleicht auch die eigenen Interessen der Angehörigen und Betreuer bei der Ermittlung des „mutmaßlichen Willens“ und der Anwendung einer gegebenenfalls vorliegenden Patientenverfügung auf den konkreten Fall unter Umständen eine erhebliche Rolle.

Die professionell Handelnden

Der aus der beschriebenen Konstellation resultierende Konflikt auf Seiten des Fachpersonals ist *der Struktur nach* nicht auf das Feld Sterbehilfe beschränkt, sondern in gewisser Weise typisch für die Art von Konflikten, die die Verbetriebswirtschaftlichung im Gesundheitswesen produziert. Dabei geht es hier nicht einfach um den Widerspruch zwischen einer „standesethischen“ und einer „betriebswirtschaftlichen“ Logik, sondern um einen Konflikt zwischen professionellem Beziehungshandeln und einem atomistischen Autonomie-Konzept, aber beide Konflikte verweisen aufeinander und auf die Veränderung des Patientenbildes und damit verbunden der Beziehung zwischen Professionellen und Patienten im Rahmen von Ökonomisierung und Verbetriebswirtschaftlichung. Insofern die Einführung von Budgetierung und Diagnosis Related Groups (DRGs) in Krankenhäusern dazu führt, dass Patienten „nach produktionsrelevanten Eigenschaften aufgeteilt und zusammengefasst“ werden (Simon 2001: 53), müssen ökonomisch mehr oder weniger rentable Fälle unterschieden und Patienten mit überdurchschnittlich hohen Behandlungskosten „selektiv“ behandelt werden (ebd.: 47). Die Nichtgewährung von Leistungen durch ökonomisch motivierte Indikationsstellung wird auch „schleichende“ oder „verdeck-

te Rationierung“ (Kuhlmann 1998: 13) genannt, wobei es, je nach Budgetauslastung, für eine Abteilung oder im Zusammenhang mit einem bestimmten Krankheitsbild durchaus auch sinnvoll sein kann, *mehr* Leistungen als medizinisch notwendig zu verordnen. Für die Professionellen in diesem Feld heißt das, dass sie gezwungen werden, den pflegerisch/therapeutischen Anspruch und die Berufsethik mit den Zwängen, „wirtschaftlich“ zu handeln, auszubalancieren (Neumann u.a. 2005: 33f.). Die daraus resultierende „moralische Dissonanz“ (Kühn 2003: 94) ist neben Arbeitsplatzrisiko, Unterbezahlung und zunehmender Arbeitsverdichtung eine weitere Belastung, die nicht nur die unmittelbare Arbeit, sondern auch die berufliche Identität betrifft und unter Umständen ganz in Frage stellt. Als ein Ausweg bietet sich an, die „Dissonanz“ durch die Herstellung eines „ethischen Zusammenhangs“ zu entschärfen, etwa indem der faktische „Selektionszwang“ in eine im Hinblick auf „Verteilungsgerechtigkeit“ moralisch einwandfreie Entscheidung umgedeutet wird (Simon 2001: 25). Doch letztlich lässt sich die Tatsache, dass betriebswirtschaftliche und medizinisch-pflegerische Rationalität nicht nur ineinander aufgehen, sondern dort, wo Mittel begrenzt und soziale Strukturen ungleich sind, zueinander in unauflöselichem Widerspruch stehen, nur mit viel Mühe in eine „win-win-Situation“ umdeuten. Nicht nur, weil die eine Rationalität *heilen* und die andere *sparen* oder *Gewinn erwirtschaften* will, sondern vor allem, weil die eine sich dem Ethos nach *an alle* richtet, die andere aber bevorzugt an diejenigen, die die Möglichkeit von Krankheit und Versehrtheit als private Risiken verstehen und „eigenverantwortlich“ regulieren, ohne die „Allgemeinheit“ damit über Gebühr zu belasten.

„Unser Problem ist auch, dass wir das Gefühl haben, es wird am falschen Ende gespart. Die Dinge werden ungerecht verteilt, und es trifft diejenigen, die sich ohnehin schon nicht wehren können“ (Kuhlmann 1998: 66), erklärt einer der befragten Ärzte stellvertretend für viele ähnlich lautende Äußerungen in Ellen Kuhlmanns Interviewstudie zur Rationierung im Gesundheitswesen. Ein anderer beschreibt den Druck, „unnötige“ und teure Behandlungen, wie beispielsweise eine nur begrenzt aussichtsreiche Reanimation am Unfallort zu unterlassen und den daraus resultierenden Konflikt so: „Was heißt denn: ‘Das lohnt sich nicht?’ Wir können doch nicht voraussagen, ob jemand stirbt. [...] Und sollte man in einer Situation sein, wo man drei oder vier Verletzte hat, sollte man sich nicht auf denjenigen stürzen, der wiederbelebt werden muss, sondern ‘nen anderer hätte vielleicht mehr Chancen“ (ebd.). Das Vorliegen einer Patientenverfügung, in der erklärt wird, man wolle sowieso „keine Reanimation“, kann hier ärztliches Handeln entlasten und zudem die Entscheidung zum auch kostengünstigeren „Sterben lassen“ erleichtern.

Was die Sterbehilfe-Thematik angeht, so belegt die Untersuchung von Grit Böttger-Kessler, dass in pflegenden Berufsgruppen „deutlich häufiger für die Anwendung der aktiven Sterbehilfe an Wachkomapatienten“ plädiert wird als

unter Ärzten (Böttger-Kessler 2006: 6). Böttger-Kessler führt dies u.a. darauf zurück, dass Leistungsverdichtung, eine deutlich erhöhte Zahl von Patienten und der dem negativ korrelierende Personabbau – allein in den Altenheimen fehlten derzeit etwa 20.000 Pflegekräfte – bei den MitarbeiterInnen ein „Gefühl von dauernder Insuffizienz“ produzieren (ebd.: 7), in dessen Folge einerseits eine größere emotionale Distanz zu den Patienten aufgebaut wird, es andererseits aber auch zu einer Art fehlgeleiteten Identifikation mit dem Leidenszustand der Patienten und zum Wunsch, diesen aktiv beenden zu können, kommen kann. Wo systematisch um den Preis „der minderen Versorgungsqualität für Pflegebedürftige und um den Preis der Verschlechterung der Arbeits- und Entlohnungsbedingungen für die Beschäftigten [...] am Prinzip der Ausgabenbegrenzung als einzigem Ziel festgehalten“ wird (ver.di o.J.: 4), wird eine positive Identifikation mit dem eigenen Arbeitsplatz und das Einhalten einer „gesunden Distanz“ zum Leiden der Patienten sicher nicht erleichtert. In Bezug auf die Einstellung zur aktiven Sterbehilfe erwies sich jedoch der Grad der Unzufriedenheit mit dem eigenen Arbeitsplatz – je höher dieser Grad, desto größer die Zustimmung – als ausschlaggebend, und auch das Vorliegen einer Patientenverfügung, die den Behandlungsabbruch z.B. bei Wachkoma vorsieht. Dass in der zitierten Untersuchung ausgerechnet das Beispiel Wachkoma-Patienten gewählt wurde, ist kein Zufall, denn zum einen ist dies, wie bereits erwähnt, eine der „Zielgruppen“ der derzeit geführten Debatte, andererseits ist deren Versorgungslage besonders prekär. Bundesweit leben etwa 10.000 bis 12.000 Menschen im Wachkoma⁸ in Pflegeheimen (Zieger 1998: 12); nur jede vierte Komapatientin jedoch findet Aufnahme in einer qualifizierten stationären Pflegeeinrichtung, und die Frage, ob die für Komapatienten notwendige Sonderernährung im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten bleibt, ist gesundheitspolitisch umstritten (Feyerabend 2004: 11). Die Mobilisierung von „tödlichem Mitleid“ (Dörner 1988) kann hier äußerstenfalls auch zu einem Modus psychosozialer Krisenbewältigung werden – sowohl am einzelnen Arbeitsplatz wie auch in der gesellschaftlichen Debatte.

Was heißt dies nun für die häusliche Pflege – immerhin wird der größte Teil der rund zwei Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland überwiegend oder ganz von Angehörigen zu Hause gepflegt (dip 2004: 6)? Man kann wohl davon ausgehen, dass das, was als Belastungskomplex im Bereich der professionellen und bezahlten Pflege beschrieben wird, für den Bereich der unbezahlten, meist von

8 Als „Wachkoma“ oder „apallisches Syndrom“ bzw. „vegetative state“ gilt ein Zustand, bei dem Patientinnen noch über Elementarfunktionen wie Schlucken, Saug- und Greifreflex verfügen, aber „ohne Bewusstsein“ sind. Als medizinische Ursache gilt der durch eine Hirnblutung oder Gewalteinwirkung/Unfall hervorgerufene Ausfall der Großhirnrinde. Anders als üblicherweise dargestellt, ist das Wachkoma kein eindeutiger Befund – die Rate der Fehldiagnosen wird auf 43% geschätzt (vgl. Zieger 1998: 12) und auch nicht per se „irreversibel“, was eindrucklich Berichte ehemaliger Wachkoma-Patienten belegen (Kühn u.a. 2005).

Frauen geleisteten pflegerischen Reproduktionsarbeit zu Hause erst recht gilt. In dem Maße, in dem die Sicherheit, im eigenen Alter, bei Krankheit und/oder Pflegebedürftigkeit befriedigend versorgt zu werden, brüchig wird, erhöht sich sowohl der Druck auf die privat Pflegenden wie insgesamt auf das „Pflegesystem Familie“, und auch hier geraten normative Anforderungen mit psychischen und ökonomischen Zwängen zu Lasten der „Selbstbestimmung“ von Pflegebedürftigen wie Pflegenden potenziell miteinander in Konflikt. Gerne wird von offizieller Seite auf den mehrheitlichen Wunsch der Menschen rekurriert, „zu Hause zu sterben“, ohne jedoch zu hinterfragen, welche idealisierten Bilder von „zu Hause“ auf der einen und welche – unter Umständen auch berechtigten – Ängste vor stationärer Pflege auf der anderen Seite diesen Wunsch strukturieren. Dass es generell darum geht, „der Tendenz zur Ausgliederung von Sterbenden in speziell zu diesem Zweck geschaffenen Einrichtungen [entgegenzuwirken] und ein Sterben in vertrauter häuslicher Umgebung [zu gewährleisten]“ (Enquêtékommision NRW 2005: 199), wird kaum angezweifelt. Doch das Hohelied auf die häusliche Pflege trägt zur Reproduktion konventioneller Bilder von „Familie“ bei und stellt damit gleichzeitig selbst eine Verbindung von moralischen und ökonomischen „Notwendigkeiten“ her. Und wer nicht rechtzeitig für den Aufbau familiärer Versorgungsstrukturen gesorgt hat und auch nicht über die finanziellen Mittel für eine umfassende private Altersvorsorge verfügt, der hat dann moralisch auch kein Recht, im „Risikofall“ Alter und Pflegebedürftigkeit die Gesellschaft zu belangen: Soweit der Einzelne auf die Vorsorge für Pflegebedürftigkeit im Alter verzichtet, „kann er im späteren Bedarfsfall nicht andere Menschen in Anspruch nehmen, ihm Ersatz zu leisten. Eine Kompensation freiwillig unterlassender Vorsorge kann also anderen nicht aufgezwungen werden, sondern dies muss eine freiwillig zu leistende Möglichkeit bleiben“ (ebd.: 26). Anders gesagt: Wer keine Angehörigen und auch keine private Pflegeversicherung hat, kann noch auf ehrenamtlich Engagierte hoffen, aber er oder sie darf eben nur hoffen. Einen Anspruch auf umfassende Versorgung „am Lebensende“ gibt es nicht. Und wer andererseits richtig einschätzt, wie sehr eine häusliche Dauerpflege, gerade in Zeiten sozialer Prekarisierung, belastet, die/der entscheidet sich vielleicht etwas „leichter“ für den präventiv verfügbaren und ärztlich assistierten Versorgungsabbruch – auch um die Belastung der eigenen Angehörigen in einem kalkulierbaren Rahmen zu halten.

Die (zukünftigen) Patienten

All dies kann und wird Auswirkungen auf (zukünftige) Patienten und auch auf deren Einschätzungen über Zumutbarkeits- und Erträglichkeitsgrenzen ihrer Angehörigen haben. In dem Maße, in dem der „Ressourcenverbrauch“ als Leitlinie für therapeutisches und pflegerisches Handeln etabliert ist und damit verbunden das „Risiko der Unterversorgung, Qualitätssenkung und Risikoselektion“ (Kühn 2003: 90) steigt, mutet die Rede von der „Apparatemedizin“

als eine „nicht mehr loslassende Medizin“ (Enquêtekommision ERM 2004: 7) im Zusammenhang mit der Sterbehilfedebatte merkwürdig anachronistisch an. Tatsächlich dürften Fragen, die beim Abfassen einer Patientenverfügung auftauchen, häufig auch solche sein: Auf welche Versorgung kann ich rechnen? Wie wird die Situation meiner Angehörigen sein? Wer übernimmt die Pflege? Und wer zahlt sie? Das Schlagwort von der „Apparatedechnik“ unterstellt vor diesem Hintergrund einen Skandal, der sicher nicht ganz aus der Welt ist, aber doch längst von einem anderen „überdeterminiert“ wird: dem Skandal nämlich, dass soziale Sicherungssysteme immer mehr Menschen, erst Recht im Alter, „loslassen“, also der privaten Risikoversorge und, je nach sozialer Position, damit eben auch deren Scheitern aussetzen.

Der Aufruf zur privaten Vorsorge konzipiert Pflegebedürftige als verantwortungsbewusste „Kunden“. Dass Patienten jedoch nur sehr begrenzt als „Kunden“ angerufen werden können, weil ihre Situation meist verletzlich, oft Angst bestimmt und mit Leidensdruck verbunden ist, ist inzwischen oft festgestellt worden (vgl. Deppe 2001: 236f.). Dies gilt sicherlich in besonderem Maße für Lebenssituationen wie Wachkoma, Demenz oder Sterben. Dessen ungeachtet erfolgt die Anrufung auch hier. So heißt es etwa im Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“:

„Sie [die Patientenverfügungen, S.G.] erfordern [...] die Bereitschaft, das Risiko zu tragen, entweder durch einen Behandlungsverzicht unter Umständen auf eine Weiterleben zu verzichten oder für eine Chance, weiter zu leben, auch Abhängigkeit und Fremdbestimmung in Kauf zu nehmen.“ (AG PaL 2004: 21)

Eine Patientenverfügung zeigt sich hier als Instrument der eingeforderten „privaten Risikoversorge“, denn jeder Vorsorge geht eine Einschätzung nicht nur der Wahrscheinlichkeit, sondern auch der zu erwartenden Qualität der Risiken notwendig voraus. Eben diese Aufgabe nimmt der Bericht seinen imaginierten „Kunden“ bereits ab, wenn er dem neutralen „Behandlungsverzicht“ die Aussicht auf „Abhängigkeit und Fremdbestimmung“ gegenüber stellt: Wer möchte nicht lieber unabhängig, selbstbestimmt und risikofreudig als das Gegenteil davon sein?

Tauchen allerdings ökonomische und soziale Lebensbedingungen und von diesen produzierte, gegebenenfalls auch unbewusste Ängste in der Konstruktion von „Patientenautonomie am Lebensende“ explizit gar nicht und implizit nur als „subjektive Ängste“ auf, für die sich dann wiederum die Möglichkeit des präventiv verfügbaren Behandlungsabbruchs als Lösung anbietet, dann betreibt diese Konstruktion eine spezifische Form der „Zensur“ (Butler 1998, 181ff.)⁹, die als solche durch die Fokussierung auf den je individuellen „Willen“ nicht

⁹ Judith Butler versteht als „implizite Zensur“ eine Form, „Sprechen zu erzeugen, eine, die von vornherein zwingend festlegt, was akzeptables Sprechen ist und was nicht [...]“ (1998, 182.; Hervorh. i. Original).“ In diesem Sinne geht Zensur „dem Text [...] voraus und ist in gewissem Sinn für seine Produktion verantwortlich“ (ebd.).

sichtbar wird. Diese „Zensur“ trennt nicht nur das Problem der „Patientenautonomie“ von der Frage der gesellschaftlichen Verteilung von Ressourcen und der gesellschaftlichen Vereinbarungen in Bezug auf die Versorgung der Alten, Pflegebedürftigen und Sterbenden, sondern artikuliert, und das ist auch über den konkreten „Fall Sterbehilfe“ hinaus von Bedeutung, vor allem die *Trennbarkeit* der einen von der anderen Frage.

Allerdings trifft dies nicht durchgängig zu. Auch Justizministerin Brigitte Zypries benennt bisweilen klare Zusammenhänge, etwa wenn sie in einem Interview kurz nach Vorlage des ersten Gesetzesentwurfes im November 2004 erklärte:

„Man kann nicht immer nur sagen, man will mehr, sondern man muss sich auch mal überlegen, wofür gibt man das Geld aus. Und da muss man sich eben auch überlegen, ob nicht vielleicht die eine oder andere Apparateanschließung, die viel Geld kostet, noch erforderlich ist, wenn ich absehen kann, dass der Mensch sowieso in wenigen Tagen sterben wird.“ (5.11.04, Deutschland Radio Berlin)

Die „Apparateanschließung“ erscheint hier als unnötiges Luxusgut, die Forderung nach ihr entspringt einem ungerechtfertigten (Noch-)„Mehr-wollen“. Besser spät als nie: Spätestens wenige Tage vor dem Tod sollte die Gier ein Ende haben. Auch Jochen Taupitz wirft in seiner im Jahr 2000 für den Deutschen Juristentag verfassten Bestandsaufnahme der rechtlichen Situation in Deutschland in Bezug auf die „Autonomie Schwerkranker und Sterbender“ folgende rhetorische Frage auf: „Darf, konkret gefragt, eine Behandlung insbesondere am Ende des Lebens unterbleiben, weil sie 'zu teuer' ist?“ (Taupitz 2000: 287) Er kommt zu dem Schluss,

„im Rahmen einer Gesamtabwägung [müsse] eine Behandlung [...] um so eher unterbleiben dürfen, je größere Ressourcen (in weitestem Sinne) sie einerseits bindet (die dann für andere Patienten nicht zur Verfügung stehen) und je geringer oder unsicherer der Nutzen (in weitestem Sinne) für den betroffenen Patienten andererseits ist“ (ebd.).

Einen expliziten Zusammenhang zwischen der Notwendigkeit einer „Gesamtabwägung“ und Patientenverfügungen stellt der Bioethiker Jochen Vollmann her:

„Die zahlenmäßige Zunahme von alleinstehenden und älter werdenden Menschen in einer dynamischen, individualisierten und wertpluralistischen Gesellschaft macht eine rechtzeitige Entscheidungsfindung und Planung für den Fall von Krankheit und Sterben erforderlich. Hierzu bedarf es neuer Instrumente (z.B. Patientenverfügungen) und pluralistischer Versorgungsstrukturen, die auch unterschiedliche ethische Entscheidungen des Kranken im und zum Sterben akzeptieren. Vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen im Gesundheitswesen wird auch eine medizinisch und ethisch begründete Prioritätensetzung zwischen kurativer und palliativer Medizin unvermeidbar sein. Angesichts hoher Krankenhausbehandlungskosten am Lebensende wird insbesondere bei hochbetagten Patienten zu entscheiden sein, ob diese Ressourcen nicht besser in eine gemeindenahere palliative Medizin investiert werden sollen“ (Vollmann 2001: 17).

Hier funktioniert die Figur des autonomen Patientensubjektes, das präventiv und selbstbestimmt über das eigene Lebensende verfügt, als eine Art aufgeklärtes und wünschenswertes Gegenbild zur Figur des Patienten als Kunden, der eben auch „unersättlicher Konsument“ ist und dessen Wünsche im Interesse der mit nur knappen Ressourcen ausgestatteten Allgemeinheit in Schach gehalten werden müssen (vgl. Kühn 2003: 20).

Was die Motivation betrifft, eine Patientenverfügung auszufüllen, werden laut einer Umfrage der Deutschen Hospizstiftung vorrangig drei Gründe benannt: der Wunsch nach „Selbstbestimmung bis zum Schluss“, die „Angst vor Leiden“ und schließlich das Anliegen, „niemandem zur Last fallen zu wollen“ (Deutsche Hospizstiftung 2005). Der inzwischen wohl so manchem auch von den eigenen Eltern bekannte Satz „Ich möchte niemandem zur Last fallen“ ist deswegen bemerkenswert, weil hier kein autonomes Subjekt über seinen eigenen „erfolgreichen Tod“ (ganz und gar nicht ironisch spricht davon Lübke 2004: 80) philosophiert, sondern eine *soziale Beziehung* antizipiert wird, die im Konkreten die Angehörigen, in einem erweiterten Sinne aber auch „die Gesellschaft“ einschließen kann. Nur spricht hier eben kein „unersättliches“, sondern vielmehr ein ängstliches, seines Aufgehobenseins im sozialen Netz keineswegs sicheres Subjekt. Was aber soll die Schwiegertochter mit dem Schwiegervater tun, der erklärt hat, er wolle nicht künstlich beatmet werden? Mitnichten entlastet sie die Patientenverfügung von einer Entscheidung, im schlimmsten Fall zwingt sie sogar dazu, gegen die eigene Intuition und gegen die konkrete wahrgenommene Situation des Sterbenden zu handeln.

Seit kurzem liegt erstmalig eine europaweite Untersuchung über Patientenverfügungen vor, bei der die diesbezüglichen Einstellungen von Krebspatienten, gesunden Personen und medizinischem Personal erhoben wurden (Sahm 2006). Eines der vielen interessanten Ergebnisse dieser Studie ist, dass die Professionellen insgesamt seltener eine Patientenverfügung besitzen als die Vergleichsgruppen. Und daraufhin befragt, ob eine bestimmte Behandlung *immer* durchgeführt werden sollte, *niemals* durchgeführt werden sollte oder ob dies *offen bleiben* sollte, waren es wiederum insbesondere die Professionellen, die am stärksten zur letztgenannten Option tendieren. Die naheliegende Deutung: Die Unmöglichkeit einer exakten Vorhersage von Krankheitsverläufen ist dieser Befragtengruppe offenbar besonders bewusst. Doch dies heißt umgekehrt auch, dass eine Patientenverfügung umso eindeutiger formuliert ist, umso *weniger* die betreffende Person über die antizipierte Situation „am Lebensende“ tatsächlich Bescheid weiß. Ein erheblicher Anteil der Befragten befürchtet zudem den Missbrauch einer Patientenverfügung und wünscht, dass im Fall der Entscheidungsunfähigkeit Ärzte und Angehörige gemeinsam entscheiden: Vor die Alternative gestellt, eine lebenserhaltende Behandlung abzubrechen bzw. zu unterlassen oder der Verfügung zu folgen, plädiert eine Mehrheit für den Lebenserhalt, das heißt, sie misst den Verfügungen nur wenig Bedeutung bei. In der imaginären Herausforderung wird sich eine Mehrheit des ethischen Dilemmas bewusst und sucht das ethisch 'Richtige'. Achtung der Autonomie wird dann offensichtlich nur noch als sekundär eingeschätzt.“ (Sahm 2006: 185f.)

Möglicherweise wird es hier ähnlich ablaufen wie im Falle der Organspende: Der moralische Imperativ ist laut und deutlich zu hören, die meisten Menschen würden ihm wohl auch zustimmen – einen Organspendeausweis haben sie trotzdem nicht.

Homo Oeconomicus

Offiziell geht es im Diskurs um Patientenverfügung und Sterbehilfe um die Stärkung der Patientenautonomie, und damit um die Stärkung des selbstbestimmten Bürgersubjektes. Doch man mag sich fragen, um was für eine Art der Autonomie es sich handelt, wenn sie vor allem darin bestehen soll festzulegen, was man im Zweifelsfall *nicht* will. Wie problematisch die Reduktion von Autonomie – konzeptionell immerhin eine für die Herausbildung bürgerlicher und handlungsfähiger Subjektivität fundamentale Denkfigur – auf die Möglichkeit der *Abwahl* von Behandlung und damit der *Schließung* von Möglichkeiten ist, weiß auch der Gesetzgeber. Empfohlen wird deshalb eine Art „Rückholaktion“: Der Akt der Entscheidung über Weiterleben oder ggf. vorzeitiges Sterben soll in einer Patientenverfügung nicht nur per Multiple-Choice-Verfahren, sondern durch die zusätzliche Beigabe einer möglichst umfassenden biographischen Erzählung abgesichert werden, so lautet die in der zum Thema Patientenverfügung erstellten Broschüre des Bundesjustizministeriums enthaltene Empfehlung. Der Annex über die eigenen „Wertvorstellungen“ und „Weltanschauungen“ umfasst exemplarische Äußerungen wie die folgende:

„Als mein Mann vor 15 Jahren verstarb, bin ich regelmäßig mit meinem Kegelklub weggefahren. Dies fällt mir seit meiner Hüftoperation immer schwerer. [...] Mir ist es sehr wichtig, dass ich mich mit meinen Freunden und meiner Familie unterhalten kann. Wenn ich einmal so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin [...], so soll es dann auch nicht mehr lange dauern, bis ich sterbe.“ (BMJ o.J.: 30f.)

In der Tat lässt sich dies deuten als eine Art „Todesroman“ (Kissler 2004). Das eigenhändig verfügte Sterben qua Behandlungsabbruch soll „in eine große Erzählung zu Lebzeiten eingeschmolzen werden“ (ebd.). Andererseits soll die biografische Erzählung zukünftigen Interpreten des eigenen Willens diesen leichter dechiffrierbar machen. Ein „Roman“ also, der nicht zur Erbauung seiner Leser, sondern einerseits zur hermeneutisch fundierten Entscheidungsfindung geschrieben wird. Das Sterben soll – qua antizipierter Subjektivierung – *handhabbar* werden.

Eben damit schreibt sich die Patientenverfügung ein in ein Programm, das man nach Michel Foucault als marktliberale „Regierungskunst“ oder „Gouvernementalität“ bezeichnen kann, und das nur einen Typ von Untertanen kennt: den Homo Oeconomicus. Das Subjekt der „Patientenautonomie am Lebensende“ korrespondiert dem Homo Oeconomicus insofern als dieser „als etwas Handhabbares erscheint, als jemand, der systematisch auf systematische Variationen reagieren wird [...]. Der Homo Oeconomicus ist der Mensch, der in eminenter Weise regierbar ist“ (Foucault 2004: 372) und zwar entlang des „Prinzip[s] einer atomistischen Entscheidung, die unbedingt auf das Subjekt selbst bezogen bleibt“ (374). Die Konzentration aufs Individuum und seine „ökonomischen Interessen“ bedeutet umgekehrt jedoch nicht, dass die Dimension des Kollektiven völlig außen vor bliebe; der Homo Oeconomicus

handelt vielmehr so, dass die Verfolgung seines eigenen Interesses wie ganz von selbst zur Maximierung des Vorteils aller dient.

Der im Instrument Patientenverfügung propagierte Autonomiebegriff ist nicht nur, weil er konsequent „atomistisch“ ist, geschmeidig anschließbar an die Anforderung, lebenslang ökonomisch und, insbesondere in Bezug auf die persönlichen Risiken, vorausschauend und rational abwägend zu handeln, sondern auch wegen der in ihm unterschwellig enthaltenen „kollektiven Moral“: Handle richtig, indem du die Gesellschaft von der Entscheidung über dein Leben entlastest. Dabei handelt es sich allerdings um eine „negative“ gouvernementale Technologie; zwar geht es oberflächlich um einen Handlungsanreiz (die Patientenverfügung ausfüllen), tatsächlich wird dieses Instrument aber nur angeboten, um im Falle der Nichteinwilligungsfähigkeit Behandlung *verhindern* zu können. Natürlich besteht theoretisch die Möglichkeit, qua Patientenverfügung eine medizinische Behandlung und pflegerische Versorgung nach höchstem existierenden Standard bis zum allerletzten Atemzug zu „verfügen“. Nur darf ein solcher „Wille“, im Unterschied zum Wunsch nach „Abschalten der Apparate“, eben auf keinerlei Umsetzung hoffen.

Der negative Anreiz erfolgt aber auch durch die Schaffung von Unsicherheit, vom unmittelbaren und weiteren sozialen Umfeld auch dann noch er- und mitgetragen zu werden, wenn die eigene Rationalität, jedenfalls nach üblichen Standards, versagen sollte. Eben diese Produktion von Unsicherheit(en) halte ich für den „missing link“ zwischen der Ökonomisierung des sozialen Lebens, die sich konkret auch in der Verbetriebswirtschaftlichung von Gesundheitsversorgung und Pflege zeigt, aber eben auch in einer Prekarisierung des Altseins und der Verallgemeinerung eines konzeptionell stark „reduzierten“, zugleich juristisch kodifizierten Autonomiekonzeptes. Der Unsicherheit wiederum korrespondiert die Konstruktion unerwünschter, oder präziser, *unwünschbarer* Lebensformen. Alt, verwirrt, pflegebedürftig und dazu noch arm zu sein, könnte in den nächsten Jahren und Jahrzehnten in ähnlicher Weise zu einer nicht zuletzt durch das Instrument Patientenverfügung sanktionierten sozial „nicht wünschbaren“ Existenzweise werden, wie beispielsweise die, seit Geburt behindert zu sein. Letztere wird juristisch bereits kodifiziert durch die so genannte *Wrongful-birth*-Rechtsprechung, die Schadensersatz für die Geburt eines durch falsche pränatale Diagnose „versehentlich“ geborenen Kindes in Aussicht stellt, was im Hinblick auf soziale Erwünschtheit nicht nur für die konkret verhandelten „Fälle“ relevant ist, sondern für alle behinderten Menschen, deren Geburt nach heutigem Stand der biomedizinischen Vorsorgetechnik wahrscheinlich wohl verhindert worden wäre.

Fazit

Zwischen Verbetriebswirtschaftlichung und „Patientenautonomie am Lebensende“ liegt offenkundig kein einfacher Ursache-Wirkung-Zusammenhang vor. Letztere kann vielmehr als „gouvernementale Technik“ verstanden werden, das heißt als eine Form der politischen Führung, die uns nachdrücklich zur „Selbstführung“ auffordert. Diese greift mit den Mitteln der Rechtsprechung und durch die Installation von „Wünschbarkeiten“ indirekt in den Kampf um die Verteilung gesellschaftlicher Ressourcen ein und präsentiert sich selbst als Abwehrstrategie gegenüber – wie auch immer definierter bzw. gefühlter – „Fremdbestimmung“. Alain Badiou geht davon aus, dass „die Debatte um ‘Euthanasie’ vor allem auf das radikale Fehlen einer Symbolisierung für Alter und Tod hinweist“ (Badiou 2003: 53). Das heißt: In dem Maße, in dem alt, pflegebedürftig und/oder verwirrt sein aus dem Spektrum der sozial akzeptablen Lebensweisen herausfällt, in dem Maße, in dem es rechtfertigungsbedürftig wird, so lange *und* so gut leben zu wollen, wie irgend möglich, in dem Maße schließlich, in dem „Alter“, „Sterben“ und „Nichteinwilligungsfähigkeit“ das „bedrohliche Andere“ des allzeit produktiven Unternehmersubjekts symbolisieren, werden solche Lebenssituationen schlicht weniger selbstverständlich. Ihr Eintreten per (staatlich sanktionierter) individueller Willenserklärung zu verhindern, kann sich dann als individuelle Lösungsstrategie anbieten, die zum einen ganz nebenbei die „knappen“ gesellschaftlichen Ressourcen schont und zum anderen die (individuell wie gesellschaftlich) sowieso unangenehme Auseinandersetzung mit Tod, Sterben und Versehrtheit weniger dringlich erscheinen lässt.

Die Sorge, nicht mehr symbolisiert, nicht mehr ge- und ertragen zu werden, ist nicht auf den Bereich der Sterbehilfe beschränkt und auch nicht darauf, Effekt einer konkreten Verbetriebswirtschaftlichungsprozedur zu sein. Sie ist zutiefst menschlich und vielleicht sogar unhintergebar. Die Frage ist dennoch, auf welche Weise sie sozialpolitisch aufgerufen, angestachelt und instrumentalisiert wird, und inwiefern sie Prozesse, die nach ganz anderen – nämlich „betriebswirtschaftlichen“ Regeln – ablaufen, beschleunigt. Nicht zuletzt die Erfahrungen aus den in dieser Hinsicht deutlich „weiter entwickelten“ Niederlanden spricht jedoch dafür, dass auch gegenteilige Effekte auftreten können, dass gerade die staatliche Beförderung von (in diesem Fall: aktiver) Sterbehilfe nicht nur Wünsche nach rechtlich kompakten Lösungsangeboten, sondern auch den nach mehr Kontingenz am Lebensende befördert. So existieren in den Niederlanden, wo jährlich mehrere tausend Menschen „euthanasiert“ werden und keineswegs immer ausgemacht ist, dass dies auf „eigenes Verlangen“ geschieht (auch Demenz ist als Grund für aktive Sterbehilfe anerkannt), inzwischen eine Art „Gegenpatientenverfügungen“, deren Besitzer erklären, „dass sie im Ernstfall unbedingt intensiv und unter Einsatz aller Mittel behandelt werden möchten“ (Tolmein 2006: 206). Berichtet wird auch, dass aus Angst vor dem unge-

wollten Tod ältere Menschen aus den Niederlanden Altenheime im benachbarten Deutschland aufsuchen.¹⁰

Die (betriebswirtschaftliche, juristische, moralische und gouvernementale) „Ökonomisierung des Sterbens“ ist sicher nicht auf die Disziplinierung des eigenen Verhaltens im Sinne einer buchhalterischen Bewirtschaftung des Selbst reduzierbar. Der Wunsch nach mehr „Autonomie am Lebensende“ entspringt schließlich auch einem Begehren nach mehr *Eigen-Sinn*, das sich – in der angebotenen Reduktion von Autonomie auf den Moment der Entscheidung zwischen einer begrenzten Anzahl von Möglichkeiten nicht einfangen lässt. Insofern wird, das zeigt nicht zuletzt auch die Vielzahl der Ein- und Widersprüche gegen das vorgeschlagene Modell, die Institutionalisierung der Patientenverfügung Effekte zeitigen, die heute noch nicht absehbar sind. Die Frage, wer sterben und wer leben soll, wird weiterhin ein Feld der sozialen Auseinandersetzung konstituieren, auf dem die „letzten Entscheidungen“ noch lange nicht gefällt sind.

Literatur

- Arbeitsgruppe 'Patientenautonomie am Lebensende' (AG PaL) (2004): *Patientenautonomie am Lebensende. Ethische, rechtliche und medizinische Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen*. Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ vom 10. Juni 2004, Berlin 2004, <http://www.bmj.bund.de/media/archive/695.pdf>, (69 Seiten).
- Badiou, Alain (2003): *Ethik*, Wien: Turia + Kant.
- Böttger-Kessler, Grit (2006): *Unter Umständen törtungsbereit. Pflegekräfte und MedizinerInnen zu „Euthanasie“*, <http://www.linksnet.de/artikel.php?id=2306>.
- Bundesgerichtshof (BGH) (2003): Beschluss des 12. Zivilsenats vom 17. März 2003, XII ZB 2/03. In: *Neue juristische Wochenschrift*, Jg. 2003, H. 2, S. 1588.
- Bundesgerichtshof (BGH) (1995): Urteil vom 13.9. 1994 (BGHSt. 40, 257ff.), in: *Juristische Rundschau*, Jg. 1995, H. 8, S. 335-340.
- Bundesministerium der Justiz (BMJ) (2007): *Patientenverfügung. Leiden, Krankheit, Sterben. Wie bestimme ich, was medizinisch unternommen werden soll, wenn ich entscheidungsunfähig bin*, http://www.bmj.bund.de/files/-/1512/Patientenverfuegung_130307.pdf (38 S.).
- Butler, Judith (1998): *Haß spricht. Zur Politik des Performativen*, Berlin: Berlin Verlag.
- Deppe, Hans-Ulrich (2001): Gesundheit ist ein Gut und keine Ware. Neoliberalismus und Krankheit. Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems, in: *Freitag*, 20.7.2001.
- Deutsche Hospizstiftung (2005): *Wie denken die Deutschen über Patientenverfügungen?* November 2005, <http://www.hospize.de/docs/stellungnahmen/32.pdf> (12 Seiten).
- Deutscher Bundestag (2007): *Plenarprotokoll 16/91*, Stenografischer Bericht, Berlin, Donnerstag, den 21. März 2007, http://www.kritischebioethik.de/auszug_plenarprotokoll_16091-29-03-07_patientenverfuegung_gesamt.pdf, S. 9120-9285.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) (2004): *Pflege-Thermometer 2004. Frühjahrsbefragung zur Personalsituation, zu Rahmenbedingungen und zum Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste in Deutschland*, Köln, <http://www.dip-home.de/material/downloads/Pflege-Thermometer2004.pdf>.
- Dörner, Klaus (1993): *Tödliches Mitleid. Zur Frage der Unerträglichkeit des Lebens. Oder: Die soziale Frage: Entstehung, Medialisierung, Endlösung, heute, morgen*, Gütersloh: van Hoddis.
- Enquêtekommision Ethik und Recht der modernen Medizin (2004): *Zwischenbericht der Enquête-Kommision Ethik und Recht der modernen Medizin. Patientenverfügungen*, Deutscher Bundestag, 15. Wahlperiode. Drucksache 15/3700. 13.09.2004 Berlin, <http://dip.bundestag.de/btd/15/037/1503700.pdf>, (72 S.).
- Enquêtekommision NRW (2005): *Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquêtekommision des Landtags von Nordrhein-Westfalen*, http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_1/L1/EK/EKALT/13_EK3/Abschlussbericht/Abschlussbericht_gesamt_Teil_1.pdf, (229 S.), Düsseldorf.
- Feyerabend, Erika (2004): Kalkulierte Unterversorgung. Studien belegen, was PolitikerInnen längst bekannt ist: chronische Mängel in Pflegeheimen und Krankenhäusern. In: *Bioskop. Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften*, 7. Jg., H. 27, S. 10-11.
- Foucault, Michel (2004): *Geschichte der Gouvernementalität II. Die Geburt der Biopolitik. Vorlesungen am Collège de France 1978-1979*, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Kissler, Alexander (2004) Der Todesroman. Alles gut im Griff? Das Justizministerium rät den Deutschen, ihr Leben aufzuschreiben, wenn sie autonom sterben wollen, *Süddeutsche Zeitung*, 12.06. 2004, http://www.lrz-muenchen.de/~ls_nassehi/ls1/kissler_patientenautonomie.pdf.
- Kühn, Hagen (2003): Ethische Probleme der Ökonomisierung von Krankenhausarbeit, http://www.wz-berlin.de/ars/ph/download/ethische_probleme.pdf, (23 S.), Printausgabe in: Büssing, A./Glasler, J. (Hrsg.): *Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus*, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hofgrefe, S. 77-98.
- Kühn, Christine; Mrosack, Gudrun; Pantke, Karl-Heinz; Scharbert, Gerhard (2005): *„...ich lebe gerne!“ Stellungnahmen von Betroffenen zur sogenannten 'Sterbehilfe' und zur Problematik von Patientenverfügungen sowie Resolution zum Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderung*, Berlin: LIS e.V.
- Kuhlmann, Ellen (1998): „Zwischen zwei Mahlsteinen“ – Ergebnisse einer empirischen Studie zur Verteilung knapper medizinischer Ressourcen in ausgewählten klinischen Settings. in: Feuerstein, Günter/Kuhlmann, Ellen (Hrsg.): *Rationierung im Gesundheitswesen*, Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Neumann, Volker; Nicklas-Faust, Jeanne; Werner, Micha H. (2005): *Wertimplikationen von Allokationsregeln, -verfahren und -entscheidungen im deutschen Gesundheitswesen (mit Schwerpunkt auf dem Bereich der GKV). Gutachten im Auftrag der Enquête-Kommision „Ethik und Recht der Modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages*, 15. Legislaturperiode, Berlin, http://www.bundestag.de/parlament/gremien/kommissionen/archiv15/ethik_med/gutachten/gutachten_04_allokation.pdf, (309 S.).
- Sahm, Stephan (2006): *Sterbebegleitung und Patientenverfügung. Ärztliches Handeln an den Grenzen von Ethik und Recht*, Frankfurt/New York: Campus.
- Simon, Michael (2001): *Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen*, <http://skylia.wz-berlin.de/pdf/2001/p01-205.pdf>, (89 S.).
- Taupitz, Jochen (2000): D – Landesbericht Deutschland, in: Ders. (Hrsg.), *Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens. Eine internationale Dokumentation. Regulation of Civil Law to Safeguard the Autonomy of Patients at the End of Their Life. A International Documentation*, Berlin: Springer, S. 273-489.
- Tolmein, Oliver (2006): *Keiner stirbt für sich allein. Sterbehilfe, Pflegenotstand und das Recht auf Selbstbestimmung*, München: Bertelsmann.
- Tolmein, Oliver (2004): *Selbstbestimmungsrecht und Einwilligungsfähigkeit. Der Abbruch der künstlichen Ernährung bei Patienten im vegetative state in rechtsvergleichender Sicht: Der Kemptener Fall und die Verfahren Cruzan und Bland*. Frankfurt/Main: Mabuse.
- ver.di, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (o.J.): *Zur Diskussion gestellt: Sozial und solidarisch. Menschenwürdig pflegen*, <http://gesundheit-soziales.verdi.de/pflegeeinrichtungen/data/wuerdigpflegen.pdf>, (12 Seiten).
- Vollman, Jochen (2003): *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Themenheft 02: Sterbebegleitung*, überarb. Neuauf. [http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/de083cd4fce51312c12571e700442bef/5117e5551f3e08b180256b6400756da1/\\$FILE/GBE2_Sterbebegleitg_2-Aufl_Nov2003.pdf](http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/de083cd4fce51312c12571e700442bef/5117e5551f3e08b180256b6400756da1/$FILE/GBE2_Sterbebegleitg_2-Aufl_Nov2003.pdf)
- Zieger, Andreas (1998): Grenzbereiche der Wahrnehmung. Über die ungewöhnliche Lebensform von Menschen in Koma und Wachkoma, in: *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft* Nr. 6/98, <http://info.uibk.ac.at/c/c6/bidok/texte/beh6-98-grenze.html>, (12 S.).

10 Vgl. http://www.kath.de/lexikon/Politik_Wirtschaft/aktive_sterbehilfe.php