
Hartmut Kreß**Der Stellenwert der Patientenautonomie**

Referat im „Club von Lüneburg e.V.“ am 4.11.2014

Es ist ein weit ausgreifendes Thema – Selbstbestimmung von Patienten, Patientenautonomie –, zu dem ich in diesem Vortrag Stellung nehmen soll. In einem ersten thematischen Block gehe ich auf Grundsatzaspekte ein. Im zweiten Teil sollen aktuelle Probleme aus der Transplantationsmedizin und der Fortpflanzungsmedizin sowie die aktuell strittige Frage der Suizidbegleitung zur Sprache gelangen.

I. Grundsätzliche Fragen**1. Patientenautonomie in der Medizinethik und im Recht**

Im Jahr 2013 ist das Patientenrechtegesetz in Kraft getreten. Dieses Gesetz hat einen Gedanken aufgegriffen, der sich in der Medizinethik und im Medizinrecht seit dem späten 20. Jahrhundert Bahn bricht, nämlich das eigene Entscheidungsrecht, das Selbstbestimmungsrecht von Patienten. Über Jahrhunderte hinweg, eigentlich seit der Antike, waren es die Ärzte, die medizinische Entscheidungen zu treffen hatten – im Sinn ihrer Patienten und zu deren Gunsten. Dabei war es jedoch keineswegs üblich oder notwendig, dass Patienten vollumfänglich informiert wurden und dass sie der Behandlung zustimmten. Das Arzt-Patient-Verhältnis war herkömmlich patriarchalisch oder paternalistisch angelegt. Dabei handelte es sich um einen benevolenten, einen wohlwollenden Paternalismus des Arztes – zugunsten seines Patienten, ganz auf der Linie des alten hippokratischen Grundsatzes: „salus aegroti suprema lex“ / das Wohl des Patienten soll für den Arzt das höchste Gesetz sein.

Der altehrwürdige antike Grundsatz ist in der Moderne ins Wanken geraten. Blickt man auf die Rechtsordnung, dann ist ein Urteil des Reichsgerichts einschlägig, das schon länger zurückliegt. Im Jahr 1894 entschied das Reichsgericht in Leipzig, dass jeder Zugriff des Arztes auf den Körper des Patienten, also jeder Heileingriff, tatbestandsmäßig eine Körperverletzung sei. Der Arzt darf – so die Konsequenz des damaligen Urteils – von seiner „Heilgewalt“ nur noch Gebrauch machen, nachdem der

Patient eingewilligt hat. Nun haben sich die Leipziger Richter vor 120 Jahren mit Einzelheiten der Patientenzustimmung von Patienten nicht beschäftigt. In den letzten beiden Jahrzehnten ist die konkrete Ausgestaltung im Medizinrecht und in der Medizinethik dann aber geradezu zu einem Schlüsselthema geworden. Der alte Arzt paternalismus ist an sein Ende gelangt. Der Umbruch wird daran deutlich, dass die alte hippokratische Formel heute in neuer Version zum Zuge gelangt. Statt der antiken Wendung – „salus aegroti suprema lex“ / das Wohl des Patienten sei für den Arzt das höchste Gesetz – gilt heute der Sache nach die Maxime: „salus ex voluntate aegroti suprema lex“ / das Wohl, so wie es sich dem Willen des Patienten gemäß darstellt, soll für den Arzt als Richtschnur, als oberstes Gesetz maßgebend sein.

Warum diese Umorientierung? Aus welchen Überlegungen heraus hat die Leitidee der Selbstbestimmung in der Gegenwart generell einen so hohen Rang erhalten?

2. Freiheit und Selbstbestimmung als Ausdruck von Menschenwürde

Es ist stets nützlich und oftmals überaus erhellend, einen Blick in das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland zu werfen. Dort heißt es in Artikel 2 Absatz 1: „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit“. Mit diesem markanten Satz gewährleistet das Grundgesetz jedem einzelnen Bürger das Recht auf seine persönliche Selbstbestimmung. Hierbei interessant: Weltweit findet sich in keiner anderen Verfassung die Garantie von Freiheit und Selbstbestimmung so klar und eindeutig wie im Bonner Grundgesetz von 1949. Das erklärt sich zweifellos auch daraus, dass den Mitgliedern des Parlamentarischen Rates, den Vätern und den vier Müttern des Grundgesetzes, bei ihren Beratungen 1948/1949 vor Augen stand, in welchem Maß der NS-Staat die Grund- und Freiheitsrechte verletzt hatte. Umso deutlicher wollten sie das persönliche Selbstbestimmungsrecht nun in den Mittelpunkt rücken. Sie untermauerten dies damit, dass sie das Selbstbestimmungsrecht mit der Menschenwürde verknüpften. In Artikel 1 gewährleistet die Bonner Verfassung den Schutz der Menschenwürde. Daraus ergibt sich dann in Artikel 2 Absatz 1 die Schlussfolgerung, jeder sei besonders auch in seinem Persönlichkeits- und Freiheitsrecht zu achten.

Eine solche Verschränkung von Menschenwürde und Selbstbestimmung setzt eine philosophische Argumentation um, die sich bei Immanuel Kant findet. Kant gehört zu

den Vordenkern der Menschenwürdeidee. Als er in der Epoche der Aufklärung seine Sicht der Menschenwürde entwickelte, fragte er sich, worauf es eigentlich gründe, dass der Mensch Würde besitze. Seine Antwort: Diese Würde beruht darauf, dass Menschen im Unterschied zu anderen Lebewesen prinzipiell in der Lage sind, von ihrer praktischen Vernunft Gebrauch machen und aus eigener Einsicht sittliche Entscheidungen treffen zu können. Freiheit und Selbstbestimmung auszuüben ist ein Charakteristikum des Menschseins und symbolisiert seine Differenz von anderen Lebewesen. Auf der Freiheitsfähigkeit von Menschen gründet daher ihre Würde. Zugleich gilt: Wenn ein Mensch von seinem freien Willen, seinem Freiheitsrecht in einer bestimmten Situation tatsächlich Gebrauch machen möchte, dann ist er hierzu befugt. Er braucht es nicht weiter zu rechtfertigen, wenn er frei denkt und handelt und sich so verhält, wie es seiner Persönlichkeit entspricht; denn dies ist Ausdruck seiner persönlichen Würde. Grenzen sind erst dann erreicht, falls Dritte in ihrer Freiheit beeinträchtigt oder in ihren Rechten beschädigt werden.

Dass Freiheit und Selbstbestimmung derart hochrangig sind, ist mithin eine Einsicht, die so erst in der Neuzeit, vor allem seit der Aufklärung gewonnen wurde. Im ausgehenden 20. Jahrhundert schlug sie endgültig auch auf das Gesundheitswesen, auf den Bereich der Medizin, auf das Verhältnis von Arzt und Patient durch.

3. Selbstbestimmung des Patienten im Gegenüber zum Arzt

Wenn sich ein Patient in ärztliche Behandlung begibt, dann kann er beanspruchen, darüber informiert und aufgeklärt zu werden, wie es um seinen Gesundheitszustand steht und wie sein Krankheitsbild einzuschätzen ist. Gründliche Information und ausführlichere Beratung sind vor allem dann erforderlich, sobald es um weitreichende oder um komplizierte medizinische Sachverhalte geht. Die Medizinethik hat dies auf den Nenner gebracht, dass zwischen Arzt und Patient eine Verantwortungspartnerschaft aufzubauen sei. Die ärztliche Behandlung soll patientenzentriert erfolgen; Arzt und Patient sollten zu einem shared decision making, zu einer geteilten und gemeinsamen Entscheidungsfindung gelangen.

Man mag einwenden, es sei alltagsfremd oder wirklichkeitsfern, wenn Ethik und Recht so großen Wert darauf legen, dass Arzt und Patient gemeinsam in einen Abwägungsprozess eintreten und letztlich der Patient zu entscheiden habe („informed

consent“). Denn der Patient findet sich gegenüber dem Mediziner in der Regel in der Rolle des Unterlegenen vor (asymmetrische Beziehung). Gegebenenfalls befindet er sich in einer gesundheitlichen Notlage und ist dringend auf Hilfe angewiesen, wobei der Arzt einen Wissensvorsprung besitzt. Zurzeit kommen weitere Probleme hinzu, nämlich die Zeitknappheit in der ärztlichen Praxis oder in der Klinik sowie die Mittelknappheit. Für ein echtes Aufklärungs- und Beratungsgespräch fehlt dem Arzt oft die Zeit; und die Zeit und Mühe, die er hierfür faktisch aufwendet, wird in der Gebührenordnung nicht hinreichend gewürdigt.

Trotzdem ist der Grundgedanke aufrecht zu erhalten. Medizinische Behandlungen betreffen den Patienten in seiner körperlichen Existenz. Der Körper unterliegt seiner persönlichen Deutungshoheit; nur er ist befugt, über den Umgang mit seinem Körper zu entscheiden. Im Übrigen ist es ja nicht so, dass die Gesundheit oder die gesundheitliche Wiederherstellung des Patienten allein von dem verschriebenen Medikament oder von dem Eingriff abhängt, den der Arzt vornimmt. Es kommt zusätzlich darauf an, wie der Patient selbst im Alltag agiert, ob er eine Behandlung akzeptiert und sich ihr entsprechend verhält – z.B. hinsichtlich Ernährung, Bewegung, Verzicht auf Nikotinkonsum –, d.h. ob er compliance übt. Auch in dieser Hinsicht ist die Selbstbestimmung des Patienten gefragt, und zwar jetzt im Sinn der Selbstverantwortung, des angemessenen gesundheitsdienlichen Umgangs mit dem eigenen Körper. Um sich so zu verhalten, dass es der eigenen Gesundheit oder Gesundung dient und um der gesundheitlichen Selbstbestimmung gerecht werden zu können, ist aber wiederum erforderlich: Der Patient muss vom Arzt über den medizinischen Sachverhalt und über die gebotenen Konsequenzen informiert und unterrichtet worden sein.

Soweit zur Selbstbestimmung von Patienten im Rahmen des Arzt-Patient-Verhältnisses. Das Thema ist jedoch noch ausgreifender relevant. Hierbei gelangen grundsätzliche Fragen der Rechtsordnung und des Gesundheitswesens sowie aktuelle Streitfragen ins Spiel. Im Folgenden gehe ich drei Fragenkreisen nach: der Transplantationsmedizin, der Fortpflanzungsmedizin und der Sterbehilfe, dem Umgang mit dem Lebensende. Zu den drei Bereichen nehme ich jeweils das Selbstbestimmungsrecht und die Persönlichkeitsrechte der Patienten in den Blick. Hierdurch möchte ich unterstreichen, dass es keineswegs nur die Ärzte sind, die sich heutzuta-

ge auf die Patientenautonomie einzulassen haben. Vielmehr ist der Staat, die Rechtsordnung herausgefordert. Und in dieser Hinsicht sind leider arge Schwachpunkte zu beklagen.

II. Rechtspolitische Problemstellungen

1. Das Selbstbestimmungsrecht angesichts des Hirntods

Im Folgenden ist nicht beabsichtigt, das Thema Transplantationsmedizin / Organübertragung umfassend zu erörtern. Patienten, die wegen lebensbedrohlicher Krankheiten auf ein Spenderorgan warten, befinden sich in einer schweren Notlage. Andererseits sind nicht genügend Organe verfügbar, die ihnen übertragen werden könnten. Jährlich versterben in der Bundesrepublik Deutschland zahlreiche Menschen auf der Warteliste. Zurzeit hat sich der Mangel an verfügbaren Organen weiter verschärft, weil das öffentliche Vertrauen in die Transplantationsmedizin eingebrochen ist – aufgrund des unkorrekten Vorgehens in einigen Kliniken, das man so nicht für möglich gehalten hätte. Dies alles klammere ich aber aus.

Vielmehr sei ein Problem angesprochen, das schon vor 20 Jahren im Zentrum stand, als der Deutsche Bundestag das Transplantationsgesetz verabschiedete. In den letzten Jahren hat es neu Aufmerksamkeit gefunden: der Hirntod. Genauso wie in vielen anderen Staaten dürfen einem Menschen in der Bundesrepublik Deutschland Organe erst dann entnommen werden, nachdem bei ihm der Hirntod festgestellt worden ist. Der Hirntod gilt als Todeszeichen. Sobald das gesamte Gehirn in seiner Funktionalität erloschen ist, ist die geistige, mentale, bewusste Existenz eines Menschen an ihr Ende gelangt. Darüber hinaus sind mit dem Hirntod wesentliche Elemente der körperlichen Integrationen zusammengebrochen. Der Sache nach kann man wohl begründet der Meinung sein, dass der Hirntod den Tod eines Menschen repräsentiert und dass nach seinem Eintreten Organe entfernt werden können. Denn der Hirntote hat keine Gegenwart mehr, da ihm Bewusstsein und Empfindungen fehlen; und er besitzt keinerlei Zukunft. Er wird nie mehr in der Lage sein, von sich aus zu atmen oder in eine Wechselbeziehung zu seiner Umwelt zu treten. Insofern ist es plausibel, den Hirntod als Kriterium zu nehmen, von welchem Zeitpunkt ab einem – gewesenen – Menschen Organe explantiert werden dürfen.

Allerdings: Eine solche Organentnahme sollte der Auffassung und dem Willen entsprechen, die bei einem Menschen zu Lebzeiten anzutreffen waren. Seine Selbstbestimmung wirkt auch postmortal, nach dem Tod nach. Dies betrifft den äußeren Besitz, zu dem man mit Hilfe eines Testaments Bestimmungen treffen kann. Erst recht sollte dies für den Körper, für die Organe gelten, die ja sehr viel personnäher sind als äußerer Besitz und äußeres Eigentum. Nun hat der Gesetzgeber im Jahr 2012 das Transplantationsgesetz geändert. Seit 2012 gilt die sogenannte Erklärungs- oder Entscheidungslösung. Sie besagt, dass jeder Bürger zu Lebzeiten von Staats wegen mehrfach aufgefordert wird, zur Hergabe von Organen nach dem Hirntod eine Erklärung abzugeben. Mit dieser Initiative möchte der Gesetzgeber die Zahl der Spenderorgane erhöhen. Es sollen sich mehr Menschen bereiterklären, nach dem Hirntod die eigenen Organe zur Verfügung zu stellen. Um die postmortale Hergabe von Organen in der Bevölkerung zu steigern, hat der Staat Kampagnen initiiert und gefördert, die für die Organspende werben. Bei Behördenbesuchen werden Informationsblätter verteilt. Krankenkassen müssen ihre Mitglieder anschreiben und sie auf den Organspendeausweis hinweisen, und anderes.

Nur: Diese Kampagnen und Initiativen sind nicht sachgerecht. Bürger haben einen Anspruch darauf, umfassend informiert zu werden, was die Organgabe nach dem Hirntod bedeutet und was unter diesem zu verstehen ist. Daher haben sie auch ein Anrecht zu erfahren, dass zum Hirntod durchaus Meinungsstreit herrscht. Es gibt Stimmen, die das Hirntodkriterium aus religiösen, moralischen oder auch aus naturwissenschaftlichen Gründen ablehnen. Selbst wenn man solche Kritik nicht für triftig hält – ich selbst kann ihr nicht folgen –: Sie ist vorhanden; als solches ist sie ein Faktum. Deshalb muss sie ausdrücklich wiedergegeben werden, wenn der Staat über Organspende informiert. Bürger haben ein Anrecht auf eine nicht nur einseitige, sondern auf eine sachlich umfassende Unterrichtung. Alles andere wird ihrer Selbstbestimmung nicht gerecht. An der jetzt geltenden Erklärungslösung und an ihrer Umsetzung zeigt sich, dass der Staat selbst das Selbstbestimmungsrecht seiner Bürger nicht wirklich ernstnimmt. Bei den Kampagnen zur Organspende, die stattgefunden haben oder stattfinden, werden relevante Informationen beiseitegelassen – ein nicht haltbarer Zustand.

Ein weiteres Themenfeld, für das die Selbstbestimmung von Patienten wesentlich ist, bildet die Fortpflanzungsmedizin.

2. Reproduktive Freiheit und die Fortpflanzungsmedizin

Wie die Transplantationsmedizin gehört die Fortpflanzungsmedizin zu den Zweigen der Medizin, die sich erst im späten 20. Jahrhundert ausgebildet haben. Bei den Organverpflanzungen erfolgten die Durchbrüche in den 1960er-Jahren. Eine spektakuläre Herzverpflanzung gelang dem Chirurgen Christiaan Barnard 1967 in Kapstadt. Einige Jahre danach, 1978, ereignete sich der Durchbruch in der Reproduktionsmedizin. In England wurde erstmals ein Kind geboren, das außerkörperlich erzeugt worden war, indem Samen- und Eizelle außerhalb des Mutterleibes zusammengeführt wurden. Der medizinische Vater dieses Kindes war Robert Edwards, der hierfür im Jahr 2010 den Medizinnobelpreis erhielt. Bis jetzt sind weltweit mehr als 5 Millionen Kinder mit Hilfe dieses Verfahrens, der In-vitro-Fertilisation, geboren worden. In Deutschland finden pro Jahr ca. 10.000 Geburten aufgrund sogenannter künstlicher Befruchtung statt.

Die Gesetzeslage zur Fortpflanzungsmedizin ist in Deutschland allerdings sehr restriktiv. Einschlägig ist das Embryonenschutzgesetz von 1990. Den heutigen Gegebenheiten und dem Sachstand der Fortpflanzungsmedizin wird es nicht mehr gerecht. Doch von allen Einzelheiten abgesehen – auf der Grundsatzebene ist festzuhalten: Eine Frau bzw. ein Paar kommt auf den Gedanken, eine außerkörperliche Befruchtung durchführen zu lassen, falls ein Sterilitätsproblem vorhanden ist (z.B. Eileiterverklebung). Wenn eine Frau das Verfahren nutzen möchte, kann sie sich auf ihr Selbstbestimmungsrecht bzw. auf ihr Persönlichkeitsrecht berufen. Ethisch und grundrechtlich wird der Begriff der reproduktiven Autonomie verwendet, um das Grundrecht auf Selbstbestimmung speziell für Fortpflanzungsfragen auf den Nenner zu bringen.

Eine Spezialanwendung der Fortpflanzungsmedizin stellt die Präimplantationsdiagnostik dar. Die PID ist nur für eine ganz kleine Gruppe von Kinderwunschpaaren von Interesse. Sie kann für Paare in Frage kommen, in deren Familien schwere erbliche Belastungen bekannt sind. Sofern die Paare trotzdem ein Kind wünschen, liegt es für sie nahe, dass sie dem erhofften Kind die erblich bedingte Krankheit ersparen möch-

ten. Durch die PID wird dies möglich. Das Vorgehen sieht so aus, dass Embryonen außerkörperlich erzeugt werden. Der Arzt kann an ihnen eine genetische Analyse vornehmen und der Frau dann einen Embryo einsetzen, der von der befürchteten Krankheit nicht betroffen ist.

Nun ist über die PID moralisch und religiös sehr gestritten worden. Auf die Argumente pro und contra PID ist hier nicht einzugehen. In Europa ist die Methode rechtlich praktisch überall zulässig. Darüber hinaus wird sie in den USA, in Israel sowie in zahlreichen weiteren Staaten praktiziert. In der Bundesrepublik Deutschland herrschte eine Sondersituation. Das Verfahren galt als verboten. Zahlreiche Publikationen und Gremien haben über viele Jahre hinweg gefordert, die PID müsse auch in Deutschland erlaubt und geregelt werden. Bahnbrechend war ein Votum, das die Bioethikkommission des Landes Rheinland-Pfalz 1999 erstellt hatte. Das Kernargument lautete, man könne einer Frau schon allein aus Gründen ihrer Persönlichkeits- und Selbstbestimmungsrechte, ihrer reproduktiven Autonomie nicht versagen, das Verfahren zu nutzen. Der Appell an den Gesetzgeber, die einschlägigen Rechte der Frau zu respektieren und die PID zu gestatten, lief aber mehr als ein Jahrzehnt ins Leere.

Im Jahr 2010 wurde der Gesetzgeber schließlich in Zugzwang versetzt, sich mit der PID zu beschäftigen. Ein Arzt hatte das Verfahren im Inland durchgeführt und sich anschließend angezeigt. Darüber wurde gerichtlich verhandelt. Schließlich befasste sich der Bundesgerichtshof mit dem Sachverhalt. Der BGH sprach den Arzt frei und urteilte, die PID sei in Deutschland praktizierbar. Nach dem Gerichtsurteil kam der Bundestag nicht umhin, sich des Themas endlich anzunehmen. Im Jahr 2011 beschloss der Deutsche Bundestag schließlich ein Gesetz, das die reproduktive Autonomie, das Selbstbestimmungsrecht der Frau respektierte und die PID im Prinzip zuließ.

Es wird sofort deutlich werden, worauf ich konkret und aktuell hinausmöchte. Das PID-Gesetz wurde 2011 beschlossen. Derzeit, im Jahr 2014, ist es noch immer nicht möglich, auf der Basis des Gesetzes im Inland eine PID durchzuführen. Denn die Umsetzung des Gesetzes sollte in einer Rechtsverordnung geklärt werden. Zu der Rechtsverordnung entbrannten erneute heftige Auseinandersetzungen. Nach jahrelangem Streit haben das Bundeskabinett und der Bundesrat schließlich eine Rechts-

verordnung genehmigt, die 2014 in Kraft getreten ist. Sie muss nun noch von allen Bundesländern umgesetzt werden. In der Sache ist sie sehr kritisch zu kommentieren.

Sie sieht vor, dass jede einzelne PID von einer Ethikkommission zu genehmigen ist. Die Kommission muss ihr Einverständnis mit Zweidrittelmehrheit beschließen und hat das Recht, die Frau vorzuladen. Wenn die Kommission einen PID-Antrag genehmigt („zustimmende Bewertung“), soll sie zu den psychischen, sozialen und ethischen Aspekten des jeweiligen Antrags Stellung nehmen – so schreibt es die Rechtsverordnung vor.

Es ist wichtig, sich vorzustellen, was dies für den Alltag bedeutet. Falls eine Frau eine PID vornehmen lassen möchte, befindet sie sich ohnehin in einer angespannten Lage; denn ihr Vorhaben bezieht sich auf belastende Krankheiten, die familiär bekannt sind. Sie muss bereit sein, die physischen Voraussetzungen für eine PID auf sich zu nehmen, nämlich eine hormonelle Stimulation, damit genügend Eizellen befruchtet und untersucht werden können. Für die Frau ist dies eine anstrengende und nicht ganz risikofreie Prozedur. Wichtig ist zweifellos, dass eine Frau und ein Paar sich zu moralischen und psychosozialen Aspekten der PID vorher informieren und beraten lassen. Letztlich ist es dann jedoch Sache ihrer subjektiven Überzeugung und ihrer höchstpersönlichen Entscheidung, ob eine Frau das Verfahren nutzen möchte, um ein Kind zur Welt zu bringen, das unter der familiären Krankheitslast nicht leidet. Diese Entscheidung kann ihr niemand abnehmen, auch der Staat nicht. Nur: Die PID-Rechtsverordnung schreibt vor, dass die staatlich approbierte Kommission es ist, die ethisch beschließt, und zwar mit Zweidrittelmehrheit. Diese Ethikkommission darf die Frau vorladen, so dass sie gegebenenfalls ihre persönlichen Motive und ethischen Überzeugungen dort zu offenbaren hat. Dies ist völlig unverhältnismäßig. Mit dem Recht der Frau auf Selbstbestimmung, mit ihrer Gewissensfreiheit und mit ihrem Recht auf Schutz der Privatsphäre – Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskommission – sind solche Vorgaben der Rechtsverordnung nicht mehr in Einklang zu bringen.

Es wären noch weitere Punkte zu nennen, an denen sichtbar wird, dass die staatlichen Regelungen zur Fortpflanzungsmedizin in die legitime Autonomie von Kinder-

wunschpaaren zu tief einschneiden. Ich thematisiere jedoch einen anderen Sachverhalt, zu dem aktuell bei uns intensiv diskutiert wird.

3. Selbstbestimmungsrechte in Anbetracht des Lebensendes

Bezogen auf das Ende des menschlichen Lebens wird zurzeit insbesondere der medizinisch assistierte Suizid zum Streitfall. In Anbetracht schwerer Krankheit, möglicherweise unbehandelbarer Schmerzen und unerträglichen Leidens ziehen manche Menschen in Betracht, ihrem Leben ein Ende zu setzen und Dritte, vor allem einen Arzt, um Unterstützung zu bitten. Zurzeit wählen eine Reihe von Patienten hierzu die Reise in die Schweiz als Ausweg und erbitten Hilfe durch dortige Sterbehilfeorganisationen.

Auf die Frage des Suizids von Patienten und die Suizidbegleitung werde ich sogleich zurückkommen. Generell ist zu sagen, dass im Umgang mit dem Lebensende – wiederum – dem Selbstbestimmungsrecht bzw. dem Persönlichkeitsrecht der Betroffenen ein sehr hoher Rang zufällt.

Daneben sind angesichts des Lebensendes auch andere Grundrechte berührt. Zu ihnen zählt das Grundrecht auf den Schutz der Gesundheit und auf gesundheitliche Versorgung. Der Schutz der Gesundheit gilt für jeden Menschen, d.h. uneingeschränkt ebenfalls für Schwerkranke und Sterbende. Für den Alltag heißt dies, dass ihnen Leidenslinderung und Schmerztherapie zusteht, so wie es dem Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht. Es ist keine zusätzliche Fürsorge oder Wohltat, wenn schwerkranke Menschen schmerztherapeutisch versorgt werden. Sie haben hierauf vielmehr einen moralischen Anspruch und sogar einen Rechts-, einen Grundrechtsanspruch. Diesen Aspekt zu erwähnen ist wichtig, weil die Schmerzversorgung am Lebensende in der Bundesrepublik Deutschland noch immer nicht flächendeckend hochwertig gewährleistet ist.

Darüber hinaus ist für den Umgang mit dem Lebensende das Recht auf Leben einschlägig. Auch ein Schwerstkranker oder Sterbender ist in seinem Lebensrecht geschützt, so dass er Anspruch auf lebenserhaltende Maßnahmen hat. Andererseits ist aber zu bedenken, dass aus diesem Lebensrecht, das schwer Kranken zukommt, keine Lebenspflicht abzuleiten ist. Falls ein Patient der Meinung ist, sein Leben solle zu Ende gehen, dann ist dies zu respektieren. Auf diesem Gedanken beruhen Pati-

entenverfügungen. Aufgrund ihres Selbstbestimmungsrechts können Menschen im Vorhinein bekunden, dass künftig – falls sie einmal nicht mehr ansprechbar und äußerungsfähig sein sollten – medizinische Behandlungen abgebrochen und unterlassen werden. Die Verfasser von Patientenverfügungen legen fest, dass, wann und unter welchen Bedingungen bei ihnen passive Sterbehilfe erfolgen soll.

Die Geltung und die Verbindlichkeit solcher Verfügungen ist vom Deutschen Bundestag 2009 durch Gesetz klargestellt worden. Der Widerstand gegen ein im Ansatz liberales, an der Selbstbestimmung orientiertes Patientenverfügungsgesetz war zuvor heftig gewesen. Rechtspolitisch war es ein großer Fortschritt, dass sich das Parlament 2009 nach langem Zögern über die Einwände hinwegsetzte und der Patientenautonomie Rechnung trug.

Gegenwärtig ist nun zum Streitthema geworden, wie damit umzugehen ist, wenn schwerkranke Patienten im Extremfall einen Suizid erwägen. Welche Gesichtspunkte sind hierzu hervorzuheben?

In der öffentlichen Debatte wird immer wieder behauptet, dieses Thema – der Suizidwunsch schwerkranker Menschen – stelle sich gar nicht. Wenn Menschen palliativmedizinisch begleitet würden, dann erübrige es sich, dass sie an einen Suizid denken. Mit einer solchen Aussage spielen Politiker, aber auch Vertreter der Kirchen oder der Ärzteschaft die palliative Medizin einerseits, den Suizidwunsch mancher Patienten andererseits gegeneinander aus.

Diese Argumentation greift aber nicht. Nicht nur, dass die Hospizbegleitung und die palliative Versorgung in Deutschland keineswegs so ausgebaut sind, wie es wünschenswert wäre. Und nicht nur, dass auch die Schmerztherapie in Einzelfällen leider auf Grenzen stößt. Vielmehr kommt hinzu, dass einzelne Menschen das Krankheits- und Sterbeschicksal, das ihnen droht, losgelöst von den Schmerzen subjektiv als völlig unerträglich ansehen. Sie befürchten eine Entwürdigung ihrer selbst und fürchten, dass die Würde ihres Sterbens, die zu ihrer Menschenwürde gehört, nicht mehr gewahrt ist. Daher ziehen sie es vor, von ihrem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch zu machen und ihrem Leben freiwillig ein Ende zu setzen. Eventuell möchten sie auch einem Sterben im Stadium der Demenz vorbeugen. Dies Letztere spielt für den bekannten katholischen Theologen Hans Küng eine Rolle. Küng hat wiederholt ge-

sagt, er wolle in der Schweiz eine Suizidbegleitung in Anspruch nehmen, falls ihm zusätzlich zu seinen bisherigen Erkrankungen, Makuladegeneration und Morbus Parkinson, noch eine Demenz drohe.

Letztlich ist in solchen Fällen dann der Arzt gefordert. Er muss ein Rezept ausstellen und das tödlich wirkende Medikament verschreiben.

Nun ist ein freiverantwortlicher Suizid in der Bundesrepublik Deutschland rechtlich eigentlich zulässig. Dies ist anders auch gar nicht möglich, weil der Staat das Selbstbestimmungsrecht respektieren muss. In der Folge ist es rechtlich ebenfalls statthaft, dass ein Arzt Beihilfe zum Suizid leistet. Trotzdem bestehen gewisse Rechtsunsicherheiten, die ich jetzt nicht im Einzelnen anspreche. Es kommt hinzu, dass die Bundesärztekammer standesrechtlich Nein sagt. Aktuell beschäftigt sich der Deutsche Bundestag mit dem Thema. Der Ausgangspunkt war eine Initiative des Bundesgesundheitsministers, die Tätigkeit von Sterbehilfeorganisationen zu verbieten.

Ein bloßes Verbotsgesetz kann allerdings keine Lösung sein. Dann bliebe es dabei, dass den Patienten weiterhin nur die Reise in die Schweiz als Ausweg bliebe. Konstruktiv wäre es, staatlicherseits Rahmenbedingungen zu setzen, die (1.) einer missbräuchlichen, insbesondere einer kommerziell ausgerichteten Suizidbeihilfe wehren. Vor allem (2.) sollte Patienten sowie Ärzten jedoch ein eigener Entscheidungsspielraum offengehalten werden. Wenn ein Patient, der erwachsen und urteilsfähig ist, in Anbetracht seiner Krankheit einen Suizid erwägt und ihn durchführt, kann er sich hierfür auf sein Selbstbestimmungsrecht berufen; und für den jeweiligen Arzt wird es eine Gewissensfrage sein, ob er dem Patienten dann ein Medikament zur Verfügung stellt.

Andere Staaten haben mit Augenmaß reagiert – nicht in der Logik, Suizidbeihilfe zu unterbinden, sondern dahingehend, hierfür Kriterien und Regulierungen zu schaffen. Eine Vorreiterrolle hat in den 1990er-Jahren der US-Bundesstaat Oregon eingenommen. Dort ist ein Gesetz verabschiedet worden, das es Ärzten erlaubt, Beihilfe zum Suizid zu leisten, sofern die Entscheidung des Patienten freiwillig war und nachdem eine Bedenkfrist abgelaufen ist. Der Patient muss über Alternativen der Palliativmedizin informiert worden sein; ein anderer Arzt muss eingeschaltet worden sein, und anderes.

Durch das Beispiel Oregon wird belegt, dass es möglich ist, zum Suizid schwerkranker Menschen handhabbare Regeln zu finden. Zu den Vorzügen eines solchen Modells gehört, dass Suizidversuche von Patienten aus der Grauzone herausgeholt werden; und es wird verhindert, dass Menschen sich gedrängt fühlen, schlimmstenfalls in grausamer, würdeverletzender Form Suizid zu verüben. Im Ergebnis dienen solche Regulierungen der Beruhigung von Menschen und sogar der Suizidprävention, der Verringerung von Suizidversuchen. Auch dies hat sich in Oregon erwiesen. Insofern liegt es jetzt am Bundestag, die Gelegenheit zu nutzen, in Deutschland eine vergleichbare Lösung zu beschließen.

III. Fazit

Bei der Patientenautonomie, der Selbstbestimmung von Patienten, handelt sich um eine Thematik, die intensiv erst seit wenigen Jahrzehnten erörtert wird. Sie ist gesundheitspolitisch und medizinethisch auch zu aktuellen Fragen zu berücksichtigen. Um ein Missverständnis abzuwehren, ist zu sagen, dass mit der Patientenautonomie keine Willkür der Patientin bzw. des Patienten gemeint ist. Sie oder er sollte gesundheitsbezogene Entschlüsse auch in Rücksicht auf andere, auf Angehörige treffen. Vor allem dann, wenn Kompliziertes zur Entscheidung ansteht, sollten Patienten nicht nur informiert, sondern ausführlich beraten werden. Solche Beratungen können und sollen auch behandlungsunabhängig, also losgelöst vom behandelnden Arzt erfolgen. Strukturell wird es zunehmend zu einer Aufgabe des Gesundheitswesens, solche behandlungsunabhängigen Beratungsangebote aufzubauen.

Vor allem fordert die Patientenautonomie jedoch den Gesetzgeber heraus. Die Beispiele, die ich angesprochen habe, zeigen, dass der Staat, die staatliche Rechtsordnung die Herausforderung zurzeit nicht überzeugend bewältigt: Menschen werden nicht zureichend informiert (Beispiel Organtransplantation); ihren Persönlichkeits- und Entscheidungsrechten wird nicht hinreichend Rechnung getragen (Beispiel Fortpflanzungsmedizin und PID); der Staat ist zögerlich, Regelungen zu treffen, die Patienten und anderen Beteiligten, vor allem Ärzten, Rechtssicherheit gewährt, wenn sie eigenverantwortete Entscheidungen treffen (Beispiel Umgang mit dem Lebensende). Eine pluralistische Gesellschaft und ein weltanschaulich neutraler Staat werden jedoch gerade auch im Gesundheitswesen die Persönlichkeitsrechte der Menschen in den Mittelpunkt rücken müssen. In diese Richtung bewegt sich die Rechtsordnung

seit jener eingangs erwähnten Entscheidung des Reichsgerichts von 1894 und erst recht aufgrund der medizinethischen Impulse in den letzten beiden Jahrzehnten. Allerdings: Die Rechtspolitik bewegt sich zu zögerlich und nur in Stolperschritten – oftmals zulasten der Betroffenen und zulasten der Rechtssicherheit.

Verfasser:

Prof. Dr. Hartmut Kreß, Universität Bonn, Evang.-Theol. Fakultät, Abt. Sozialethik, 53113 Bonn.
www.sozialethik.uni-bonn.de/kress, E-Mail: [hkress\[at\]uni-bonn.de](mailto:hkress[at]uni-bonn.de)