

**Prof. Dr. Hartmut Kreß**

**18. März 2009**

**Selbstbestimmungsrecht, Menschenbild und gesellschaftlicher Pluralismus angesichts des Lebensendes \***

**1. Vorbemerkungen und ein Fallbeispiel**

„Behandlungsziele am Lebensende“ – darum geht es auf dieser Tagung. Wichtig an der Formulierung ist der Plural: „Behandlungsziele“; denn es können im Umgang mit schwerkranken und sterbenden Menschen unterschiedliche Ziele relevant werden: z.B. das Sterbenlassen; die Sterbebegleitung; oder: die Sedierung; oder in extremis: die Ermöglichung einer Selbsttötung – oder anderes.

Darüber hinaus steigert es die Komplexität des Themas, dass gleichfalls unterschiedliche Werte und Normen und eine Mehrzahl von Handlungskriterien eine Rolle spielen. Weil dies so ist, brechen in Anbetracht des Lebensendes Zielkonflikte sowie Wertkonflikte auf. In unserer Gesellschaft und in der Politik hat dies zu erheblichen Kontroversen geführt – man denke nur an die jahrelangen Auseinandersetzungen über Patientenverfügungen oder über den medizinisch assistierten Suizid. Zunächst setze ich aber mit einem Fallbeispiel ein, das einen authentischen Hintergrund hat. An ihm werden einige der heutigen Konfliktlinien erkennbar.

“Ein 55-jähriger türkischer Muslim kam plötzlich zum Kreislaufstillstand. Die Reanimationsbemühungen führten zu einer gewissen Kreislaufstabilisierung. Es entwickelte sich später ein Mittelhirnsyndrom: fehlende Spontanatmung und keine Reaktion auf Reize. Dieses Bild änderte sich innerhalb von sechs Tagen unter Anwendung der üblichen Maßnahmen nicht. Der ärztliche Vorschlag gegenüber der Ehefrau und dem jüngeren Sohn, die Beatmung des Patienten im Hinblick auf die Aussichtslosigkeit seines inkurablen Grundleidens zu beenden und das natürliche Ende abzuwarten, stieß auf Verständnis. Zu diesem Zeitpunkt erschien der älteste – auswärts wohnende – Sohn. Er verlangte die Fortsetzung aller therapeutischen Maßnahmen. Die lebensverlängernden Maßnahmen wurden danach fortgeführt. Drei Tage später kam es durch plötzlichen Herzstillstand zum Tode des Patienten. Bei der Aufarbeitung des Falles stellte sich heraus, dass zwar die Laborwerte exakt eingetragen wurden, aber jede Dokumentation zu den Gesprächen mit den Angehörigen oder vorherigen Wunschäußerungen des Patien-

---

\* Referat auf der interdisziplinären Tagung „Behandlungsziele am Lebensende“ am 18. März 2009 im Haus der Evang. Kirche, Kartäusergasse, Köln. - Im vorliegenden Text wurde der Vortragsstil beibehalten. Einige Sachverhalte werden nur in Form von Stichworten angesprochen.

ten fehlten.“ (in: I. Ilkilic, Kulturelle Aspekte bei eth. Entscheidungen am Lebensende u. interkulturelle Kompetenz, in: Bundesgesundheitsblatt 2008; 51: 859).

Aspekte, auf die dieses Beispiel den Blick lenkt:

- sozialetisch: der Pluralismus in unserer Gesellschaft. Bei uns sind Patientinnen und Patienten mit kulturellen, religiösen und weltanschaulichen Hintergründen anzutreffen, die voneinander stark abweichen und unter Umständen sogar aufeinanderprallen. Hier: ein muslimischer Patient.
- arztethisch / aus der Sicht der Ärzte: in diesem Fall als Handlungsvorschlag: Therapiebegrenzung, nämlich Abbruch der Beatmung. Dies läuft auf ein Sterbenlassen, auf eine passive Sterbehilfe hinaus, was im vorliegenden Fall der Sache nach einleuchtet, dann aber nicht umgesetzt wird. Am Patienten wird lebenserhaltende Maximalbehandlung durchgeführt.
- patientenethisch / Aspekt des Patienten: Das Beispiel birgt erhebliche ethische Probleme. Der Patient, nämlich der 55jährige Mann, ist faktisch nichts als der bloße Adressat, geradezu nur der Gegenstand, das Objekt der Entscheidungen Dritter. Nach dem Willen des Patienten, zumindest nach seinem mutmaßlichen Willen, ist gar nicht eigenständig gefragt worden. Es wird „über“ ihn entschieden („Fremdbestimmung“). Den eigenen Patientenwillen zu berücksichtigen, ist, so wie der Fall geschildert wird, sogar von den Ärzten vernachlässigt worden.
- kultureller Aspekt: Erschwerend kommen in dem Beispiel die speziell hierarchischen, paternalistischen Anschauungen ins Spiel, die für türkische oder muslimische Mitbürger leitend sein können: Das Entscheidungsrecht besitzt das männliche Familienoberhaupt. Im vorliegenden Fall: die Wertpräferenz des faktischen Entscheiders, nämlich des ältesten Sohnes  $\Rightarrow$  quantitative Lebensverlängerung. Diese Bestimmung des Sohnes beruht wohl auf bestimmten islamisch geprägten Vorstellungen, auf die ich noch eingehen werde.

Das Fallbeispiel zeigt: Im Umgang mit dem Sterben können Ziel- und Wertkonflikte aufbrechen. Um angesichts dessen eine erste Orientierung zu verdeutlichen, lasse ich das Fallbeispiel jetzt auf sich beruhen. Stattdessen bringe ich es generell auf den Begriff, welche ethischen Werte im Umgang mit dem Lebensende in unserer Gesellschaft

maßgebend sind. Dabei kann man am Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland Anhalt nehmen. Das Grundgesetz ist in diesem Jahr auch deswegen zu erwähnen, weil es vor 60 Jahren – 1949 – beschlossen worden ist. Entscheidend sind Artikel 1 und Artikel 2 des Grundgesetzes. Drei ethische Normen sind auf dieser Basis zu betonen: 1. die Menschenwürde (GG Artikel 1), 2. das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung (GG Artikel 2 Absatz 1), 3. der Schutz des menschlichen Lebens (GG Artikel 2 Absatz 2). Ich bringe sie jetzt nacheinander knapp zur Geltung.

## **2. Normative Grundlagen im Umgang mit dem Lebensende im Licht des Grundgesetzes**

### **a. Menschenwürde / Würde des Sterbens**

An dieser Stelle lasse ich Einzelheiten und auch Schwierigkeiten in der Auslegung von Menschenwürde beiseite. Mir kommt es nur auf den Kern an: Aufgrund der Idee der Menschenwürde muss jeder einzelne Mensch in seiner Persönlichkeit geachtet, wertgeschätzt und geschützt werden. Denn jeder besitzt einen eigenen Wert und ist Selbstzweck; d.h. niemand darf nur Mittel zum Zweck oder das bloße Objekt des Zugriffs Dritter sein.

Ein wichtiger Punkt ist noch der folgende: Unsere moderne Idee der Menschenwürde ist in der Aufklärungsepoche entwickelt worden; sie geht vor allem auf Immanuel Kant zurück. Heute ist aber ein Sachverhalt zu sehen, den Kant noch gar nicht im Blick haben konnte: Integraler Bestandteil der Menschenwürde ist heutzutage auch die Würde des Sterbens. Dies ist so prägnant eigentlich erst seit gut 40 Jahren, seit den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts, relevant. Denn seit den 1960er Jahren kann das menschliche Leben mit Hilfe der Intensiv- und der Apparatedizin künstlich verlängert werden. Die Intensivmedizin ist segensreich; sie hat für viele Menschen zur Lebensrettung und zum Gewinn von Lebensjahren geführt. Sie besitzt aber auch eine Kehrseite. Denn sie ermöglicht es und verleitet u. U. dazu, das Leben von Menschen zu verlängern, obgleich eigentlich der Natur oder dem Schicksal gemäß der Tod eintreten würde und die Verlängerung des Lebens aus Sicht der Betroffenen persönlich und human keinen Sinn mehr hat. Dieses Problem wurde schon vor vier Jahrzehnten von dem bekannten evangeli-

schen Theologen Helmut Thielicke wie folgt auf den Begriff gebracht: Die moderne Medizin stehe in Gefahr, in einen „Terror der Humanität“ umzuschlagen – und zwar dann, wenn sie das Leben Schwerstkranker und Sterbender rein quantitativ verlängert, obgleich dies menschlich sinnentleert ist.

Die Problematik steht uns allen vor Augen. Und angesichts dessen kommt die Einsicht zustande: In der Gegenwart ist die Würde des Sterbens als eigenständiger Teilaspekt der Menschenwürde zu berücksichtigen; das Sterben sollte sich der Menschenwürde gemäß ereignen.

Wie lässt sich dies wenigstens ansatzweise gewährleisten? Hier ist nun ein zweites Grundrecht, eine weitere tragende Norm hilfreich und einschlägig:

### **b. das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung**

Das Grundrecht auf Freiheit und Selbstbestimmung ist im Grundgesetz in Artikel 2 Absatz 1 verankert. Die Logik dieses Grundrechtsartikels lautet: Der einzelne Bürger besitzt die Freiheit, über sich selbst zu entscheiden, ohne dass er dies anderen gegenüber begründen und rechtfertigen muss. Einer Begründung bedarf es vielmehr, falls umgekehrt der Staat oder wenn Dritte die Selbstbestimmung eines Menschen ausnahmsweise einmal einengen oder einschränken möchten.

Aus bestimmten historischen Gründen hat dieses Freiheitsgrundrecht in die Bonner Verfassung derart nachdrücklich Eingang gefunden wie in praktisch keine andere Staatsverfassung. Und über die Verfassung hinaus: Auch philosophisch, theologisch und ethisch ist das Selbstbestimmungsrecht ganz besonders hochrangig. Denn es ist unmittelbar aus der Menschenwürde abzuleiten. Um nochmals Immanuel Kant aufzugreifen: Kant hat die Menschenwürde und die Selbstbestimmung miteinander verschränkt. Sein Argument: Menschen zeichnen sich vor anderen Lebewesen dadurch aus, dass sie zum Gebrauch von Vernunft und Freiheit prinzipiell in der Lage sind. Auf der Fähigkeit, frei zu entscheiden, beruht die Würde des Menschseins. Und das heißt nun zugleich: Wenn ein einzelner Mensch sein Recht auf Freiheit tatsächlich konkret in Anspruch nehmen möchte, dann darf er dies auch.

Diese Verschränkung von Menschenwürde und Selbstbestimmung bedeutet in unserem Zusammenhang, in Anbetracht von Krankheit und Sterben: Jeder Einzelne hat das Recht, aus seiner eigenen Sicht zu sagen und zu entscheiden, was er unter einem für ihn

menschenwürdigen Sterben, unter dem Sterben in Würde versteht. Konkret kann das dann heißen, dass ein Mensch sterben möchte und daher auf Reanimation, auf Respiration oder auf sonstige Weiterbehandlungen verzichtet. Ethisch und rechtlich ist zu unterstreichen: Dritte – z.B. Ärzte, Angehörige, u.U. das Gericht – müssen eine solche höchstpersönliche Entscheidung achten und respektieren. Denn sie ist durch das Grundrecht auf Selbstbestimmung abgedeckt.

Nun aber noch zu der dritten grundlegenden Norm, die vom Grundgesetz her für das Thema „Sterben“ tragend ist:

### **c. Schutz des Lebens**

Das menschliche Leben wird im Grundgesetz durch Artikel 2 Absatz 2 geschützt. Dort ist das Recht auf Leben und auf körperliche Unversehrtheit festgeschrieben. Festzuhalten ist: Dieses Recht auf Leben oder der Schutz des Lebens gelten unverbrüchlich und ohne Vorbedingungen. Dies führt zu der Schlussfolgerung: Wenn es um Lebensrettung und Lebenserhaltung geht, dürfen zum Beispiel ökonomische Gesichtspunkte, d.h. die Behandlungskosten, keinen Ausschlag geben; es darf nicht rationiert werden. Das Lebensrecht gilt ohne Einschränkung. –

Soweit eine erste normative Orientierung anhand der Begriffe Menschenwürde, Selbstbestimmung und Lebensschutz. Nun kann es bei dem Gesagten jedoch nicht sein Bewenden haben. Vielmehr brechen gerade dann, wenn man sie zugrundelegt, Abwägungsprobleme auf. Ich gehe jetzt auf das Problem ein, dass der Schutz und die Erhaltung des Lebens einerseits, das Selbstbestimmungsrecht eines Patienten andererseits in Widerspruch geraten können. Um dies zu entfalten, greife ich das Thema „Patientenverfügungen“ auf. Inzwischen haben zahlreiche Menschen eine Patientenverfügung verfasst. In einer solchen Verfügung äußern sie oftmals: In einer künftigen Situation der Krankheit und des Sterbens, in der ich nicht mehr äußerungsfähig bin, sollen bestimmte Behandlungen an mir nicht mehr durchgeführt werden (passive Sterbehilfe). Mit einer derartigen Verfügung entscheiden sie daher zugleich, dass ihre quantitative Lebenszeit abgekürzt wird. Die Medizin soll darauf verzichten, ihr Leben weiter zu verlängern.

### 3. Selbstbestimmung versus Fürsorge. Ein Wertkonflikt in der politischen Debatte über Patientenverfügungen

Seit vielen Jahren ist immer wieder eingefordert worden – von Kommissionen, von Juristen und Ethikern -, das Parlament möge durch Gesetz bekräftigen, dass Patientenverfügungen Gültigkeit besitzen. Bis jetzt ist dies noch nicht geschehen; zur Zeit finden hierzu erneut Debatten des Deutschen Bundestags statt. Der Grund für das lange Zögern des Gesetzgebers: In der deutschen Debatte über Patientenverfügungen ist die Wertigkeit, der Stellenwert des Selbstbestimmungsrechtes, auf das ich soeben alles Gewicht gelegt habe, in überraschendem Maß in Abrede gestellt worden.

Einen Anstoß gab die Stellungnahme, die im Jahr 2004 von der damaligen Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“ verfasst worden war. Die Enquete-Kommission äußerte zu Patientenverfügungen schwere Vorbehalte. Mitglieder der Kommission argumentierten: In Patientenverfügungen fordern Menschen, dass bei ihnen in bestimmten Fällen passive (oder auch indirekte) Sterbehilfe vorgenommen wird; die Weiterbehandlung soll abgebrochen oder unterlassen werden. Das Gegenargument, das die Enquete-Kommission vortrug, lautete: Dies sei eigentlich aber eine Aufforderung an den Arzt, eine direkte aktive Tötung vorzunehmen. Denn wenn der Arzt z.B. ein Gerät abstellt, um die Behandlung abubrechen, *handelt* er; er vollzieht eine Tat. Daher sei die passive Sterbehilfe von der aktiven Sterbehilfe im Grunde gar nicht zu unterscheiden. Sie bedeute ebenfalls direkte Tötung. Deshalb sei es an der Zeit, einer „Legalisierung der gezielten Tötung durch Unterlassen der medizinischen Maßnahmen“ Einhalt zu gebieten (so Ulrike Riedel, ein Mitglied der damaligen Enquete-Kommission). Das Sterbenlassen, das in einer Patientenverfügung gewünscht wird, sei auch nicht durch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten gedeckt.

Stattdessen sei ganz anders anzusetzen. Man solle vom Begriff der Fürsorge ausgehen. Für kranke und sterbende Menschen bestehe eine Fürsorgepflicht des Arztes und des Staates. Die Fürsorge beziehe sich auf den Schutz und die Erhaltung des Lebens. Die Lebenserhaltung habe den Vorrang – und zwar auch dann, wenn der Betroffene selbst diese Lebenserhaltung gar nicht (mehr) wolle. D.h.: In der neueren Debatte hat eine Argumentation Einzug gehalten, die den Fürsorgebegriff in *vereinsseitiger* Weise in

Anspruch nahm, so dass sie die „Fürsorge“ für den kranken und sterbenden Menschen gegen sein Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung, gegen seinen Wunsch, sterben zu dürfen, ausgespielt hat. Letztlich bedeutet Fürsorge dann, dass nicht „mit“ dem Betroffenen oder seinem Willen gemäß, sondern asymmetrisch, hierarchisch und aus einer Außenperspektive heraus „für“ ihn oder sogar „anstelle“ seiner eigenen Willensbekundung, also „über“ ihn entschieden wird (Konsequenz: Neopaternalismus als Problem in der heutigen Rechts- und Gesundheitspolitik!).

Diesen tendenziell neopaternalistischen Vorrang von Fürsorge haben – aus meiner Sicht: bedauerlicherweise – durchaus auch Publikationen der EKD vertreten. Besonders weit geht die römisch-katholische Kirche. Der Vatikan und deutsche katholische Bischöfe vertreten seit 2004 den Standpunkt, beim lang anhaltenden, irreversiblen Wachkoma *müsse* die künstliche Ernährung mit Hilfe einer PEG-Sonde fortgesetzt werden – und zwar sogar im direkten Gegensatz gegen eine frühere Willensbekundung des betroffenen Patienten, der aktuell ja nicht mehr äusserungsfähig ist.

Man kann sich vorstellen, dass aus diesem Standpunkt in katholisch getragenen Pflegeeinrichtungen und Kliniken schwere Belastungen entstehen. In katholischen Einrichtungen werden Patientenverfügungen in bestimmter Hinsicht nicht beachtet: Das Leben von Wachkomapatienten wird künstlich verlängert, selbst wenn diese Lebensverlängerung gegen den vorher geäußerten Willen des Betroffenen und gegen die Stellungnahme der Angehörigen erfolgt.

Ethisch ist hierzu nun folgendes zu sagen: In der hierarchia bonorum, in der Rangordnung der Güter gehört das Leben zu den fundamentalen oder elementaren Gütern. Begrifflich ist „Leben“ als fundamentales Gut zu bezeichnen; denn das Leben ist für den Einzelnen die Voraussetzung dafür, Werte zu verwirklichen, mit anderen zu kommunizieren und sonstige Existenzvollzüge zu realisieren. Weil das Leben ein sog. fundamentales Gut ist, greifen ethisch und auch rechtlich die Hilfeleistungspflicht, das Gebot der Lebensrettung und das Prinzip „in dubio pro vita“ – „im Zweifel für das Leben handeln“. Jedoch stellt das biologische Leben in der Rangordnung der Werte oder in der Hierarchie der Güter ein fundamentales, aber nicht das höchste Gut dar. Das elementare Gut des Lebens erhält seine Erfüllung oder seine Sinngebung von anderen, sog. höheren, geistigen oder ethischen Werten, zu denen die Freiheit gehört. So betrachtet ist

Freiheit dem Leben übergeordnet. Daher kann es dem einzelnen Menschen nicht verwehrt werden, aus eigener freier Entscheidung heraus sein Leben unter Umständen zur Disposition zu stellen.

Diese Logik hatte sich in der europäischen Kultur eigentlich durchgesetzt. Das deutsche Strafrecht zog im Jahr 1871 die Konsequenz, den Suizidversuch nicht mehr unter Strafe zu stellen. Und so betrachtet ist es angesichts heutiger Problemstellungen dann auch legitim, dass Patienten vorab in Willensbekundungen / in Patientenverfügungen festlegen: Bestimmte lebensverlängernde Maßnahmen sollen bei mir nicht mehr durchgeführt bzw. sie sollen abgebrochen werden. Es entspricht der Logik des Grundrechts auf Selbstbestimmung, wenn Menschen aus eigener Entscheidung heraus sagen, dass ihr Leben, das von ihnen als zu stark belastet und als sinnentleert empfunden wird, nicht künstlich verlängert werden soll. Würde man ihnen diese Entscheidungsmöglichkeit nehmen, dann würde aus dem Lebensrecht, das jeder Mensch besitzt, eine Lebenspflicht werden. Und das heißt nun z.B. in Anbetracht des irreversiblen apallischen Syndroms (des sog. Wachkomas): Die künstliche Ernährung mit Hilfe der PEG-Sonde stellt einen invasiven Eingriff dar, der zustimmungspflichtig ist. Wenn ein Patient Nein gesagt hat, *muss* dies beachtet werden. Dies gilt dann sogar für eine katholische Klinik, selbst wenn die katholische Kirche ihrerseits einen anderen Standpunkt vertritt. In diesem Sinn haben inzwischen schon Gerichte entschieden. Es ist überfällig, dass jetzt der Gesetzgeber selbst hierzu Klarheit schafft. Es liegt am Gesetzgeber, die Geltung von Patientenverfügungen abzusichern – auch für den Sachverhalt des apallischen Syndroms oder für weitere Konstellationen, auf die ich hier nicht genauer eingehen kann.

#### **4. Kulturelle Voraussetzungen des Selbstbestimmungsrechts. Europäische und islamische Anschauungen im Vergleich**

Bei all dem, was ich gesagt habe, habe ich vorausgesetzt und unterstrichen: In der Verfassung und in der europäischen Philosophie und Theologie besitzt das persönliche Selbstbestimmungsrecht einen sehr hohen Rang. Dies gilt trotz des heutigen Widerspruchs aus den Kirchen, besonders der katholischen Kirche. Ich ergänze nun aber, dass es keineswegs eine „Selbstverständlichkeit“ darstellt, dem Grundrecht auf persönliche Freiheit und Selbstbestimmung eine so hohe Bedeutung zuzuschreiben, wie ich es dar-



gelegt habe. Vielmehr ist es speziell die *abendländische* geistesgeschichtliche Tradition, die hierfür Pate steht.

Dies zeigt sich im Kulturvergleich, z.B. beim Vergleich mit dem Islam. Den verschiedenen Überlieferungssträngen des Islam ist der Gedanke der persönlichen Selbstbestimmung – insbesondere zu Gesundheit, Krankheit und Sterben – fremd geblieben. Religiös standen und stehen stattdessen die Allmacht Gottes und der Gehorsam des Gläubigen gegen Gottes Willen im Vordergrund. Das Leben und der Leib seien eine Gabe sowie das Eigentum Gottes. Der Mensch dürfe hierüber nicht verfügen. Deshalb ist islamisch der Suizid bis heute strikt verboten – wohingegen das Christentum den Standpunkt des schroffen Nein, die Deutung des früher sog. Selbstmords als „Sünde“ weitgehend überwunden hat. Aber auch abgesehen vom Suizid: In islamischen Strömungen finden bislang auch die passive Sterbehilfe, der Gedanke des Sterbenlassens, und die Möglichkeit, mit Hilfe einer Patientenverfügung Selbstbestimmung zu verwirklichen, nur wenig Anklang. Im medizinischen Alltag begegnet bei islamischen Patienten oder Angehörigen oft das Anliegen, das menschliche Leben solle mit den technisch zur Verfügung stehenden Mitteln auf jeden Fall verlängert werden – dies entspreche dem Gehorsam gegen Gott, dem Eigentümer des Lebens.

Im alltäglichen Umgang mit Patienten, die muslimischen Hintergrund haben, kommt noch ein weiterer Punkt hinzu. Oftmals wird die Entscheidungskompetenz gar nicht dem Betroffenen, dem Patienten selbst zugebilligt. Stattdessen steht die Einbindung in die Familie und der Vorrang, d.h. die Entscheidungshoheit des männlichen Familienoberhaupts im Vordergrund. Das zeigte sich an dem Fallbeispiel, das ich eingangs erwähnt habe.

Hierdurch entsteht freilich Konfliktpotential. Denn in *unserer* Rechtsordnung und in der *europäischen* Ethiktradition ist das höchstpersönliche, individuelle Selbstbestimmungsrecht des einzelnen Menschen unhintergebar. Ggf. gerät ein Arzt deshalb sogar unter Druck, weil er das Selbstbestimmungsrecht des Patienten berücksichtigen muss, selbst wenn die Angehörigen dies nicht wollen oder sogar Widerstand leisten. Um das Fallbeispiel aufzugreifen: Die Ärzte hätten sich zumindest erkundigen müssen, ob der Patient sich einmal zum Thema des Sterbens geäußert hat und hätten durch Nachfragen und

Gespräche zumindest den mutmaßlichen Willen des Patienten in Erfahrung bringen sollen.

Darüber hinaus kann es im klinischen Alltag äußerst schwierig werden, einer muslimisch geprägten Familie nahezubringen: Es ist besser, nicht alle Möglichkeiten der künstlichen Lebensverlängerung auszuschöpfen; es ist ratsam und menschlich, den Patienten sterben zu lassen. Angehörige des Islam werden einen solchen Zugang häufig als Verstoß gegen die Allmacht Gottes und gegen Gott als Eigentümer des Lebens betrachten.

In solchen Situationen kann es hilfreich sein, einen abwägenden muslimischen Arzt, einen muslimischen Medizinethiker oder auch einen Imam zu Rate zu ziehen. Im übrigen lässt sich innerhalb des Islam inzwischen durchaus ein Stück Bewegung in Richtung auf das Selbstbestimmungsrecht erkennen. Angehörige des Islam akzeptieren heute stärker als noch vor einiger Zeit, dass man Menschen sterben lassen darf. Im Kern ist aber das Problem zu sehen: Im Islam sind – genauso wie etwa in der buddhistischen oder der japanischen Kultur – das Freiheitsrecht und die Eigenverantwortung des Individuums nicht so deutlich verankert, wie es für die aufklärerisch-europäische Ethik und Rechtsordnung gilt.

Ich führe dies nun nicht weiter aus. Meinerseits habe ich vor dem europäischen philosophischen und theologischen Hintergrund das Selbstbestimmungsrecht normativ ins Zentrum gerückt. Hiervon ausgehend erwähne ich noch wenige weitere Punkte, die im Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen heutzutage relevant sind.

## **5. Grenzfragen im Licht des Selbstbestimmungsrechtes. Das Problem der finalen Sedierung**

Ein konkretes Problem im medizinischen Alltag besteht heute darin, dass sich trotz aller Fortschritte der Schmerztherapie die Schmerzen einiger Patienten nicht erträglich lindern lassen. Dies betrifft immerhin ca. 5 % der Tumorpatienten im Endstadium. Darüber hinaus können bei Patienten sonstige schwerste Belastungen vorliegen, etwa bei Immunkrankheiten, neurologischen Krankheiten, bei Lähmungen, die sich nicht lindern lassen. Daraus ergibt sich die Frage: Welcher Ausweg ist um der Menschlichkeit und

um der Menschenwürde willen vorstellbar? Sollte man nicht doch die quantitative Lebenszeit abkürzen, wenn die Betroffenen es wünschen? Nun ist in Deutschland die aktive Sterbehilfe bzw. die Tötung auf Verlangen nicht statthaft; und zum ärztlich assistierten Suizid ist die Rechtslage widersprüchlich. Einzelheiten lasse ich beiseite. Stattdessen möchte ich auf den Ausweg eingehen, der in Deutschland rechtlich zulässig ist, nämlich die palliative oder terminale Sedierung. Kurz gesagt geht es darum, einen schwerst leidenden Patienten unter Ausschaltung des Bewusstseins, symptomkontrolliert in den Tod gleiten zu lassen.

Eine solche palliative Sedierung ist in Deutschland legal. Dennoch sind bestimmte Probleme zu sehen. Bei der palliativen Sedierung verschwimmen nämlich die Grenzen zwischen passiver, indirekter und aktiver Sterbehilfe. Man kann sie als passive Sterbehilfe deuten; denn die ärztliche Absicht besteht darin, einen Menschen sterben zu „lassen“. Man kann sie aber auch als indirekte Sterbehilfe interpretieren, weil man die Linderung von Leid und Schmerz beabsichtigt und dabei den Tod in Kauf nimmt. Darüber hinaus kann sie – wie es häufig in den USA der Fall ist – als medizinisch assistierter Suizid oder gegebenenfalls sogar als aktive Sterbehilfe ausgelegt werden. Denn der Arzt ist doppelt aktiv, 1. durch die Herbeiführung der tiefen Sedierung und 2. danach durch das Absetzen von Flüssigkeitszufuhr, Respiration u.a. beim bewusstlosen Patienten, so dass dieser verstirbt.

Wie gesagt: Anders als die Tötung auf Verlangen im engeren Sinn ist diese Handlungsweise in Deutschland statthaft. Aber im Einzelnen herrschen manche Unklarheit und Intransparenz. Daher möchte ich unterstreichen: Es ist an der Zeit, in Kliniken, im Standesrecht und in den wissenschaftlichen Fachgesellschaften *Kriterien* für dieses Verfahren zu benennen. Unvertretbar ist es, wenn eine palliative Sedierung ohne Zustimmung des Patienten und ohne zureichende Information von Patient und Angehörigen erfolgt. Statt dessen ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu beachten, und es sind noch weitere Kriterien zu berücksichtigen. Das heißt, eine terminale Sedierung sollte nur erfolgen

- mit Einwilligung (zumindest mit mutmaßlicher Einwilligung) des Patienten,
- im eigenen Sinne, im wohlverstandenen Interesse des Patienten,

- in der Absprache mit den Angehörigen und bei gleichzeitiger Begleitung der Angehörigen.
- Überdies sollten anderweitige Behandlungsalternativen zuvor ausgeschöpft worden sein (finale Sedierung als ultima ratio; sie muss „alternativlos“ sein);
- es sollte vorab geklärt worden sein, ob und wann die Sedierung unterbrochen wird;
- ob oder wann die Beendigung der Zufuhr von Nahrung oder Flüssigkeit gewünscht wird.
- Darüber hinaus: Es ist ein klinisch-pflegerisches Konsil zu beteiligen;
- es muss eine Dokumentation erfolgen.

Bei der Praktizierung palliativer Sedierung sollten keine neuen Grauzonen zustande kommen (so wie sie in Deutschland etwa bei der aktiven Sterbehilfe zu befürchten sind); und es darf keine Intransparenz bei der Anwendung des Verfahrens entstehen, was zurzeit wohl nicht auszuschließen ist. Ethisch ist es geboten, nachvollziehbare Kriterien zu entwickeln. Dabei gilt es, wiederum vor allem den Patientenwillen und das Persönlichkeitsrecht zu schützen.

Nachdem ich auf diese Weise das Selbstbestimmungsrecht so stark in den Mittelpunkt gerückt habe, betone ich abschließend, dass noch eine weitere ethische Norm und ein weiteres Grundrecht für den Umgang mit dem Sterben zu beachten ist:

## **6. Das Recht auf Schutz der Gesundheit und auf gesundheitliche Versorgung – am Beispiel der Schmerztherapie**

Es mag überraschen, im Zusammenhang von Sterben und Sterbehilfe vom Gesundheitsschutz zu sprechen. Überhaupt: In der deutschen Debatte wird das Grundrecht jedes Menschen auf den Schutz seiner Gesundheit und auf gesundheitliche Versorgung bis heute relativ wenig beachtet. Im Grundgesetz ist das Anrecht auf Gesundheitsschutz und auf gesundheitliche Versorgung nicht direkt erwähnt; vielmehr ist es nur indirekt aus ihm ableitbar. Im Unterschied hierzu ist der Gesundheitsschutz aber in anderen Staatsverfassungen, in zahlreichen Grundrechtskonventionen, in Menschenrechtskonventionen oder in der EU-Grundrechtscharta verankert. Diesem Grundrecht auf Schutz der Gesundheit zufolge hat jeder einzelne Mensch Anspruch auf das Maß an Gesundheit,

das ihm individuell jeweils erreichbar ist, und auf eine bestmögliche gesundheitliche Versorgung, so weit wie sie von der Gemeinschaft, vom Staat realisiert werden kann. Es wäre ein eigenes Referat, das Grundrecht jedes Menschen auf den Schutz seiner Gesundheit und die Schutzpflicht, die dem Staat für die gesundheitliche Versorgung zufällt, genauer zu begründen und zu erläutern. Worauf es mir hier ankommt: Das Grundrecht auf Schutz der Gesundheit und auf gesundheitliche Versorgung betrifft ebenfalls die letzte Phase des Lebens, die Phase der schweren Krankheit und des Sterbens.

⇒ *eine* Konkretisierung neben anderen: Für Patienten in der letzten Phase ihres Lebens, die unter schweren Schmerzen leiden, bedeutet Gesundheitsschutz: Der Patient hat ein Anrecht auf eine Schmerztherapie und Schmerzversorgung, die dem Stand des medizinischen Wissens entspricht. Zwar stößt sogar die moderne Schmerztherapie an bestimmte Grenzen. Ich habe soeben erwähnt, dass sich nicht *alle* Schmerzzustände wirksam lindern lassen. Dennoch lassen sich Schmerzen wenigstens in den meisten Fällen wirksam dämpfen und lindern. Patienten haben moralisch und sogar rechtlich einen *Anspruch* darauf, dass dies tatsächlich geschieht. Letztlich ist es unterlassene Hilfeleistung, wenn die gesundheitliche Versorgung von Schmerzpatienten nicht hinreichend gewährleistet wird. Anders gesagt: Es ist keineswegs eine Großzügigkeit des Gesundheitssystems oder der Politik, für eine gerechte, angemessene Versorgung von Pflegebedürftigen, Schmerzpatienten und Sterbenden zu sorgen, sondern eine Bringschuld. Dies ist deshalb so sehr zu betonen, weil die palliative Versorgung und die Schmerzlinderung in Deutschland bis heute flächendeckend noch nicht zufriedenstellend gewährleistet sind. Zur Zeit sollen – so lauten jetzige Angaben (aktuell lt. der gestrigen Ausgabe der Ärztezeitung) – nur ca. 20% der Schmerzpatienten adäquat versorgt werden.

## **7. Der Umgang mit dem Ende des Lebens auf der Basis der Rechte auf Selbstbestimmung und auf gesundheitliche Versorgung**

Im Kontext der Debatten, die in den letzten Jahren geführt wurden, gelange ich zu der Schlussfolgerung: Ethisch ist es vordringlich, die Aussagekraft erstens des Selbstbestimmungsrechts und zweitens des Grundrechts auf gesundheitliche Versorgung ins Licht zu rücken.

Nun ist das Selbstbestimmungsrecht außerordentlich anspruchsvoll. Viele Menschen drohen davon überfordert zu werden, angesichts von Krankheit und Sterben eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen. Um so wichtiger wird es, durch Beratung und durch mitmenschliche Begleitung dazu beizutragen, dass Menschen ihr Selbstbestimmungsrecht so authentisch und so umfassend wie möglich in Anspruch zu nehmen vermögen – sei es vorab in Form von Patientenverfügungen oder in akuten Entscheidungskonstellationen, sofern sie ansprechbar sind. Ersatzweise ist nach dem vermuteten Willen der Patienten zu fragen. Es versteht sich von selbst, dass die Beratung von Patienten ergebnisoffen sowie kultursensibel, kultursensitiv erfolgen muss; dies ist unerlässlich gegenüber Patienten und Angehörigen, die vom Islam geprägt sind oder die sonstigen, auch nichtreligiösen Überzeugungen verpflichtet sind.

Genauso unerlässlich ist es – auch für den Gesetzgeber –, die Qualität der Versorgung für chronisch kranke und sterbende Menschen zu sichern. Sonst droht angesichts der demographischen Entwicklung und des prognostizierbaren Anstiegs degenerativer Erkrankungen gesellschaftlich und menschlich ein besorgniserregendes Zukunftsszenario.

**Verfasser:**

Prof. Dr. Hartmut Kreß  
Universität Bonn  
Evang.-Theol. Fakultät  
Abt. Sozialethik  
Am Hof 1  
53113 Bonn  
<http://www.sozialethik.uni-bonn.de>  
mail: [hkress@uni-bonn.de](mailto:hkress@uni-bonn.de)