

Hartmut Kreß

Patientenverfügungen: Selbstbestimmung versus Fürsorge.

Ethische Gesichtspunkte mit Blick auf die Notfallmedizin *

Im folgenden befaße ich mich mit Freiheit und Selbstbestimmung im Zusammenhang von Patientenverfügungen; und dem Tagungsthema gemäß richte ich den Blick auch auf die Notfallmedizin. Dabei geht es mir um *grundsätzliche* ethische Aspekte zur Notfallmedizin; denn konkrete Handlungskonflikte oder alltägliche Entscheidungsdilemmata werden heute in anderen Beiträgen bedacht. Zur ethisch-normativen Annäherung greife ich zunächst allerdings nicht auf den Freiheitsbegriff zurück, sondern auf einen anderen Schlüsselbegriff der Ethik, nämlich die Gerechtigkeit.

1. Notfallmedizin unter dem Gesichtspunkt der Verteilungsgerechtigkeit

Ethisch und rechtlich ist die Gerechtigkeit, vor allem die Verteilungsgerechtigkeit aktuell zum Mega-Thema des Gesundheitswesens geworden. Es ist bekannt, dass im Medizinsystem faktisch nicht nur rationalisiert, sondern auch rationiert und priorisiert wird; das Stichwort „Zweiklassenmedizin“ ist zur Alltagsvokabel aufgestiegen. Ein besonderer Problempunkt: Die Zuteilung von Gesundheitsleistungen durch den Staat oder die Kassen erfolgt heutzutage teilweise intransparent. Insofern findet keine explizite, sondern eine implizite Rationierung statt; die Kriterien, an denen Leistungseinschränkungen sich bemessen, bleiben für Betroffene und für Dritte oft unklar. Dies hat zur Folge, dass Ärzte nicht selten in einen Rollenkonflikt geraten. Denn sie sind berufsethisch dem Wohl des Patienten und seiner bestmöglichen Versorgung verpflichtet; faktisch werden sie jedoch zum Rationierungsagenten des Gesundheitssystems.

Für das Gesundheitswesen und die Gesundheitspolitik sind hierdurch erhebliche Akzeptanzprobleme entstanden. Was nun speziell die Notfallmedizin angeht: Unter dem Aspekt der Gerechtigkeit, genauer: der Zuteilungsgerechtigkeit (*iustitia distributiva*) erlangt sie inzwischen geradezu einen Sonderstatus. Denn akut notfallmedizinisch wird nach wie vor jeder Patient ohne Ansehen der Person, des Alters, des Versicherungsstatus oder anderer äußerer Faktoren sofort behandelt. Bei Dringlichkeit, im akuten Notfall, wird die Zuteilung von Leistungen nicht abgestuft. Daher ist es inzwischen ein Merkmal der Notfallmedizin, das tradierte Ideal der Gerechtigkeit, jedem Patienten das

* Referat auf der Fachtagung zum START-Projekt „Patientenverfügungen in der präklinischen Notfallmedizin“ am 23.01.2009 im Univ.klinikum Aachen

Seine zukommen zu lassen (*suum cuique*), in höherem Maß zu wahren, als es in anderen Bereichen des Gesundheitswesens noch der Fall ist.

2. Selbstbestimmung des Patienten in der Notfallmedizin – ethisch ein Novum

In dem Aachener Projekt, das heute diskutiert wird, steht nun das Leitbild der Selbstbestimmung im Vordergrund. Aus meiner Sicht ist dies ein äußerst wichtiger Akzent. Jedoch sollte man sich vergegenwärtigen, dass es, zumindest in Deutschland, durchaus ein Novum darstellt, die Notfallmedizin normativ vom Freiheitsgedanken her zu erörtern.

Zur Illustration: In dem einschlägigen Lexikon „Medizin, Ethik, Recht“ von 1989 findet sich zum Stichwort „Notfallmedizin“ gar kein Artikel. Man stößt dann aber auf den Artikel „Reanimation“. Die Selbstbestimmungsrechte von Notfallpatienten werden hier noch nicht einmal erwähnt. Der Artikel geht stattdessen von der Hilfeleistungspflicht des Arztes und vom Gebot der Lebensrettung aus. Als solches ist dies auch sachgerecht; diese Betrachtung trägt der akuten Notsituation, der Dringlichkeit der Lebensrettung und der situativen Hilfsbedürftigkeit der Patienten Rechnung. In der Notfallmedizin ist die Asymmetrie im Arzt-Patienten-Verhältnis, das existentielle Angewiesensein des Patienten auf den Arzt, ja tatsächlich noch deutlicher als in sonstigen therapeutischen Situationen.

Wichtig ist freilich: Seit einigen Jahren weitet sich das Aufgabenfeld der Notfallmedizin beständig aus. Notfallmediziner werden nicht nur bei Unfällen zu Hilfe gerufen, sondern bei Schlaganfall, Demenz oder Schmerz- und finalen Krankheitszuständen von Tumorpatienten. Angesichts der demographischen Entwicklung und der Unterversorgung in der ambulanten Palliativmedizin wird sich diese Nachfrage noch verstärken. Die Konsequenz: Die Notfallmedizin partizipiert heute an den Aufgaben und an den Wertkonflikten, die sich im Umgang mit solchen schwersten Krankheiten und dem Sterben generell stellen. An diesem Punkt gelangt das Selbstbestimmungsrecht der Patienten zum Zuge und kommen Patientenverfügungen ins Spiel, die den persönlichen Willen zu Schmerztherapie, Behandlungsabbruch, Sterbenlassen o.a. dokumentieren. Zu Patientenverfügungen spreche ich nun abgekürzt und in zugespitzter Form einige Gesichtspunkte an.

3. Das Grundrecht auf Selbstbestimmung – rechtspolitisch in der Defensive

Ganz abgesehen von der Notfallmedizin: Über Sterbehilfe, auch über passive Sterbehilfe, und über Patientenverfügungen herrscht in der Bundesrepublik Deutschland seit Jah-

ren heftiger Meinungsstreit. Der sachliche Hintergrund: In Anbetracht von passiver Sterbehilfe und Sterbenlassen kann der Arzt in einen Wertkonflikt geraten, dessen Pole einerseits die ärztliche Pflicht zur Erhaltung des Lebens ist; auf der anderen Seite steht das Selbstbestimmungsrecht von Patienten, die die Aufrechterhaltung bestimmter Lebensfunktionen ggf. nicht mehr wünschen. Leider hat der Gesetzgeber die notwendigen Klarstellungen zur Verbindlichkeit, Geltung und Reichweite von Patientenverfügungen bislang nicht vorgenommen. Das Zögern des Gesetzgebers – über das auch die Bundestagsdebatte vorgestern nicht hinwegtäuschen kann – beruht wesentlich auf einem Gedankengang, der von der früheren Bundestags-Enquetekommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ sowie von den christlichen Kirchen vorgetragen wurde. Diesem zufolge bestehe bei Patientenverfügungen und bei passiver Sterbehilfe ein Konflikt zwischen ärztlicher „Fürsorge“ einerseits, dem Selbstbestimmungsrecht von Patienten andererseits. Und die ärztliche oder auch die staatliche Fürsorge für die Lebenserhaltung wurde dann oft so stark betont, dass das Selbstbestimmungsrecht der Patienten ganz zurücktrat. Mit Hilfe des Begriffs „Fürsorge“ ist in den letzten Jahren häufig geradezu einem ärztlichen und staatlichen Neo-Paternalismus das Wort geredet worden. Ein Beispiel ist die Forderung, dass beim lang anhaltenden apallischen Syndrom die künstliche Ernährung aus Fürsorgegründen auf jeden Fall fortgesetzt werden müsse – und zwar auch dann, wenn der Patient sich vorher *explizit* für den Abbruch geäußert hat.

Aus einem einseitigen Leitbild der „Fürsorge“ erklärt sich weitgehend, warum in Deutschland noch keine gesetzliche Regelung zu Patientenverfügungen vorhanden ist. Rechtspolitisch ist das Selbstbestimmungsrecht von Patienten, auch durch Patientenverfügungen, unter Druck und in die Defensive geraten.

Im Gegenzug möchte ich jedoch unterstreichen, dass das Selbstbestimmungsrecht unhintergebar ist – was dann ja auch für die Notfallmedizin relevant ist. Zur Hocharrangigkeit des Selbstbestimmungsrechtes nenne ich auf der Grundsatzebene einige Argumente.

4. Das Grundrecht auf Selbstbestimmung – hochrangig und unhintergebar

(a) *verfassungsrechtlich*: Das Grundrecht auf Freiheit und Selbstbestimmung ist im Grundgesetz in Artikel 2 Absatz 1 verankert. Es ist wichtig und wird oft vergessen, sich die normative Logik dieses Grundrechtsartikels zu verdeutlichen. Sie 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 genau umgekehrt, falls der Staat oder wenn Dritte die Selbstbestimmung eines Menschen ausnahmsweise einmal einengen oder einschränken. Von Interesse ist: Dieses Freiheitsgrundrecht hat in die Bonner Verfassung, die in diesem Jahr 60 Jahre alt wird und 1949 in Kraft trat, so nachdrücklich und so ausdrücklich Eingang gefunden wie in praktisch keine andere Staatsverfassung. Historisch beruht dies darauf, dass das Grundgesetz sich von antiliberalen Traditionen der deutschen Geschichte und vor allem vom freiheitswidrigen NS-Staat abgrenzte. Daher überrascht es, wenn Artikel 2 Absatz 1 mit seiner besonders *starken* Version, Freiheit und Selbstbestimmung zu garantieren, in manchen Debatten heute geradezu in die Defensive geraten ist.

(b) *geistesgeschichtlich*: Philosophisch und theologisch ist das Selbstbestimmungsrecht ebenfalls besonders hochrangig; es lässt sich unmittelbar aus der Menschenwürde ableiten. Um den Vordenker der modernen Idee der Menschenwürde, Immanuel Kant zu nennen: Ihm zufolge sind Menschenwürde und Selbstbestimmung miteinander verschränkt. Kant argumentierte, dass Menschen sich vor anderen Lebewesen dadurch auszeichnen, dass sie prinzipiell zum Gebrauch von Vernunft und Freiheit in der Lage sind. Darauf beruhe die Würde des Menschseins. Und das heißt zugleich: Wenn ein Mensch sein Recht auf Freiheit tatsächlich konkret in Anspruch nehmen *möchte*, dann darf er dies auch. Solange er hierdurch niemanden schädigt und die Rechte Anderer nicht behelligt, ist sein Selbstbestimmungsrecht zu respektieren und zu unterstützen.

Nun kann ich hier keine geistesgeschichtlichen Einzelheiten ansprechen. Summarisch sei gesagt: Auch in der christlichen Tradition besitzt das Leitbild der Freiheit und Selbstbestimmung starke Wurzeln. Dies zeigt sich z.B. bei Thomas von Aquin. Für ihn war die Fähigkeit des Menschen, vernünftig und frei zu entscheiden, ein Ausdruck der Gottebenbildlichkeit. Oder: Der Protestantismus rückte das Anliegen der Gewissensfreiheit ins Zentrum. Wenn man diese theologischen Traditionen auf heutige medizinethische Themen extrapoliert, kann man aus gutem Grund zu dem Ergebnis gelangen: Es ist das gute Recht jedes einzelnen Menschen, auch über die Modalitäten des Sterbens, etwa den Verzicht auf Reanimation oder Respiration, selbst zu entscheiden.

(c) *normativ-ethisch*: In Patientenverfügungen äußern Menschen oftmals, dass in künftigen Situationen der Krankheit und des Sterbens bestimmte Behandlungen nicht mehr durchgeführt werden sollten. Dabei nehmen sie in Kauf, dass die quantitative Lebenszeit verkürzt wird. Hierzu ist ethisch im Grundsatz zu sagen: In der *hierarchy bonorum*,

in der Rangordnung der Güter gehört das Leben zu den fundamentalen oder elementaren Gütern. Begrifflich gilt „Leben“ als fundamentales Gut, weil es für den Einzelnen die Voraussetzung dafür ist, seine persönlichen Werte oder Ziele zu verwirklichen, mit anderen zu kommunizieren und sonstige Lebensvollzüge 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: In der Rangordnung der Werte oder in der Hierarchie der Güter stellt das biologische Leben ein fundamentales, aber nicht das höchste Gut dar. Insofern ist es begrifflich unpräzis, wenn das Bundesverfassungsgericht das Leben als „Höchstwert“ bezeichnet. Moralphilosophisch gesagt erhält das elementare Gut des Lebens 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. Das deutsche Strafrecht zog 1871 die Konsequenz, den Suizidversuch nicht mehr unter Strafe zu stellen. Und angesichts heutiger Problemstellungen erscheint es legitim, dass Patienten vorab in Willensbekundungen, in Patientenverfügungen festlegen, dass lebensverlängernde Maßnahmen nicht mehr durchgeführt oder abgebrochen werden. Es entspricht der ethischen 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 – etwa in einer überdehnten Logik der Fürsorge –, dann würde aus dem Lebensrecht, das jeder Mensch besitzt, eine Lebenspflicht werden.

Das Nachbarland Österreich hat dies ernst genommen und 2006 durch Gesetz klargestellt, dass und inwiefern Patientenverfügungen, die ein Unterlassen der Weiterbehandlung, den Verzicht auf Behandlung festlegen, verbindlich sind. Das österreichische Gesetz beachtet dabei auch die Selbstbestimmung in der Notfallmedizin.

5. Das Selbstbestimmungsrecht im Licht von Beratung und Dialog

Sicherlich: Es stellt eine sehr weitreichende Entscheidung dar, in einer aktuellen Willenserklärung oder in einer Patientenverfügung auf eine Verlängerung des Lebens zu verzichten. Denn die Folgen dieser Entscheidung sind endgültig und irreversibel. Daher sollte man das Selbstbestimmungsrecht nicht isoliert und nicht zu einseitig in den Vor-

dergrund rücken. Vielmehr ist zu beachten, dass der einzelne Mensch von seinem familiären und sozialen Kontext, vom Kontakt mit anderen Menschen geprägt ist und dass er vor diesem Hintergrund seine Entscheidungen trifft. D.h., wenn es um so weitreichende, risikobeladene und irreversible Entscheidungen wie den Behandlungsverzicht oder Behandlungsabbruch geht, dann sollte die Entscheidung wohl überlegt sein. Ihre Basis sollte Information, Aufklärung und Beratung sein. Daher ist es wichtig, dass Patientenverfügungen auf Beratung, vor allem auf medizinisch kompetenter Beratung beruhen. Dies gilt erst recht für Entscheidungen, bei denen es kompliziert ist, die künftige persönliche Situation und die medizinischen Aspekte zu antizipieren, etwa den Verzicht auf künstliche Ernährung bei hochgradiger Demenz oder den Verzicht auf notfallmedizinische Reanimation nach wiederholtem Herzinfarkt oder Schlaganfall. Für solche Konstellationen – auch in der Notfallmedizin – ist es besonders wichtig, dass Verfügungen auf kompetenter Beratung beruhen. Es kommt hinzu, dass im Fall des Behandlungsabbruchs auch Dritte betroffen sind, nämlich Angehörige oder der Arzt, der die Weiterbehandlung oder die Reanimation nicht mehr durchführt. Daher leuchtet es ein, dass das Aachener Projekt auf die medizinische Beratung bei Patientenverfügungen und beim Notfallbogen so großen Wert legt.

6. Kulturelle Komponenten des Selbstbestimmungsrechts

Menschliche Entscheidungen, auch Willensbekundungen über Behandlungsabbruch oder den Verzicht auf Reanimation, sind im übrigen von kulturellen Vorbedingungen geprägt. In unserer weltanschaulich pluralistischen Gesellschaft wird dies neu bedeutsam. Der Bevölkerungsanteil von Menschen mit muslimischen, türkischen oder anderen kulturellen Hintergründen ist beträchtlich. Kurz ein Blick auf den Islam: Man sollte seine Binnenpluralität und die binnenislamische Säkularisierung nicht unterschätzen. Insgesamt ist summarisch aber festzuhalten: Der Gedanke der persönlichen Selbstbestimmung, insbesondere zu Fragen von Gesundheit, Krankheit und Sterben, liegt für die islamische Tradition fern. Religiös standen stattdessen die Allmacht Gottes und der Gehorsam gegen Gottes Willen im Vordergrund. Das Leben und der Leib seien eine Gabe Gottes, über die der Mensch nicht verfügen dürfe. Deshalb fanden und finden innerhalb islamischer Gemeinschaften die passive Sterbehilfe und die Selbstbestimmung durch Patientenverfügungen bislang nur wenig Anklang. Im medizinischen Alltag begegnet bei islamischen Patienten oder Angehörigen oft das Anliegen, dass das menschliche Leben mit den technisch zur Verfügung stehenden Mitteln tatsächlich verlängert werden

soll. Darüber hinaus spielt oft eine Rolle, dass die Entscheidungskompetenz gar nicht dem Betroffenen, dem Patienten zugebilligt wird, weil die kulturelle Tradition die Einbindung in die Familie und das männliche Familienoberhaupt hervorhebt.

Die Folge: Es entsteht ein Konflikt zwischen dem persönlichen Selbstbestimmungsrecht, das in unserer Gesellschaft ethisch und rechtlich unhintergebar ist, und der Hochschätzung der Familie und einem kulturell-religiös tradierten Patriarchalismus. Medizinsoziologisch ist geboten, solche Sachverhalte aufzuarbeiten. Bei der Beratung über Patientenverfügungen ist darauf zu achten, dass sie kultursensibel erfolgt und der Gedanke des Selbstbestimmungsrechtes Menschen aus islamisch geprägten Ländern in einer Form nahegebracht wird, die den Betroffenen und ihrer konkreten Situation gerecht wird.

7. Schlussfolgerungen

Eingangs hatte ich angesprochen, dass es auch in der Bundesrepublik Deutschland eine neue Entwicklung darstellt, für die Notfallmedizin nicht nur die Zuteilungsgerechtigkeit und die Lebensrettung, sondern darüber hinaus das Selbstbestimmungsrecht in Anschlag zu bringen. Weil dem Selbstbestimmungsrecht verfassungsrechtlich und ethisch ein sehr hoher Stellenwert zukommt, besitzt diese Entwicklung ihren guten Sinn. Selbst wenn das Selbstbestimmungsrecht in der Öffentlichkeit und in der Rechtspolitik zur Zeit oftmals in die Defensive geraten ist, sollte man daran festhalten. Welche Konsequenzen sind zu ziehen?

1. Die Selbstbestimmung durch Patientenverfügungen ist – wie soeben angedeutet – von externen Faktoren abhängig, z.B. vom sozialen, ethnischen oder kulturellen Status und vom Bildungsstand. Diese soziologischen Hintergründe sollten empirisch noch genauer aufgearbeitet und ausgewertet werden.
2. Beratungen zu Patientenverfügungen müssen ergebnisoffen verlaufen; die persönliche Entscheidung der einzelnen Menschen verdient Respekt.
3. Es gilt, *überhaupt* in das öffentliche Bewusstsein zu rücken, dass selbstbestimmte Entscheidungen in Notfallsituationen als solche empfehlenswert sind und dass sie in Anbetracht vermehrt auftretender Krankheitsbilder – Demenz, Schlaganfall, Schmerzbelastung – aktiv ausgeübt werden sollten. Daher sind Öffentlichkeitsarbeit und ein flächendeckendes Angebot von Beratungsstellen ein wichtiges Ziel.

4. Willensbekundungen und Patientenverfügungen speziell für die Notfallmedizin haben Rückwirkungen auf das Selbstverständnis des Arztes und auf das Rollenbild. In Notfallsituation tritt die Asymmetrie zwischen Arzt und Patient, das Angewiesensein des Patienten auf den Arzt, besonders deutlich zutage. Der Arzt steht seinerseits unter Handlungsdruck – aus Zeitgründen und aufgrund der Dringlichkeit der Lebensrettung. Auf ärztlicher Seite ist nun Zweierlei zu beachten: Der Arzt kann eine Patientenverfügung nicht einfach „blind“ oder „mechanisch“ umsetzen; seine Verantwortung, die spezielle notfallmedizinische Situationsverantwortung bleiben in Kraft. Andererseits: Die Schutzpflicht, die der Arzt für das Leben besitzt, darf nicht dazu führen, dass die sog. Fürsorge überbetont und die Willensäußerung des Patienten marginalisiert wird – selbst wenn dies im Trend des Denkmusters liegt, das in den letzten Jahren in der Bundesrepublik stark dominierte. Wichtig wäre, alltägliche Entscheidungssituationen der Notfallmedizin zu sammeln und sie ethisch systematisch aufzuarbeiten.

5. Im übrigen ist mitzubedenken, die ethische Reflexion und Kompetenz auch beim nichtärztlichen Rettungspersonal zu schulen.

Verfasser:

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