

---

## Hartmut Kreß

### **Persönlichkeitsrechte und Patientenautonomie.**

#### **Medizinethische Grundlagen sowie Perspektiven zu Kindheit und Alter**

*Grundlagenreferat auf dem 42. Symposium für Juristen und Ärzte, „Medizin und Recht in Kindheit und Alter“, am 8. März 2013 in der Kaiserin Friedrich-Stiftung Berlin*

Persönlichkeitsrecht und Autonomie stellen Schlüsselbegriffe heutiger Ethik dar, auf die ich zunächst generell eingehe, um sie dann auf das Leitthema des Kongresses, „Kindheit und Alter“, zu beziehen. Denn es liegt keineswegs auf der Hand, was für die Kindheit und für alte, unter Umständen hilflose Menschen unter Persönlichkeitsrechten oder unter Autonomie prägnant zu verstehen ist. Daher werde ich hierzu einige Eckpunkte nennen. – Vorab jedoch zu „Persönlichkeit“ und „Autonomie“ im Allgemeinen:

#### **1. Verfassungsrechtlicher Hintergrund**

Im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland lautet Artikel 2 Absatz 1: „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt“. Dieser Satz bildet für die Persönlichkeitsrechte gleichsam eine moderne verfassungsrechtliche magna charta. Er spricht der menschlichen „Persönlichkeit“ sowie der Freiheitsidee einen fundamentalen Rang zu und besagt, dass jeder Einzelne denken, entscheiden und handeln darf, wie es seinen eigenen subjektiven Perspektiven, seiner eigenen Persönlichkeit entspricht. Das heißt: Sobald ich von meiner Freiheit und Selbstbestimmung Gebrauch machen möchte, darf ich dies und brauche es gegenüber anderen nicht zu rechtfertigen oder zu verteidigen. Grenzen meiner Freiheit und Persönlichkeitsentfaltung ergeben sich erst dann, wenn Dritte geschädigt oder falls die Grundrechte anderer Menschen verletzt werden.

Insofern ist für unsere Verfassung und unsere Gesellschaft eine sehr starke Idee von Persönlichkeit und Freiheit maßgebend – zumindest theoretisch. Man kann freilich nicht sagen, dass sie in Politik und Gesellschaft stets hinreichend beachtet würde, auch nicht im Gesundheitsbereich. Hierfür nenne ich zwei Beispiele.

---

## 2. Selbstbestimmungsrechte von Patienten – bis heute umstritten

Im Jahr 2009 kam nach langen Kontroversen das Patientenverfügungsgesetz zustande. Dem Gesetz zufolge dürfen Menschen aufgrund ihrer eigenen Wertvorstellungen im Vorhinein darüber entscheiden, ob bzw. wie sie im Fall künftiger Krankheit und des Sterbens behandelt oder nicht weiterbehandelt werden möchten. Der Sache nach steht für dieses Gesetz der Selbstbestimmungsgeanke Pate. Vor vier Jahren war es aber höchst unsicher, ob ein selbstbestimmungsfreundliches Gesetz tatsächlich verabschiedet werden würde. Ein Einwand lautete, man müsse Patienten auch vor sich selbst schützen. Gegenüber Schwerkranken und Sterbenden hätten Ärzte, Angehörige sowie der Staat Fürsorge zu übernehmen; „Fürsorge“ sei vorrangig. Daher seien Patientenverfügungen – als selbstbestimmte Vorausverfügungen zu Krankheit und Sterben – höchstens in ganz engen Grenzen hinnehmbar.

Im Parlament war wenigstens in diesem Fall, anders als zu anderen Themen, 2009 der liberale Gesetzentwurf durchsetzbar. Doch noch im Nachhinein ist bemerkenswert, wie heftig der Widerstand gegen ein Patientenverfügungsgesetz war, das sich an der normativen Logik der Selbstbestimmung orientierte.<sup>1</sup>

Noch ein zweites Beispiel aus aktuellem Anlass: In Nordrhein-Westfalen wird ein großer Teil der Krankenhäuser von der katholischen Kirche getragen. Im Januar 2013 wurde bekannt, dass zwei katholische Kliniken in Köln eine junge Frau, das Opfer einer Vergewaltigung, abgewiesen hatten. Der Grund: Katholische Kliniken durften die „Pille danach“ nicht verschreiben. Auf öffentlichen Druck hin hat der Kölner Kardinal Meisner das Medikament im Januar 2013 für derartige Fälle schließlich erlaubt. Etwas später, im Februar 2013, befasste sich die katholische Bischofskonferenz in Trier mit der „Pille danach“. Sie hat dem vorsichtigen Ja des Kardinals Meisner einerseits zugestimmt, andererseits aber

---

<sup>1</sup> Bemerkenswert ist ferner, dass im Zuge der Relativierung und Infragestellung des Selbstbestimmungsgrundrechts 2009 parlamentarisch keine Bereitschaft vorhanden war, durch Gesetz die Gültigkeit und Verbindlichkeit valider Vorausverfügungen für Notfallmedizinische Situationen zu bestätigen. In Österreich war dies schon mehrere Jahre zuvor im dortigen Patientenverfügungsgesetz geregelt worden. In der Bundesrepublik Deutschland erfolgte eine diesbezügliche Bestätigung – eher verdeckt und indirekt – erst 2013 im BGB im neu geschaffenen § 630d Absatz 1 Satz 4.

---

auch wieder Vorbehalte genannt. In der Erklärung der Bischofskonferenz findet sich dann noch ganz isoliert und zusammenhanglos der Satz: „Auf jeden Fall ist die Entscheidung der betroffenen Frau zu respektieren.“ Dieser Satz wirkt in dem Text der Bischöfe außerordentlich verlegen. An dem früheren Nein und am heutigen halben Ja der Bischöfe zur „Pille danach“ für vergewaltigte Frauen und an ihrem verlegenen Satz zur Entscheidungsfreiheit wird ablesbar, wie halbherzig noch heute mit den Persönlichkeitsrechten von Patienten und mit ihrer Selbstbestimmung umgegangen wird.

Insofern ist festzuhalten, dass Persönlichkeitsrechte und Patientenautonomie bei uns theoretisch und verbal durchgängig bejaht werden; faktisch werden diese Prinzipien jedoch immer wieder unterlaufen oder bleiben sie ein Lippenbekenntnis. Umso wichtiger ist es, genauer zu bedenken, was unter Persönlichkeitsrechten und Selbstbestimmung bzw. – medizinethisch – unter Patientenautonomie der Sache nach zu verstehen ist.

### **3. Persönlichkeitsrechte und Patientenautonomie: Inhaltliches Profil**

Die beiden Begriffe bedürfen der inhaltlichen Profilierung und der Näherbestimmung. Geistesgeschichtlich entstammen sie der Neuzeit. Um sie zu erläutern, sind drei Teilaspekte wesentlich:

(a) *Der Aspekt der Vernunft.* Das heutige Verständnis von Persönlichkeit und Autonomie ist im 18. Jahrhundert von der Aufklärungsphilosophie, insbesondere von der Philosophie Immanuel Kants geprägt worden. Für Kant waren „Persönlichkeit“ und „Autonomie“ geradezu Wechselbegriffe. Die Persönlichkeit des Menschen gründet auf seiner autonomen Vernunft, also auf seiner Fähigkeit zu entscheiden und zu handeln, so wie es der Vernunft entspricht. Weil Menschen zu *vernunftgemäßen* Entscheidungen befähigt sind, besitzen sie Persönlichkeit und sind sie autonom. – Später, im 19. und frühen 20. Jahrhundert, steuerte die Lebens- und die Existenzphilosophie einen weiteren Gedanken bei:

(b) *Der Aspekt der Individualität.* Menschen sind nicht nur als Vernunftwesen, sondern auch in ihrer Individualität, mithin in ihrer Lebensgeschichte, in ihrer persönlichen Entwicklung und wechselvollen Biographie zu sehen. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts fand der Philosoph Georg Simmel das treffende Wort,

---

jeder Mensch stelle in seiner Eigenart und Besonderheit ein „individuelles Gesetz“ dar.

(c) *Der Aspekt der Intersubjektivität.* Geistesgeschichtlich noch ein wenig später brachte die Dialogphilosophie – ein wegweisender Autor: Martin Buber – zusätzlich zur Geltung, dass Vernunft und die Individualität von Menschen zwischenmenschlich / intersubjektiv zu interpretieren sind. Die Persönlichkeit und der Charakter eines Menschen entstehen nicht nur aus ihm selbst heraus, sondern entwickeln sich aus der Beziehung und im Gegenüber zu Mitmenschen; und zu vernünftigen, „autonomen“ Entscheidungen gelangen Menschen sinnvollerweise auf der Basis des Dialogs, des Gedankenaustauschs mit anderen.

An dieser Trias Vernunft - Individualität - Intersubjektivität wird fassbar, was in der Moderne mit Persönlichkeitsrechten und Autonomie gemeint ist. Hierdurch gewinnt dann medizinethisch extrapoliert auch die *Patientenautonomie* ihr Profil. Gegebenenfalls müssen Patienten zu Fragen ihrer Gesundheit oder Krankheit ja ganz weitreichende Entscheidungen treffen. Der Logik der Patientenautonomie gemäß sollten sie ihre Entscheidungen möglichst gut abwägen (Aspekt der Vernunft); ihr Entschluss sollte authentisch sein, d.h. mit der jeweiligen persönlichen Lebensgeschichte und den Wertüberzeugungen des Betroffenen in Einklang stehen (Aspekt der Individualität) und er sollte im Gegenüber zu anderen Menschen, im Austausch mit ihnen getroffen werden (Aspekt der Intersubjektivität).

#### **4. Arztethische Konsequenz: Das Leitbild einer patientenzentrierten Medizin**

Geht man von den Persönlichkeitsrechten und der Autonomie der Patienten aus, dann ergibt sich – gegenläufig zur Ökonomisierung und Anonymisierung im heutigen Medizinbetrieb – das Leitbild einer patientenzentrierten Medizin. Über die rein fachlich medizinische Seite hinaus sollte ein Arzt auch die Biographie, die Lebensumstände und die Perspektiven eines Patienten beachten und ihn im Sinn der Wertüberzeugungen begleiten und beraten, die der Patient selbst hat. Mit ähnlicher Zielrichtung wird medizinethisch vom shared-decision-making, von sprechender Medizin oder von der Verantwortungspartnerschaft von Arzt und Patient gesprochen. Genau hier bricht allerdings weiterer Klä-

---

rungsbedarf auf, wenn man das Rahmenthema dieses Kongresses „Kindheit und Alter“ betrachtet. Denn bei Kindern bilden sich Persönlichkeit und Autonomie erst allmählich aus; und für alte Menschen ist gegebenenfalls eine nachlassende oder abnehmende Autonomie charakteristisch. Daher ist zu bedenken, wie „Persönlichkeitsrecht“ und „Patientenautonomie“ in Bezug auf Kinder und alte Menschen auszulegen sind, auch im analogen oder im komparativen Sinn, und was dies im Einzelnen austrägt.

### **5. Besonderheiten des Alters: Nachlassende Autonomie**

Vorab ist unter Rückgriff auf die Trias Vernunft - Individualität - Intersubjektivität zu betonen: Viele Menschen sind auch noch im hohen Alter in der Lage, Entscheidungen wohlwogen zu treffen, also Gründe und Gegengründe rational abzuwägen, Handlungsalternativen im Licht ihrer persönlichen Wertüberzeugungen zu bedenken, die Auswirkung eines Entschlusses auf andere zu erfassen und ihren Entscheidungsprozess im Gedankenaustausch mit anderen zu gestalten. Unter Umständen greift dies dann sogar für existentielle Grenzfragen, für Grenzzwischenfälle. In extremen Fällen, aufgrund schwerster unerträglicher Krankheit können alte Menschen zu dem Entschluss gelangen, ihrem Leben und ihrem Leiden durch Suizid ein Ende zu setzen. Hiermit haben sich dann auch Ärzte auseinandersetzen. Es kommt sehr auf den Einzelfall an. Sofern ein Suizidwunsch wohlwogen, stabil und durchdacht ist, lässt es sich – anders als die Bundesärztekammer es zurzeit sagt – nicht pauschal abweisen, dass ein Arzt einen Patienten beim Suizid begleitet.

Andererseits sind zahlreiche alte Menschen kognitiv und mental beeinträchtigt oder so stark von Demenz geprägt, dass ihre Autonomie eingeschränkt ist. Ein shared-decision-making, eine Verantwortungspartnerschaft und ein wirkliches Gespräch zwischen Arzt und Patient sind dann nicht mehr realisierbar. Dennoch bleiben die Begriffe „Persönlichkeitsrecht“ und „Patientenautonomie“ in bestimmter Hinsicht relevant.

(a) *Der Subjektstatus alter Menschen.* Die beiden Begriffe schärfen den Blick dafür, dass auch ein hilfloser Patient nach wie vor in seiner Subjektstellung, seinem Subjektstatus zu sehen ist. Zwar kann alters-, krankheits- und demenzbedingt die Persönlichkeit eines Menschen reduziert, seine rationale Urteilskraft

---

eingeeengt sein (nachlassende / abnehmende Autonomie<sup>2</sup>). Es wäre aber eine Entwürdigung, ihn nur als bloßes Objekt ärztlicher Behandlung zu begreifen. Denn:

(b) *Die persönliche Lebensgeschichte als heuristische Hilfe.* Bei hinfälligen Menschen lässt sich das Nachlassen ihrer Autonomie dadurch kompensieren, dass Dritte – Ärzte, Angehörige, Pfleger, Betreuer – sie im Horizont ihrer individuellen Lebensgeschichte wahrnehmen und sich ihnen gegenüber so verhalten, wie es ihrer Vergangenheit, ihrer persönlichen Geschichte entspricht. Konkret: Es ist stets hochproblematisch, einen alten und dementen Menschen zu fixieren. Manche Patienten reagieren auf eine Fixierung freilich besonders empfindlich. Psychiatrische Arbeiten haben gezeigt, wie stark Verfolgte des NS-Regimes noch nach Jahrzehnten unter nachwirkenden Traumatisierungen leiden. Durch Gewalterlebnisse und frühere Einkerkierung können Menschen derart traumatisiert worden sein, dass – lebensgeschichtlich bedingt – im Alter eine Fixierung besonders unzumutbar ist.<sup>3</sup>

Es gilt also, „Persönlichkeit“ und „Autonomie“ alter Menschen im Horizont ihrer jeweiligen Lebensgeschichte zu erfassen. Wenn sich die Persönlichkeit eines alten Menschen dementiell verändert, stellt dies einen dramatischen Einbruch, einen schwersten, tragischen Einschnitt dar. Jedoch heißt dies nicht, dass die Kontinuität seines Ich vollständig zerbrochen sei und der Betreffende nicht mehr er selbst, sondern ein anderer sei. Bei ihm bleibt vielmehr eine narrative oder eine nachlaufende Identität erhalten<sup>4</sup>; man kann auch von diachroner Identität sprechen. Denn sein Ich und seine leibliche Existenz (Leibphänomenologie, „Leibgedächtnis“) sind und bleiben von den Begebenheiten bzw. den Wechsel-

---

<sup>2</sup> Weil dieser Begriff die prozessuale Dimension kognitiver und mentaler Einengungen zum Ausdruck bringt, ist er treffsicherer als die manchmal verwendete Formulierung, nach wie vor bleibe eine „Teilautonomie“ erhalten.

<sup>3</sup> Das gilt selbst dann, wenn zwischenzeitlich Symptomfreiheit gegeben war. – In die gleiche Richtung weist ein Urteil des Bundesgerichtshofs zur Fixierung von 2005. Wenn ein Mensch aufgrund seiner Eigenheit stark „auf Unabhängigkeit bedacht“ sei, ist dem BGH zufolge auch bei geistig-seelischen Störungen seinem Wunsch, „bestimmte Verrichtungen selbstständig auszuführen“, prinzipiell Rechnung zu tragen.

<sup>4</sup> Die Idee der narrativen Identität bedeutet, das individuelle Leben als Verknüpfung verschiedenster Lebenserzählungen zu deuten.

---

fällen seiner persönlichen Geschichte geprägt. Daher ist es hilfreich, einen häufig gewordenen Menschen im Licht seiner Lebensgeschichte wahrzunehmen, um mit ihm angemessen umgehen und das aktuelle Nachlassen seiner Autonomie ausgleichen zu können. Für Dritte, etwa den Arzt, kommt der biographischen Vergangenheit eines Patienten eine heuristische – erkenntniserhellende sowie erkenntnisleitende – Funktion zu, um ihm auch bei nachlassender Autonomie gerecht zu werden.

Dies ist noch aus einem weiteren Grund wichtig. Eine 2010 publizierte Studie hat am Beispiel britischer Ärzte belegt, wie groß die Gefahr ist, dass auch Mediziner ihre eigenen weltanschaulichen Vorstellungen und religiösen Perspektiven auf Patienten projizieren, die sich in der Sterbephase befinden. Dies steht in Spannung zu den Persönlichkeitsrechten der Patienten bzw. zur Patientenautonomie. Wenn Dritte hingegen die Lebensgeschichte, gerade auch die weltanschaulich-religiöse Lebensgeschichte eines Patienten gezielt beachten<sup>5</sup>, dann wird die Gefahr gebannt, dass sie eigene Überzeugungen auf den Patienten übertragen. – Was besagen „Persönlichkeitsrecht“ und „Autonomie“ nun aber für den ärztlichen Umgang mit Kindern?

## **6. Umgang mit Kindern unter dem Gesichtspunkt der ansteigenden Autonomie**

Auf Kinder lässt sich der soeben genannte Ansatz, Persönlichkeitsrechte und Autonomie lebensgeschichtlich retrospektiv / zurückblickend / nachlaufend zu erfassen, nicht anwenden, erst recht nicht auf kleine Kinder. Denn für sie liegen die Ausprägung einer Individualität und die Lebensgeschichte ja noch im Horizont der Zukunft. Dennoch ist auch in Hinsicht auf Kinder von Persönlichkeit und Autonomie zu sprechen. Dies ist sogar ganz besonders wichtig. Es geht darum, hiermit auch für sie den Subjektstatus sowie ihre Stellung als eigenständige Träger von Grundrechten zu unterstreichen.

Ein solcher Gedanke ist kulturell neu. Die geschichtliche Überlieferung wird durch ihn einschneidend korrigiert. Traditionell besaßen Kinder keine eigenen Rechte. Im Mittelalter war es sogar noch nicht einmal zwingend, Kindern einen

---

<sup>5</sup> Bei allen Unschärfen, an die der Sache nach bereits S. Freud gedacht hatte.

---

individuellen Namen zu geben (die Unterscheidung gleichnamiger Geschwister erfolgte dann durch Beinamen nach der Reihenfolge der Geburt). Kulturgeschichtlich galten sie als Eigentum der Eltern oder der Familie und man hielt sie, was ihren Seins-Status angeht, für unfertige Menschen, für Nichterwachsene. Die Einsicht, dass Kinder einen eigenen Subjektstatus und eigene Rechte besitzen, hat sich erst sehr spät, d.h. erst im 20. Jahrhundert durchgesetzt. Den Durchbruch erbrachte letztlich ein Dokument, das die Vereinten Nationen 1989 verabschiedeten, nämlich die UN-Kinderrechtskonvention.

Zum Umgang mit den Persönlichkeitsrechten von Kindern nenne ich aus ethischer Sicht vier Eckpunkte.

*(a) Aspekt der Grundrechte: Es ist geboten, den Subjektstatus von Kindern und ihre Persönlichkeitsrechte systematischer zu beachten als bislang.*

Bis heute ist Nachholbedarf zu beklagen, was einen sensiblen und problembewussten Umgang mit den Persönlichkeitsrechten von Kindern anbelangt. Zur Veranschaulichung greife ich eine Spezialfrage auf, die rechtlichen Regelungen zur Organtransplantation. Um einem Menschen nach dem Hirntod ein Organ entnehmen zu dürfen, ist seine Einwilligung, d.h. sein Wille oder zumindest sein vermuteter, mutmaßlicher Wille die Voraussetzung – so gibt es bei uns der Gesetzgeber vor. Nun werden auch Kindern, und zwar schon ganz kleinen Kindern, nach ihrem Hirntod legal Organe entnommen. Ein „Wille“ oder ein „mutmaßlicher“ Wille, der den Eingriff abdecken würde, liegt bei kleinen Kindern naturgemäß jedoch nicht vor. Der deutsche Gesetzgeber hat dies völlig beiseitegeschoben und hat umstandslos den Eltern die Entscheidung über die Organentnahme zugesprochen. Dies steht aber in Kontrast zum Kern, zur Leitidee des Transplantationsgesetzes: Eigentlich stellt das Gesetz doch auf den Willen oder ersatzweise auf den vermuteten Willen ab, der beim Explantierten selbst vorliegt.

Der japanische Gesetzgeber hat das Problem gesehen. Bis 2009 war in Japan eine Organentnahme bei Kindern unter 15 Jahren unzulässig, weil sie nicht einwilligungsfähig seien. Um nicht missverstanden zu werden: Ich schließe mich dieser älteren japanischen Position nicht an, sondern bin der Meinung, dass man eine differenzierte Lösung schaffen sollte. Unerlässlich ist jedoch, es

---

überhaupt aufzuarbeiten, dass Kinder einen eigenen Subjekt- und Schutzstatus besitzen, so dass man nicht einfach auf sie zugreifen darf – auch nicht nach dem Hirntod. Vielmehr ist sehr viel genauer nach Kriterien und Regeln für die Organentnahme bei Kindern zu fragen. In Deutschland hat man dies überspielt und ausgeklammert. In unserem Zusammenhang der springende Punkt: Der Subjektstatus von Kinder muss bei uns – auch auf der Ebene der Gesetzgebung – viel konsequenter berücksichtigt werden als bislang.<sup>6</sup>

*(b) Gradualitätsprinzip: Persönlichkeitsrechte und Autonomie von Kindern sind dahingehend auszulegen, dass sie ihrem Alter und ihrer Entwicklung gemäß sukzessiv ansteigend selbst entscheiden.*

Dieses Anliegen liegt auf der Hand. Es trägt dem Sachverhalt Rechnung, dass sich im Lauf der Jahre die Persönlichkeit von Kindern und ihre Fähigkeit zu eigenen Entscheidungen immer stärker ausbilden. Im Gesundheitswesen ist daher z.B. zu beachten, dass kleine Kinder ein Vetorecht besitzen. Wenn sie gegen eine Behandlung spontane Abwehr zeigen, dann darf dies je nach Sachverhalt nicht übergangen werden. Später haben Heranwachsende ein Recht auf Entscheidungsbeteiligung (assent), bevor sie dann schließlich eigenständig einwilligen können und dürfen (consent; informed consent). Eine solche aufsteigende Linie – vom Veto über den assent bis zum consent – veranschaulicht, dass „Persönlichkeit“ und „Autonomie“ gerade auch bei Kindern nicht starr oder statisch, sondern dynamisch und prozessual auszulegen sind.

*(c) Zukunftsprinzip: Kindern und Heranwachsenden ist möglichst offen zu halten, zu wichtigen Fragen später eigene Entscheidungen treffen zu können.*

Hier geht es erneut um die prozessuale Seite der Persönlichkeit, um das Person-Werden von Menschen. Bezogen auf Kinder von Persönlichkeitsrechten, von der freien Entfaltung der Persönlichkeit und von Patientenautonomie zu sprechen, hat zur Konsequenz, dass man sie zu persönlichkeitsrelevanten Fragen eigenständig entscheiden lassen sollte, sobald sie dazu in der Lage sind

---

<sup>6</sup> Im Einzelnen wären zahlreiche Einzelbeispiele aufzulisten. Auf der Grundsatzebene ergibt sich das Postulat, dass Grundrechte von Kindern einschließlich ihres Rechts auf Gesundheitsschutz im Grundgesetz verankert werden sollten. Initiativen, die dies bewirken wollten, haben sich bislang freilich nicht durchgesetzt.

---

und sobald oder sofern sie es möchten. Eltern und Dritte, auch Ärzte, sollten sich also bemühen, Kinder oder Heranwachsende zu bestimmten Fragen vorab so wenig wie möglich festzulegen, um ihnen einen möglichst großen Entscheidungsspielraum später selbst zu überlassen.

Dieses Postulat lässt sich in viele Richtungen hin entfalten – etwa dahingehend, dass Kinder später, als Erwachsene, selbst bestimmen sollten, in welchem Maß sie über ihr Genom informiert sein möchten (informationelle Selbstbestimmung, Wissen / Nichtwissen über das eigene Genom), oder dahingehend, dass Kinder, die durch Samenspende erzeugt wurden, einmal die Chance haben sollten, Näheres über ihren genetischen Erzeuger zu erfahren, wenn sie es möchten. Ethisch war es daher völlig richtig, dass sich das Oberlandesgericht Hamm soeben, im Februar 2013, gegen anonyme Samenspenden wandte.<sup>7</sup>

In diesen Rahmen ist ferner ein Thema einzuordnen, das in den letzten Monaten viel Aufmerksamkeit fand, nämlich die rituelle Beschneidung von männlichen Säuglingen und kleinen Jungen im Judentum und Islam. Eigentlich hatte ich mir eine engere Regelung, eine stärkere Eingrenzung von Beschneidungen erhofft, als das Gesetz vom Dezember 2012 es vorsieht. Zu den Problempunkten der Beschneidung gehört, dass dieser körperliche Eingriff irreversibel, unabänderlich ist. Durch die Beschneidung wird das männliche Kind hochgradig fremdbestimmt / determiniert, sowohl physisch als auch religiös-kulturell (Zugehörigkeit zu einer bestimmten Religion). Die Alternative lautet, die männlichen Nachkommen selbst über eine Beschneidung entscheiden zu lassen, nachdem sie älter geworden sind. Demgemäß wäre der Zeitpunkt einer Beschneidung – wenn man sie als solche beibehalten möchte – auf einen späteren Zeitpunkt der Biographie zu verschieben. Zu wünschen wäre, dass innerhalb des Judentums und im Islam in diese selbstbestimmungsfreundliche Richtung hin eine Meinungsänderung erfolgt.

---

<sup>7</sup> In Großbritannien ist auf gesetzlicher Basis schon 2005 ein personalisiertes Verfahren eingeführt worden.

---

Das Postulat, Heranwachsenden für die Zukunft eigene Entscheidungsspielräume offenzuhalten, sei jetzt aber nicht vertieft. Stattdessen ist noch ein anders gelagerter Aspekt zur Sprache zu bringen.

*(d) Bildungsaspekt: Der technische Fortschritt der Medizin und andere Faktoren führen dazu, dass Menschen im Lauf ihres Lebens mit gesundheitsbezogenen Problemen konfrontiert werden, die unter Umständen nur schwer zu bewältigen sind. Heranwachsende sollten hierauf vorbereitet werden, indem im Schulbereich die Gesundheitsbildung (Gesundheitskunde) ausgebaut wird.*

Auf Ärzte kommt heute die Aufgabe zu, ihre Patienten im Sinn der Patientenautonomie, d.h. im Sinn ihrer eigenen Wertüberzeugungen zu beraten und zu begleiten. Hiermit kann die Ärzteschaft dazu beitragen, das Leitbild der Patientenautonomie mit Leben zu erfüllen. Um die Patientenautonomie zu stärken, sind aber noch andere Ansätze zu sehen, etwa in der Bildungspolitik. Zum Gesundheitsstatus, zur Gesundheitskompetenz und zum Gesundheitsverhalten sind unter Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren erhebliche Mängel beobachtet worden. Ein Dokument, in dem dies belegt wird, ist der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts. Die alarmierenden Defizite hängen stark von der sozialen Herkunft der Kinder und von soziokulturellen Faktoren ab. Es kommt hinzu: In Zukunft wird es für Menschen noch schwieriger werden als heute, sich zu Fragen der Gesundheit und Krankheit eine fundierte Meinung zu bilden – man denke daran, wie kompliziert die Fragen sind, denen Menschen sich künftig in den Bereichen genetische Diagnostik, Fortpflanzungsmedizin, Transplantationsmedizin, Patientenverfügungen zu stellen haben. Damit die Bürger ihre Patientenautonomie in Zukunft angemessen wahrnehmen können, ist es an der Zeit, das Thema „Gesundheit“ im Schulsystem fest zu verankern, um bei Heranwachsenden die gesundheitsbezogene Eigenverantwortung zu stärken. Gesundheit ist eng mit Bildung verknüpft.<sup>8</sup> Daher ist zu bedauern, dass trotz interessanter Pilotprojekte und Modelle Gesundheitsbildung / Gesundheitserziehung / Gesundheitskunde im Schulsystem noch nicht wirklich etabliert sind.

---

<sup>8</sup> Daher ist dann auch die Korrelation zwischen dem Grundrecht auf Gesundheitsschutz und dem Recht auf Bildung zu betonen.

Im Fazit: Persönlichkeitsrechte und Autonomie sind tragende Säulen unserer Verfassung und heutiger Ethik. Zur Frage, was diese Begriffe für bestimmte Lebensphasen wie Kindheit und Alter konkret besagen, besteht zurzeit freilich erheblich Präzisierungsbedarf – aus meiner Sicht auf der Linie der Eckpunkte, die ich zur Sprache gebracht habe.

### **Verfasser**

Prof. Dr. Hartmut Kreß  
Universität Bonn  
Evang.-Theol. Fakultät, Abt. Sozialethik  
Am Hof 1, 53113 Bonn  
E-Mail: hkress[at]uni-bonn.de