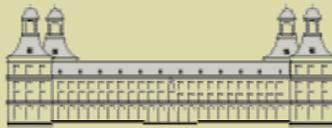


Rheinische Friedrich-
Wilhelms-Universität
Bonn



Evangelisch-
Theologische Fakultät
Abt. Sozialethik

Prof. Dr. Hartmut Kreß

Adresse: Am Hof 1, 53113 Bonn

Prof. Dr. Hartmut Kreß

Menschenwürde am Ende des Lebens

Sterbehilfe, Sterbebegleitung, Patientenverfügung in ethischer Sicht

(Vortrag am 20. Oktober 2001, der ein Symposium zum Thema "Selbstbestimmt leben – selbstbestimmt sterben?!" in der Fachhochschule Wiesbaden einleitete)

I. Sterben heute. Ein Bruch mit der kulturellen Vergangenheit

Menschliches Sterben findet heutzutage unter Bedingungen statt, die gegenüber der Vergangenheit elementar verändert sind. Dies betrifft die kulturellen, die ethischen und die medizinischen Rahmenbedingungen von Sterben und Tod. Was die generelle kulturell-weltanschauliche Dimension anbelangt, so hat Georg Simmel (1858-1918), ein Philosoph jüdischer Herkunft und einer der großen Vordenker der modernen Existenz- und Sozialphilosophie, zu Beginn des 20. Jahrhunderts formuliert: Der Tod "begrenzt, d.h. er formt unser Leben nicht erst in der Todesstunde, sondern er ist ein formales Moment unseres Lebens, das alle seine Inhalte färbt: die Begrenztheit des Lebensganzen durch den Tod wirkt auf jeden seiner Inhalte und Augenblicke vor". (1) D.h.: Sterblichkeit und Tod prägen jeden individuellen Lebensweg *von vornherein* und zu *jedem* Zeitpunkt. Insofern ist das menschliche Leben zuinnerst und stets ein "Vorlaufen" zum Tode, ein "Sein zum Tode" (so der Existenzphilosoph Martin Heidegger).

Menschliches Leben – ein "Sein zum Tode": Diese Einsicht ist im 20. Jahrhundert schroffer und härter zur Geltung gebracht worden als jemals zuvor. Denn seit der Aufklärung und vor allem im 20. Jahrhundert selbst fand in Europa ein Schub der Säkularisierung, der Entfremdung von religiösen Traditionen statt, aufgrund dessen auch überlieferte Jenseitshoffnungen, tradiertes religiöser Trost zum Leben nach dem Tode zurücktraten. Für Philosophen des 20. Jahrhunderts lautete die ethische Konsequenz, daß die Menschen ihren Lebensweg *vor* dem Tode bewußter als je zuvor erleben sollen und daß die Menschen im Bewußtsein der Endlichkeit ihr Leben vor dem Tod aktiv gestalten sollen.

Inzwischen tritt noch eine weitere, zusätzliche Herausforderung zutage: Es gilt, nicht nur die Gesamtbiographie vor dem Tod, sondern sogar das Sterben selbst neu und umfassend zu bedenken und auf die Art und Weise des Sterbens Einfluß zu nehmen. Denn es ist zweifelhaft geworden, inwieweit heutzutage beim Sterben Humanität und Menschenwürde noch gewahrt sind. Ist ein sog. "gutes" Sterben, ein "guter Tod" heute noch vorstellbar? Der Begriff "Euthanasie" meinte in der griechischen Antike ursprünglich den "guten", menschenwürdigen oder auch einen von den Göttern geschenkten, leidlosen Tod. Das Alte Testament kannte die Vorstellung eines sinnerfüllten Sterbens, wenn es etwa hieß: Abraham starb alt und lebenssatt. In der Gegenwart sind die konkreten Umstände des Sterbens jedoch oftmals so gelagert, daß ein humanes Sterben in Frage gestellt ist.

Früher, traditionell, bis in das beginnende 20. Jahrhundert hinein, verstarben Menschen in der Regel in der Familie, und zwar mit religiöser, kirchlicher, geistlicher Begleitung. Das 20. Jahrhundert brachte einen tiefen Einschnitt: Statt der Religion ist nun vornehmlich die Medizin, darunter die Intensivmedizin, für den Umgang mit der letzten Lebensphase zuständig. Sterben ereignet sich mehr und mehr im Krankenhaus; das Sterben wurde aus der Familie und aus dem Alltag ausgegliedert, also hospitalisiert und an die Medizin delegiert, d.h. medikalisiert. Ferner wurden Sterben und Tod im 20. Jahrhundert teilweise verdrängt, ja tabuisiert sowie – durch die Ausgrenzung aus dem Lebensalltag – privatisiert. In einer Gesellschaft, deren Leitbilder an Leistung und Effizienz oder auch an Konsum ausgerichtet sind ("Leistungsgesellschaft", "Erlebnisgesellschaft"), sind Sterben und Tod disfunktional geworden; sie lassen sich in die alltägliche Lebenswelt nur noch schwer integrieren.

Darüber hinaus hat der Sterbeprozess selbst sich verändert. Der Kieler Internist Karlheinz Engelhardt unterstreicht: "Früher dominierte ein rascher Tod, z.B. durch Infektionen oder Lungenödem, heute wird oft langsam gestorben. Das gilt insbesondere für ältere Menschen mit Karzinom, Schlaganfall, Herzinsuffizienz, chronisch obstruktiver Lungenkrankheit oder mit Demenz im letzten Jahr ihres Lebens." (2) Und darüber hinaus: Seit den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts vermag die Intensivmedizin den Sterbeprozess aufzuhalten, zu verlangsamen, zu verzögern. Diese Medikalisierung hat zwei Seiten: Einerseits kam und kommt die moderne Medizin der Lebensrettung, der Lebenserhaltung zugute. Vielen Menschen sind durch intensivmedizinische Betreuung zusätzliche Lebensjahre geschenkt worden. Der medizinische Fortschritt ist daher human sinnvoll und überaus wünschenswert; er ist unverzichtbar geworden. Andererseits droht durch Medikamente oder durch Intensiv- und Apparatemedizin das menschliche Sterben überfremdet, medizinisch-technisch entfremdet zu werden. Die technisch gestützte künstliche Lebensverlängerung kann inhuman, nämlich zur belastenden, rein quantitativen Ausdehnung der Lebenszeit werden und unter Umständen in eine bloße Leidensverlängerung umschlagen.

Mithin: Die Umstände des Sterbens haben sich dramatisch verändert. Wissenschaft, Gesellschaft und vor allem die einzelnen Menschen selbst stehen daher vor der Herausforderung, in ganz neuer Weise Verantwortung für den Sterbeprozess übernehmen zu müssen, damit auch bei veränderten Rahmenbedingungen ein Sterben in Würde möglich bleibt. Dieses ethische Postulat - Sterben in Würde – ist eine Konsequenz, die sich aus der Menschenwürde selbst ergibt.

II. Sterben in Würde als Teil der Menschenwürde

Nur knapp sei hier der Gedanke der Menschenwürde beleuchtet. Die Menschenwürde ist ein Schlüsselbegriff der modernen Ethik und Verfassungsordnung. Im Grundgesetz Art. 1 heißt es: "Die Würde des Menschen ist unantastbar." Freilich ist es heute sehr kontrovers, wie aussagekräftig und tragfähig der Begriff Menschenwürde überhaupt ist. Ein Einwand lautet, er sei unklar (Kritiker sagen: eine "Wanderdüne", ein "trojanisches Pferd") und werde inflationär und diffus verwendet. Vor allem von der angelsächsisch geprägten Moralphilosophie wird erörtert, ob überhaupt jedem Menschen Würde und Schutzwürdigkeit gebühren; Personwürde sei erst dann vorhanden, wenn ein Mensch selbstbewußt, rational oder kommunikationsfähig sei. Dem zufolge wäre die Menschenwürde von empirischen Voraussetzungen und Bedingungen, z.B. von der Rationalität oder der Kommunikationsfähigkeit eines Menschen abhängig. Die Konsequenz kann der Gedanke sein, daß einerseits das vorgeburtliche Leben, also menschliche Embryonen und Feten, "noch" keine volle Menschenwürde und

Schutzwürdigkeit besäßen; andererseits käme hilflosen, dementen, sterbenden Menschen, deren Bewußtsein mehr oder weniger erloschen ist, eine volle Schutzwürdigkeit nicht "mehr" zu.

Die christliche Theologie oder eine an Kant orientierte Philosophie verstehen Menschenwürde allerdings sehr viel umfassender: Menschenwürde ist einem jeden Menschen grundsätzlich, gleichermaßen, ohne Vorbedingungen und Einschränkungen zuzusprechen. Einem *jeden* Individuum gebührt Anerkennung, Wertschätzung und Schutz, und zwar in ganzheitlicher Hinsicht (so daß die menschliche Existenz in der Einheit von Geist, Seele und Leib wahrgenommen wird) und unabhängig vom jeweiligen Bewußtseins- und Entwicklungsstand eines Individuums. Dieses Verständnis von Menschenwürde läßt sich theologisch damit begründen, daß die Würde des Menschen transzendent, im Schöpferhandeln Gottes verwurzelt und daher unverfügbar ist. Philosophisch, an Kant anknüpfend, sind die Vernunftanlage des Menschseins und die Befähigung von Menschen zur Freiheit und Sittlichkeit herauszustellen, so daß sich der Mensch grundsätzlich, in seiner Gattung, vor allen anderen Lebewesen auszeichnet. Deshalb besitzt jedes Individuum, das der Gattung Mensch angehört, vom Beginn bis zum Ende seines Lebens eine unverlierbare Würde.

Die entscheidende Frage lautet dann aber: Was bedeutet die so verstandene Menschenwürde unter den derzeitigen medizinischen, technischen und kulturellen Bedingungen für den Umgang mit dem Lebensende konkret?

III. Sterbebegleitung und Sterbehilfe in der Perspektive der Menschenwürde

Erstens. Das ethische Gebot der Sterbebegleitung

Schwerstkranke und Sterbende besitzen, wie jeder Mensch, ein Recht auf Leben sowie, präzisierend gesagt, ein Anrecht auf menschenwürdige Bedingungen ihres Lebensendes. Daher ist es geboten, sterbenden Menschen medizinische Basisversorgung und mitmenschliche Begleitung zu gewähren. Dieses Postulat – medizinische Grundversorgung, z.B. Ernährung oder Hygiene, sowie die humane Zuwendung – hat inzwischen in Deutschland und in anderen Ländern wie der Schweiz oder seitens des Weltärztebundes in medizinrechtlichen Leitlinien seinen Niederschlag gefunden.

Wesentlich ist: Menschenwürde ist ganzheitlich auszulegen; sie bezieht sich auf Leib, Seele und Geist der menschlichen Person und umfaßt die physische und psychische, die leibliche und seelische Komponente des Menschseins insgesamt. Deshalb sind die mitmenschliche Zuwendung und das Vertrauensverhältnis zwischen Patient, Arzt und Angehörigen für ein Sterben in Würde so grundlegend. Zum Vertrauensverhältnis gehört mit hinzu, daß Patienten vom Arzt über ihren Krankheitszustand und ihre Zukunftsaussichten wahrheitsgemäß unterrichtet werden (Informations-, Aufklärungspflicht des Arztes; die Verpflichtung zur "Wahrheit" gegenüber dem Kranken), wobei gerade angesichts problembeladener Diagnosen und Prognosen diese Unterrichtung in einer rücksichtsvollen, empathischen, mitmenschlich-dialogischen Form erfolgen sollte. Hierzu möchte ich nochmals den oben bereits erwähnten Kieler Arzt zitieren, der aufgrund seiner vieljährigen Erfahrungen meint: "Oft ist eine schrittweise Aufklärung nötig. Wir können die Patienten einladen, Fragen zu stellen, die behutsam, aber auch ehrlich beantwortet werden. Hoffnung und Wahrheit schließen sich nicht aus. Wenn wir allerdings sagen: ‚Ich kann für Sie nichts mehr tun‘, machen wir sie hoffnungslos." (3) Um Hoffnung und Vertrauen auch für Schwerstkranke und Sterbende

eröffnen zu können, sind der Ausbau der Palliativmedizin und die Schmerztherapie von Belang. Darauf gehe ich an späterer Stelle nochmals ein.

Sterbehilfe im Sinne der mitmenschlichen Teilhabe – nämlich die mitmenschliche Sterbe"begleitung" - ist unter den derzeitigen Alltagsbedingungen von Krankenhäusern oder Pflegestationen, angesichts von Kosten und Zeitknappheit, sicherlich nicht durchgängig gewährleistet. Aber genau dieses stellt eine ethische Verpflichtung dar und sollte von den politisch-strukturellen Rahmenbedingungen her stärker gestützt werden. Daher ist zu unterstreichen: "Ein kompliziertes und ausführliches Beratungsgespräch muß angemessen honoriert werden; das ist aber leider in der Gebührenordnung nicht vorgesehen und muß im Nachgang zum Betreuungsgesetz schnellstens geändert werden ... Es ist ein Skandal, daß einfache bildgebende Verfahren höher honoriert werden als schwierige und wiederholte Beratungsgespräche über Sterben und Sterbebegleitung." (4)

Zweitens. Die ethische Legitimität des Sterbenlassens

Der Gedanke der Menschenwürde bzw. des Sterbens in Würde führt des weiteren zu der Einsicht: Das physische Leben eines Menschen muß nicht unter allen Umständen erhalten oder verlängert werden. Moraltheoretisch gesagt: Das menschliche Leben ist ein fundamentales, ein grundlegendes Gut. Im Zweifelsfall gilt der Grundsatz, daß das Leben zu schützen und zu erhalten ist (in dubio pro vita). Jedoch ist das Leben als solches kein alleiniger oder höchster Wert; Leben ist kein absolutes Gut, das mit allen Mitteln technisch gestützt oder künstlich aufrecht erhalten werden müßte. Das Sterben muß nicht auf jeden Fall verhindert werden.

Um der Menschlichkeit und eines erträglichen Sterbeprozesses willen ist deswegen unter entsprechenden Umständen die sog. indirekte Sterbehilfe statthaft: Um der Linderung von Schmerzen und Leiden willen darf eine Hochdosierung von Schmerzmitteln vorgenommen und dabei eine gewisse Lebensverkürzung in Kauf genommen werden.

Vor allem wird heute - aus guten Gründen - die *passive Sterbehilfe* ethisch und rechtlich akzeptiert. Es ist zulässig, Menschen sterben zu lassen, d.h. auf zusätzliche lebenserhaltende Maßnahmen zu verzichten oder eine Behandlung abzubrechen. Eine rein quantitative Lebensverlängerung erfolgt dann nicht mehr; statt dessen läßt man dem "natürlichen" Sterbeschiedsal eines Menschen seinen Lauf. Klassisch-moralthologisch gesagt: Gegebenenfalls ist es statthaft, auf sog. außergewöhnliche oder außerordentliche Maßnahmen zur Lebenserhaltung zu verzichten. Daß heutzutage passive Sterbehilfe praktiziert wird und man Menschen sterben "läßt", ergibt sich aus der humanen Pflicht, die Würde von Sterbenden zu wahren und eine medizinisch-technische Überfremdung des Sterbeprozesses zu vermeiden.

Indes: Angesichts konkreter Entscheidungssituationen bricht immer wieder Zweifel auf: z.B. wann im Einzelfall an den Abbruch einer Behandlung bzw. an den Verzicht auf Weiterbehandlung zu denken ist, oder ob und wann auf die künstliche Ernährungszufuhr zu verzichten ist.

Prinzipiell gilt, daß a) der Wille des Patienten und b) sein wohlverstandenes Interesse, das Wohl des Patienten ausschlaggebend sind. Die Frage nach dem wahrscheinlichen eigenen Interesse ist insbesondere für solche Schwerstkranke und Sterbende belangvoll, die ihren Willen – das erste der beiden soeben genannten Kriterien - selbst nicht kundtun und sich nicht äußern können. Zu dieser Gruppe von Patienten gehören schwerst geschädigte neugeborene Säuglinge.

Konkrete Entscheidungen zur Sterbehilfe besitzen oftmals eine situationsbedingte Komponente; sie entziehen sich starren ethischen und rechtlichen Regulierungen. Generell kommt dem Dialog und dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt, Patient und Angehörigen für konkrete Entscheidungsfindungen ein ganz besonderer Stellenwert zu. Wann immer es möglich ist, ist auf jeden Fall aber der Patientenwille, also die Einschätzung der Betroffenen, der Patienten selbst vorrangig und maßgebend. Daß der eigene Wille von Patienten ausschlaggebend ist, gilt sowohl ethisch wie rechtlich. Freiheit und Selbstbestimmung sind besonders hochrangige Werte, weil sie sich unmittelbar aus der Menschenwürde ableiten lassen.

Drittens: Die Problematik von Grenzbestimmungen

Ein erhebliches Dilemma des Themas Sterbehilfe ist gesondert vor Augen zu führen, nämlich der Sachverhalt, daß zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe eine Grauzone besteht. Wenn ein Arzt ein Gerät abschaltet, welches die Vitalfunktionen eines sterbenden Menschen künstlich aufrecht erhält, ist dieses Abschalten eine aktive Tat des Arztes. Diese Tat soll jedoch dem Sterben "lassen" zugute kommen, so daß ein Patient unter würdigen Umständen sterben "kann". Der Patient soll seinem eigenen, schicksalhaften Sterbeprozess überlassen werden. Ihrem inneren Sinne nach, der Intention zufolge läuft diese aktive Tat – das Abschalten - auf das Sterbenlassen, auf die passive Sterbehilfe hinaus, die ethisch und rechtlich zulässig ist. Gleichwohl: Dieses Beispiel zeigt, daß zwischen der zulässigen passiven Sterbehilfe sowie der aktiven Sterbehilfe, die hierzulande rechtlich untersagt ist, die Übergänge fließend sind.

Von daher wird es verständlicher, daß in den Niederlanden inzwischen unter bestimmten, eingrenzenden Bedingungen (sog. Sorgfaltskriterien) die aktive Sterbehilfe geduldet wird. In den Niederlanden fand hierzu eine eindringliche Debatte statt; man sollte die niederländischen Vorstellungen nicht nur schlagwortartig und vorschnell abqualifizieren. Eines der niederländischen Argumente zugunsten aktiver Sterbehilfe bezieht sich genau darauf, daß zwischen den beiden Handlungsarten der aktiven und passiven Sterbehilfe die Abgrenzung so unscharf ist.

Zudem wurde bzw. wird darauf aufmerksam gemacht, daß im Vergleich zur passiven Sterbehilfe, zum langsamen Sterbenlassen die aktive Sterbehilfe für manche Patienten sogar humaner sein könne, indem ihnen zusätzliches längeres Leiden, ein qualvoller, lang anhaltender Sterbeprozess erspart werde. Vor allem müsse der persönliche Wunsch einzelner Menschen, ihrem Leben möge ein Ende bereitet werden, respektiert werden (Aspekt der Freiheit, Autonomie, Selbstbestimmung von Patienten. In der deutschen Diskussion zur aktiven Sterbehilfe hat z.B. der katholische Theologe Hans Küng auf dieses Argument hingewiesen). Überdies bestand in den Niederlanden die Absicht, aktive Sterbehilfe, die faktisch ohnehin – wenngleich verdeckt - praktiziert wird, aus der Grauzone herauszubringen, um auf diese Weise die Transparenz im Umgang mit dem Sterben zu fördern. Das Anliegen, Transparenz herzustellen und das Sterben, den Tod, die Sterbehilfe generell aus der Verborgenheit und Verdrängung herauszuholen, war für die niederländischen Überlegungen sehr wichtig.

Die niederländischen Entscheidungen erklären sich – kulturgeschichtlich gesehen - wohl auch daraus, daß dort die Duldung, die Toleranz und die Akzeptanz unterschiedlicher moralischer Überzeugungen sehr tief verankert sind. Um hierzu das Votum eines niederländischen

Theologen aufzugreifen: Schon seit Jahrhunderten habe es ein "Dulden auf allen Ebenen der niederländischen Geschichte, von der Zulassung von Katholiken in der kalvinistischen Republik bis zur Euthanasie- und Abortusgesetzgebung der letzten Jahrzehnte" gegeben; dies sei "aber eine Toleranz, über die die niederländische Gesellschaft Verantwortung ablegen will": Man "duldet" zum Beispiel die aktive Euthanasie, "aber innerhalb von gesetzlichen Beschränkungen, für die es sogar ein fast unübersetzbares Wort gibt: ‚gedoogzone‘ (Duldungszone). Das Dulden wird formalisiert, aber dadurch zugleich im Bereich der Öffentlichkeit verantwortet." (5)

Zweifellos sind die Einzelprobleme, die sich aus der niederländischen Regelung ergeben, erheblich. Dies betrifft etwa die Rolle des Arztes (Darf ein Arzt in die Rolle des aktiv Tötenden gebracht werden?) oder den Umgang mit psychisch bedingten Sterbewünschen (Es ist äußerst problematisch, daß in den Niederlanden aktive Sterbehilfe auch aufgrund psychischer Krankheiten, z.B. aufgrund von Depression, durchgeführt werden darf) oder die Frage, ob Kranke tatsächlich immer "freiwillig" um aktive Sterbehilfe bitten: Läßt es sich gewährleisten, daß Kranke und Sterbende nicht unter äußeren Druck geraten? Es besteht die Gefahr, daß sie in bedenklicher, ja in unvertretbarer Weise, gar von Angehörigen, gedrängt werden, gegenüber dem Arzt einen Sterbewunsch auszusprechen.

Weitere Problempunkte ließen sich hinzufügen. Inzwischen wird in Belgien eine Regelung zur aktiven Sterbehilfe analog zu den Niederlanden erwogen. In Deutschland sollte das niederländische Modell aufgrund der Probleme, die ich soeben angedeutet habe, nicht nachgeahmt werden. (6) Juristisch (7) und ethisch läßt sich statt dessen erwägen, ob bzw. inwieweit angesichts extremer Einzelfälle von Leiden, Schmerzen und Aussichtslosigkeit im Blick auf aktive Sterbehilfe oder den medizinisch assistierten Suizid die Kategorie des gesetzlichen oder übergesetzlichen rechtfertigenden Notstandes greifen kann.

Im Kern tritt jedenfalls zutage – und vor allem dieses sollte hier deutlich werden –, wie verschwimmend manchmal die Grenzlinien zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe und wie schwierig unter heutigen Bedingungen die Grenzziehungen im Umgang mit dem Sterben geworden sind. Angesichts dessen sei nun vor allem die folgende Handlungsoption unterstrichen:

Viertens: Palliativmedizin und Schmerztherapie als ethisches Anliegen

Zum menschenwürdigen Sterben gehört essentiell hinzu, schwere und unerträgliche Schmerzen zu lindern. Daher ist es von besonderem Belang, die Fortschritte und die vor allem im Ausland, z.B. in Dänemark gewonnenen Erfahrungen in der Schmerztherapie verstärkt zu nutzen. Für die Bundesrepublik Deutschland gilt nach wie vor, daß in der medizinischen Aus- und Weiterbildung die Kompetenzen zur Schmerztherapie erhöht und daß für eine flächendeckende Anwendung noch stärker Sorge getragen werden sollte. Durch eine hohe, individuell angepaßte, regelmäßige Gabe von Schmerzmitteln (Morphinen) können sogar stärkste Schmerzen sehr wirksam und unter Beherrschung der Nebenwirkungen gelindert werden. Dies ist zwar kein alle Probleme und sämtliche Patienten entlastender Weg; man wird wohl nicht allen Einzelfällen vollständig gerecht werden können; dennoch: Medizinischer Aussage zufolge gilt zumindest für ca. 95 % (oder mehr) der von Schmerzen belasteten, dem Tod entgegensehenden Patienten die Schmerztherapie als wirksam, hilfreich und aussichtsreich. Die Weltgesundheitsorganisation hat sich das Anliegen der palliativen Medizin und Schmerztherapie ausdrücklich zu eigen gemacht und im Jahr 1990 das Verständnis sowie den Sinn von Palliativmedizin mit folgenden Worten zur Geltung gebracht: "Die aktive Gesamtbehandlung von Kranken, deren Leiden auf kurative [= heilende]

Behandlung nicht anspricht, Kontrolle von Schmerzen, von anderen Symptomen sowie von psychischen, sozialen und spiritualen Problemen ist von entscheidender Bedeutung. Das Ziel der palliativen Behandlung ist es, die bestmögliche Lebensqualität für Patienten und deren Familien zu erreichen."

Schmerztherapie, Palliativmedizin und Hospizbewegung eröffnen einen Weg der Sterbehilfe bzw. humanen Sterbebegleitung, der die Probleme vermeidet, welche aus dem niederländischen Modell einer Legalisierung aktiver Sterbehilfe resultieren. Auf das Anliegen der Schmerztherapie bezieht sich auch der nachfolgende Punkt:

Fünftens: Die Bedeutung von Patientenverfügungen für ein Sterben in Würde

Menschenwürdiges Sterben – dies besagt, für die Zeitspanne, die einem Sterbenden verbleibt, eine möglichst hohe Lebensqualität anzustreben und für einen erträglichen Sterbeprozess Sorge zu tragen. Was unter "erträglich" und unter "Lebensqualität" jeweils zu verstehen ist, daß und in welchem Ausmaß Schmerztherapie angewendet werden soll und wann Maßnahmen der Lebensverlängerung nicht mehr fortgesetzt werden sollen (passive Sterbehilfe), ist letztlich eine Frage des persönlichen Willens, der Überzeugung, der Religion und Lebenseinstellung bzw. der Werteinstellung der betroffenen Patienten selbst. Daher ist es sinnvoll, wenn möglichst viele Menschen frühzeitig Patientenverfügungen verfassen. Hierdurch können sie für den Fall des Sterbens vorab ihren Willen und ihre Wünsche dokumentieren. Patientenverfügungen ermöglichen dem behandelnden Arzt eine "Wertanamnese" (neben der klinisch-medizinischen Anamnese).

Sofern keine solche explizite Willensbekundung vorliegt, bleibt der Ärztin oder dem Arzt nur der Weg, das Wohl und das eigene Interesse der Patienten, so wie es sich von außen, in der Außenperspektive darstellt, zur Grundlage zu nehmen und von außen nach dem mutmaßlichen, dem vermuteten Willen von Sterbenden zu fragen. Es ist jedoch schwierig, den Willen von Menschen von außen zu rekonstruieren. Auch wenn frühere mündliche Äußerungen oder wenn der Bekenntnisstand, die Religionszugehörigkeit als solche bekannt sind, läßt sich daraus nur begrenzt auf die individuellen Präferenzen eines Menschen zurückschließen. Um Unsicherheiten für Ärzte und Angehörige auszuschließen, ist es überaus ratsam, daß Menschen ihren persönlichen Werten und Überzeugungen und ihrem Willen, der im Fall schwerster Krankheit und des Sterbens gelten soll, durch Patientenverfügungen vorab deutlich und so präzise wie möglich Ausdruck verleihen.

Eine Anmerkung hierzu: In dieser Hinsicht, was die Differenziertheit und Deutlichkeit angeht, sind leider nicht alle Formulare und Vordrucke, die als Modell für eine Patientenverfügung angeboten werden, tragfähig. Auch die "Christliche Patientenverfügung", die im Jahr 1999 von der evangelischen und katholischen Kirche entworfen worden ist, dürfte in Anbetracht konkreter Entscheidungsdilemmata und Konfliktsituationen wohl nicht hinreichend präzise sein. Präziser und juristisch tragfähig ist – um nur *ein* Beispiel zu nennen; weitere Beispiele ließen sich hinzufügen – das folgende Modell einer Patientenverfügung: "Vorsorgliche Verfügung für die medizinische Betreuung", erstellt vom Zentrum für Medizinische Ethik, Ruhr-Universität-Bochum, 44780 Bochum. (8)

Patientenverfügungen, in denen es um Schmerzbehandlung oder um das Sterben "lassen" (passive Sterbehilfe) geht, sollten möglichst klar abgefaßt sein, damit der behandelnde Arzt sich daran orientieren und er sich tatsächlich danach richten kann. Darüber hinaus ist es durchaus sinnvoll, zusätzlich eine Betreuungsverfügung vorzunehmen, also eine Person des

Vertrauens zu benennen, die zu Entscheidungen befugt ist, wenn - bei schwerster Krankheit und im Sterbeprozess – man selbst nicht mehr ansprechbar sein sollte.

Sofern der Wille eines Patienten aus der Patientenverfügung deutlich ersichtlich wird, ist diese Willenserklärung für den Arzt bindend und verpflichtend. Abgesehen davon, daß die Rechtsprechung sich mit der Frage beschäftigt hat, daß bzw. unter welchen Voraussetzungen Patientenverfügungen bindend sind, hat sich ebenfalls die Bundesärztekammer hierzu geäußert und bekräftigt: "Grundsätzlich gilt der in der Patientenverfügung geäußerte Wille des Patienten". Als Vorbehalt hat die Bundesärztekammer lediglich hinzugefügt: "es sei denn, es liegen konkrete Anhaltspunkte vor, die auf eine Veränderung seines Willens schließen lassen." Den Patienten wird von seiten der Bundesärztekammer empfohlen: "Um Zweifel an der Verbindlichkeit älterer Verfügungen zu beseitigen, empfiehlt es sich, diese in regelmäßigen Abständen zu bestätigen oder zu ergänzen." (9)

Sechstens: Freiheit und Selbstbestimmung als normative Leitideen

Ethisch betrachtet beruhen Patientenverfügungen auf den Leitideen der Freiheit und Selbstbestimmung. Damit entsprechen sie den Grundprinzipien einer liberalen Gesellschaft und dem im Judentum und Christentum verankerten Menschenbild, das auf die Menschenwürde, die individuellen Menschenrechte und die Achtung vor der persönlichen Gewissensentscheidung verpflichtet ist. Im Vergleich zur kulturellen Tradition liegt freilich ein tiefer Einschnitt vor, wenn Freiheit und Selbstbestimmung heutzutage gerade für den Bereich der *Medizinethik* so sehr ins Zentrum gerückt werden. Denn bis weit in das 20. Jahrhundert hinein galt als Norm, daß vor allem der Arzt es ist, der zu Gunsten, zum Wohl des Patienten entscheidet und handelt. An die Stelle dieses ärztlichen Paternalismus ist in der Medizinethik - für den Umgang mit Gesundheit und Krankheit, aber auch mit dem Sterben - die Patientenautonomie getreten. Hierdurch wird zugleich das alte medizinethische Prinzip "salus aegroti suprema lex" (das Wohl des Kranken – so wie letztlich der Arzt es beurteilt - sei das höchste Gesetz) in eine bestimmte Richtung hin fortgeschrieben, nämlich zur Leitidee fortentwickelt: "salus ex voluntate aegroti lex": Das Wohl des Kranken, das für den Sterbenden Angemessene ergibt sich entscheidend aus dessen eigenem Willen und seinen individuellen Wertüberzeugungen heraus.

Der Stellenwert und die Reichweite dieser kulturellen und ethischen Fortentwicklung dürfen nicht unterschätzt werden. Kulturgeschichtlich stellt es eine ganz neue Stufe von Freiheit und Selbstbestimmung dar und hat es in dieser Form in der Vergangenheit kein Vorbild, daß Menschen in Patientenverfügungen so weitreichende Entscheidungen über die Umstände ihres späteren, zukünftigen Sterbens treffen können und sollen. Derartige Freiheits- und Verfügungsrechte sind neuartig; sie sind nicht eingeübt, kulturell sowie existentiell noch nicht vertraut. Für zahlreiche Menschen dürften hieraus rationale sowie emotionale Überforderungen resultieren. Daher ist die Notwendigkeit von Information, Beratung und medizinethischer Bildung zu betonen. Für Krankenkassen, Ärzte, Kirchen und Bildungseinrichtungen ergibt sich die Aufgabe und geradezu eine Bringschuld, Menschen zu unterstützen, wenn sie in Bezug auf Gesundheit und Krankheit ihre Freiheits- und Selbstbestimmungsrechte in Anspruch nehmen und im Blick auf ihr eigenes künftiges Sterben eine Patientenverfügung anfertigen wollen.

¹ Georg Simmel, Zur Metaphysik des Todes, in: Ders., Brücke und Tür, Stuttgart 1957, S. 29 – 36, Zitat S. 31.

² Karlheinz Engelhardt, Sterben und Tod. Kann es ein gutes Sterben geben? in: notabene medici 4 / 2001, S. 184 - 186, Zitat S. 186. Ausführlicher: Ders., Kranke Medizin, Münster 1999, S. 81ff.

³ Karlheinz Engelhardt, a.a.O. S. 185.

⁴ Hans-Martin Sass, Sterbehilfe in der Diskussion, in: H. Kreß / Hans-Jürgen Kaatsch (Hg.), Menschenwürde, Medizin und Bioethik, Münster 2000, S. 89 – 113, Zitat S. 110.

⁵ Peter J. A. Nissen, Verantwortung im Kontext konfessioneller Pluralität, in: Karl-Wilhelm Merks (Hg.), Verantwortung – Ende oder Wandlungen einer Vorstellung? (29. Internationaler Fachkongreß für Moraltheologie und Sozialethik, September 1999 / Tilburg), Münster 2001, S. 25 - 37, Zitat S. 37.

⁶ Ausführlicher aus meiner Sicht zu den Niederlanden sowie generell zum Thema der Sterbehilfe: H. Kreß, Menschenwürde im modernen Pluralismus. Wertedebatte – Ethik der Medizin – Nachhaltigkeit, Hannover 1999; generell zur Sterbehilfe: dort S. 112 - 144, zur niederländischen Debatte: S. 118 - 125.

⁷ So zum Beispiel der Vorsitzende Richter am Bundesgerichtshof Klaus Kutzer oder jetzt der frühere Bundesjustizminister Edzard Schmidt-Jortzig, Die Entpersönlichung des Sterbens. Das Dilemma staatlicher Regelungsambitionen, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 46 / 2002, S. 20 – 27, dort bes. S. 25.

⁸ Diese Patientenverfügung, die auf den Philosophen Hans-Martin Sass und die Medizinerin Rita Kielstein zurückgeht, ist auch in meinem oben erwähnten Buch "Menschenwürde im modernen Pluralismus" abgedruckt, dort S. 140 – 144. Als Literaturhinweis sei noch genannt: Hans-Martin Sass, Rita Kielstein, Patientenverfügung und Betreuungsvollmacht, Münster 2001.

⁹ Bundesärztekammer, Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen, Stand 13. 10. 1999; die Zitate finden sich dort unter Punkt 6: Verbindlichkeit. S. auch: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Stand 11.09.1998, dort vor allem Punkt V: Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht.