

Hartmut Kreß

Menschenwürde und das Grundrecht auf Selbstbestimmung

im Umgang mit dem Lebensende –

mit Blick auf Anschlussfragen nach der Verabschiedung des Patientenverfügungsgesetzes und auf die Problematik des medizinisch assistierten Suizids

Referat am 2. Oktober 2009 auf der Tagung „Selbstbestimmt bis zuletzt? Patientenverfügung – Assistierter Suizid – Sterbehilfe“ der Evang. Akademie Baden in Verbindung mit der Landesärztekammer Baden-Württemberg, der Bezirksärztekammer Nordbaden und der Ärzteschaft Karlsruhe

1. Vorbemerkung: Prävalenz des Selbstbestimmungsrechts –

der Beschluss des Bundestags vom 18. Juni 2009 zu Patientenverfügungen

Am 18. Juni 2009 hat der Deutsche Bundestag eine gesetzliche Regelung über Patientenverfügungen beschlossen. In der Bundesrepublik Deutschland wurde dieses Thema jahrelang äußerst kontrovers debattiert; und es sah so aus, als würde der Gesetzgeber vielleicht gar kein Gesetz verabschieden. Vorstellbar war ebenfalls, dass ein sehr restriktives Gesetz zustande käme, durch das Geltung, Reichweite und Verbindlichkeit von Patientenverfügungen stark beschnitten worden wären. Stattdessen ist jetzt – durchaus überraschend – ein Gesetz in Kraft getreten, in dem das Selbstbestimmungsrecht leitend ist. Dies war im Blick auf Patientenverfügungen aus meiner Sicht ein Durchbruch. Zudem ist festzuhalten: Das Parlament hat hiermit einen Kontrapunkt gesetzt gegenüber restriktiven Tendenzen, die im Medizinrecht in den letzten Jahren vorherrschten – zu erinnern ist z.B. an die Einschränkungen und Verbote im Bereich von Reproduktionsmedizin, embryonaler Stammzellforschung, aber auch Transplantationsmedizin. Zu Patientenverfügungen hat das Parlament derjenigen unter den Gesetzesvorlagen zugestimmt, die dem Selbstbestimmungsrecht am weitestgehenden Rechnung trug – eine symbolische Entscheidung. Denn sie weckt die Erwartung, dass künftige Beschlüsse von der gleichen normativen Logik geprägt sein werden.

Sogleich werde ich auf Fragen zu sprechen kommen, die sich zu Patientenverfügungen ergeben, *nachdem* das Gesetz jetzt in Kraft getreten ist. Ferner gehe ich auf einige Ge-

sichtspunkte ein, die das ethisch und menschlich besonders belastende Thema des medizinisch assistierten Suizids mit sich bringt. Zunächst werde ich aber normative *Grundlagen* erörtern, die den Umgang mit dem Lebensende betreffen. Hierzu greife ich auf das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland zurück. Entscheidend sind Artikel 1 sowie Artikel 2 des Grundgesetzes. Sowohl verfassungsrechtlich als auch ethisch sind drei Normen zu betonen: die Menschenwürde (GG Artikel 1), das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung (GG Artikel 2 Absatz 1) sowie der Schutz des menschlichen Lebens (GG Artikel 2 Absatz 2).

2. Normative Grundlage im Umgang mit dem Lebensende:

Menschenwürde und die Würde des Sterbens

Die Idee der Menschenwürde besagt: Jeder einzelne Mensch ist in seiner Persönlichkeit und in seiner leiblich-geistigen Ganzheit zu achten und zu schützen. Jede oder jeder Einzelne besitzt einen eigenen Wert und ist Selbstzweck. Daher darf niemand zum bloßen Objekt des Zugriffs Dritter herabgewürdigt werden.

Nun ist die moderne Idee der Menschenwürde in der Aufklärungsepoche entstanden; sie geht vor allem auf Immanuel Kant zurück. In der Gegenwart ist freilich ein Sachverhalt zu sehen, den Kant so noch gar nicht im Blick haben konnte: Als integraler Bestandteil der Menschenwürde hat heutzutage auch die Würde des Sterbens zu gelten. Dies ist eigentlich erst seit gut 40 Jahren, seit den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts, deutlich. Denn seit den 1960er Jahren lässt sich das menschliche Leben mit Hilfe der Intensivmedizin durch technischen Zugriff künstlich verlängern. Intensivmedizin ist segensreich; sie hat für viele Menschen einen Gewinn von Lebensjahren erbracht. Sie besitzt aber auch eine Kehrseite. Denn sie ermöglicht es und verleitet u.U. dazu, das Leben von Menschen zu verlängern, obgleich sie der Natur oder dem Schicksal gemäß eigentlich sterben würden. Aus Sicht der Betroffenen und in ihrem wohlverstandenen Interesse besitzt eine solche Verlängerung des Lebens human keinen Sinn mehr. Bereits vor vier Jahrzehnten meinte der evangelische Theologe Helmut Thielicke pointiert, die moderne Medizin laufe Gefahr, in einen „Terror der Humanität“ umzuschlagen – und zwar dann, wenn sie das Leben Schwerst-

kranker und Sterbender rein quantitativ verlängert, obgleich dies menschlich sinnentleert ist.

Die Problematik steht uns allen vor Augen. Angesichts ihrer kommt die Einsicht zustande: In der Gegenwart ist die Würde des Sterbens zum eigenständigen Teilaspekt der Menschenwürde geworden; das Sterben sollte sich der Menschenwürde gemäß ereignen können. D.h.: Bezogen auf das Ende des Lebens ist Menschenwürde neu 1. zum *Schutzrecht* geworden, das den Sterbenden zugute zu kommen hat, sowie 2. zur *Schutzpflicht*: Ärzte und andere Beteiligte sind aufgefordert, ihr Handeln an der Würde der Sterbenden zu bemessen.

Wie lässt sich dies wenigstens ansatzweise gewährleisten? Hier greift eine weitere Norm:

3. Das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung – verfassungsrechtlich und ethisch gesehen

Das Grundrecht auf Freiheit und Selbstbestimmung ist im Grundgesetz Artikel 2 Absatz 1 verankert: „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit“. Die Logik dieses Grundgesetzartikels 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. Dieses Freiheitsgrundrecht hat 1949 in die Bonner Verfassung derart nachdrücklich Eingang gefunden wie in praktisch keine andere Staatsverfassung weltweit.

Über die Verfassung hinaus: Auch ethisch ist das Selbstbestimmungsrecht besonders hochrangig. Denn es ist unmittelbar aus der Menschenwürde abzuleiten. Um nochmals Kant zu rezipieren: Kant hat Menschenwürde und Selbstbestimmung miteinander verknüpft und beide zirkulär miteinander verbunden. Seine Argumentation: Menschen zeichnen sich vor anderen Lebewesen aus, weil sie zum Gebrauch von Vernunft und Freiheit prinzipiell in der Lage sind. Auf der Fähigkeit, frei zu entscheiden, beruht die Würde des Menschseins, an der jeder Mensch teilhat. Daraus folgt sodann: Der Einzelne, der seine Selbstbestimmung konkret in Anspruch nehmen *möchte*, ist hierzu befugt; er darf

daran nicht gehindert werden (außer er schädigt einen Dritten). Der Sache nach gilt dieser Gedankengang – das Recht auf Selbstbestimmung aus Gründen der persönlichen Menschenwürde – heutzutage dann ebenfalls für den eigenverantworteten Umgang eines Menschen mit seinem Lebensende.

Die gleiche Überlegung lässt sich vor theologischem Hintergrund entfalten. Sicherlich sind im Christentum Traditionen anzutreffen, die dem persönlichen Selbstbestimmungsrecht zuwiderlaufen. Dennoch enthält das Christentum einen breiten Strang, der die individuelle Freiheit und Selbstbestimmung hochschätzt.

Insbesondere waren es katholische Vordenker, die sogar schon im Mittelalter Vernunft und Freiheit ins Licht gerückt haben. Sie deuteten Freiheit als Ausdrucksform der menschlichen Gottebenbildlichkeit. Vernunft und Freiheit des Menschen seien das Abbild der Vernunft Gottes – so urteilte z.B. Thomas von Aquin. Eine nachdrücklichere Begründung und Hervorhebung von Freiheit kann man eigentlich kaum zur Geltung bringen. Thomas von Aquin meinte, Gott habe den Menschen in die Hand seines *eigenen* Ratschlusses gegeben („et reliquit illum in manu consilii sui“). Daher findet sich in der älteren katholischen Moraltradition die prägnante Formel: „in dubio pro libertate“ / im Zweifel zugunsten von Freiheit und Selbstbestimmung entscheiden.

Etwas andere Akzente setzte das evangelische Christentum. Die Reformation hat theologisch in den Mittelpunkt gerückt, dass Gott dem Menschen ein „gerechtfertigtes“ und „befreites“ Gewissen verleihen kann. Auf dieser Basis – das von Gott befreite Gewissen – vermag der einzelne Mensch dann zu einer Lebenseinstellung zu gelangen, die ihn von äußeren Zwängen und weltlichen Bindungen unabhängig werden lässt. Wenn Luther dies darlegte, stützte er sich auf Paulus (Galaterbrief 5, 1: „Zur Freiheit hat euch Christus befreit“). In der Gegenwart lassen sich solche theologischen Gedankengänge medizinethisch aktualisieren. Das innerlich befreite Gewissen, von dem Luther sprach, vermag – im besten Fall – Menschen zu befähigen, sogar über ihr Sterben nachzudenken und sich für Therapiebegrenzung, Verzicht auf Reanimation oder Respiration oder Anderes zu entschließen, was in einer Patientenverfügung geregelt werden kann.

Hiermit habe ich den Stellenwert des Selbstbestimmungsrechts in mehrfacher Hinsicht hervorgehoben: verfassungsrechtlich, ethisch, philosophisch, theologisch. Dies geschah so

nachdrücklich, weil in der deutschen Debatte sein Rang immer wieder in Abrede gestellt worden ist – auch in Bezug auf Patientenverfügungen. In den letzten Jahren wurde anstelle von „Selbstbestimmung“ oft der Fürsorgebegriff in die Mitte gerückt. Dies ging so weit, dass die „Fürsorge“ des Arztes oder des Staates für den kranken oder sterbenden Menschen und für die Erhaltung seines Lebens neopaternalistisch gegen sein Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung und gegen seinen Wunsch, sterben zu dürfen, geradezu ausgespielt wurde. Zahlreiche Voten (nicht nur von kirchlicher Seite) liefen darauf hinaus, aus Gründen der Fürsorge sei asymmetrisch, hierarchisch „für“ oder „über“ den Betroffenen und sogar „anstelle“ seiner eigenen Willensbekundung zu entscheiden. Ggf. solle daher eine Lebensverlängerung Vorrang haben vor dem Willen, den der Patient in einer Vorausverfügung bekundet hat.

Ethisch-begrifflich ist hierzu Folgendes zu sagen: In der hierarchia bonorum, in der Rangordnung der Güter gehört das „Leben“ zu den fundamentalen oder elementaren Gütern. Das „Leben“ bildet ein fundamentales Gut; denn das Leben ist für den Einzelnen die Voraussetzung dafür, persönliche Werte zu verwirklichen, mit anderen zu kommunizieren und Existenzvollzüge zu realisieren. Weil das Leben ein fundamentales Gut ist, gelten ethisch und rechtlich z.B. die Hilfeleistungspflicht und das Gebot der Lebensrettung. Das Lebensrecht jedes Menschen ist ohne Einschränkung zu achten (auch gemäß Art. 2 Abs. 2 Grundgesetz). Zugleich ist jedoch zu beachten: Das biologische Leben bildet zwar ein fundamentales, aber nicht das höchste Gut. Das elementare Gut des Lebens erhält seinen Sinn 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. So betrachtet ist es dann z.B. auch legitim, dass Patienten vorab 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 ihrer eigenen Perspektive heraus sagen, dass ihr Leben, das von ihnen als zu beladen und als sinnentleert empfunden wird, nicht künstlich verlängert werden soll. Würde man ihnen dieses Entscheidungsrecht aberkennen, dann schließe das Lebensrecht, das jeder Mensch besitzt, in eine Lebenspflicht um.

Soweit eine erste normative Orientierung. Auf ihrer Grundlage beleuchte ich nun mehrere Punkte, die nach Inkrafttreten des Patientenverfügungsgesetzes meines Erachtens zu bedenken sind.

4. Nach der Verabschiedung des Gesetzes: Unterstützung authentischer Selbstbestimmung durch kompetente Beratung

So sehr das Grundrecht auf Selbstbestimmung zu betonen ist – zugleich ist zu bedenken, wie gravierend es ist, wenn Menschen in einer Patientenverfügung auf eine Verlängerung des Lebens verzichten. Die Verfügung kann als Ganze oder in Einzelheiten zwar stets abgeändert oder widerrufen werden; ggf. ist die Folge der Willenserklärung, das Sterben, aber endgültig und irreversibel. Überdies kann es sich im Problemfall auch einmal so verhalten, dass auf Menschen Druck ausgeübt wird, eine bestimmte Patientenverfügung zu unterzeichnen. Solcher Druck von Dritten, auch von Angehörigen, kann u.U. unlauter motiviert sein. Die Fallkonstellationen, an die zu denken ist, brauche ich hier nicht zu schildern. Daraus folgt: Wenn es um so weitreichende, ja risikobeladene und irreversible Entscheidungen wie den Behandlungsverzicht oder Behandlungsabbruch geht, dann sollten sie wohl überlegt sein. Die Basis von Patientenverfügungen sollten daher Information, Aufklärung und Beratung sein. Dies betrifft in besonderem Maß solche Verfügungen, bei denen es menschlich oder medizinisch komplex ist, die künftige Situation zu antizipieren, etwa das irreversible apallische Syndrom oder die hochgradige Demenz.

Deswegen ist zu unterstreichen: Damit in einer Patientenverfügung der *authentische* Wille eines Patienten zum Ausdruck gelangt, sollte vorher eine kompetente Beratung stattgefunden haben. Die Aufgabe der Beratung fällt insbesondere Ärzten zu. In dieser *einen* Hinsicht hätte ich mir in dem am 18. Juni 2009 beschlossenen Gesetz einen anderen Akzent vorstellen können. Um des Anliegens willen, die möglichst *authentische* Selbstbestimmung von Patienten zu schützen, hätte man ärztliche Beratung zur Voraussetzung für solche Patientenverfügungen erklären können, die strikt verbindlich sein sollen (im Unterschied zu Verfügungen, die „beachtlich“ sind; diese „beachtlichen“ Verfügungen besitzen ebenfalls Gültigkeit und Verbindlichkeit, aber in einem schwächeren Sinn). Nun hat das Gesetz keine Beratungspflicht statuiert. Umso wichtiger ist es, dass auch ohne gesetzliche

Vorgabe ein Netz kompetenter Beratung aufgebaut wird. Die Beratung für Patientenverfügungen sollte keinem grauen Markt überlassen werden, auf dem gar rein ökonomisch interessierte oder doktrinäre, weltanschaulich oder ideologisch einseitige Anbieter dominieren.

Anders gewendet: Zurzeit befinden wir uns in einer Umbruchsphase, in der sich das Selbstverständnis, das Rollenbild verschiedener Berufsgruppen verändert – z.B. von Hochschullehrern oder von Juristen oder von Geistlichen. In einer säkularen pluralen Gesellschaft verlieren Geistliche manche Funktionen, die ihnen vor wenigen Jahrzehnten noch quasi-selbstverständlich zufielen. Im Gegenzug kommen auf Ärzte neue Herausforderungen zu. Hierzu zählt die ärztliche Beratung, die neben Diagnostik und Therapie mehr und mehr einen eigenen Stellenwert gewinnt. In diesen Zusammenhang ist auch die ärztliche Beratung zu Patientenverfügungen einzuordnen. – Im folgenden Punkt beleuchte ich nun eine ganz anders gelagerte Thematik.

5. Korporative Selbstbestimmungsrechte versus individuelle Selbstbestimmung – nach wie vor ein Normkonflikt

Zu den gesellschaftlichen Gruppen, die eine selbstbestimmte Patientenverfügung besonders nachdrücklich kritisieren, gehört die katholische Kirche. Sie lehnt vor allem ab, dass beim irreversiblen apallischen Syndrom (sog. Wachkoma) die künstliche Lebensverlängerung beendet wird. Dieses Nein gilt auch für den Fall, dass der Patient dies in einer validen Erklärung zuvor verlangt hat.

Hierdurch entstehen in Deutschland, aber auch in anderen Staaten (Österreich, USA) gravierende Konflikte. Katholische Pflegeeinrichtungen oder Kliniken verweigern es, einen Patienten seinem Willen gemäß sterben zu lassen. Hierfür berufen sie sich der Sache nach auf ihr korporatives Selbstbestimmungsrecht, nämlich auf ihre korporative Religionsfreiheit. Normativ ergibt sich der folgende Antagonismus: korporatives Selbstbestimmungsrecht der (katholischen) Einrichtung, die beim apallischen Syndrom aufgrund der Vorgaben des katholischen Lehramts den Behandlungsabbruch ablehnt – versus individuelles Selbstbestimmungsrecht des Patienten, der seinem Willen durch eine Verfügung im Vorhinein Ausdruck verliehen hat. Vor diesem Hintergrund sind in der Bundesrepublik

Deutschland schwer belastende Dilemmasituationen entstanden – belastend für die Ärzte und für die Angehörigen, die sich dem Willen des Patienten verpflichtet fühlen. Unter Umständen muss ein Gerichtsbeschluss herbeigeführt werden, um den Patienten zu verlegen, so dass er sterben kann.

Nun steht normativ – ethisch sowie rechtlich – eigentlich ganz außer Frage: Das individuelle Selbstbestimmungsrecht, konkret die Patientenverfügung, besitzt den Vorrang vor korporativen Rechten, also vor den religiösen Anschauungen, auf die sich eine katholische Einrichtung stützt. Es ist zu hoffen, dass das neue Gesetz dazu führt, dass manche katholische Kliniken oder Pflegeeinrichtungen das Selbstbestimmungsrecht und die Patientenverfügungen in Zukunft stärker achten. Aber auszuschließen ist nicht, dass hierzu weiterhin gerichtliche, ggf. sogar gesetzliche Klärungen erfolgen müssen. – Und nun eine nochmals anders gelagerte Fragestellung:

6. Eine Lücke der gesetzlichen Regelung: Selbstbestimmung in Anbetracht der Notfallmedizin

In der Bundesrepublik Deutschland ist in den letzten Jahre eine wichtige Frage ausgeklammert worden: der Stellenwert von Patientenverfügungen für die Notfallmedizin. Das Aufgabenfeld von Notfallmedizinern hat sich ja sehr ausgeweitet. Sie werden nicht mehr überwiegend nur bei Unfällen, sondern auch bei Schlaganfall, Demenz oder Schmerz- und finalen Krankheitszuständen von Tumorpatienten zu Hilfe gerufen. Angesichts der demographischen Entwicklung wird sich dies noch verstärken. Problematisch ist es, wenn überforderte Angehörige aufgrund unvorhergesehener extremer Schmerzen, Atemnot oder Erstickungsgefahr eines Patienten den Notarzt rufen und es dann zu einer Klinikeinweisung kommt, die der Betroffene selbst zuvor abgelehnt hatte. Oder: Unter Umständen wird ein Patient aufgrund seiner Krankheitsgeschichte und seiner Multimorbidität, aufgrund seines Lebensalters und auf der Basis von Information und Beratung durch den Arzt eine Reanimation nicht mehr wünschen. Denn die Gefahr neurologischer Folgeschäden wäre aus seiner Sicht untragbar. Hierzu gilt: Wenn alte Menschen mit ihrem Leben abgeschlossen haben und jedwede lebenserhaltende Behandlung ablehnen, sollen sie nicht befürchten müssen, gegen ihren Willen reanimiert oder hospitalisiert, in eine Klinik ge-

bracht zu werden. Auch in der Notfallmedizin sind der Patientenwille und die Patientenautonomie bindend.

Sicherlich: Für die Notfallmedizin steht die Lebensrettung im Vordergrund. Daher hat der Notarzt stets unverzüglich Hilfe zu leisten. Die Schutzpflicht des Arztes für das Leben legitimiert es aber nicht, die in einer Patientenverfügung oder einem Notfallbogen vorfindliche Willensäußerung von Patienten, ggf. das Nein zur Reanimation, zu übergehen. Dabei ist vorauszusetzen, dass die Patientenverfügung bzw. ein kurz gefasster, übersichtlicher Notfallbogen oder Notfallpass auf der Basis ärztlicher Information, Aufklärung und Beratung abgefasst worden ist. Zwar kann ein Notfallarzt den Notfallbogen nicht einfach blindlings oder quasi mechanisch umsetzen. Eine Verfügung oder der Notfallbogen entlasten ihn z.B. aber davon, entscheiden zu müssen, ob in einer medizinisch uneindeutigen Situation eine Reanimation überhaupt noch indiziert ist und ob sie dem Interesse des Patienten gerecht wird. Darüber hinaus ist es auf der Basis der Vorausverfügung geboten, eine bereits begonnene Reanimation wieder abzubrechen.

In anderen Staaten – etwa den USA – wird der Entschluss von Menschen, eine Reanimation abzulehnen, schon seit längerem anerkannt. Auch in Österreich hat das dortige Patientenverfügungsgesetz schon 2006 hierzu Klärung herbeigeführt. Konkret wird Menschen, die keine notfallmedizinische Akutversorgung mehr wünschen, im Nachbarland der Rat erteilt, ihre Patientenverfügung in der sie betreffenden Notfall- oder Versorgungseinrichtung greifbar zu halten und für den Notfall eine Hinweiskarte mitzuführen, die das Nein bekundet.

Nun kann ich nicht in Einzelheiten hineingehen. Aber ich wollte im Kern darauf hinweisen: In den deutschen rechtspolitischen Debatten sind Gesichtspunkte der Rettungsmedizin in der Regel nicht thematisiert worden. Das Gesetz, das der Bundestag am 18. Juni 2009 verabschiedet hat, hat die Frage ausgeklammert. Rechtssystematisch wird sie von dem Gesetz nicht erfasst, weil es recht eng auf das Betreuungsrecht zugeschnitten ist – und im akuten Fall der Notfallmedizin ist ein Betreuer ja gar nicht im Spiel. Daher bleibt es in der Bundesrepublik ein wesentliches Thema, dafür Sorge zu tragen, dass das Selbstbestimmungsgrundrecht von Patienten gleichfalls in Anbetracht der Notfallmedizin gewahrt wird.

Auch für den weiteren Fragenkreis, den ich jetzt anschneide, ist das Selbstbestimmungsrecht tragend. Es geht um eine Extrem- und Ausnahmesituation, nämlich darum, ob ein Arzt unter bestimmten Umständen einem Menschen bei der Selbsttötung helfen darf.

7. Ärztlich assistierter Suizid

7.1. Der Sachverhalt und die Rechtslage

Medizinisch assistierter Suizid wird ggf. von Patienten erbeten, die angesichts extremer Belastung und auswegloser Krankheitssituation auf eigenen Wunsch nach längerer Überlegung zum Suizid als letztem Ausweg greifen möchten; denn sie sehen für sich keine andere Perspektive mehr. Die medizinische Assistenz oder Beihilfe besteht darin, dass der Arzt das tödlich wirkende Medikament verschreibt oder überbringt. Die Tötungshandlung selbst wird vom Patienten vollzogen.

Patienten aus Deutschland machen davon Gebrauch, dass im Nachbarland Schweiz zum begleiteten Suizid liberalere Regelungen vorhanden sind als hier. Im Inland ist die Rechtslage zum assistierten Suizid uneindeutig. Grundsätzlich geht das deutsche Recht davon aus, dass der Staat kein Zugriffs- oder Eigentumsrecht auf Leib und Leben seiner Bürger besitzt – so wie man dies vorneuzeitlich im früheren Obrigkeitsstaat unterstellt hatte. Der moderne säkulare, freiheitliche Staat respektiert das Selbstbestimmungsrecht seiner Bürger auch über Leib und Leben. Daher ist im deutschen Strafgesetzbuch seit 1871 die Selbsttötung straffrei. Folgerichtig ist die Beihilfe, etwa die Beschaffung eines tödlich wirkenden Medikamentes durch den Arzt, gleichfalls nicht strafbar. Unschlüssig ist allerdings, dass das deutsche Strafrecht andererseits eine Garantenstellung und Hilfeleistungspflicht vorsieht (§ 13 StGB, § 323c StGB). Ein Arzt oder ein sonstiger Beteiligter, der einem Patienten auf dessen Wunsch ein tödlich wirkendes Mittel legal übergeben hat, muss lebensrettend eingreifen, nachdem der Suizidversuch eingesetzt hat.

Dies führt zu Paradoxien und zur Inhumanität. Im Jahr 1984 hatte der Mediziner Hackethal Beihilfe zum Suizid verübt, indem er einer 69 Jahre alten Frau, die an einem fortgeschrittenen Tumor im Kiefer- und Gesichtsbereich litt, Kaliumcyanid beschaffte. Eine Lebensrettung ist bei Zyankali nicht möglich; das Gift führt zu qualvollem Sterben. Hätte der

Arzt seiner Patientin ein schonenderes Mittel gegeben, wäre eine Verurteilung wegen unterlassener Hilfeleistung realistisch gewesen, da er nach dem Beginn des Suizidversuchs lebensrettend hätte intervenieren müssen.

Die Widersprüchlichkeit der deutschen Rechtslage und die daraus resultierenden Rechtsunsicherheiten sind gravierend. Dem Gesetzgeber ist wiederholt nahegebracht worden, eine Klarstellung vorzunehmen und zu sagen: Eine Garanten- oder Hilfeleistungspflicht des Arztes besteht nicht, wenn ein Suizidversuch nach längerer Überlegung und aufgrund eines selbstverantworteten Entschlusses zur Beendigung schweren unheilbaren Leidens erfolgte¹. In diesem Sinn haben sich eine Reihe von Gremien, u.a. der Deutsche Juristentag 2006, geäußert.

Dabei steht außer Frage: Der Lebensschutz und das Lebensrecht gelten vorbehaltlos. An eine – insbesondere ärztliche – Beihilfe zum Suizid ist nur in äußersten Grenzfällen zu denken und nur unter der Voraussetzung, dass der Wunsch des Patienten, sein Leben zu beenden, weder auf Depression noch auf unlauterer Beeinflussung durch Dritte beruht. Jedoch können trotz der Fortschritte in der Schmerztherapie die Schmerzbelastung einzelner Patienten so unerträglich oder ihre Lebenssituation für sie derartig entwürdigend und belastend werden, dass sie nach reiflicher Überlegung keinen anderen Ausweg mehr sehen, auch nicht den der palliativen oder terminalen Sedierung.

7.2. Schlussfolgerungen aus einem Rechtsvergleich

In einigen Staaten ist der begleitete Suizid legal, selbstverständlich in ganz engen Grenzen. So ist in dem kleinen US-Bundesstaat Oregon der ärztlich begleitete Suizid gesetzlich legalisiert worden. Bemerkenswert ist: Letztlich haben nur relativ wenige Menschen hiervon tatsächlich Gebrauch gemacht (zwischen 1997 und 2007 341 Personen). Für die ethische Einschätzung ist von Interesse, dass mehr als die Hälfte der Patienten das ihnen ausgehändigte Rezept gar nicht verwendeten. Für sie genügte die Gewissheit, im schlimmsten Fall ein Medikament überhaupt verfügbar zu haben. Entgegen der Vermutung, der krankheitsbedingte Suizid erfolge vor allem aufgrund finanzieller oder sozialer Notlagen, zeigen die Berichte aus Oregon, dass es zumeist gebildete, finanziell besser gestellte und – in den

¹ Klaus Kutzer, Vorsitzender Richter am BGH a.D., schlug vor, § 323c StGB wie folgt zu ergänzen: „Hilfe ist nicht erforderlich, wenn ein Suizid nach ernsthafter Überlegung zur Beendigung schweren Leidens begangen wird.“

USA ein wichtiger Aspekt – krankenversicherte Patienten waren, die diese Möglichkeit nutzen. In Oregon wurden Kriterien und Verfahrensregeln entwickelt, die Ärzte zu beachten haben: Volljährigkeit des Patienten und Urteilsfähigkeit, die ggf. durch ein psychologisches Gutachten zu klären ist; Unbehandelbarkeit der Krankheit, die voraussichtlich in weniger als sechs Monaten zum Tod führt; Konsultation eines zweiten Arztes; Bedenkfrist vor dem Aushändigen des Medikaments; Information durch den Arzt über Alternativen der palliativmedizinischen Betreuung. – Ähnliche Kriterien spielen in Luxemburg oder in der aktuellen Debatte in Großbritannien eine Rolle.

Noch ein weiterer Vergleich: In der Deutsch-Schweiz erfolgen jährlich ca. 0,4% der Todesfälle durch begleiteten Suizid, d. h. 200 Fälle pro Jahr. Die Bevölkerung von Oregon und der Deutsch-Schweiz sind quantitativ vergleichbar. Deswegen fällt auf, dass in der Schweiz sehr viel öfter assistierte Suizide stattfinden. In der Schweiz geschieht die Begleitung des Suizids in aller Regel durch Sterbehilfe-, d.h. durch Laienorganisationen. Durchdenkt man dies, dann ergibt sich die Schlussfolgerung: Wenn sich – obwohl die ethische Ambivalenz nicht zu leugnen ist – anstelle solcher Organisationen vielmehr die Ärzteschaft der Herausforderung der Suizidbegleitung stellt, käme dies der Transparenz, dem Schutz von Patienten, der quantitativen Reduzierung von assistiertem Suizid und der Eindämmung von Fehlentwicklungen zugute.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften ist dem Thema nicht ausgewichen. Ihr zufolge ist Beihilfe zum Suizid „nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit“. Jedoch könne eine „Dilemmasituation“ entstehen, angesichts derer es legitim ist, wenn der Arzt aufgrund einer persönlichen Gewissensentscheidung mit einer Suizidbeihilfe reagiert. Der renommierten Schweizer Medizinakademie gemäß hat der Arzt alles zu tun, einen suizidwilligen Patienten menschlich zu begleiten und ihn zu beraten, um ihn zum Weiterleben zu bewegen. Wenn es sich aber tatsächlich um eine dauerhafte autonome Entscheidung handelt, sich angesichts des Krankheitsschicksals das Leben zu nehmen, darf ein Arzt im Ausnahmefall Hilfe leisten.

Diese Abwägung berücksichtigt neben dem Schutz des menschlichen Lebens das Selbstbestimmungsrecht der Patienten. Zugleich hat sie den Sinn, einer Kommerzialisierung und missbräuchlichen Ausweitungen der Beihilfe zum Suizid Schwerkranker oder Sterbender

zu wehren. Solchen Argumenten werden sich auch in der Bundesrepublik Deutschland die Rechtspolitik sowie das ärztliche Standesrecht auf Dauer nicht entziehen können. Es würde der Rechtssicherheit und der Transparenz dienen, ärztliche Beihilfe unter streng eingrenzenden Bedingungen durch Gesetz zu tolerieren. Der derzeitige Zustand kann dauerhaft schwerlich aufrecht erhalten werden. Denn 1. die jetzige Rechtslage ist binnenwidersprüchlich; 2. suizidwillige Patienten fahren in das Ausland, zurzeit vor allem in die Schweiz – es kann aber nicht einleuchten, die Bewältigung moralischer Zweifelsfragen den Nachbarländern aufzuladen; 3. die deutsche Gesellschaft ist säkular und wertepplural; faktisch sind in der Bevölkerung und auch unter Ärzten unterschiedliche persönliche Standpunkte zum Suizid anzutreffen; 4. herkömmliche religiöse, philosophische oder moralische Einwände sind nicht mehr haltbar oder sind verblasst. – Der letztgenannte Gesichtspunkt, das Verblässen überlieferter moralischer Vorstellungen, sei abschließend noch beleuchtet.

7.3. Ethische und theologische Aspekte

In der Vergangenheit sind gegen den früher so genannten „Selbstmord“ die Einwände erhoben worden, Selbstmord sei ein Vergehen gegen sich selbst, gegen die Gemeinschaft und gegen Gott. Die Anschauung, ein Selbstmord verletze die Ansprüche der Gemeinschaft, war in der Vergangenheit überaus wirksam. Sie geht auf die griechische Antike zurück. Demzufolge besaß die Gemeinschaft, die polis, ein Anrecht auf den einzelnen Bürger, dem dieser sich nicht entziehen dürfe. Daher meinte Aristoteles, derjenige, der die Gemeinschaft durch Selbstmord schädigte, dürfe kein ehrenhaftes Begräbnis erhalten. Die christlichen Kirchen haben diesen Gedanken für ihre sakrale Ordnung, nämlich für die kirchliche Bestattung übernommen. Seit dem 20. Jahrhundert lösen sie sich hiervon.

In der Theologie und den Amtskirchen, vor allem katholisch, ist freilich nach wie vor der andere Einwand wirksam, Selbsttötung bilde eine Auflehnung gegen Gott als dem Herrn und Eigentümer des Lebens. Dieser religiöse Vorbehalt trat im 20. Jahrhundert ebenfalls in der evangelischen Theologie zutage, z.B. bei Dietrich Bonhoeffer. Die Überlegungen Bonhoeffers sind indessen auch deswegen interessant, weil sich hier ein Umdenken zeigt. In seiner „Ethik“ hielt Bonhoeffer es für vorstellbar, das eigene Leben bewusst als Opfer für andere einzusetzen (Opfersuizid). Er zog sogar in Betracht, dass ein unheilbar Kranker

aus Rücksicht auf seine Angehörigen eine Selbsttötung erwägt, um ihnen seelische oder wirtschaftliche Lasten zu ersparen. Dabei vermied er moralische Verurteilungen und sprach in diesen Textpassagen nicht, wie er es sonst ganz traditionell noch tat, von „Selbstmord“, sondern von „Selbsttötung“. Ihm zufolge ist das Leben nicht das „höchste“ Gut; der Einzelne stehe „in Freiheit seinem leiblichen Leben gegenüber“.

Bonhoeffers Reflexionen aus den 1940er Jahren sind interessant, weil sich hier der Gedanke anbahnte, auf den ich eingangs großen Wert gelegt habe: das Recht jedes Einzelnen auf persönliche Freiheit und Selbstbestimmung. Darüber hinaus gelangte bei Bonhoeffer der Gedanke zum Zuge: Jeder Mensch hat ein „Recht“ auf sein Leben, das vorbehaltlos anzuerkennen ist. Dieses Recht auf Leben darf aber nicht mit einer unbedingten „Pflicht zum Leben“, mit einem von außen auferlegten Lebenszwang verwechselt werden.

Dies Letztere gilt letztlich gleichfalls in Anbetracht der Beziehung zwischen Gott als dem Schöpfer und dem Menschen als Geschöpf. Von Plato bis zu dem evangelischen Theologen Karl Barth dominierte die Auffassung, das Leben sei eine Gabe oder ein Geschenk Gottes, das der Mensch nicht zurückweisen dürfe. Sonst würde er Undankbarkeit und eine sündige Missachtung der Güte Gottes zum Ausdruck bringen. Dieser traditionellen Sicht ist aber entgegenzuhalten: Wenn das Leben ein „Geschenk“ Gottes darstellt, kann dies nicht heißen, dass der Mensch dieses Geschenk immer und überall annehmen *muss*. Dies würde dem Charakter eines Geschenkes zuwiderlaufen. Denn es gehört zum Wesen des Geschenks, dass es nicht aufgezwungen wird und dass der Beschenkte es als hilfreich und bereichernd erlebt. Auch im engeren theologischen Sinn nötigt das Verständnis des Lebens als Geschenk und Gabe Gottes also nicht dazu, ein Leben, das zur unerträglichen Last geworden ist, unter *allen* Umständen auf sich nehmen zu müssen. Aus dem Gabe-Charakter des Lebens ist keine absolute Lebenspflicht abzuleiten. Bei ihren Reflexionen zum Thema des Suizid greifen in den Niederlanden und der Schweiz jetzt – abgesehen von der akademischen protestantischen Ethik – ebenfalls evangelische *kirchliche* Voten diesen Gedanken auf.

In Deutschland blieb die kirchliche Dachorganisation, die Evangelische Kirche in Deutschland, in ihrer jüngsten Studie, die sich mit dem Thema des assistierten Suizids befasste,

allerdings unklar². In Grenzfällen scheint die EKD die ärztliche Begleitung eines Suizids offenbar für vertretbar zu halten. Dies falle unter die Kategorie des Notstands. Ob die EKD damit den sog. entschuldigenden oder den rechtfertigenden Notstand meint, wird aber nicht gesagt. Überdies lässt die EKD Ärzte dahingehend im Stich, als sie nicht darlegt, welche Kriterien eine ärztliche Suizidbegleitung eventuell einmal rechtfertigen können.

Davon abgesehen betont die EKD in ihrer – zum Teil unklar formulierten – Studie ein Argument, das auch sonst oft zu hören ist: Ärztliche Beihilfe zum Suizid sei gänzlich unstatthaft, weil die *Arztrolle*, das gesellschaftliche *Rollenbild* des Arztes, nicht gefährdet werden dürfe. Im Gegenzug zu diesem Standpunkt ist jedoch zu bedenken: Es handelt sich um Extremsituationen, um schwerstes und um ein – aus der Sicht der Betroffenen selbst – entwürdigendes Leiden einzelner Menschen. Angesichts eines Ausnahme- und Extremfalls kann nicht die abstrakte *Arztrolle* das Gut sein, das vorrangig zu schützen ist. Vielmehr besitzen das konkrete Leiden des Betroffenen, die Tragik ihres Einzelschicksals, die Würde und der Wille des Patienten in moralischer Hinsicht ihr eigenes Recht, das man nicht beiseiteschieben darf³. Insofern kann es nicht überzeugen, wenn ebenfalls Vertreter der Bundesärztekammer mit derselben Logik (Vorrangigkeit des Schutzes der generellen *Arztrolle*) votieren wie die EKD. Der Standpunkt der EKD oder der BÄK wird von zahlreichen Ärzten aufgrund ihrer konkreten Erfahrung mit Patienten, die in ihrer Situation einen Suizid erwogen haben, nicht geteilt.

8. Schlussbemerkung

Um ein Resümee zu ziehen: Vor dem Hintergrund der abendländischen Ethik und im Sinn des Grundgesetzes ist zu den verschiedenen Problemen, die sich heutzutage angesichts des Lebensendes stellen, das individuelle Grundrecht auf Freiheit und Selbstbestimmung essentiell. Dieses Grundrecht ist keinesfalls, wie kürzlich einmal geschrieben wurde, ein „Riese auf tönernen Füßen“ – im Gegenteil. Unerlässlich ist es, Patienten darin zu unter-

² EKD-Text 97: Wenn Menschen sterben wollen. Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung, November 2008.

³ S. hierzu auch: Sterbehilfe und Sterbebegleitung. Ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten. Bericht der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz vom 23. April 2004, Abschnitt IV, These 25 (Ärztlich assistierte Selbsttötung), S. 107-109.

stützen, ihr Selbstbestimmungsrecht wohldurchdacht, bedachtsam in Anspruch zu nehmen. Diese Aufgabe kommt vor allem auf Ärzte zu. Daher habe ich im ersten Teil meiner Überlegungen auf die ärztliche Beratung zu Patientenverfügungen so nachdrücklich den Blick gelenkt. Insgesamt gilt: Angesichts der Wertkonflikte, die sich heutzutage angesichts des Lebensendes stellen, ist ärztliche Verantwortung mehr gefragt denn je.

Verfasser:

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