

Sterbehilfe

Prof. Dr. Hartmut Kreß, Bonn

Freiheit und Selbstbestimmung am Ende des Lebens. Ethische Aspekte zur Patientenverfügung

(Referat auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden am 20.04.2004)

Zum Sachverhalt: Die Diskussion über Geltung, Reichweite und vor allem die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen verstärkt sich seit den letzten Monaten. Patientenverfügungen enthalten vorsorglich getroffene Bestimmungen über die so genannte passive Sterbehilfe, also über den Abbruch der medizinisch-technischen Unterstützung von Vitalfunktionen oder über den Verzicht auf zusätzliche lebensverlängernde Maßnahmen und zur Schmerzlinderung.

Darüber hinaus gelangt derzeit auch in Deutschland die aktive Sterbehilfe, allerdings in moderater Form, neu in das Blickfeld. Das heißt, es sind nicht die gesetzlichen Regelungen in den westlichen Nachbarländern Niederlande und Belgien das Modell. Eine generalisierende Zulassung aktiver Sterbehilfe, wie sie dort erfolgte, sollte aus einer Reihe von Gründen, darunter der Gefahr unkontrollierter Ausweitung, in der Bundesrepublik nicht angestrebt werden. Anders steht es mit Überlegungen, wie sie etwa von der renommierten Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften stammen. Dort wird für Einzelfälle und unter eingrenzenden Kriterien der ärztlich assistierte Suizid jetzt für ethisch vertretbar erklärt. Zur Zeit befasst sich auch die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz mit diesen beiden Themen, nämlich mit der Verbindlichkeit von Patientenerklärungen für passive Sterbehilfe sowie damit, ob und wie angesichts von Extrem- und Einzelfällen in der Bundesrepublik Deutschland medizinisch assistierter Suizid oder Tötung auf Verlangen vorstellbar sein könnten. Das Votum dieser Kommission wird voraussichtlich kurzfristig vom Justizminister des Landes Rheinland-Pfalz publiziert werden. [Nachtrag vom 07.05.2004: Die Thesen und der Bericht der Bioethik-Kommission liegen inzwischen vor; im Internet abrufbar unter www.justiz.rlp.de¹]. Im folgenden wird es mir schwerpunktmäßig nun aber um Patientenverfügungen und um die dort geregelte passive Sterbehilfe gehen.

Das ethische Ziel ist ein menschenwürdiges Sterben. Inzwischen hat eine recht große Anzahl von Menschen in der Bundesrepublik Deutschland Patientenverfügungen verfasst bzw. unterzeichnet; bis Anfang 2003 waren es ca. 7 Millionen. Das Interesse hieran ist damit höher als die Bereitschaft zu Organspenderausweisen. Der steile Anstieg des Interesses an Patientenverfügungen ist insofern bemerkenswert, als es kulturell gänzlich neu ist, dass Menschen sich in schriftlicher Form vorab mit den eventuellen Umständen ihres eigenen künftigen Schicksals, ihres zukünftigen Sterbeprozesses, auseinandersetzen. Medizin- und kulturgeschichtlich gibt es hierfür kein Vorbild.

Daraus dass es sich um Neuland handelt, mag sich freilich die Unsicherheit erklären, ob Patientenverfügungen tatsächlich verbindlich sind. Trotz der Urteile des Bundesgerichtshofs und anderer Dokumente besteht hierzu immer noch oft Zweifel. Zu diesem Thema wird - neben anderen Gremien - in Kürze auch die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz Stellung nehmen,

die unter dem Vorsitz des Justizministers von Rheinland Pfalz tagt [Nachtrag vom 07.05.2004: das Votum ist inzwischen erschienen]. Der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz zufolge sollen Patientenverfügungen Bindungswirkung besitzen, und der Bundesgesetzgeber sollte diese Rechtswirksamkeit auch eindeutig klarstellen, sofern

- erstens die Patientenverfügung schriftlich vorliegt
- und sie zweitens hinreichend konkret, also für den Krankheitsverlauf aussagekräftig ist
- sowie drittens deutlich ist, dass die Verfügung auf einem durchdachten Willen des Betroffenen, das heißt auf der Grundlage von Beratung und Information verfasst wurde.

Diese Verbindlichkeit und Gültigkeit soll gelten für Verfügungen über passive Sterbehilfe, die die unmittelbare Sterbephase, aber auch eine vorherige Phase irreversibler Krankheit betreffen. Aus welchen ethischen Gründen ist diese Verbindlichkeit nun aber einzufordern? Deshalb,

- weil das Sterben in Würde Bestandteil der Menschenwürde ist
- und weil Patientenverfügungen vom Recht der Patienten auf Freiheit und Selbstbestimmung gedeckt sind.

Das Selbstbestimmungsrecht ist juristisch relevant. Denn eine Lebensverlängerung, die gegen den Willen des Betroffenen erfolgt, wäre juristisch eine Körperverletzung und daher unstatthaft. Mir soll es jetzt aber um den ethischen Stellenwert von Freiheit und Selbstbestimmung angesichts des Sterbens gehen. Hierzu greife ich drei Dimensionen der Freiheitsidee auf.

Erstens, Freiheit im Sinn existentieller Ethik. In der christlichen Tradition, zum Beispiel bei Paulus oder bei Luther, ist der Gedanke anzutreffen, die Bindung an Gott oder die Rechtfertigung durch Gott könne für den Menschen innere Freiheit und ein befreites Gewissen bedeuten; auf dieser Basis könne er sich von äußeren Abhängigkeiten und von diesseitigen weltlichen Bindungen ablösen. Mit der bekannten Formulierung Martin Luthers gesagt: Ein Christ ist ein freier Herr über alle Dinge und niemandem untertan. Die neuere Existenzphilosophie, etwa Heidegger oder Jaspers, hat eine solche existentielle Freiheit mit dem Begriff der Gelassenheit umschrieben, die sich auch nichtreligiös, auf sonstiger weltanschaulicher Grundlage erreichen lässt. Innere Freiheit oder Gelassenheit gegenüber weltlichen Belangen können es jedenfalls existentiell ermöglichen, dass Menschen im Vorhinein sogar über das künftige Sterben nachdenken und bereits vorab Entscheidungen über Therapiebegrenzung, über Verzicht auf Reanimation oder anderes treffen. Ärztliche Information und ärztliche oder anderweitige Beratung sollten das Ihre tun und die innere Bereitschaft von Menschen, solche Patientenverfügungen zu verfassen, unterstützen.

Zweitens, eine andere Dimension von Freiheit: Freiheit im Sinn des Naturrechtes. Hierzu ist unter anderem auch an das katholische Naturrecht zu erinnern. Der Vordenker katholischer Philosophie, Thomas von Aquin, entwarf die These des freien Willens und gelangte geradezu zu einem ethischen Vernunftoptimismus. Der einzelne Mensch sei von Natur aus zu einem freien verantwortlichen Vernunftgebrauch in der Lage. Mit seiner endlichen Vernunft habe der Mensch, der Gottes Ebenbild sei, Anteil an der Vorsehungsvernunft Gottes. Thomas von Aquin und die katholische Theologie beriefen sich hierzu oft auf einen alten jüdischen Text (aus dem Sirachbuch), dem zufolge Gott den Menschen "in der Hand seines eigenen Entschlusses lassen wollte".

So gesehen hat Gott selbst dem Menschen die gleichsam "natürliche" Gabe verliehen, aus freier Wahl und Verantwortung heraus auch über sich selbst entscheiden zu können. Katholische Theologen der Gegenwart, darunter Hans Küng, haben dies aufgegriffen und für Grenzfälle sogar den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe für ethisch vertretbar erklärt.

Hierzu füge ich eine Zwischenbemerkung ein: Nimmt man diesen Gedanken ernst, dann überrascht es, dass die jetzige katholische Amtskirche für den Umgang mit dem Lebensende die Selbstbestimmung wiederholt verneint hat. Der Vatikan erklärte: Weil Gott das Leben geschenkt habe, dürften Menschen darüber nicht verfügen. Leben müsse auf jeden Fall aufrecht erhalten werden. Im März 2004 hat der Vatikan zusätzlich erklärt: Bei Wachkoma müsse künstliche

Ernährung durchgeführt werden, und zwar sogar dann, wenn der Patient dies vorher schriftlich explizit abgelehnt habe. Diese Aussage der katholischen Amtskirche ist ethisch äußerst problematisch. Denn sie macht aus dem Lebensrecht, das jeder Mensch besitzt, einen Lebenszwang oder eine Lebenspflicht; aus dem Leben, das eine Gabe und ein Gut sein sollte, droht eine Last zu werden. Diese neueren katholischen Aussagen stehen zudem sogar im Widerspruch zur katholischen Tradition, die - wie gesagt - die persönliche Freiheit, die individuelle Vernunft und den freien Willen ja betont hatte.

Damit gelange ich, **drittens**, nun zum Kern der ethischen Argumentation, nämlich zum **Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung aufgrund der Menschenwürde**. Das Recht eines urteilsfähigen Menschen, auch angesichts des Lebensendes eigenverantwortlich zu entscheiden, ergibt sich aus der Kategorie der Menschenwürde, also aus einer Schlüsselidee der neuzeitlichen Ethik. "Würde" kommt einem jeden Menschen "als" Mensch, aufgrund seines Menschseins und losgelöst von seinen Eigenschaften oder von konkreten Umständen zu. Durch das Würdeprädikat wird jeder in seiner konkreten Existenz geschützt. Mit der Würde verbindet sich neben dem Anspruch auf Schutz, darunter Lebensschutz, aber noch ein weiteres: Schon für Immanuel Kant war es Ausdruck der Menschenwürde, dass der Mensch Vernunft und Freiheit besitzt und dass er hiervon dann auch eigenverantwortlich, autonom Gebrauch machen darf. Unter den Bedingungen heutiger Medizin besagt dies nun konkret: Jeder Einzelne darf aus seiner eigenen Sicht auch darüber befinden, was er für sein Lebensende als angemessen und zuträglich und was er als mit seiner persönlichen Würde für vereinbar hält. Aus diesem Grund - weil letztlich die Perspektive jedes Einzelnen selbst darüber entscheidet, was für ihn persönlich Würde bedeutet - aus diesem Grunde kommt jedem, der dies wünscht, das Freiheitsrecht zu, einen Sterbeprozess abzulehnen, der in seinen eigenen Augen mit seiner Würde nicht mehr verträglich ist. Daher sind aus ethischer Sicht Patientenverfügungen, die den Wunsch nach wirksamer Schmerzbehandlung sowie das Sterbenlassen, d.h. die passive Sterbehilfe beinhalten, gültig und verbindlich.

Versteht man Menschenwürde in diesem Sinn, führt dies zu einer grundsätzlichen Präzisierung der Medizin- und Arztethik. Statt des seit der Antike gültigen Grundsatzes *salus aegroti suprema lex* - das Wohl des Kranken sei das höchste Gesetz, ist heute zugespitzt zu sagen: *salus ex voluntate aegroti suprema lex* - das Wohl, so wie es sich aus der Perspektive des Patienten heraus darstellt, ist die entscheidende Norm - auch angesichts des Sterbens, sei es im direkten Sterbeprozess oder auch schon in der Phase zuvor.

So sehr der Stellenwert von Freiheit und Selbstbestimmung ethisch-normativ also zu betonen ist, sind aber **Anschlussprobleme** zu sehen. Zumindest zwei Probleme sind hier anzudeuten.

Erstens: Die Problematik der Grenzfälle. Die Anschlussfrage liegt nahe: Ist es vorstellbar, dass auf der Grundlage des freien, ausdrücklich erklärten und authentischen Willens eines Patienten - über passive Sterbehilfe hinaus - Weitergehendes, z.B. medizinisch Beihilfe zum Suizid geleistet wird? Oder nochmals weitergehend: Darf bei einem Patienten, der hierzu, etwa aufgrund von Lähmung, nicht mehr in der Lage ist, Tötung auf Verlangen durchgeführt werden? Nun besteht kein Zweifel, dass Schmerzbehandlung und palliative Betreuung so weit wie irgend denkbar angeboten und in Anspruch genommen werden sollten. Leider bleiben jedoch Einzelfälle übrig, in denen sogar diese medizinischen Handlungsoptionen nicht mehr greifen. Es wäre ethisch nicht vertretbar und widerspräche beim derzeitigen Erkenntnisstand der wissenschaftlichen ethischen Wahrheitspflicht, diese Grenzfälle zu verschweigen. Dabei geht es um Patienten, die ansprechbar und aktuell entscheidungsfähig sind. Bei manchen Krankheitsverläufen empfinden solche Patienten, die bei Bewusstsein und die urteilsfähig sind, es als inhuman und nicht mehr würdegemäß, weiterleben zu müssen. Ethisch kann es sich dann um einen rechtfertigenden Notstand handeln, wenn Dritte ihrem Wunsch, sterben zu wollen, entsprechen. In begründeten Grenzfällen, in extremen Ausnahmesituationen sollte medizinisch assistierter Suizid - oder u.U. sogar die Tötung auf Verlangen [vgl. hierzu das Votum der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz; dort die These 14 und ihre Begründung] - daher straffrei

bleiben. Wenn man dies als ausnahmsweise vertretbar erachtet und wenn auch der Gesetzgeber einen solchen Ausnahmesachverhalt klarstellt, besteht nach wie vor eine deutliche Differenz gegenüber den Regelungen in den Niederlanden oder in anderen Ländern, die - auch dort allerdings unter bestimmten Bedingungen - die aktive Sterbehilfe generalisierend für zulässig erklären. Nun lässt sich die Problematik von Handlungen, die im Umfeld der aktiven Sterbehilfe angesiedelt sind, hier nicht näher erörtern. Jedoch sei darauf hingewiesen, dass namhafte Autoren, z.B. der frühere Justizminister Schmidt-Jortzig, oder dass Gremien wie die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften oder die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz es für ethisch begründet halten, in Extrem- und Grenzfällen auch in dieser Hinsicht den Willen von Patienten zu achten.

Damit kehre ich zurück zur passiven Sterbehilfe, zum Sterbenlassen, über die Menschen vorab in Patientenverfügungen Regelungen treffen können. Hierzu besteht ein anderes schwieriges Anschlussproblem, das mit der Achtung von Freiheit und Selbstbestimmung zusammenhängt:

Zweitens, die Problematik des mutmaßlichen Willens. Nach dem bisher Gesagten ist deutlich: Sofern eine Patientenverfügung eine eindeutige persönliche Vorabverfügung enthält, ist die passive Sterbehilfe nicht nur statthaft, sondern sogar geboten. Nach wie vor haben die meisten Menschen jedoch keine Patientenerklärung verfasst. Hilfsweise kann man dann auf den sog. mutmaßlichen, den vermuteten Willen zurückgreifen. Den mutmaßlichen Willen zu respektieren, bildet letztlich ebenfalls eine Konsequenz der Menschenwürde.

Nur: Der Rückgriff auf den vermuteten Willen beinhaltet Unschärfen. Unter Umständen muss man auf eine unklare oder auf eine lange zurückliegende Äußerung Bezug nehmen; oder es können Glaubwürdigkeitsprobleme in Anbetracht der Angehörigen bestehen, die den mutmaßlichen Willen wiedergeben. Es ist auch nur begrenzt hilfreich, auf die Konfessions- oder Religionszugehörigkeit von Patienten zu blicken, die sich selbst nicht mehr äußern können. Denn die persönliche Überzeugung einerseits, die formale Zugehörigkeit zu einer Religion oder einer Konfession andererseits können inhaltlich sogar in direktem Widerspruch stehen, z.B. dann, wenn eine Religionsgemeinschaft aus Gründen des absoluten Lebensschutzes verlangt, dass auf jeden Fall künstliche Ernährung durchgeführt wird.

Das heißt: Wenn keine Patientenverfügung und kein erklärter Wille vorliegt, wird man zwar auf den sog. mutmaßlichen Willen zurückgreifen müssen. Jedoch handelt es sich um ein Konstrukt, das unsicher ist. Um Abhilfe zu schaffen, ist vor Ort, je nach Einzelfall, Unterschiedliches denkbar:

- mit den Angehörigen intensiv zu beraten, oder
- ein ethisches Konzil, ein Ethikkomitee einzubeziehen, oder
- im Konfliktfall auch das Vormundschaftsgericht in Anspruch zu nehmen.

Dennoch bleiben offene Fragen. Um so gewichtiger wird das Anliegen, dass möglichst viele Menschen eine Patientenverfügung unterschreiben, die aussagekräftig ist und dem persönlichen Willen deutlich Ausdruck verleiht. Daraus ergibt sich die Schlussfolgerung, die ich als letztes nenne:

Sozialethisches Fazit: die Notwendigkeit von Beratung und Aufklärung.

Nach wie vor stellt es für Menschen in den verschiedenen Altersgruppen eine Hürde dar, sich schriftlich im Vorhinein über einen zukünftigen, hypothetischen Sterbeablauf zu äußern. Emotional und rational bedeutet dies eine erhebliche Anforderung, oft eine Überforderung. Wie kann man dieser Hemmschwelle begegnen?

Der Ausweg sollte nicht darin bestehen, Patientenverfügungen vorzuformulieren, die möglichst einfach und unkompliziert sind. Denn sie haben zur Kehrseite, dass sie im konkreten Fall für Ärzte keine verlässliche Grundlage bieten. Leider sind zur Zeit eine Reihe Patientenverfügungen im Umlauf und zum Teil sogar weit verbreitet, die in dieser Hinsicht problematisch sind, weil sie zu ungenau bleiben. Als Alternative bietet sich ein anderer Weg an.

Damit interessierte Menschen hinreichend konkrete, aussagekräftige und differenzierte Patientenverfügungen verfassen, sollten Beratungen angeboten werden; und es sollten Vorbereitungsunterlagen genutzt werden. Inzwischen sind didaktisch angelegte, existenziell ansprechende, zum persönlichen Nachdenken anleitende Materialien vorhanden, zum Beispiel vom Zentrum für Medizinische Ethik in der Universität Bochum. Solche Materialien enthalten Beispielgeschichten mit unterschiedlichen Krankheitsverläufen und Sterbeprozessen. Interessierte Menschen können sich hierin eindenken und sich vergegenwärtigen, welche Behandlungs- oder Abbruchoptionen sie für sich selbst wünschen würden. Aufgrund dessen, dass Beratung erfolgt oder dass sinnvolle Vorbereitungsunterlagen benutzt wurden, können interessierte Patienten differenzierte und konkrete Patientenverfügungen unterzeichnen, die ihren Willen tatsächlich wiedergeben und die moralisch und rechtlich dann als bindend zu gelten haben. Heute kommt sehr viel darauf an, derartige Wege zu suchen, damit Menschen das Freiheits- und Selbstbestimmungsrecht, das ihnen auch in Anbetracht schwerer Krankheits- und Sterbesituationen zusteht, tatsächlich nutzen. Dies trägt dazu bei, dass in Entscheidungs- und Konfliktsituationen für alle Beteiligten - die betroffenen Patienten, die Angehörigen, die Ärzte, das Pflegepersonal - eine möglichst große Handlungssicherheit entsteht.

Links

1. <http://www.justiz.rlp.de>