

Zentrum für Medizinische Ethik



MEDIZINETHISCHE MATERIALIEN

Heft 156

STERBEHILFE

Geltung und Reichweite des Selbstbestimmungsrechts in ethischer und rechtspolitischer Sicht

Hartmut Kreß

5. Auflage November 2007

Prof. Dr. theol. Hartmut Kreß ist Ordinarius für Sozialethik an der Evangelisch-Theologischen Fakultät der Universität Bonn, Abt. Sozialethik, Evang.-Theol. Fakultät, Am Hof 1, 53113 Bonn. [http://www.sozialethik.uni-bonn.de, email: hkress@uni-bonn.de]

Inhalt	Seite
A. Normative Basis: Das Recht auf Selbstbestimmung als Teil der Menschenwürde	
1. Menschenwürde: Schutz- und Freiheitsrechte des Individuums.....	1
2. Sterben in Würde – die Perspektive des Betroffenen als Maßstab.....	5
B. Grenzprobleme und Ausnahmesituationen	
1. Die Problematik der aktiven Sterbehilfe.....	8
2. Medizinisch assistierter Suizid.....	17
C. Gegenwärtige Kernprobleme. Der Umgang mit passiver Sterbehilfe	
1. Die Notwendigkeit persönlicher Entscheidungen.....	25
2. Die Rechtsverbindlichkeit von Patientenverfügungen.....	26
3. Relevante Einzelfragen.....	29
4. Qualifizierte Beratung zugunsten des Grundrechts auf Freiheit und Selbstbestimmung.....	40

Herausgeber:

Prof. Dr. phil. Hans-Martin Sass
Prof. Dr. med. Dr. phil. Jochen Vollmann
Prof. Dr. med. Michael Zenz

Zentrum für Medizinische Ethik Bochum
Ruhr-Universität
Gebäude GA 3/54
44780 Bochum

TEL (0234) 32-22749 FAX +49 234 3214-598

Email: Med.Ethics@ruhr-uni-bochum.de Internet: <http://www.medizinethik-bochum.de>

Der Inhalt der veröffentlichten Beiträge deckt sich nicht immer mit der Auffassung des ZENTRUMS FÜR MEDIZINISCHE ETHIK BOCHUM. Er wird allein von den Autoren verantwortet. Das Copyright liegt beim Autor.

© Hartmut Kreß

1. Auflage September 2004; 5. Auflage November 2007

Schutzgebühr: €6,00
Bankverbindung: Sparkasse Bochum
Kto.-Nr. 133 189 035
BLZ: 430 500 00

ISBN: 3-931993-37-X

Sterbehilfe: Geltung und Reichweite des Selbstbestimmungsrechts in ethischer und rechtspolitischer Hinsicht

Hartmut Kreß

A. Normative Basis: Das Recht auf Selbstbestimmung als Teil der Menschenwürde

1. Menschenwürde: Schutz- und Freiheitsrechte des Individuums

In den zurückliegenden Jahren verstärkte sich in der Bundesrepublik Deutschland rechtspolitisch und medizinethisch die Aufmerksamkeit für die Probleme, die das Ende des menschlichen Lebens betreffen. Besondere Resonanz findet in der Öffentlichkeit und in Presseberichten die aktive Sterbehilfe. Ungeachtet dessen sollte auf Seiten des Gesetzgebers aber im Vordergrund stehen, die Gültigkeit, Verbindlichkeit und Reichweite von Patientenverfügungen zu klären, in denen Interessierte vorab aus eigener Freiheit und Verantwortung heraus Regelungen zur passiven Sterbehilfe treffen können. In der ersten Hälfte des Jahres 2004 haben die Bundesärztekammer, die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz, eine beim Bundesjustizministerium eingerichtete Arbeitsgruppe oder die christlichen Kirchen übereinstimmend hervorgehoben, dass Handlungsoptionen der passiven Sterbehilfe, vor allem die Schmerztherapie gefördert und die palliative Medizin flächendeckend ausgebaut werden sollten. Auf die passive Sterbehilfe und die Möglichkeit der Patientenverfügung wird unten in Abschnitt C („Gegenwärtige Kernprobleme“) Bezug genommen werden.

Zur aktiven Sterbehilfe ist in den beiden westlichen Nachbarländern Niederlande und Belgien der Gesetzgeber tätig geworden. Im südlichen Nachbarland Schweiz befasst man sich rechtspolitisch mit dem ärztlich assistierten Suizid. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat in den Jahren 2003 und 2004 Kriterien entwickelt, die es vorstellbar erscheinen lassen, der Bitte eines Patienten um medizinisch assistierten Suizid nachzukommen.¹ In der Schweiz geht es gleichzeitig darum, problematische Aktivitäten von Sterbehilfeorganisationen einzudämmen. In der Bundesrepublik Deutschland haben im Frühjahr 2004 zunächst besonders Institutionen, die die aktive Sterbehilfe per se ablehnen, darunter die Kirchen, die Initiative ergriffen. Anlässlich der von der katholischen und evangelischen Kirche getragenen „Woche für das Leben“ (24.04. bis 01.05.2004) wurde ein kategorisches Nein verdeutlicht.² Hinsichtlich der aktiven Sterbehilfe muss allerdings die

¹ Vgl. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen, Definitive Version, vorbehaltlich der Genehmigung durch den Senat der SAMW, 2004, II.5.2 und III.5; Betreuung von Patienten am Lebensende, 2004, II.4.1. Im Internet unter <http://www.samw.ch>.

² Vgl. bereits KNA 25.03.2004: Presseerklärung von Kardinal Lehmann und Bischof Huber „Statt Sterbehilfe braucht es Kultur des Abschieds“; Evangelische Kirche in Deutschland / Deutsche Bischofskonferenz, Um

Schnittmenge berücksichtigt werden, die mit der indirekten und der passiven Sterbehilfe besteht; begriffliche sowie faktische Abgrenzungen zwischen diesen Handlungsarten sind in bestimmten Fällen kaum noch benennbar.

Der komplexen Problematik der aktiven Sterbehilfe widmete sich der Bericht „Sterbehilfe und Sterbebegleitung. Ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten“, den die beim Justizministerium des Landes Rheinland-Pfalz angesiedelte Bioethik-Kommission am 23.04.2004 verabschiedet hat. Davon abgesehen steht der Regelungsbedarf zur passiven Sterbehilfe und zu Patientenverfügungen im Mittelpunkt des Berichtes.³ Der Text, den der Vorsitzende der Kommission, der Justizminister Herbert Mertin, am 30.04.2004 der Presse vorstellte, wurde in Presse und Öffentlichkeit sehr beachtet. Vor diesem Hintergrund (und auch aufgrund dessen, dass der Verfasser des hier vorliegenden Heftes Mitglied dieser Kommission ist) sollen im folgenden einige Leitgedanken des Kommissionsberichtes aufgegriffen werden. Gleichzeitig werden anderweitige Positionen aus der ethischen und juristischen sowie rechtspolitischen Debatte angesprochen.

Den normativen Ausgangspunkt für die Reflexion von Problemen der Sterbehilfe bildet die Menschenwürde. Dies betont im Einklang mit zahlreichen sonstigen Voten auch die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz. Zwar wurde der Würdebegriff in der Biomedizindebatte der zurückliegenden Jahre allzu inflationär verwendet. Die Aushöhlung des Würdebegriffs ging so weit, dass es bei den jüngsten Kontroversen über Biopatente zum Thema wurde, ob nicht nur dem Menschen, sondern einzelnen menschlichen Genen Würde zukomme.⁴ Im Zusammenhang der Debatte über Arbeitszeiten wurde gar eine aus der Menschenwürde zu deduzierende unantastbare Würde des Sonntags postuliert.⁵ Vor dem Hintergrund, dass die Idee der Menschenwürde schon länger als eine nicht interpretierte These beurteilt wird (Theodor Heuß) und sie in den letzten Jahren zusätzlich metaphorisch entgrenzt wurde, entstand der Vorschlag, zwischen einem Begriffskern, also einem unantastbaren Schutzbereich der Menschenwürde einerseits und einem Begriffshof, d.h. einem für Abwägungen zugänglichen weiteren Schutzbereich andererseits zu unterscheiden.⁶ Eine derartige Präzisierung kommt der Begriffsklarheit, Differenzierungen sowie

Gottes willen für den Menschen! Die Würde des Menschen am Ende seines Lebens, Hannover / Bonn 2004, im Internet unter <http://dbk.de/woche/2004/index.html>.

³ Die Druckfassung ist beim Justizministerium, Ernst-Ludwig-Straße 3, 55116 Mainz erhältlich oder lässt sich über <http://www.jm.justiz.rlp.de/root/Bioethik> oder über <http://www.justiz.rlp.de> aus dem Internet herunterladen.

⁴ Vgl. Norbert Anwander u.a., Gene patentieren. Eine ethische Analyse, Paderborn 2002, 40.

⁵ So Oswald Bayer, Freiheit als Antwort. Zur theologischen Ethik, Tübingen 1995, 54.

⁶ Vgl. Matthias Herdegen, Art. I, in: Grundgesetz, Kommentar von Theodor Maunz u.a., München, Lfg. 42 vom Februar 2003, Rdnr.n 43ff.

argumentativen Abwägungen sehr zugute. In Anbetracht des Umgangs mit dem Lebensende ist freilich auf den Kern bzw. auf den fundamentalen Sinngehalt des Menschenwürdebegriffs zu rekurrieren, nämlich erstens auf dessen Schutzaspekt. Diesem gemäß ist jeder Mensch als Selbstzweck zu achten und sein Leben zu schützen. Zweitens läuft die Idee der Menschenwürde auf einen Freiheitsgedanken hinaus: Jeder Einzelne, der hierzu befähigt ist und dies wünscht, soll frei über sich selbst bestimmen dürfen. Als weitere Kerninhalte der Menschenwürde können der Gleichheitsgedanke, das Postulat der Nichtdiskriminierung oder das Verbot der Instrumentalisierung von Menschen gelten. Angesichts der Probleme des Lebensendes ist vor allem die Reichweite des Würdeschutzes zu betonen. Aufgrund der Medikalisierung des Sterbens, die in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts erfolgte⁷, ist heutzutage zu unterstreichen, dass zur individuellen Menschenwürde das Recht eines jeden hinzugehört, in Würde sterben zu dürfen, ohne eine medizinisch-technische Überfremdung der eigenen Existenz erleiden zu müssen. Sterbenden stehen genuine Schutzrechte zu.

Neben dem Schutzaspekt ist der zweite grundlegende Gehalt der Menschenwürde, das aus ihr erwachsende Recht des Einzelnen auf Freiheit und Selbstbestimmung, für die ethische und rechtliche Beurteilung der Sterbehilfe zentral. Immanuel Kant hatte argumentiert, dass die Würde, die jedem Angehörigen der Gattung Mensch losgelöst von individuellen Eigenschaften oder konkreten Umständen zukommt, aus der menschlichen Fähigkeit zur Freiheit, Sittlichkeit und zum Vernunftgebrauch überhaupt erst herzuleiten sei. Dieser Gedankengang ist in nuce bereits bei Thomas von Aquin anzutreffen. Thomas hatte die Freiheitsidee sogar besonders nachdrücklich herausgearbeitet, indem er einen antiken jüdischen Weisheitstext (Sir 15,14) aufnahm, dem gemäß Gott den Menschen in der Hand seines eigenen Ratschlusses lassen wolle („*voluit enim Deus hominem relinquere in manu consilii sui*“). Dass Menschen durch ihre Vernunft und durch ihre Entscheidungsfreiheit ausgezeichnet seien, beruht Thomas zufolge auf der Gottebenbildlichkeit, insofern der Mensch an der Vernunft Gottes Anteil habe. Pointierter als mit diesem Gedankengang Thomas' lässt sich die anthropologisch-ethische Grundlagenüberzeugung schwerlich zur Geltung bringen, dass menschliche Würde darin ihren Niederschlag findet, dass der Einzelne von seiner praktischen Vernunft Gebrauch machen und seine Freiheitsrechte (Wahlfreiheit) ausüben darf.⁸

⁷ Klassisch hierzu: Philippe Ariès, *Geschichte des Todes*, dt. München / Wien 1980, 747ff; vgl. auch Hartmut Kreß, *Medizinische Ethik. Kulturelle Grundlagen und ethische Wertkonflikte heutiger Medizin*, Stuttgart 2003, 166ff.

⁸ Vgl. Karl-Wilhelm Merks, *Gott und die Moral. Theologische Ethik heute*, Münster 1998, 47 - 68, bes. 59ff.

Gerade auch hinsichtlich seiner leiblichen Existenz kommt jedem einzelnen Menschen ein solches Recht auf Selbstbestimmung zu. Diesen speziellen Akzent hat die neuzeitliche rationale Naturrechtslehre gesetzt. Für das von Vordenkern der Moderne – darunter Hugo Grotius, Samuel Pufendorf, John Locke oder Moses Mendelssohn – entfaltete Naturrecht bildete das „Recht auf Eigentum“ ein Basisprinzip, aufgrund dessen sie dem Gedanken zum Durchbruch verhelfen, dass weder Staat noch Kirche Zugriffs- oder Durchgriffsrechte auf den Menschen besitzen. Im Gegenteil, sie erklärten es zur Aufgabe des Staates, den Einzelnen in seinen Eigentumsrechten zu achten und diese zu schützen. Mit „Eigentum“ waren dabei nicht nur äußeres Eigentum oder veräußerbarer, beweglicher Besitz gemeint, sondern vor allem auch jene Formen von Eigentum, die unbeweglich und von der Person untrennbar sind. Hierzu gehört die persönliche religiöse und moralische Überzeugung, so dass den frühneuzeitlichen Naturrechtslehrern zufolge der Staat für den Schutz dieses inneren Eigentums – namentlich des frei gewählten religiösen Glaubens und der Gewissensüberzeugung – Verantwortung trägt. Aus diesem Denkansatz resultiert das moderne Grund- und Menschenrecht auf Religions- und Gewissensfreiheit.

Darüber hinaus führte diese Begriffsbildung zu dem Postulat, auch der eigene Körper sei „Eigentum“ des einzelnen Menschen, das Dritten unverfügbar ist. Auf ihm beruhen das heutige Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit (Grundgesetz Art. 2) sowie die moderne medizinrechtliche Schlussfolgerung, dass jeder ärztliche Eingriff, auch derjenige, der der Heilung dient, zustimmungspflichtig ist.⁹ Ein jeder Mensch besitzt das Recht, über seine eigenen Belange einschließlich der Fragen, die Gesundheit und Krankheit, ja sogar Leben und Sterben betreffen, selbst zu entscheiden. Abgesehen von Notfallsituationen darf ein Arzt erst dann einen medizinischen Eingriff durchführen, wenn der Patient informiert und aufgeklärt worden ist und eingewilligt hat. Wird ohne oder gar gegen den Willen des Patienten ein Eingriff – auch zwecks Therapie – vorgenommen, handelt es sich um eine Körperverletzung, die strafbar ist. Deshalb darf – um einen die Sterbehilfeproblematik berührenden Sachverhalt zu erwähnen – zum Zweck künstlicher Nahrungszufuhr auch keine PEG-Sonde gelegt werden, sofern der Patient nicht zugestimmt hat. Weil das Legen einer solchen Sonde einen invasiven Eingriff bildet, betrifft es die körperliche Integrität eines Menschen und berührt es, klassisch naturrechtlich gesagt, sein Recht auf Eigentum an seinem eigenen Leib.

Dass jeder medizinische Eingriff juristisch als Körperverletzung zu bezeichnen ist, lässt sich mithin vor dem Hintergrund der neuzeitlichen Naturrechtslehre erklären, die den Körper als ein Eigentum des einzelnen Menschen verstand, welches grundrechtlich geschützt

⁹ Ausführlicher: H. Kreß, Das Recht auf Gesundheitsschutz, dort Abschnitt III: Kulturelle Hintergründe, in: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik Bd. 9, Berlin / New York 2004 (z. Zt. im Druck).

ist und über das der Einzelne selbst die Entscheidungskompetenz besitzt. Dieser ethischen und rechtlichen Logik gemäß wird in der Moderne auch der Suizidversuch nicht mehr als strafbar erachtet. Daher konnte die alte von Aristoteles oder vom Christentum vertretene Lehre, der sog. Selbstmord sei rechtlich, religiös und moralisch verwerflich, überwunden werden. Aufgrund der Eigentumstheorie gilt – erstens –, dass kein Dritter gegen den Willen des Betroffenen auf dessen Körper zugreifen darf, sowie – zweitens –, dass jeder grundsätzlich selbst bestimmen darf, was mit seinem Leib, ja mit seinem Leben geschieht: Im Umgang mit sich selbst ist der Einzelne frei.

2. Sterben in Würde – die Perspektive des Betroffenen als Maßstab

Aus den voranstehenden Überlegungen ist die Konsequenz zu ziehen, dass der überlieferte arztethische Grundsatz „salus aegroti suprema lex“ – das Wohl des Kranken ist das höchste Gesetz – der Präzisierung bedarf. So gehaltvoll dieser hippokratische Grundsatz bis heute ist, sollte er aus moderner Sicht dahingehend präzisiert werden, dass er lautet: salus ex voluntate aegroti suprema lex: Das Wohl, so wie es sich in Anbetracht von Krankheit und Gesundheit aus der Einsicht und Entscheidung des Patienten selbst heraus darstellt, ist die entscheidende Norm. Auch für den Umgang mit dem Sterben und die Fragen der Sterbehilfe wird die Perspektive der betroffenen Menschen selbst dafür maßgebend, was als ihrer Würde gemäß gelten soll.¹⁰ Die moderne Apparatedizin besitzt die Kehrseite, oftmals eine medikalisierende Überfremdung des Sterbens mit sich zu bringen. Angesichts dessen steht es jedem Einzelnen zu, auf der Basis seiner persönlichen Wertüberzeugungen selbst darüber zu befinden, was er für sein Lebensende als angemessen und zuträglich und was er als mit seiner persönlichen Würde für vereinbar hält. Deshalb ist es legitim, wenn Menschen z.B. eine künstliche Lebensverlängerung ablehnen und sich gegen eine technische Überformung ihres Sterbeprozesses wenden, die in ihren eigenen Augen mit ihrer persönlichen Würde nicht mehr in Einklang steht. Das Grundrecht auf Freiheit und Selbstbestimmung, das einen Bestandteil der Menschenwürde bildet, legitimiert insbesondere Willenserklärungen, die eine wirksame Schmerzbehandlung oder das Sterbenlassen, den Verzicht auf künstliche Lebenszeitausdehnung einfordern.

Die gleiche Schlussfolgerung ergibt sich, wenn man das Freiheitsethos zugrunde legt, welches in der christlichen, zumal der protestantischen Tradition zur Geltung gebracht

¹⁰ Vgl. Hans-Martin Sass, Sterbehilfe in der Diskussion. Zur Validität und Praktikabilität wertanamnestischer Betreuungsverfügungen, in: H. Kreß / Hans-Jürgen Kaatsch (Hg.), Menschenwürde, Medizin und Bioethik, Münster 2000, 89 - 113, bes. 91.

worden ist. Eine Leitidee des Menschenbildes, das im Neuen Testament von Paulus¹¹ und später in der Reformation von Martin Luther entfaltet wurde, bestand darin, dass der Mensch von Gott her innere Freiheit erlange (Rechtfertigungslehre). In seiner Schrift „Von der Freiheit eines Christenmenschen“ legte Luther dar, ein Christ sei ein freier Herr über alle Dinge und niemandem untertan. Luthers theologischer Perspektive gemäß lässt sich das christliche Leben aus einem Gewissen heraus führen, das von Gott „getröstet“ und „befreit“ worden ist. Auf der Grundlage eines solchen religiösen Vertrauens, innerer Freiheit und einer daraus resultierenden „Entweltlichung“ (Rudolf Bultmann) oder, nach- bzw. nichtreligiös existenzphilosophisch gesagt, aus einer Haltung der „Gelassenheit“ (M. Heidegger, K. Jaspers, W. Weischedel) heraus mag es Menschen leichter fallen, sogar über das eigene Sterben nachzudenken und verantwortliche Entscheidungen über Therapiebegrenzung, Verzicht auf Reanimation oder anderes zu treffen. Das Ethos innerer Freiheit und Gelassenheit, von dem im Christentum – vor allem im protestantischen Christentum – sowie in der modernen Existenzphilosophie die Rede ist, korrespondiert dem Grundrecht auf Freiheit und Selbstbestimmung, das in der Neuzeit in ethisch normativer sowie in verfassungs- und menschenrechtlicher Hinsicht unhintergebar geworden ist.

Für die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz, aber auch für weitere Voten, die sich mit Krankheit und Sterben befassen, bietet das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung die ethische Richtschnur. Die Mainzer Kommission hat diesen Ansatz möglicherweise systematischer und konsequenter zur Geltung gebracht, als es in anderen Texten der Fall ist. These 1 des Berichts und ihre Begründung betonen auf verfassungsrechtlicher Basis, dass angesichts der existentiellen Lasten, die sterbenden Menschen durch die moderne Medizin aufgeladen werden, der Rechtsstaat zum Schutz des Einzelnen verpflichtet ist, und zwar gerade auch in dem Sinne, dass die individuellen Freiheitsrechte gewährleistet bleiben. Der Staat steht in der Pflicht, das Grundrecht des Einzelnen auf Selbstbestimmung – einschließlich der Selbstbestimmung angesichts von Gesundheit, Krankheit und Sterben – nicht einzuschränken, sondern es zu stützen, und muss deshalb dafür Sorge tragen, dass der Prozess des Sterbens mit den eigenen Entscheidungen und den individuellen Wert- und Würdevorstellungen der betroffenen Menschen vereinbar bleibt: „Unstreitig schützt das Grundrecht des Artikels 2 Absatz 2 GG das Leben als ‚Höchstwert innerhalb der verfassungsrechtlichen Ordnung‘. Artikel 2 Absatz 2 GG darf aber nicht auf den Schutz des Lebens im biologischen Sinn reduziert oder in einen von außen auferlegten Lebenszwang umgedeutet werden. Körperliche Unversehrtheit heißt aus verfassungsrechtlicher Sicht auch

¹¹ Vgl. Rudolf Bultmann, *Theologie des Neuen Testaments*, Tübingen 6. Aufl. 1968, 352f zur „Freiheit vom Tode“, „von der Welt und ihren Mächten“ bei Paulus.

Schutz vor nicht gewollter Heilbehandlung, vor lebensverlängernden Maßnahmen und auch Schutz vor vermeidbarem, linderbarem Schmerz. Aus dem verfassungsrechtlichen Schutz des gesundheitsbezogenen Selbstbestimmungsrechts folgt daher, dass eine Verlängerung des Lebens des Einzelnen durch medizinische Maßnahmen nicht nur medizinisch gerechtfertigt, sondern vor allem durch die Einwilligung des Betroffenen rechtlich legitimiert sein muss.“¹² Sofern der Betroffene dies wünscht, ist passive Sterbehilfe, d.h. der Verzicht auf zusätzliche lebensverlängernde Maßnahmen oder der Abbruch einer Behandlung, ethisch und rechtlich legitim, ja sogar geboten. Aus diesem Gedankengang ist zugleich die Schlussfolgerung zu ziehen, dass nicht nur aktuelle Willensäußerungen, sondern auch vorsorgliche Patientenverfügungen, die aus eigener, freier Einsicht heraus verfasst worden sind, rechtliche Verbindlichkeit besitzen sollen. Dritte, vor allem Ärzte, sollen an sie gebunden sein. In der Bundesrepublik Deutschland liegt es am Gesetzgeber, diesen Sachverhalt eindeutig klarzustellen und Rechtsunsicherheiten zu beenden, die zur Zeit trotz (oder zum Teil auch wegen) richterlicher Rechtsauslegung und Rechtsfortbildungen noch vorhanden sind. Am 10. Juni 2004 hat die beim Bundesjustizministerium tätige, unter dem Vorsitz des früheren Vorsitzenden Richters am Bundesgerichtshof Klaus Kutzer tagende Arbeitsgruppe dieses Anliegen ausdrücklich bejaht: „Die Arbeitsgruppe ... ist ... in Übereinstimmung mit den Empfehlungen einer interdisziplinären Arbeitsgruppe in der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. und der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz der Auffassung, dass die notwendige Klarstellung zur sog. passiven Sterbehilfe durch den Gesetzgeber nicht länger zum Schaden der Patienten hinausgezögert werden darf.“¹³

Nachfolgend sei jedoch zunächst die Problematik der aktiven Sterbehilfe aufgegriffen, schon allein deshalb, weil sie in der Öffentlichkeit eine so erhebliche Rolle spielt. Dies zeigte sich nicht zuletzt daran, dass sie in der Reaktion auf den Bericht der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz im Vordergrund stand. Danach (in Abschnitt C) wird im Licht des Rechtes auf Selbstbestimmung der Kernbereich des derzeitigen Regelungsbedarfs erörtert, nämlich die passive Sterbehilfe und die Gültigkeit von Patientenverfügungen.

¹² Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz, Sterbehilfe und Sterbebegleitung, Mainz 2004 (im Internet: s. o. Anm. 3), 30 (aus der Erläuterung zu These 1).

¹³ Patientenautonomie am Lebensende. Ethische, rechtliche und medizinische Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen. Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ vom 10. Juni 2004, 54 (unter Punkt V.2.2.2). Im Internet: <http://www.bmj.de/media/archive/695.pdf>.

B. Grenzprobleme und Ausnahmesituationen

1. Die Problematik der aktiven Sterbehilfe

1.1. Die These des rechtfertigenden Notstandes

Der Bericht der Mainzer Kommission enthält ein Kapitel, das sich mit „Patientinnen oder Patienten mit aussichtsloser Prognose im Endstadium ihrer Erkrankung“ befasst. In diesem Rahmen greift die Kommission den Alternativentwurf eines Gesetzes zur Sterbehilfe zu § 216 (Tötung auf Verlangen) aus dem Jahr 1986 auf, der von prominenten Juristen, darunter Hans-Ludwig Schreiber, stammte. Die Kommission stellte zur Diskussion, dass in einzelnen extremen Grenzsituationen, in denen sogar die weitreichenden Möglichkeiten der Schmerztherapie sowie palliativmedizinische Hilfen nicht ausreichen, der Gesetzgeber für den Fall, dass ein authentischer, ausdrücklicher, nachhaltiger Wunsch eines Patienten nach Lebensbeendigung besteht, es für zulässig erklären soll, denjenigen, der diesem Wunsch nachkommt, nicht zu bestrafen. Im Kommissionsbericht lautet These 14: „Aktive Sterbehilfe ist die gezielte Tötung eines Menschen auf dessen ernstliches und ausdrückliches Verlangen durch einen anderen. Nach dem geltenden deutschen Recht darf sie auch bei aussichtsloser Prognose nicht geleistet werden. Hiervon sollte grundsätzlich auch nicht abgewichen werden. Zu bedenken sind aber extreme Ausnahmefälle, in denen medizinische einschließlich palliativer Maßnahmen ein von der Patientin oder dem Patienten als unerträglich empfundenenes Leiden nicht mindern können. In solchen Extremfällen kann aufgrund des Selbstbestimmungsrechts Sterbenskranker ausnahmsweise eine aktive Sterbehilfe ethisch und rechtlich toleriert werden. Der Gesetzgeber sollte die Möglichkeit einräumen, in solchen Fällen von Strafe abzusehen.“

Diese These 14 konzentriert sich ganz auf Ausnahmefälle und Einzelschicksale unerträglichem Leidens. Insofern wahrt sie Distanz gegenüber der generalisierenden Tolerierung aktiver Sterbehilfe, die z.B. in den Niederlanden anzutreffen ist. Aufgrund ihrer Ausweitungsgefahren und sonstiger Probleme sollte die niederländische Regelung auf die Bundesrepublik Deutschland nicht übertragen werden. Derzeit wird im niederländischen Gesundheitsministerium erwogen, die Praxis aktiver ärztlicher Sterbehilfe wieder mehr zu überwachen und Ärzte, die die Sorgfaltskriterien im Umgang mit der aktiven Sterbehilfe vernachlässigen, disziplinarrechtlich stärker zu belangen.¹⁴ Davon abgesehen scheint in den Niederlanden aktive Sterbehilfe oftmals allzu rasch, das heißt ohne hinreichende Bedenkzeit auf Seiten des Patienten, praktiziert zu werden. Zwischen dem Zeitpunkt, zu dem ein Patient den Wunsch nach Lebensbeendigung äußert, und der Durchführung durch den Arzt soll in den

¹⁴ Deutsches Ärzteblatt online, 12.07.2004.

1990er Jahren oftmals (bei 13 % bzw. 50 % der Fälle) nur ein Tag oder bis zu einer Woche gelegen haben.¹⁵ Eine solche Frist ist zu knapp bemessen, als dass von einer freien Entscheidung des Patienten im Sinn einer wohlwogenen, authentischen Willensbildung gesprochen werden könnte.

Andererseits ist es ethisch und rechtlich nicht vertretbar, die Augen davor zu verschließen, dass sich bei manchen Krankheitsschicksalen trotz der Fortschritte der Schmerz- und Palliativmedizin Schmerzen nicht hinreichend lindern lassen oder dass Umstände eintreten, die die Betroffenen selbst als in einem solchen Maß untragbar, entpersönlichend und entwürdigend empfinden, dass sie ein Ende ihres Lebens vorziehen. Hierauf haben in Deutschland schon in den zurückliegenden Jahren namhafte Autoren, darunter der katholische Theologe Hans Küng oder der frühere Bundesjustizminister Edzard Schmidt-Jortzig¹⁶, aufmerksam gemacht. Grundsätzlich ist zu betonen: Patienten besitzen sogar einen Anspruch, ein Anrecht auf Schmerzbehandlung. Das Unterlassen von Schmerzlinderung kann eine strafbare Körperverletzung darstellen. Hierauf hat die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz aufmerksam gemacht.¹⁷ Gleichzeitig ist einzuräumen: Selbst dann, wenn Möglichkeiten der Schmerztherapie vollständig ausgeschöpft würden, was in der Bundesrepublik Deutschland nach wie vor nicht der Fall ist, werden sich bei einer nicht unbeträchtlichen Anzahl von Patienten, bei Tumorpatienten evtl. ca. 5 Prozent, Schmerzen nicht ausreichend beherrschen lassen. Unter Umständen werden Patienten auch aus anderen Gründen ihr Schicksal als derart unerträglich und mit ihrer Würde unvereinbar ansehen, dass sie nicht mehr weiterleben möchten. Einzelschicksale, mit denen die Bioethik-Kommission sich beschäftigte, waren der „Fall eines vom Ersticken bedrohten Menschen, der vom Halswirbel abwärts querschnittsgelähmt war“, oder der „Fall einer jungen Frau, deren Krebsleiden dazu geführt hatte, dass sich ihr Gewebe an der Scheide, dem Darm und der Blase, sogar am Damm auflöste, so dass alle innen liegenden Organe nach unten durchfielen“.¹⁸ Ferner ist an neurologisch bedingte Einzelschicksale, etwa an Patienten mit Locked-in-Syndrom zu erinnern, die bewusst und reflektiert ein Ende ihres Lebens wünschen.¹⁹

In Anbetracht von Extremfällen und Grenzsituationen im Endstadium von Erkrankungen vermag die Kategorie des rechtfertigenden Notstandes zu greifen. Sie kann

¹⁵ Vgl. Frank Czerner, Das Euthanasie-Tabu. Vom Sterbehilfe-Diskurs zur Novellierung des § 216 StGB, Berliner Medizinethische Schriften H. 50/51, Dortmund 2004, 65, 73.

¹⁶ Vgl. Edzard Schmidt-Jortzig, Die Entpersönlichung des Sterbens. Das Dilemma staatlicher Regelungsambitionen, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 46 / 2002, 20 - 27, hier 24f.

¹⁷ Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz, a.a.O. 67f (zu These 13); vgl. auch F. Czerner, a.a.O. 25.

¹⁸ Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz, a.a.O. 71f (zu These 14).

¹⁹ Vgl. Johann Friedrich Spittler, Begrenzungen der Autonomie im Locked-In-Syndrom – Eine Pflicht zum Leben?, Berliner Medizinethische Schriften H. 48, Dortmund 2003.

eine aktive Lebensbeendigung aufgrund des eigenen Wunsches und der eigenverantwortlichen Entscheidung eines Patienten ethisch und rechtlich vertretbar erscheinen lassen. Auf diese Ausnahmemöglichkeit lenkt die These 14 im Bericht der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz den Blick.

1.2. Das Problem der Grauzone

Zur These 14 formulierte der katholische Moralthologe Johannes Reiter ein Sondervotum, dem sich der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer Christoph Fuchs anschloss. Das Sondervotum negiert das Anliegen der These 14, individuelle Ausnahme- und Extremfälle zu berücksichtigen. Sogar der Ministerpräsident von Rheinland-Pfalz, Kurt Beck, wandte ein, durch die Überlegungen der Kommission und des Justizministers werde die „Tür zur aktiven Sterbehilfe endgültig geöffnet“. Dem evangelischen Kirchenpräsidenten Peter Steinacker zufolge hat die Kommission die Menschenwürde als Schmerzlosigkeit definiert.²⁰ Nun handelt es sich bei dieser letzteren Interpretation um eine Verzerrung. Was das Sondervotum der Kommissionsmitglieder Johannes Reiter und Christoph Fuchs angeht, so wird dort argumentiert, die Gabe von Schmerzmitteln, die als indirekte Nebenfolge den Tod bewirkt, sei statthaft. Hierdurch erübrige es sich, Abwägungen über eine eventuelle Straffreiheit bei einer Tötung auf Verlangen überhaupt vorzunehmen: Das geltende Recht verbiete „in seiner jetzigen Form ... dem Arzt nicht, die Schmerzen des Kranken weitgehend zu lindern. Der Arzt darf die Schmerzen auch dann lindern, wenn als Nebeneffekt und unbeabsichtigt der Tod des Patienten (früher) eintritt (indirekte Euthanasie).“²¹

Ethikgeschichtlich hat sich die katholische Morallehre Verdienste erworben, indem sie bereits in den 1950er Jahren die Theorie der *actio duplici effectus* (Doppelwirkung) ins Spiel brachte und auf dieser Basis seinerzeit zur Akzeptanz der indirekten Sterbehilfe beitrug. Demzufolge darf bei der Gabe von Narkotika und Sedativa eine gewisse Lebensverkürzung in Kauf genommen werden, sofern das eigentlich intendierte Handlungsziel darin besteht, Leiden und starke Schmerzen zu reduzieren. Angesichts der Fortschritte der modernen Schmerztherapie und der Möglichkeit zur präzisen Verabreichung von Schmerzmitteln verliert diese Argumentation, die herkömmlich für die Duldung indirekter Sterbehilfe maßgebend war, inzwischen aber ihre sachliche Grundlage. Denn es ist „heute bekannt“, „dass Schmerzmittel und Sedativa, wenn sie ausschliesslich zur Symptomkontrolle in der letzten Lebenswoche korrekt eingesetzt werden, nicht mit einer Verkürzung der Überlebenszeit assoziiert sind“. „Der ‚lebensverkürzende Effekt‘ ... ist lange Zeit überschätzt

²⁰ Zit. nach Pressemeldungen (dpa und epd) v. 04.05. und 07.05.2004.

²¹ Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz, a.a.O. 146 (Sondervotum).

worden.“²² Insofern vermag es meines Erachtens auch nicht zu überzeugen, dass die beim Bundesjustizministerium angesiedelte Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ am 10.06.2004 vorschlug, in § 216 StGB neben der passiven ausdrücklich auch die indirekte Sterbehilfe straffrei zu stellen.²³

Es kommt hinzu, dass die Grenzen zwischen aktiver und indirekter Sterbehilfe immer mehr verschwimmen. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften verfährt korrekt, indem sie jetzt ausdrücklich von „aktiver indirekter Sterbehilfe“ spricht und hierdurch der Überschneidung Rechnung trägt, die zwischen der herkömmlich sogenannten indirekten und der aktiven Sterbehilfe vorhanden ist. Sozialethisch gesehen gilt es der Gefahr vorzubeugen, dass unter dem Mantel der sog. indirekten Sterbehilfe, die ethisch und rechtlich auch ohne gesetzliche Regelung seit vielen Jahren zulässig ist, aktive Sterbehilfe in verdeckter, verheimlichter Form praktiziert wird. Für die Bundesrepublik Deutschland ist bereits jetzt eine im Verborgenen gehaltene, gar ohne Einwilligung der Betroffenen vollzogene Praxis aktiver Sterbehilfe zu befürchten. Schätzungen sprechen von „etwa 3.000 Fällen nicht amtlich bekannt gewordener aktiv-direkter Sterbehilfe, die in der Bundesrepublik pro Jahr gewährt würde.“²⁴ Hinsichtlich ihrer exakten quantitativen Dimension bleiben solche Zahlen sicherlich ungesichert. Weil aufgrund der Überlastung rechtsmedizinischer Institute sowie aus Kostengründen Obduktionen unterbleiben, wies der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin, Wolfgang Eisenmenger, im August 2004 darauf hin: „Wir müssen davon ausgehen, dass jährlich zwischen 1200 und 2400 Tötungsdelikte unentdeckt bleiben.“²⁵ Daher führt an der Feststellung kein Weg vorbei: „aktive Sterbehilfe findet statt, sie ist – geleugnete – Realität. Nicht nur in den Niederlanden und Belgien, den Ländern, in denen aktive Sterbehilfe unter bestimmten Voraussetzungen nicht bestraft wird, sondern auch in anderen Ländern und auch in Deutschland leisten Ärzte aktive Sterbehilfe, obwohl sie strafbar ist und von der Bundesärztekammer als ärztlicher Standesorganisation ausdrücklich als unethisch gebrandmarkt wird.“²⁶

Angesichts dessen ist der Rechtsstaat dazu verpflichtet, Transparenz herzustellen und Regelungen zu generieren, die dem Entstehen bzw. der weiteren Ausweitung von Grauzonen vorbeugen. Die Grauzone einer unter dem Schleier der indirekten Sterbehilfe verdeckten,

²² Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Betreuung von Patienten am Lebensende, 2004, III.3.1.

²³ Patientenautonomie am Lebensende, a.a.O. 50ff (Punkte V.2.1 und 2.2).

²⁴ F. Czerner, a.a.O. 80.

²⁵ ap, 09.08.2004.

²⁶ Gabriele Wolfslast, Rechtliche Neuordnung der Tötung auf Verlangen?, in: Knut Amelung u.a. (Hg.), Strafrecht – Biorecht – Rechtsphilosophie. Festschrift für Hans-Ludwig Schreiber, Heidelberg 2003, 913 - 927, hier 914.

heimlich praktizierten aktiven Sterbehilfe sollte nicht unterschätzt werden. Da es um den Umgang mit dem menschlichen Leben und um wesentliche Grundrechte geht, steht der Rechtsstaat vor der Aufgabe, für Klarheit und Transparenz Sorge zu tragen.

1.3. Inkohärenzen sowie Abgrenzungsprobleme

Als Kontextualisierung der zitierten These 14 aus dem Bericht der Bioethik-Kommission ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass der Rechtsordnung der Bundesrepublik Deutschland die aktive Sterbehilfe faktisch nicht ganz fremd ist. Dies gilt ungeachtet dessen, dass immer wieder betont wird, wie stark die deutsche Rechtspolitik durch die NS-Vergangenheit belastet ist, so dass schon allein aus diesem Grund kein Türspalt zur Euthanasie geöffnet werden dürfe. Gleichwohl waren und sind in der Bundesrepublik Deutschland rechtspolitische Argumentationen oder Positionierungen anzutreffen, die in die Richtung der aktiven Sterbehilfe weisen. Hierfür seien zwei Beispiele genannt.

Erstens: Manche Formen des späten Schwangerschaftsabbruchs, vor allem die unter Berufung auf die medizinische Indikation durchgeführte Abtreibung von behinderten Feten (die früher sog. embryopathische Indikation) stellen letztlich eine aktive Euthanasie an dem vorgeburtlichen Kind dar, das von einem bestimmten Zeitpunkt, ca. der 22. Woche an, sogar schon außerhalb des Mutterleibes lebensfähig wäre. Solche Abtreibungen bzw. Tötungshandlungen sind in der Bundesrepublik statthaft. Zweitens: Mitte der 1990er Jahre war in der deutschen rechtspolitischen Debatte erwogen worden, die Organentnahme nach dem Hirntod als eine aktive ärztliche Tötungshandlung an einem zwar versterbenden, aber noch lebenden Patienten zu deuten und sie gleichwohl nicht zu verbieten. Der Sache nach wurde vorausgesetzt, der Hirntod stelle kein tragfähiges Kriterium für den Todeszeitpunkt eines Menschen dar. Der Hirntote sei vielmehr ein noch lebender Mensch, den der Arzt im Zuge der Organentnahme „töte“. Um trotz dieser aktiven Tötung, die der Arzt vollziehe, eine Organentnahme für statthaft zu erklären, formulierte im Bundestag eine parteiübergreifend befürwortete Gesetzesinitiative: „Im Falle eines Hirntoten liegt ... die Lebensbeendigung durchaus im Bereich zulässigen ärztlichen Handelns.“ Ähnliches äußerten Stimmen aus dem Bereich der evangelischen Theologie oder der evangelischen Kirche.²⁷

Die Argumentationen, die den beiden soeben genannten Beispielen zugrunde liegen, sind meines Erachtens hochproblematisch. Was das zweite Beispiel anbelangt, so hat das

²⁷ Zitat: Bundestags-Drucksache 13 / 6591. Kritische Darstellung sowie Belegangaben zur damaligen juristischen, evangelisch-theologischen sowie kirchlichen Literatur: H. Kreß, in: ders. / Wolfgang Erich Müller, Verantwortungsethik heute, Stuttgart 1997, 177ff. Der Sache nach wiederholte der evangelische Bischof Wolfgang Huber diese Position in: Johanniter, Zeitschrift für die Freunde der Johanniter-Unfall-Hilfe, 2004 / 1, 28; vgl. vor allem Hans Grewel, Lizenz zum Töten, Stuttgart 2002, 132ff, 141ff.

1996 verabschiedete Transplantationsgesetz zu Recht das Hirntodkriterium anerkannt und die Voraussetzung des zitierten Bundestagsantrags, der Hirntote sei ein lebender Mensch, aus guten Gründen hinter sich gelassen. Daher wurde der Vorschlag, eine Tötungshandlung durch den explantierenden Arzt solle rechtlich geduldet werden, hinfällig. Für den ersten Sachverhalt – die Spätabtreibung lebensfähiger Feten, die einer an ihnen vollzogenen aktiven Euthanasie ganz nahe kommt – kann der Einschätzung nur zugestimmt werden, die der Jurist Rudolf Neidert vertritt: dass nämlich in Anbetracht „der schlimmen Fälle von Spätabbrüchen nach Beginn der selbständigen Lebensfähigkeit des Kindes – ab der 21. Woche zuletzt über 600 Fälle jährlich – ... eine gesetzliche Einschränkung des § 218 a Abs. 2 für unerlässlich“ zu halten ist.²⁸

Nun kann es an dieser Stelle nicht darum gehen, diese beiden Themen inhaltlich zu vertiefen. Es sollte nur darauf hingewiesen werden, dass die Rechtsordnung und die Rechtsdiskussion der Bundesrepublik Deutschland das Phänomen der direkten oder aktiven Sterbehilfe durchaus kennt, selbst wenn dies zumeist nicht offen beim Namen genannt wird. Insofern ist es nicht ganz stimmig, wenn in der aktuellen Auseinandersetzung jede Handlung, die der aktiven Sterbehilfe subsumiert werden kann, als mit der deutschen Rechtsordnung per se unvereinbar bezeichnet und ohne genauere Begründung als undenkbar abgewiesen wird. Vor allem bleibt es kurzschlüssig, die Legalität indirekter Sterbehilfe zu betonen und eine Auseinandersetzung mit der – in der Tat äußerst schwierigen – Problematik aktiver Sterbehilfe aus diesem Grund als überhaupt nicht notwendig zu betrachten.

Die Abgrenzung zwischen indirekter und aktiver Sterbehilfe läuft für bestimmte Fallkonstellationen ohnehin auf eine ganz schmale Unterscheidbarkeit hinaus. Gegen aktive Sterbehilfe wird oftmals der Einwand erhoben, hier sei die Tötung eines Menschen „beabsichtigt“, während dies bei der indirekten Sterbehilfe nicht der Fall sei, da hierdurch der Tod nur als unintendierte Nebenfolge in Kauf genommen werde (*dolus eventualis*). Jedoch ist auch zur aktiven Sterbehilfe – sofern es um die allein vorstellbare Konstellation, die sog. Tötung auf Verlangen, d.h. um eine Lebensbeendigung auf den ausdrücklich erklärten, eigenverantworteten Wunsch des Betroffenen selbst geht – zu berücksichtigen: Die Handlungsentention desjenigen Menschen, ggf. also des Arztes, der die Lebensbeendigung durchführt, ist keinesfalls die Tötung, sondern die Beendigung eines unerträglichen Leidenszustandes und die Erfüllung des Wunsches eines den Tod freiwillig befürwortenden Mitmenschen. Die – zulässige – indirekte sowie die – in Deutschland untersagte – aktive Sterbehilfe können einander sowohl hinsichtlich der Handlungsmotivation und -intention

²⁸ Rudolf Neidert, Sollen genetische Analysen am frühen Embryo zugelassen werden?, in: H. Kreß / Kurt Racké (Hg.), Medizin an den Grenzen des Lebens, Münster 2002, 33 - 61, hier 42.

(Respekt vor der Entscheidung eines zutiefst leidenden Mitmenschen) als auch hinsichtlich der faktischen Handlungsfolge (Eintritt des Todes) ganz nahestehen.

Es kommt, wie gesagt, noch hinzu, dass aufgrund der Erkenntnis- und Methodenfortschritte der Schmerzmedizin heutzutage präzise Medikamentengaben möglich sind und das vorzeitige Lebensende als sog. unbeabsichtigte Nebenfolge der Schmerzbehandlung eigentlich gar nicht mehr (oder, vorsorglich vorsichtig ausgedrückt, zumindest kaum noch) einzutreten braucht. Vor solchen Hintergründen kann es nicht mehr plausibel erscheinen, die indirekte Sterbehilfe als eine oder gar als die Alternative zur aktiven Sterbehilfe zu bezeichnen. Der zu undifferenzierte Gedankengang, der sich unter Berufung auf die indirekte Sterbehilfe gegen die aktive Sterbehilfe wendet, findet sich keineswegs nur in dem Sondervotum, das, wie oben erwähnt, J. Reiter im Widerspruch zu These 14 der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz formuliert hat, sondern ist nach wie vor recht häufig anzutreffen. Im schlimmsten Fall läuft eine derartige Argumentation Gefahr, einem Trend Vorschub zu leisten, dem zufolge unter dem Mantel der indirekten Sterbehilfe verdeckt aktive Sterbehilfe praktiziert werden könnte.

Daher hat die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz die Problematik beim Namen genannt, auf unerträgliche Leidenssituationen sowie auf den eigenen Wunsch mancher Betroffener, ihr Leben möge ein Ende nehmen, aufmerksam gemacht und den Bedarf an rechtsstaatlicher Klärung hervorgehoben. Sollte ein Arzt in einem Einzelfall tatsächlich eine Tötung auf Verlangen durchführen, soll diese Tat – so lautet der Denkansatz, den die Kommission vorschlug – nachträglich gerichtlich überprüft werden und dabei aufgrund eines rechtfertigenden Notstandes ggf. straffrei bleiben.

1.4. Erwägung von Alternativen und sozialetisches Resümee

(1) Eine Alternative, die zu diesem Denkmodell vorstellbar wäre, könnte darin bestehen, dass ein Arzt sich das Vorhaben, eine Tötung auf Verlangen durchzuführen, im Vorhinein vom Vormundschaftsgericht, evtl. durch eine vormundschaftsgerichtliche Kollegialentscheidung, also durch ein mehrköpfiges Richterorgnium genehmigen ließe.²⁹ Dies böte dem Arzt die Chance, sich vorsorglich, vorauslaufend die Gewähr der Straffreiheit zu verschaffen. Zudem fände eine vorauslaufende Missbrauchskontrolle statt. Die vorlaufende Gerichtskontrolle ließe sich ferner als ein Grundrechtsschutz durch Verfahren interpretieren, da ja das Recht auf Leben auf dem Spiel steht. Andererseits ist es aber geboten, das Bewusstsein dafür wach zu halten, dass es allenfalls um Extrem-, Grenz- und

²⁹ So F. Czerner, a.a.O. 65 - 76. Vgl. G. Wolfslast, a.a.O. 926.

situationsbedingte Einzelfälle geht. Dies lässt sich wohl eher durch eine nachträgliche richterliche Überprüfung erreichen. Weil einer Tötung auf Verlangen ein Ausnahme- und ein umständebedingter Notstandscharakter zukommt, hat der Arzt seine Entscheidung vor seinem Gewissen zu rechtfertigen. Dies gilt auch dann, wenn er sich, was geboten und sinnvoll wäre, durch Dritte, möglicherweise von einem Ethikkommission beraten lässt. Fände eine Begleitung durch ein interdisziplinäres Ethikkommission statt, könnte dies sogar auf differenzierterer Basis zu einer ethisch vertretbaren Meinungsfindung führen als ein formaler richterlicher Beschluss. Das Bewusstsein der Ausnahme und des Notstandes und eine hohe Hürde sollten auch aus Patientenperspektive, um des ärztlichen Vertrauensschutzes willen, aufrecht erhalten werden. Demgegenüber liefe ein formalisiertes Genehmigungsverfahren Gefahr, einer schleichenden Gewöhnung und Ausweitung Vorschub zu leisten und den Sachverhalt zu überdecken, dass es sich um Extremsituationen und um Gewissens- sowie Einzelfallentscheidungen handelt.

Davon abgesehen wird in der derzeitigen medizinethischen und politischen Debatte noch eine ganz anders gelagerte Alternative zur aktiven Sterbehilfe ins Spiel gebracht, nämlich die terminale Sedierung. Nun mag eine terminale oder finale Sedierung im begründeten Einzelfall erwägenswert sein.³⁰ Jedoch sind aufgrund von Erfahrungen in den USA hierzu ebenfalls ethische Rückfragen geboten – diese stellen sich also keinesfalls nur in Anbetracht der Tötung auf Verlangen –, und zwar aufgrund von Missbrauchs-, Ausweitungs- und Grenzziehungsproblemen. In den USA machen skeptische Voten geltend, dass die terminale Sedierung „die Möglichkeit nach sich ziehe, den Patienten auf eine Weise zu Tode kommen zu lassen, die zwar passiv aussieht, aber doch nur in einem sehr indirekten Zusammenhang mit seiner Krankheit steht: Der Bedarf nach künstlicher Ernährung liegt hier nicht im Normalverlauf der Krankheit, sondern ist ein Sekundärphänomen der Sedierung. Verglichen mit Suizidhilfe sei die terminale Sedierung missbräuchlicher, da sie auch bei inkompetenten Patienten durchgeführt werden könne; auch vermindere sie die Kontrolle des Betroffenen über sein Sterben, verlängere es und möge als ‚unwürdiger‘ empfunden werden. Bei der terminalen Sedierung ist „der nächste Schritt, der tödliche Verzicht auf Wasser- und Nahrungszufuhr, ja bereits mit eingeplant“.³¹ Unter Umständen versterben Patienten dann „nicht an ihrem Grundleiden, sondern aufgrund der terminalen Sedierung.“³² Der Abstand zur

³⁰ Vgl. H. Christof Müller-Busch, Sterbende sedieren?, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 129 / 2004, 701 - 704.

³¹ Bettina Schöne-Seifert, Ist Assistenz zum Sterben unärztlich?, in: Adrian Holderegger (Hg.), Das medizinisch assistierte Sterben, Freiburg/Schw. 2. Aufl. 2000, 98 - 118, hier 111 (im Orig. z.T. kursiv), mit Bezug auf David Orentlicher, The Supreme Court and Physician Assisted Suicide, in: New England Journal of Medicine 337 / 1997, 1236 - 1239. Vgl. auch Candace Cummins Gauthier, Active Voluntary Euthanasia, Terminal Sedation, and Assisted Suicid, in: The Journal of Clinical Ethics 12 / 2001, 43 - 50.

³² Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz, a.a.O. 73 (zu These 14).

aktiven Sterbehilfe bleibt äußerst gering, sofern es sich bei der terminalen Sedierung intendiert oder faktisch ebenfalls um den unumkehrbaren Weg in den Tod handelt. Auf dem Europäischen Palliativkongress in Palermo bezeichneten Kritiker die terminale Sedierung als „langsame Euthanasie“.³³ Und da „der den Tod beschleunigende Effekt im Dunkeln bleibt“, wird „ein gleicher Grad von Patientenautonomie und rechtlicher Kontrolle wie beim Euthanasie-Verfahren nicht zu realisieren sein“.³⁴ Sodann ist zu beachten, dass die Einzelschicksale und die Krankheitsverläufe, bei denen entweder eine terminale Sedierung oder eine Lebensbeendigung auf ausdrücklichen Wunsch des Betroffenen in Frage kommen könnten, nicht ohne weiteres deckungsgleich sind. Schon aus diesem Grund liegt es nicht nahe, die terminale Sedierung als „die“ Alternative zur Lebensbeendigung, die auf den eigenen Wunsch des Patienten hin erfolgt, zu bewerten und sich einer den letzteren Sachverhalt, die sog. Tötung auf Verlangen, betreffenden Diskussion überhaupt nicht zu stellen.

(2) Daher sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt vor allem folgende Gesichtspunkte als sozialetisches Resümee festzuhalten: Angesichts dessen, dass die Schmerzlinderung sogar der fortgeschrittenen Schmerz- und Palliativmedizin manchmal auf Grenzen stößt und dass manche Menschen in der Endphase einer Krankheit aus eigenem Entschluss das Ende ihres Lebens wünschen, wird es auch in der Bundesrepublik Deutschland auf Dauer wohl unausweichlich werden, das Thema der aktiven Sterbehilfe nicht zu tabuisieren, sondern sich mit ihm sorgfältig auseinanderzusetzen. Dabei sollte leitend sein,

(a) in der ethischen und rechtspolitischen Debatte den Sachverhalt in transparenter und begrifflich präziser Form zu thematisieren,

(b) die Grenzen medizinischer, auch palliativer Behandlungschancen offen auszusprechen, und zwar

(c) ohne hierdurch die Notwendigkeit des Ausbaus der palliativen Medizin in Abrede zu stellen, die vielmehr wünschenswert und vordringlich relevant ist,

(d) normativ-ethisch den Grundrechtsschutz des Lebens zu betonen, jedoch ebenfalls die Selbstbestimmungsrechte betroffener Menschen zu sehen,

(e) in rechtspolitischer Hinsicht generalisierende Lösungen zu vermeiden, sondern statt dessen die Ausnahme- und Notstandssituation einer eventuellen Tötung auf Verlangen zu berücksichtigen, sowie

³³ Vgl. Uwe Junker, Europäischer Palliativkongress, in: Deutsches Ärzteblatt 98 / 2001, A-1660.

³⁴ Uwe Körner, zit. bei F. Czerner, a.a.O. 23.

(f) der Entstehung von Grauzonen, darunter der Grauzone einer verdeckten, verheimlichten Praktizierung aktiver Euthanasie unter dem Schleier formal legaler indirekter Sterbehilfe, vorzubeugen.

Für die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz führten Gesichtspunkte dieser Art zu der These bzw. dem Diskussionsanstoß, dass der Rechtsstaat aus Gründen der Achtung vor dem persönlichen Selbstbestimmungsrecht einzelner Patienten und in Anbetracht eines rechtfertigenden Notstandes bei einer Lebensbeendigung, die in aussichtslosen Fällen auf ausdrückliches Verlangen des Betroffenen erfolgt, Straffreiheit zulassen soll. Wie dringlich und wie vielschichtig die Auseinandersetzung mit dieser Thematik juristisch, ethisch und theologisch bleibt, verdeutlicht eine Bemerkung des Medizinrechtlers Hans-Ludwig Schreiber: „Ich kann mir eigentlich nicht vorstellen, dass prinzipiell die Theologie gegen eine Lebensbeendigung in absolut hoffnungslosen Fällen Grundsätzliches einwenden kann. Ich kann mir Gott nicht anders vorstellen, als dass er dafür Verständnis haben wird, wenn ich ihm das mir gegebene Leben in hoffnungsloser Leidenssituation vorzeitig zurückgebe, mich zu ihm flüchte, wenn meine Krankheit unerträglich wird. Ich hoffe, dass er mich dann nicht zurückweisen wird, wenn ich Hilfe suchend früher zu ihm zurückkomme, als das nach normalem Lebensablauf der Fall wäre.“³⁵

Die voranstehenden, an das Mainzer Votum anknüpfenden Erwägungen haben nur einige wenige Aspekte der Problematik der auf ausdrücklichen, reflektierten Wunsch eines Patienten durchgeführten aktiven Sterbehilfe in den Blick nehmen können. Daneben gehört der ärztlich assistierte Suizid zu den Grenzfragen der Sterbehilfe.

2. Medizinisch assistierter Suizid

2.1. Ethischer Zugang. Orientierung am Normenschutz oder am Einzelschicksal?

(1) Anders als bei der Tötung auf Verlangen, die z.B. aufgrund der Lähmung eines Patienten nur von einem Dritten, ggf. vom Arzt durchgeführt würde, verbleibt beim ärztlich assistierten Suizid die Durchführung der Lebensbeendigung, d.h. die Tatherrschaft beim Patienten selbst. Durch die Beschaffung eines Medikamentes leistet der Arzt lediglich Beihilfe. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat zum ärztlich assistierten Suizid – zur Zeit 0,36 % der Todesfälle in der Schweiz, d.h. ca. 200 Menschen pro Jahr³⁶ – differenziert Stellung genommen und ihn als Konflikt- sowie als Grenzfall ärztlichen

³⁵ Hans-Ludwig Schreiber, Die Neuregelung der Sterbehilfe in den Niederlanden und Belgien – Vorbild für die Bundesrepublik?, in: H. Kreß / K. Racké (Hg.), a.a.O. 123 - 132, hier 131.

³⁶ Vgl. Johannes Fischer, Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften zur Suizidbeihilfe, in: Ethik in der Medizin 16 / 2004, 165 - 169, hier 169.

Handelns akzeptiert. Ihren 2004 publizierten Medizinisch-ethischen Richtlinien über die „Betreuung von Patienten am Lebensende“ gemäß (dort Punkt II.4.1.) muss der Arzt aber die folgenden ethisch-normativen Kriterien beachten: „Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist. Alternative Möglichkeiten der Hilfeleistung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt. Der Patient ist urteilsfähig, sein Wunsch ist wohlwogen, ohne äußeren Druck entstanden und dauerhaft. Dies wurde von einer Drittperson überprüft, wobei diese nicht zwingend ein Arzt sein muss.“

Auch wenn eine derartige Duldung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid unter die Einschränkung gestellt bleibt, dass es sich um eine Ausnahme handelt, bedeutet sie gegenüber traditionellen Anschauungen einen Bruch, schon allein weil der sog. Selbstmord grundsätzlich untersagt war. Herkömmlich erhoben philosophische Lehren sowie die christliche Theologie den dreifachen Einwand, eine Selbsttötung stelle ein Vergehen gegen den Mitmenschen, gegen sich selbst und gegen Gott als den Geber des Lebens dar. Heutzutage lassen sich derartige Vorbehalte, erst recht wenn sie in moralisierender Form vorgetragen werden, auch aus theologischer Perspektive der Sache nach nicht mehr aufrecht erhalten, obwohl sie gelegentlich, sogar katholisch-lehramtlich³⁷ nach wie vor tradiert werden. Dass in der evangelischen Theologie die moralisch-religiöse Verurteilung des sog. Selbstmordes revidiert wurde, wurde in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts ansatzweise bei Dietrich Bonhoeffer erkennbar. Seinem Ethikentwurf zufolge besitzt jeder Mensch ein „Recht auf das leibliche Leben“; zugleich stehe der Einzelne „in Freiheit seinem leiblichen Leben gegenüber“.³⁸ Hiermit hat vor ca. 60 Jahren ein damaliger Vordenker der evangelischen Theologie den Leitgedanken der neuzeitlichen rationalen Naturrechtslehre aufgegriffen, der eingangs (in Abschnitt A. 1.) wiedergegeben worden ist; die philosophische Naturrechtstheorie hatte die Schutz- sowie die Selbstbestimmungs- und Freiheitsrechte zur Geltung gebracht, die jedem Einzelnen auch im Umgang mit seinem Leib und Leben zukommen. Indem Bonhoeffer die „Freiheit“ des Menschen „seinem leiblichen Leben gegenüber“ anerkannte, bahnte sich bei ihm zugleich die Einsicht an, dass das „Recht“ auf Leben, das ein jeder Mensch ohne Einschränkung, vorbehaltlos besitzt, nicht mit einer unbedingten „Pflicht zum Leben“ oder mit einem von außen auferlegten Lebenszwang verwechselt werden darf. Dies gilt letztlich sogar im engeren theologischen Sinn, nämlich in Anbetracht der Beziehung zwischen Gott als dem Schöpfer und dem Menschen als Geschöpf. Von Plato bis zu dem evangelischen Theologen Karl Barth (1886 - 1968) hatte die geistesgeschichtliche Überlieferung gelehrt, der Mensch dürfe das Leben, das eine Gabe oder ein Geschenk Gottes sei, nicht zurückweisen, da

³⁷ Vgl. Katechismus der katholischen Kirche, München 1993, Nr. 2280ff.

³⁸ Dietrich Bonhoeffer, Ethik, München 9. Aufl. 1981, 165, 180.

dadurch Undankbarkeit und eine sündige Missachtung der Güte Gottes zum Ausdruck gebracht würden. In der Auseinandersetzung mit diesem Argument, das aus der Deutung des Lebens als Gabe Gottes eine Pflicht zu leben ableitete, gab in neuerer Zeit der Theologe Harry M. Kuitert zu bedenken: „Ich sehe nicht ein, warum das aus dem Bekenntnis zu Gott dem Schöpfer und Erlöser folgen müsste. Man kann zwar bekennen, dass das menschliche Leben durch Gott als Geschenk gemeint ist, aber das schließt nicht ein, dass wir es immer und überall als ein Geschenk annehmen müssen, auch wenn wir nichts mehr von dem Geschenkcharakter in unserem Leben fühlen. Es würde bedeuten, dass das Geschenk uns als Geschenk aufgezwungen wird“, was „nicht mehr dem allerwesentlichsten Kennzeichen eines Geschenks entspricht, nämlich dass wir es als Geschenk erleben“.³⁹ In theologischer Perspektive nötigt das Verständnis des Lebens als Geschenk und gute Gabe Gottes also nicht dazu, ein Leben, das zur unerträglichen Last geworden ist, unter allen Umständen auf sich nehmen oder es verlängern zu müssen. Aus dem Gabe-Charakter des Lebens ist, auch theologisch, statt des Postulats einer (absoluten) Lebenspflicht der Impuls eines verantwortungsbewussten Umgangs mit ihm abzuleiten.

(2) Die voranstehenden Bemerkungen haben Aspekte der Ethiktradition und – diskussion zum Suizid⁴⁰ nur angedeutet. Die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz hat sich in ihren Thesen 22 bis 25, die die „Problematik der Selbsttötung“ betreffen, nun mit konkreten Rechtsfragen befasst, die ihrerseits ethisch relevant sind. Die Kommission legt Wert darauf, dass es sich beim medizinisch assistierten Suizid um eine Grenz- und Ausnahmesituation handelt. Zugleich erinnert sie an die Aporie der geltenden deutschen Rechtslage, die nicht nur den Suizidversuch, sondern auch die Beihilfe zum Suizid straffrei lässt, jedoch eine Hilfeleistungspflicht Dritter, d.h. auch des Arztes statuiert, sobald der Suizidversuch eingesetzt hat. Diesen Widerspruch korrigierend lautet These 24 (vgl. Empfehlung 3) des Berichtes: „Die Pflicht zu Rettungsmaßnahmen (Garantenpflicht, § 323 c StGB) sollte nach Auffassung der Kommission nicht angenommen werden, wenn die Suizidentin oder der Suizident nach ihrem oder seinem deutlich erkennbar geäußerten Willen auf Hilfe verzichten und ihr oder sein Leiden beenden wollte“.⁴¹

Sofern bei einem Patienten ein Suizidwunsch besteht, ist es um des Lebensschutzes willen ethisch geboten, dass der Arzt mit ihm und möglichst auch mit seinen Angehörigen einen Dialog führt, um zu erwirken, dass der Patient den Suizidwunsch hinter sich lässt.

³⁹ Harry M. Kuitert, *Das falsche Urteil über den Suizid. Gibt es eine Pflicht zu leben?*, Stuttgart 1986, 119f (im Orig. z.T. kursiv).

⁴⁰ Als Übersicht: Adrian Holderegger, *Suizid, ethisch*, in: Wilhelm Korff u.a. (Hg.), *Lexikon der Bioethik* Bd. 3, Gütersloh 1998, 496 - 499.

⁴¹ Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz, a.a.O. 105.

Letztlich kann sich dann aber doch die Frage stellen, ob die Beihilfe eines Arztes zum Suizid in Ausnahmefällen mit seiner Arztrolle vereinbar ist. Das Argument der Bioethik-Kommission lautet, dass die authentische, wohlbedachte Entscheidung eines Patienten, sein Leben beenden zu wollen, unter den jeweiligen Umständen, aus Achtung vor seiner Person und aufgrund des Respektes vor seiner individuellen Selbstbestimmung Vorrang besitzen kann vor dem generellen, überindividuellen Anliegen, die Arztrolle als solche zu schützen.

Eine Minderheit hat dieser Position nicht zugestimmt, sondern genau umgekehrt argumentiert, der Schutz und die Bewahrung der auf Lebensrettung und -erhaltung hin definierten Arztrolle seien höher zu gewichten als die Achtung vor dem Wunsch eines Einzelnen. Im Minderheitenvotum heißt es: „Auch Fälle unerträglichen, unheilbaren Leidens begründen wegen der notwendigen Bewahrung des Vertrauens in ärztliches Handeln und der Gefahr des Dammbrochs nicht eine standesrechtlich legitimierte ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung.“⁴²

Auf diese Weise tritt in dem Kommissionsbericht ein ethisch und rechtlich weitreichender Bewertungsgegensatz zutage, nämlich zwischen generellem Normenschutz oder Rollenschutz einerseits, der Berücksichtigung von Einzelschicksalen andererseits. Die Einschätzung, die Respektierung von Normen, gesellschaftlich-kulturell definierten Rollen oder Rollenzuschreibungen besitze Vorrang, spielt auch bei weiteren biomedizinischen und sonstigen gesellschaftlichen Streitfragen eine Rolle. So geht es zum Beispiel bei der Debatte um den vorgeburtlichen Lebensschutz und bei der Kritik an embryonaler Stammzellforschung oder der Präimplantationsdiagnostik oftmals gar nicht um den Schutz eines bestimmten einzelnen Embryos, sondern statt dessen um den generellen Schutz der Menschenwürde oder des Lebens als Idee oder Prinzip. Es ist vor allem die katholische Amtskirche, die sich in den letzten Jahren zunehmend auf die Position festlegte, moralische Prinzipien so sehr in den Vordergrund zu rücken, dass die Belange einzelner Menschen ganz zurücktreten, situative Fallentscheidungen abgelehnt werden und die Einzelfallgerechtigkeit beiseite gerückt wird. Auf diese Weise wird der abstrakte Normenschutz individuellen Schicksalen und der Berücksichtigung von Einzelumständen vorgeordnet; normative sowie folgenethische Abwägungen werden abgewiesen. Hieraus erklärt sich z.B. der Rückzug der katholischen Kirche aus dem gesetzlich geordneten System der Schwangerschaftskonfliktberatung, der in Deutschland von 1998 an erfolgte. Weil das katholische Lehramt das Prinzip des vorgeburtlichen Lebensschutzes und das Verbot der Abtreibung, welche „in sich schlecht“ sei und daher „niemals“ geduldet werden dürfe⁴³, in absoluter und kompromissloser Form vertritt, hat es die Chance, mit Hilfe der Schwangerschaftskonfliktberatung Frauen in

⁴² Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz, a.a.O. 144 (Minderheitenvotum).

⁴³ Vgl. Papst Johannes Paul II., Enzyklika *Evangelium vitae*, 25. März 1995, Nr. 58 - 62.

Notsituationen beizustehen und durch Beratung eventuell zur Fortführung von Schwangerschaften und zur Lebensrettung des Fetus beitragen zu können, ganz bewusst in den Hintergrund gerückt.⁴⁴ An dieser Stelle zeigte sich das Problem eines Prioritätenkonfliktes zwischen abstraktem Normenschutz einerseits versus Orientierung am Individuum und Berücksichtigung konkreter Umstände andererseits in den zurückliegenden Jahren besonders krass. Bei Fragen, die den Lebensbeginn, aber auch das Lebensende betreffen (vgl. hierzu nochmals unten Abschnitt C.3.3.: „Der Vorrang persönlicher Entscheidungen“), optiert die katholische Kirche in verstärktem Maß rigoristisch bzw. normativistisch.

Demgegenüber ist aber zu beachten: Ein abstrakter Normenschutz überspielt die Grund- und die Freiheitsrechte, die am Individuum orientiert sind, und begibt sich in einen Widerspruch zur Entwicklungslogik sowie zu den Grundlagenüberzeugungen der neuzeitlichen Ethik und Verfassungsordnung, die die Wende zu den Grund- und Selbstbestimmungsrechten des Subjekts sowie zum Autonomiegedanken vollzogen haben. An den Belangen der einzelnen Menschen Maß zu nehmen, stand bei den Beratungen zum Bonner Grundgesetz vor Augen, als im Jahr 1948 in Anspielung auf das Wort Jesu in Mark. 2, 27 („Der Sabbat ist um des Menschen willen gemacht, und nicht der Mensch um des Sabbats willen“) in Artikel 1 (1) des Herrenchiemseer Entwurfes die Formulierung geprägt wurde: „Der Staat ist um des Menschen willen da, nicht der Mensch um des Staates willen.“ Sofern ein starrer Normen- oder Rollenschutz, darunter ein abstraktes Lebensschutzprinzip oder der Schutz der Arztrolle, dazu führen, existentielle Belange und eigenverantwortliche Entscheidungen Einzelner zu sehr in den Hintergrund geraten zu lassen, droht dies langfristig überdies die Normakzeptanz als solche zu untergraben. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts gehörte Georg Simmel zu den Vordenkern der modernen Sozial- und Lebensphilosophie, die sich konzeptionell mit der Verhältnisbestimmung von Individuum und Kultur, von subjektiven und objektiven Werten auseinander setzte. Simmel gab zu bedenken, dass Rechtsnormen, die von der Lebenswelt und Alltagsexistenz abgehoben sind, „absolut“ und „selbstzwecklich“ zu werden und in Widerspruch zum teleologischen Sinn des Rechtes zu geraten drohen.⁴⁵ Zudem sind die Postulate der Billigkeit, der Epikie und der Einzelfallgerechtigkeit zu beachten. Hieraus resultieren kritische Rückfragen an die Auffassung, die in dem oben⁴⁶ erwähnten Minderheitsvotum der Mainzer Bioethik-

⁴⁴ Vgl. Walter Schöpsdau, Wie der Glaube zum Tun kommt. Wege ethischer Argumentation im evangelisch-katholischen Dialog und in der Zusammenarbeit der Kirchen, Bensheimer Hefte 102, Göttingen 2004, 96, 134.

⁴⁵ Vgl. Georg Simmel, Lebensanschauung. Vier metaphysische Kapitel, München / Leipzig 1918, 90.

⁴⁶ S. o. Anm. 42.

Kommission in exemplarischer Form deutlich wird, nämlich an die umstandslose Ablehnung jeder ärztlichen Assistenz bei einem eigenverantworteten Suizid. Demgegenüber argumentiert das Mehrheitsvotum, dass die „Bewahrung des generellen Vertrauens in ärztliches Handeln ..., so gewichtig sie sei, keine Rechtfertigung dafür sein“ kann, „dem Einzelnen objektiv nicht linderbares Leiden zuzumuten. Solches Leiden dürfe einem Einzelnen nur zugemutet werden, wenn Lebensinteressen eines anderen zu verteidigen seien. Demgegenüber habe im Konflikt zwischen dem selbstbestimmten, vom Leiden motivierten Wunsch des Einzelnen und gesellschaftlichen oder standesrechtlichen Interessen unter bestimmten Umständen der Einzelne moralische Prävalenz.“⁴⁷

2.2. Die Notwendigkeit rechtlicher Präzisierungen

Was die in Deutschland geltende Rechtslage anbelangt, kommt hinzu: Es ist schwer tragbar, in welchem Grad die den Suizid betreffenden Rechtsnormen inkohärent und selbstwidersprüchlich sind, indem sie einerseits die Beihilfe zum eigenverantworteten Suizid gestatten, andererseits aber Dritten vorschreiben, nach Beginn eines auf bewusster Entscheidung beruhenden Suizids Maßnahmen der Lebensrettung zu unternehmen, die der Betroffene nicht wünscht. Darüber hinaus sind zusätzliche Probleme zu beachten, darunter der Trend, dass deutsche Sterbewillige in die Schweiz fahren, oder die Einfuhr von den Suizid bewirkenden Betäubungsmitteln durch Mitglieder ausländischer Organisationen sowie fragwürdige Aktivitäten von Sterbehilfeorganisationen auch im Inland. Aufgrund der in der Bundesrepublik Deutschland geltenden Rechtslage ist es zum Beispiel zweifelhaft (!), ob „diejenigen, die Plastiktüten als Erstickungshilfe an Kranke verteilen, sich verbotener Täterschaft strafbar machen“.⁴⁸ In dieser Hinsicht sprach sich die Bioethik-Kommission geschlossen für eine Verschärfung des Strafrechts aus, so dass es in der „Empfehlung 3“ heißt: „Die Mitwirkung bei einer Selbsttötung sollte gesetzlich verboten und unter Strafe gestellt werden, wenn sie aus Gewinnsucht erfolgt. Dem Gesetzgeber wird empfohlen, Kriterien zur Bewertung von Organisationen zu erarbeiten, die sich mit der Unterstützung der Selbsttötung befassen.“ Davon abgesehen, dass solchen Missbräuchen und Kommerzialisierungen zu wehren ist, legt die Kommission in der „Empfehlung 3“ dem Gesetzgeber nahe, die Inkohärenz des geltenden Rechtes zu korrigieren. Unter bestimmten Bedingungen, in Grenzfällen kann eine Mitwirkung des Arztes an einem freiwilligen, eigenverantworteten Suizid ethisch legitimierbar und sollte daher legal sein: „Eine Aussage zur Garantenstellung und zur Hilfeleistungspflicht nach einem Selbsttötungsversuch ist

⁴⁷ Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz, a.a.O. 108f (zu These 25 / Mehrheitsvotum).

⁴⁸ H.-L. Schreiber, a.a.O. 130.

wünschenswert. So sollte im Gesetz klargestellt werden, dass eine Garanten- und eine Hilfeleistungspflicht jedenfalls dann nicht besteht, wenn ein Suizidversuch nach ernsthafter Überlegung und aufgrund freier Willensbestimmung zur Beendigung schweren unheilbaren Leidens begangen worden ist.“ Zur Zeit besteht indessen kaum Aussicht, dass der Gesetzgeber oder dass zumindest die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ diesen Vorschlag aufgreifen. Immerhin hat ein Mitglied der Enquete-Kommission, Michael Kauch (FDP), eine Debatte darüber gefordert, „ob in Deutschland Regelungen für einen assistierten Suizid gefunden werden können, die für ethisch vertretbar gehalten werden“.⁴⁹

2.3. Die Frage des freien Entschlusses

Wenn die Beihilfe zum Suizid ethisch und rechtlich geduldet wird, was der Sache nach bereits jetzt der Fall ist – jedenfalls sofern man von der geschilderten rechtlichen Inkohärenz absieht, die schon allein um der Rechtsklarheit willen der Korrektur bedarf –, so beruht dies auf der Einsicht, dass ein eigenverantworteter Suizid, der von schwerem, unerträglichem oder als entwürdigend empfundenem Leiden motiviert ist, ethisch nicht als verwerflich gelten kann. Der evangelische Theologe Dietrich Bonhoeffer ging sogar so weit, den Opfersuizid eines Kranken, der aus ökonomischen Gründen verübt wurde, als tolerabel anzusehen.⁵⁰ Einen solchen Satz würde heutzutage schon allein aufgrund der Rationierungsproblematik niemand mehr formulieren. Angesichts des Suizids bricht ethisch-normativ ein Wertkonflikt zwischen Lebensschutz bzw. Lebenserhaltung einerseits, dem Selbstbestimmungsrecht andererseits auf. Dass auch in schweren Krankheitssituationen eine freie, eigenverantwortete, persönlich authentische Entscheidung möglich sein kann, lässt sich nicht abstreiten, so lange man eingesteht, dass Entscheidungsfreiheit generell nicht absolut, sondern relativ, in der Relationalität zu psychischen sowie sozialen Faktoren zu deuten ist. Beim Suizidwunsch Schwerkranker oder Sterbender werden Schwankungen in der Willensbildung zu beobachten sein, ebenso wie Motive des Appells an die Anderen und der bewussten Bilanzziehung ineinander übergehen, so dass die „Komplementarität von Bilanz- und Appell-Aspekten und der Ambitionen der Patienten wie ihrer Umgebung“ zu beachten sind.⁵¹ Aus der existentiellen Notsituation der Betroffenen ergibt sich ethisch und menschlich das Gebot, Einzelne, die einen Suizid erwägen, hiervon so weit es geht abzuhalten, sie dauerhaft

⁴⁹ Zit. in Ärzte-Zeitung online, 05.07.2004.

⁵⁰ Vgl. D. Bonhoeffer, a.a.O. 182.

⁵¹ J. F. Spittler, Die präsuizidale Entwicklung zu einem assistierten Suizid, in: Nervenheilkunde 23 / 2004, 292 - 296, hier 292.

mitmenschlich zu begleiten und den Faktor der Zeit ernst zu nehmen, deshalb vor allem kurzfristig gefassten oder kurzschlüssigen Entscheidungen entgegenzuwirken, ihnen Möglichkeiten und Sinnperspektiven des Weiterlebens nahezubringen und sie auf ihre Einbindung in familiäre oder mitmenschliche Beziehungen oder auf ihre Verantwortlichkeit für Dritte anzusprechen. Daher hat die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz betont, dass ein eigen- und freiverantwortlicher Suizid letztlich zwar akzeptiert werden soll. Jedoch bleibt hiervon in ethischer Hinsicht „die Pflicht unberührt, sich bereits im Vorfeld zu bemühen, die Patienten von diesem endgültigen Schritt abzuhalten. Dazu gehört die Gabe ausreichender Schmerzmittel ebenso wie das Bemühen um Gespräche, in denen auch religiöse oder weltanschauliche Sinndeutungen sowie vor allem mitmenschliche Einbindungen eine Rolle spielen sollten.“⁵²

Dem Problem, ob es sich bei schwer leidenden Patienten tatsächlich um einen „freien“, d.h. wohl erwogenen und authentischen, ohne äußeren Druck erfolgten Entschluss handelt, geht ebenfalls die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften nach. Sie empfiehlt Ärzten und Betreuungseinrichtungen, „die vielfältigen Abhängigkeiten der älteren, pflegebedürftigen Person, die das Risiko einer Suizidalität erhöhen können, zu beachten“ und sicherzustellen, „dass die erforderlichen palliativen, therapeutischen und/oder psychiatrischen Massnahmen vorgeschlagen bzw. durchgeführt werden, ebenso, dass ein seelsorgerlicher Beistand vorgeschlagen und, falls gewünscht, vermittelt wird.“⁵³ Unter Berücksichtigung solcher Gesichtspunkte ist dann allerdings zuzugestehen, dass Menschen, die angesichts ihres Krankheits- bzw. Sterbeprozesses einen Suizid erwägen, die Fähigkeit zur eigenverantworteten Entscheidung nicht abgesprochen werden kann. – Der voranstehende Abschnitt B erörterte Grenzprobleme und Ausnahmesituationen. Im Mittelpunkt der derzeitigen Rechtsdebatte sollte indessen die passive Sterbehilfe stehen. Um der Rechtsklarheit und -verlässlichkeit willen sollte der Gesetzgeber klarstellen, dass und unter welchen Voraussetzungen vorsorgliche Patientenverfügungen tatsächlich verbindlich sind.

⁵² Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz, a.a.O. 105 (zu These 24).

⁵³ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen (s. Anm. 1), II.5.2.

C. Gegenwärtige Kernprobleme. Der Umgang mit passiver Sterbehilfe

1. Die Notwendigkeit persönlicher Entscheidungen

Eingangs (in Abschnitt A.) ist angesprochen worden, dass im Zuge der neuzeitlichen Wende zur Autonomie das Recht auf Selbstbestimmung ethisch unhintergebar sowie verfassungsrechtlich fundamental geworden ist. Daher besitzen Patienten, die ansprechbar, äußerungs- und urteilsfähig sind, im Umgang mit ihrer Gesundheit, Krankheit und ihrem Sterbeprozess eigene Entscheidungsrechte sowie Entscheidungsfreiheit. Persönliche Entscheidungsbefugnisse gelten ebenfalls prospektiv. Der Sachverhalt zukunftsbezogener, prospektiver Entscheidungen ist als solcher keineswegs unvertraut (z.B. Regelungen über das Erbe im Testament). Jedoch ist es geistes- und medizingeschichtlich neuartig und kulturell sowie existentiell durchweg uneingeübt, dass Menschen antizipatorisch speziell über medizinische Konfliktsituationen entscheiden, die futurisch sind und Eventualfälle darstellen, darunter Fortführung versus Abbruch künstlicher Lebensverlängerung, Durchführung versus Verzicht auf eine Operation, o.a. In der Moderne treffen zwei einschneidende Umbrüche zusammen: erstens in geistig-kultureller Hinsicht die Säkularisierung und die Pluralisierung der Gesellschaft, so dass traditionelle religiöse Bindungen oft keine eindeutige Orientierung mehr bieten und Religionen oder Konfessionen ratsuchenden Menschen, die in ihrer persönlichen Entscheidungssuche verunsichert sind, nur noch in begrenztem Maß innere Stabilität vermitteln können, sowie zweitens in medizinisch-naturwissenschaftlicher Hinsicht die Erkenntnisfortschritte und Handlungsoptionen der modernen technisierten Medizin. Diese hat human sinnvolle Chancen der Lebensrettung und der zusätzlichen Lebensqualität mit sich gebracht. Ihre Kehrseite besteht freilich in einer potentiellen Über-Medikalisierung von Krankheit und Sterben. In zahlreichen Fällen droht das Lebensende medizinisch-technisch überfremdet zu werden, woraus die Verlängerung von Leiden und Schmerzen resultieren. Anders als in der Vergangenheit wird heutzutage zumeist nicht mehr der plötzliche Tod, sondern das lang anhaltende, medizintechnisch überdeterminierte Sterben gefürchtet, das für Betroffene oft mit dem Gefühl der Heteronomie und Entwürdigung einhergeht. Darüber hinaus könnte in Zukunft zunehmend relevant werden, dass ein Sterben in Würde durch medizinische Rationierungsmaßnahmen beeinträchtigt wird. Unter Umständen treffen beide Sachverhalte, die technische Überfremdung sowie die ökonomische Rationierung, zusammen, z.B. indem in Pflegeeinrichtungen künstliche Ernährung durchgeführt wird, um die personal-, zeit- und kostenintensive Betreuung durch Pflegekräfte einzusparen.⁵⁴

⁵⁴ Vgl. Christian Kolb, Künstliche Ernährung bei Demenzkranken. Ethische Aspekte aus Sicht der Pflege, in: Ethik in der Medizin 16 / 2004, H. 3, vorab online publiziert am 14.08.2004.

Weil ein Sterben in Würde vor vielfältigen Hintergründen in Frage gestellt zu werden droht, entstehen existentiell sowie kulturell neuartige Herausforderungen. Im Jahr 1923 hatte der protestantische Kulturphilosoph Albert Schweitzer in seiner Schrift „Kultur und Ethik“ die Steigerung individueller Freiheit und Gewissensverantwortung empfohlen, um den Sachzwängen und inhumanen Strukturen der – damaligen – technologischen Zivilisation mit ihrer fortschreitenden Anonymisierung und Bürokratie gesinnungsethisch ein Gegengewicht zu verleihen. Schweitzers Postulat einer „Steigerung des Verantwortungsgefühls“ gewinnt angesichts heutiger medizinisch-technischer Überfremdungen von Gesundheit, Krankheit und Sterben einen zusätzlichen Gehalt im Sinne individuell wahrgenommener Präventionsverantwortung, die u.a. auch die Umstände des eigenen künftigen Sterbens ins Auge fasst.⁵⁵ Daher sollten sich Menschen zur bewussten Verantwortungsübernahme für ihre eigene Gesundheit und Krankheit sowie ihren künftigen Sterbeprozess bereit finden. Hierzu gehört die Bereitschaft, mit Hilfe von Patientenverfügungen für sich selbst passive Sterbehilfe einzufordern, zusätzliche Maßnahmen der künstlichen Lebensverlängerung abzulehnen oder für bestimmte Fallkonstellationen einen Therapieabbruch zu verlangen.

2. Die Rechtsverbindlichkeit von Patientenverfügungen

Weil das Freiheits- und Selbstbestimmungsrecht normativ so grundlegend ist, wie es eingangs (s.o. Abschnitt A) skizziert wurde, liegt die Schlussfolgerung nahe: Patientenverfügungen, die die passive Sterbehilfe, das Sterbenlassen betreffen, sollen dann, wenn sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen, rechtswirksam sein, so dass Dritte, vor allem Ärzte oder Angehörige sowie ggf. Betreuer oder Richter, tatsächlich an sie gebunden sind. Dieses Postulat hat im Juni 2004 die beim Bundesjustizministerium tätige Kommission „Patientenautonomie am Lebensende“ erneuert. Zuvor hatte im April 2004 die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz empfohlen, die Rechtsverbindlichkeit auf gesetzlichem Niveau klarzustellen.

Im Einzelnen bestehen hierzu freilich erhebliche Meinungsunterschiede, denn es werden nach wie vor restriktive Positionen vertreten, die die Geltung und Reichweite von Patientenverfügungen gezielt einschränken möchten. In diese Richtung votiert mehrheitlich jetzt ebenfalls die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“. Ihr Vorsitzender René Rösper hob am 31. August 2004 hervor, „dass ein vor dem Erkrankten geäußelter Wunsch nach Behandlungsabbruch nur dann befolgt werden solle, wenn die Krankheit irreversibel zum Tode führe und wenn die Basisversorgung mit Essen und Trinken

⁵⁵ Ausführlicher: H. Kreß, Medizinische Ethik, 2003, 11ff, 16, 28ff, 33ff, 166ff, 171ff u. passim.

nicht unterbrochen werde“. Dies bedeutet einen Widerspruch gegen die Auffassung, die auf die prinzipielle Verbindlichkeit von Patientenverfügungen, z.B. auch für die Situation des Wachkomas, abzielt.⁵⁶ Was die richterliche Rechtsprechung anbelangt, so haben in den zurückliegenden Jahren der Bundesgerichtshof sowie andere Gerichte die Bindungswirkung von Patientenverfügungen zwar wiederholt bekräftigt. Zugleich ist auf dem Weg höchstrichterlicher Rechtsfortbildung festgelegt worden, dass sich Betreuer, die von einem Gericht eingesetzt werden, an Patientenverfügungen zu halten haben und dass ebenfalls Vormundschaftsgerichte an sie gebunden sind. Das Urteil des BGH vom 13.03.2003 hatte dann jedoch Zweifel über die Gültigkeit von Vorabentscheidungen erzeugt, welche den Umgang mit Krankheit und schwerem Leiden vor der unmittelbaren Sterbephase betreffen. Überhaupt ist bei Ärzten, Angehörigen und sogar bei Gerichten⁵⁷ nach wie vor Ungewissheit vorhanden, ob und in welchem Maß mündliche Erklärungen oder schriftliche Patientenverfügungen für Dritte rechtlich verpflichtend sind. Um Handlungssicherheit und Vertrauensschutz zu schaffen sowie – ein gewichtiger Punkt – um der verfassungsrechtlichen Wesentlichkeitstheorie Genüge zu leisten, steht der Gesetzgeber in der Pflicht, selbst tätig zu werden und auf gesetzlichem Niveau die Tragfähigkeit sowie die Reichweite festzulegen, die Patientenverfügungen für den Sterbeprozess, aber auch für vorherige Krankheitsphasen zukommen. So wegweisend die Rechtsfortbildungen waren, die – sicherlich durch das Schweigen des Gesetzgebers mitbedingt – vom Bundesgerichtshof über Jahre hinweg vorgenommen worden sind, so ist letztlich nun das Parlament dazu aufgerufen, zum Umgang mit dem Ende des menschlichen Lebens Verlässlichkeit und Rechtsklarheit zu erzeugen und einer weiteren Erosion des Rechtsvertrauens und der ärztlichen Handlungssicherheit entgegenzuwirken.

Im April 2004 hat die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz daher die Initiative ergriffen und ist über andere Voten, darunter das der Bundesärztekammer⁵⁸, hinausgegangen, indem sie für die unmissverständliche Rechtsverbindlichkeit von Patientenverfügungen plädierte. Weil der Staat das Recht des Einzelnen auf Selbstbestimmung nicht einschränken darf oder soll, sondern es statt dessen zu stützen hat, obliegt es ihm, die Rechtsverbindlichkeit von Patientenverfügungen zu verbürgen, die dem persönlichen Selbstbestimmungsrecht Ausdruck verleihen. Dies gilt jedenfalls dann, wenn die Verfügungen valide und tragfähig

⁵⁶ Zit. nach FAZ, 01.09.2004, 5. Vgl. Ärzte-Zeitung online, 26.08.2004.

⁵⁷ Vgl. Gisela Bockenheimer-Lucius, Verwirrung und Unsicherheiten im Umgang mit der Patientenverfügung, in: Ethik in der Medizin 15 / 2003, 302 - 306, Günter Bertram, Beweislastfragen am Lebensende, in: Neue Juristische Wochenschrift 57 / 2004, 988f.

⁵⁸ Vgl. die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, rev. Fassung, in: Deutsches Ärzteblatt 101 / 2004 (07.05.2004), A 1298 - A 1299.

sind. Hierfür nannte die Kommission drei Kriterien bzw. Bedingungen (vgl. These 5 / Empfehlung 4 des Berichtes der Bioethik-Kommission): Erstens müssen sie schriftlich abgefasst sein. Zweitens sollen sie hinreichend konkret sein. Es soll also ersichtlich sein, dass der Betreffende den Krankheitsverlauf, so wie er ggf. konkret eingetreten ist, paradigmatisch im Blick gehabt hat. Drittens: Eine Patientenverfügung soll auf der Basis von Beratung erstellt worden sein.

Das dritte Kriterium, das den Nachweis einer „hinreichenden“ Beratung verlangt und „idealerweise“ einen „längeren Reflexionsprozess“ empfiehlt⁵⁹, hat die Funktion sicherzustellen, dass eine Patientenverfügung, in der es um Leben oder Sterben geht, auf keiner unbedacht oder voreilig verfassten, sondern auf einer wohldurchdachten und in diesem Sinn freien, eigenverantwortlichen Entscheidung beruht. Das Kriterium „hinreichend konkret“ rückt darüber hinaus ins Licht, dass zur Zeit Formulare von Patientenverfügungen (auch kirchliche Texte) in Umlauf sind, die derart vage und allgemein bleiben, dass sie für den behandelnden Arzt keine wirkliche Hilfestellung bieten und ihn schon gar nicht binden können. Der Deutlichkeit halber halten These 4 und 5 der Bioethik-Kommission fest, dass sonstige mündliche oder schriftliche Äußerungen eines Patienten ebenfalls stets „wirksam“ sind und beachtet werden müssen, wenn in einer Situation, in der dieser sich nicht mehr äußern kann, die Ermittlung seines – in diesem Fall mutmaßlichen – Willens notwendig wird. In Patientenverfügungen, die ärztliches Handeln rechtlich aber auf jeden Fall „binden“ sollen, müssen konkrete Krankheitsverläufe in nachvollziehbarer Form paradigmatisch antizipiert sein und die jeweiligen Entscheidungen klar zutage treten. Zudem sollten die individuellen Bewertungsmaßstäbe, d.h. die biographisch verankerten, moralischen oder weltanschaulichen Optionen des Patienten ersichtlich werden. Seine Möglichkeit zum schriftlichen oder mündlichen, u.U. auch zum durch faktisches, schlüssiges, konkludentes Verhalten verdeutlichten Widerruf bleibt dabei dem Prinzip des Selbstbestimmungsrechtes gemäß unbenommen.

Die beim Bundesjustizministerium angesiedelte Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ hat am 10.06.2004 (unter Punkt III.2. ihres Berichtes) vergleichbare Kriterien aufgelistet und diese noch genauer ausdifferenziert. Darüber hinaus hat sie Textbausteine für eine valide Patientenverfügung zusammengestellt.⁶⁰ Belangvoll ist die Empfehlung, die Patientenverfügung mit einer Vorsorgevollmacht zu verbinden, durch die ihr Verfasser einen Gesundheitsbevollmächtigten des eigenen Vertrauens benennt. Im Zweifel vermag der Bevollmächtigte im Sinn des Patienten, der selbst nicht mehr äußerungsfähig ist,

⁵⁹ Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz, a.a.O. 41, 139 (zu These 5 / Empfehlung 4).

⁶⁰ In: Patientenverfügung, hg. vom Bundesministerium der Justiz Berlin (<http://www.bmj.bund.de>), Juli 2004.

Interpretationen abzugeben und für ihn zu entscheiden. Darüber hinaus sollte daran gedacht werden, diesem Bevollmächtigten außer zu Fragen von Gesundheit, Krankheit und des Verlaufes des Sterbeprozesses eine Berechtigung zu erteilen, in Bezug auf Vermögensangelegenheiten tätig zu werden. In einer speziellen Hinsicht ist die beim Bundesjustizministerium tätige Arbeitsgruppe – m.E. aus gutem Grund – über das Votum der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz hinausgegangen. Sie schlug vor, dass einem Gesundheitsbevollmächtigten, der vom Patienten selbst ausgewählt worden ist, als Stellvertreter des nicht mehr kommunikationsfähigen Betroffenen ein höheres Maß an Entscheidungskompetenz zuzugestehen ist als einem vom Staat bestellten sonstigen Betreuer.⁶¹ Weil der Wille und die Entscheidungen, darunter die früher vorgenommenen Festlegungen des jeweiligen Patienten ausschlaggebend sind und da er den Bevollmächtigten ja aus eigenem Entschluss heraus persönlich benannt hat, ist diese Akzentsetzung, die die Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ vornahm, plausibel. Gegenüber Vorschlägen auch von Seiten der Enquete-Kommission, die Entscheidungsbefugnisse des Bevollmächtigten zu relativieren – so dass ihm zusätzliche Gremien, etwa ein Ethikonsil zwingend zur Seite gestellt werden sollen –, besitzt diese Position der Arbeitsgruppe des Bundesjustizministeriums hohe Überzeugungskraft.

3. Relevante Einzelfragen

3.1. Patienten im Wachkoma

These 19 des Berichtes der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz erörtert Probleme der Sterbehilfe bei Wachkomapatienten. Aufgrund von Gehirnschädigungen ist ihre Fähigkeit zur Kommunikation und zum bewussten Kontakt mit der Umgebung schwer gestört bzw. erloschen. Andererseits ist der Hirnstamm aktiv geblieben, so dass vitale und vegetative Funktionen (Herzschlag, Durchblutung, Verdauung, evtl. auch selbständige Atmung) weiter vorhanden sind. Daher sind Patienten mit apallischem Syndrom keine Sterbenden. Durch künstliche Ernährung, d.h. durch das Legen einer PEG-Sonde lassen sich ihre Vitalfunktionen über Jahre hinweg aufrecht erhalten. Unabdingbar sind die pflegerische Begleitung und das Gebot, um der Verbesserung der Aussichten willen möglichst frühzeitig Maßnahmen zur Rehabilitation zu ergreifen. Wie erfolgreich eine Rehabilitation letztlich sein wird, hängt freilich wesentlich davon ab, ob das Wachkoma auf äußere Einwirkungen zurückgeht, ob es also verletzungs- oder traumatisch bedingt ist oder ob spezielle Krankheitsursachen vorliegen, ob also „ein Trauma oder ein Sauerstoffmangel (Hypoxie) Ursache des Wachkomas ist. Bei

⁶¹ Vgl. den Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ vom 10. Juni 2004, a.a.O. 49f (unter Punkt V.1.2.2 b).

atraumatischer (meist hypoxischer) Genese ist die Remissionschance deutlich schlechter als bei traumatischer Genese. Ist ein Wachkoma durch Sauerstoffmangel bedingt, ist nur innerhalb weniger Wochen mit einer Remission zu rechnen. Bei einem traumatischen Auslöser beträgt die Dauer, innerhalb derer eine Remission denkbar ist, maximal 1 Jahr.“⁶²

Der medizinisch-naturwissenschaftliche Erkenntnisstand über das apallische Syndrom ist nach wie vor begrenzt. Daher müssen ethische und rechtliche Erwägungen im Licht neuer neurologischer Einsichten ggf. präzisiert oder korrigiert werden. Gegenwärtig ist aber festzuhalten, dass nach langer Dauer die Chance auf eine – und sei es nur ganz eingeschränkte – Wiederherstellung von Patienten zu einem bewussten, kommunikativen Leben gegen Null sinkt. Für die ethische Urteilsfindung kommt hinzu, dass Patienten im Wachkoma nicht mehr aus sich selbst, ihrer eigenen natürlichen Lebensfähigkeit heraus, sondern nur aufgrund einer technischen Substitution leben, die auf der künstlichen Nahrungszufuhr beruht. Zum Vergleich ist – ungeachtet aller Differenzen, die zwischen den verschiedenen Lebensphasen anthropologisch-ethisch aufzuzeigen sind – daran zu erinnern, dass in der Debatte über den Lebensbeginn und den Embryonenschutz die in der eigenen Existenz begründete Fähigkeit zu leben und sich zu entwickeln (*potentia subjectiva*) eine beträchtliche Rolle spielt. Nun lässt sich dasjenige, was ethisch zulässig oder ethisch geboten ist, aus Vorgaben der Natur nicht einfach ableiten (Problem des naturalistischen Fehlschlusses). Ebenso wenig lassen sich ethische Gebote aber aus dem technisch Machbaren oder aus dem medizinisch-technisch Möglichen deduzieren; in dieser Hinsicht ist die Gefahr der technischen Überfremdung der menschlichen Existenz zu beachten und sind einem medizinisch-technologischen Imperativ und technikbedingter Heteronomie Grenzen zu setzen. Statt dessen hat die Ethik zur vernunftgeleiteten Gestaltung der natürlichen Vorgaben und Bedingungen des Lebens anzuleiten. Eine solche Aufgabenbeschreibung der Ethik kann sich auf die klassischen Theorieansätze seit Aristoteles und Thomas von Aquin berufen: Das „Zuträgliche ist weder einfach aus der Natur ablesbar noch subjektiv beliebig setzbar; vielmehr ist es Resultat einer praktischen Erwägung, die sich an der *scala naturae* orientiert und von der sowohl vorhandenen als auch für schätzenswert gehaltenen Ordnung der umgebenden Natur ausgeht.“⁶³ Derzeit stellt sich für die ethische Vernunft konkret die Herausforderung, auch zu den Problemen des Lebensendes zwischen Naturalismus und modernem medikalisiertem Technizismus einen Mittelweg zu bahnen. Zu diesem Zweck sind die Rahmenbedingungen des Natürlichen ernst zu nehmen und in eine rationale normative Abwägung adäquat

⁶² Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz, a.a.O. 86 (zu These 19).

⁶³ Ludger Honnefelder, Ethik, philosophisch, in: Lexikon der Bioethik, Bd. 1, 1998, 654 - 662, hier 660 (im Orig. z.T. kursiv).

einzu beziehen. Wenn man in diesem Sinn am natürlich Vorgegebenen Maß nimmt, kann es ethisch ratsam werden, das Krankheitsschicksal von Wachkoma-Patienten seinen Lauf nehmen zu lassen und eine Weiterbehandlung durch künstliche Nahrungszufuhr zu unterlassen. Ethisch ist zusätzlich relevant: Für die Patienten wird hierdurch kein zusätzliches Leiden erzeugt, sofern berücksichtigt wird, dass keine Hunger- und Durstgefühle entstehen, die Atemluft und der Mund befeuchtet bleiben und ein Austrocknen verhindert wird. Von künstlicher Lebensverlängerung Abstand zu nehmen, ist zumal dann geboten, wenn der Betroffene selbst dies wünscht bzw. wenn er sich zuvor in diesem Sinn geäußert hat. Dies gilt ebenfalls für den Fall des Wachkomas. Sofern Patienten in einer Patientenverfügung eindeutig erklärt haben, die künstliche Ernährung solle beendet werden, greift ihr Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung (vgl. hierzu nochmals unten Abschnitt 3.3.).

3.2. Mutmaßlicher Wille und Irreversibilität des Krankheitsgeschehens

Darüber hinaus tritt am Beispiel des Umgangs mit Wachkoma-Patienten zutage, welche Dilemmata entstehen, sofern eine vorherige eindeutige, und sei es zumindest eine mündlich klar geäußerte Willensbekundung nicht vorliegt. In solchen Fällen gewinnt, zumal nach langer Dauer des Wachkomas, der mutmaßliche Wille des Patienten Relevanz. Um ihn zu ermitteln, sind dem Kommissionsvotum zufolge stets strenge Maßstäbe anzulegen (vgl. These 8). Es muss sich um „tatsächliche Feststellungen“ über „den wirklichen Willen“ handeln. Am 03.09.2003 hat ein Gericht, nämlich das Landgericht Heilbronn erneut bekräftigt, dass frühere Aussagen von Patienten, die aktuell nicht mehr kommunikationsfähig sind, berücksichtigt werden müssen. Darüber hinaus hat das Gericht entschieden, dass solche früheren Äußerungen auch dann gelten, wenn – wie es beim apallischen Syndrom ja gegeben ist – der unmittelbare Sterbeprozess noch nicht eingesetzt hat. In dieser letzteren Hinsicht war zuvor Rechtsunsicherheit und Unklarheit erzeugt worden, da der XII. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs am 13.3.2003 darauf abgehoben hatte, dass das „Grundleiden“ eines Patienten „einen irreversibel tödlichen Verlauf angenommen“ haben müsse, bevor die künstliche Nahrungszufuhr abgebrochen werden dürfe. Das BGH-Urteil blieb aufgrund sprachlicher Unschärfen uneindeutig und wird dahingehend heftig kritisiert, „dass Tausende von Wachkomapatienten, die jahre- und selbst jahrzehntelang dahinvegetieren, ohne sich schon im ‚Sterbeprozess‘ zu befinden, ihren früher irgendwie – selbst schriftlich! – bekundeten Willen auch mit Betreuerhilfe nicht durchsetzen könnten.“ Eine derartige „Einschränkung der Patientenrechte“ sei jedoch „rechtlich durch nichts begründbar, eine

schwere Grundrechtsverletzung und auch menschlich unverträglich.“⁶⁴ Zumal wenn eine eindeutige schriftliche Patientenverfügung vorliegt, gilt: „Jede Nichtbefolgung einer Patientenverfügung steht in Widerspruch zu dem Grundsatz, dass jede medizinische Behandlung der Einwilligung des Patienten bedarf.“⁶⁵ Schätzungen zufolge beläuft sich die Zahl der jährlich gelegten PEG-Sonden auf ca. 140.000; die Vorsitzende Richterin am BGH, Hahne, meinte im Juli 2003, es gebe derzeit „in Deutschland etwa 100.000 Wachkomapatienten, deren körperliche Lebensfunktionen durch Sonden künstlich aufrechterhalten werden. Wie viele davon zuvor einen Patientenwillen – schriftlich oder mündlich – geäußert haben, aber gegen diesen Willen keinen natürlichen Tod sterben dürfen, ist mir nicht bekannt.“ Sie erhalte zahlreich „Briefe verzweifelter Angehöriger, denen es verwehrt wird, den Wunsch des Patienten nach einem menschenwürdigen Ende durchzusetzen.“⁶⁶

Nachdem das BGH-Urteil vom 13.03.2003 zumindest missverständlich war, ist inzwischen wieder in dem Sinne entschieden worden, dass frühere Äußerungen von Patienten, also der mutmaßliche Wille, Gültigkeit behalten, und zwar auch für Phasen der Krankheit vor dem unmittelbaren Sterben. Deshalb darf eine Frau, die nach Hirnblutungen und Schlaganfällen ohne geistige Regung im Wachkoma lag, ihrem früher geäußerten Wunsch entsprechend jetzt sterben.⁶⁷ Analog wurde im Fall einer 96 Jahre alten Frau entschieden, die sich im Endstadium einer Demenz, aber eben noch nicht in der Phase des unmittelbaren Sterbens befindet. Die künstliche Zwangsernährung darf abgebrochen werden: „Eine Entscheidung des Betreuers gegen eine lebenserhaltende oder lebensverlängernde Behandlung des Betreuten und die vormundschaftsgerichtliche Zustimmung kommen auch dann in Betracht, wenn das Leiden des Betroffenen einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen hat, ohne dass der Tod in kurzer Zeit bevorsteht.“⁶⁸

Ungeachtet dieser gerichtlichen Klarstellung brechen gravierende Schwierigkeiten auf, wenn Faktoren der Ungewissheit sich addieren, das heißt wenn der Wille eines Patienten nicht schriftlich und auch nicht mündlich wirklich eindeutig bekundet ist, so dass seine mutmaßliche Präferenz in einem vagen, hypothetischen Sinne rekonstruiert werden muss, und wenn zwischen Arzt und Gesundheitsbevollmächtigtem oder Betreuer eine

⁶⁴ G. Bertram, a.a.O. 989.

⁶⁵ Heinz Holzauer, Von Verfassungen wegen: Straffreiheit für passive Sterbehilfe, in: Zeitschrift für Rechtspolitik 2004, 41 - 44, hier 43.

⁶⁶ Meo-Micaela Hahne, Der Patientenwille hat Vorrang, in: FAZ 18.07.2003, 4.

⁶⁷ Landgericht Heilbronn, 03.09.2003, 1 T 275/03, Neue Juristische Wochenschrift 56 / 2003, 3783; hierzu G. Bertram, a.a.O.

⁶⁸ Oberlandesgericht Karlsruhe, Beschluss vom 26.03.2004, 11 Wx 13/04, Neue Juristische Wochenschrift 57 / 2004, 1882.

Meinungsdifferenz über den Willen und / oder über die medizinische Begründbarkeit von Fortsetzung versus Beendigung der Behandlung herrscht. Die Bioethik-Kommission hat sich in These 19 in der Hinsicht dem Bundesgerichtshof angeschlossen, dass im Zweifel und im Konfliktfall das Vormundschaftsgericht anzurufen ist, welches seinerseits wiederum dem – mutmaßlichen, zu rekonstruierenden – Willen des Patienten verpflichtet ist. Damit wird aber die Frage um so drängender, wie der „mutmaßliche“ Wille in Anbetracht eines Behandlungsabbruchs nun eigentlich zu ermitteln und zu gewichten sei. Die Bioethik-Kommission hat sich mit diesem Problem aufgrund ihres ethisch- und rechtlich-normativen Ansatzes, das Recht auf Selbstbestimmung und die Bindungswirkung persönlicher Willensbekundungen ganz ins Zentrum zu rücken, eingehend befassen müssen. Die Kernfrage lautet: Wie kann entschieden werden, sofern der Betroffene von seinem Freiheits- und Selbstbestimmungsrecht gar nicht, nur begrenzt oder in vager Form Gebrauch gemacht hat?

Dem Kommissionsbericht ist ein Sondervotum des Ltd. Ministerialrats Dr. Frank Hennecke beigefügt, welches darauf aufmerksam macht, dass die Ermittlung eines mutmaßlichen Willens „immer“ sehr unsicher ist. Daher dürfe ein Behandlungsabbruch nur dann in Betracht kommen, wenn besonders strenge Bedingungen berücksichtigt sind: Zwischen Arzt und Betreuer soll Einvernehmen bestehen und zusätzlich soll eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung vorliegen. Das Gericht solle also nicht nur, so wie die Gesamtkommission es empfiehlt, in Zweifels- oder Konfliktsituationen zu Rate gezogen werden.

Die Plausibilität dieses Sondervotums basiert darauf, dass der „mutmaßliche Wille“ unbestreitbar ein unbestimmter und dehnbarer Begriff ist. Deutlicher noch: Willkürliche, dem Betroffenen nicht gerecht werdende Interpretationen sind denkbar. Der Klarheit halber sollten zum Begriff des mutmaßlichen Willens in Zukunft stärker, als es bislang gebräuchlich ist, Absichtungen vorgenommen werden: zwischen einem mutmaßlichen Willen des Betroffenen aufgrund von (a) präzisen oder (b) von nur umrisshaften, ungefähren früheren mündlichen Äußerungen oder (c) von sonstigen, ggf. indirekten Willensbekundungen; (d) vage und hypothetisch bleibt die Rekonstruktion eines eventuellen Willens durch Dritte aufgrund sonstiger biographischer Faktoren des Betroffenen oder seiner weltanschaulichen Überzeugungen. Derartige Stufungen sollten künftig berücksichtigt werden, wenn der Begriff des mutmaßlichen Willens benutzt wird. Davon abgesehen enthält der von der Kommissionsmehrheit beschlossene Text dann allerdings Absicherungen, die Behandlungsabbrüchen wehren, welche unter Berufung auf einen mutmaßlichen Willen vorschnell durchgeführt würden. Hierzu gehört, dass ein unabhängiger Arzt gutachtlich zu

Rate gezogen werden muss. Im übrigen ist fraglich, ob eine routinemäßige Anrufung des Vormundschaftsgerichtes zusätzlichen Erkenntnisgewinn und wirkliche Missbrauchskontrolle mit sich brächte, denn das „Gericht kennt weder den Betroffenen persönlich, noch hat es ausreichenden medizinischen Sachverstand, um seine Erkenntnisse anstelle der Aussage der Mediziner setzen zu können.“⁶⁹

An der Meinungsdivergenz, die sich im Bericht der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz abspiegelt, zeigt sich, welche Dilemmata durch das Konstrukt des mutmaßlichen Willens aufbrechen können und zu welcher Gratwanderung die Abwägung zwischen den Belangen des Lebensschutzes (in dubio pro vita) und des – ggf. hypothetisch bleibenden – Patientenwillens (in dubio pro dignitate / in dubio pro voluntate) herausfordert. Dass sich dieser Antagonismus theoretisch und generalisierend letztlich nicht auflösen lässt, wird auch am Sondervotum von Frank Hennecke ersichtlich. Denn es hält fest: „Lässt sich ein ‚mutmaßlicher Wille‘ schlechterdings nicht ermitteln, kommt eine Lebensbeendigung durch Abschalten der Apparaturen nicht in Betracht“, und konzidiert dann trotzdem als ultima ratio: „In äußersten Fällen langandauernden Komas und irreparablen Folgeschäden mag es mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts jedoch Ausnahmen geben.“⁷⁰ Sei es nun, dass man der strikteren Sicht des Sondervotums folgt (Anrufung des Vormundschaftsgerichts in jedem Fall, sofern keine eindeutige schriftliche Patientenverfügung vorliegt) oder die Bewertung der Gesamtkommission nachvollzieht (Einschaltung des Gerichts nur in Konfliktfällen) – grundsätzlich gilt: Weil sich der Abwägungskonflikt Lebensschutz versus Lebensbeendigung aufgrund eines hypothetischen, vermuteten Willens abstrakt nicht auflösen lässt, erwachsen für die Verantwortungsübernahme des Arztes, darüber hinaus für Ethikkonsile und für den Dialog mit den Angehörigen, also für die Kommunikationsprozesse in einer Klinik neuartige Anforderungen.

Vor diesem Hintergrund steht es medizinethisch an, Kriterien zu entwickeln, die die soeben genannten Absichtungen berücksichtigen und die dazu beitragen, einen mutmaßlichen Willen in der Weise zu rekonstruieren, dass die Autonomie, Würde und authentischen Überzeugungen der Betroffenen gewahrt werden. Zumindest ein einzelner Aspekt sei hierzu erwähnt. Ein Ausschlusskriterium wird darin zu sehen sein, dass keine generellen weltanschaulichen oder gesellschaftlichen Anschauungen zum mutmaßlichen Willen Einzelner erklärt werden dürfen. Im Rahmen des heutigen gesellschaftlichen Pluralismus lassen sich zumal für höchstpersönliche existentielle Belange keine gesellschaftlichen Werte benennen, die auf jeden Fall gültig und anwendbar wären. Das

⁶⁹ Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz, a.a.O. 91 (zu These 19).

⁷⁰ Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz, a.a.O. 149 (Sondervotum).

Konstrukt des mutmaßlichen Willens darf – so belangvoll und so unverzichtbar es ist – nicht dazu führen, dass eine medizinisch-technische Heteronomie (ggf. durch eine PEG-Sonde) von einer soziokulturellen Heteronomie abgelöst wird. Dies widerspräche dem Grundrecht auf Freiheit und Selbstbestimmung, das jedem Einzelnen zukommt.

3.3. Der Vorrang persönlicher Entscheidungen

Ausgehend von einer liberalen, an den Grundrechten des Individuums orientierten Verfassungsordnung und von einer theologischen und philosophischen Ethik, der an der Würde und Selbstbestimmung des Menschen liegt, ist mithin der Vorrang persönlicher Entscheidungen vor den Vorgaben Dritter zu betonen. Da dieser Gedanke für den Umgang mit dem Ende des menschlichen Lebens so belangvoll ist, wird er nachfolgend nochmals mit unterschiedlicher Zuspitzung zur Geltung gebracht, nämlich erstens in Bezug auf künstliche Ernährung in Pflegeeinrichtungen sowie zweitens im Blick auf den Stellenwert und die Bindungswirkung persönlicher religiöser Überzeugungen.

(1) Dem Thema der künstlichen Ernährung, vor allem mit Hilfe einer Magensonde, widmet sich abgesehen von der bereits erwähnten These 19 die These 29 der Bioethik-Kommission. Da es sich um einen invasiven Eingriff handelt, bedarf das Legen einer PEG-Sonde der Zustimmung des Patienten. Inzwischen schält sich in der medizinethischen und – rechtlichen Literatur immer deutlicher heraus, dass die PEG-Sonde nicht der medizinischen, mitmenschlichen und pflegerischen Basisversorgung zuzuordnen ist, die Ärzte und Pflegeeinrichtungen auf jeden Fall zu leisten haben. Aus dieser Einsicht zieht die Kommission in These 29 den Schluss, es könne „rechtsmissbräuchlich“ sein, wenn Pflegeeinrichtungen es vorab zur Aufnahmebedingung machen, dass Patienten später einmal eine PEG-Sonde akzeptieren müssen.

Der katholische Theologe Johannes Reiter und der Mediziner Christoph Fuchs haben zu These 29 abweichend votiert. Sie berufen sich explizit auf Papst Johannes Paul II., dem zufolge die künstliche Ernährung „zu den natürlichen Mitteln der Lebenserhaltung“ gehöre und „ihre Anwendung deshalb als normal und als moralisch verpflichtend“ zu erachten sei.⁷¹ Zu diesem Thema scheint es in der katholischen Kirche und daher für die an das Lehramt gebundene katholische Theologie überhaupt keinen Spielraum zu geben. Im März 2004 hat der Vatikan erklärt, beim Wachkoma sei ein Abbruch der künstlichen Ernährung sogar dann unstatthaft, wenn der Patient selbst diesen zuvor verfügt habe.⁷² Während protestantische oder

⁷¹ Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz, a.a.O. 146 (Sondervotum J. Reiter).

⁷² So der Vizedirektor der Päpstlichen Akademie für das Leben Bischof Elio Sgreccia lt. KNA 16.03.2004, vgl. FAZ 17.07.2004, 6.

philosophische Ethikansätze oder die katholische autonome Morallehre (F. Böckle u.a.) persönliche Gewissensurteile, normative Abwägungen und die Berücksichtigung konkreter Umstände nicht nur akzeptieren, sondern sogar fordern, entscheidet die katholische Amtskirche angesichts des Wertkonfliktes, der zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung einerseits und dem Lebensschutz andererseits auftreten kann, inzwischen oftmals per se zugunsten eines absoluten Lebensschutzes. Auf diese Weise überdehnt sie jedoch den Lebensschutz und das Lebensrecht, die jedem Menschen ohne Einschränkung und Vorbedingung zustehen, zur Lebenspflicht und gelangt zumindest für bestimmte Krankheitsbilder, darunter das Wachkoma, zu dem Postulat, menschliches Leben müsse unter allen Umständen aufrecht erhalten werden, selbst wenn es aus sich selbst heraus dazu nicht mehr fähig ist und der Betroffene die künstliche Lebensverlängerung nicht wünscht. Zur ethischen und rechtlichen Problematik eines solchen Normativismus wurde oben bereits kritisch Stellung genommen. Zum grundrechtlich verbürgten Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung, dem Recht auf körperliche Unversehrtheit und zur geltenden Rechtslage, die einen medizinischen Eingriff gegen den eigenen Willen untersagt, steht diese Position in Widerspruch.

Daher ist es problematisch, wenn Pflegeeinrichtungen von Patienten aus ökonomischen Gründen, in manchen Fällen aber offenbar auch vor dem Hintergrund katholischer Positionen im Vorhinein, vor der Aufnahme in die Institution eine Einwilligung verlangen, dass sie zu einem hypothetischen späteren Zeitpunkt mit einer PEG-Sonde und künstlicher Ernährung auf jeden Fall einverstanden sein werden.⁷³ Juristisch ist zu prüfen, ob es tatsächlich ausreicht, sich hierfür auf die Vertragsfreiheit zu berufen, so dass eine Pflegeeinrichtung einen Patienten, der die künstliche Ernährung nicht möchte, abweisen darf. So gewichtig das Prinzip der Privatautonomie bzw. die Vertragsfreiheit für eine liberale bürgerliche Gesellschaftsordnung sind: Im Verlauf einer mehr als hundertjährigen Rechtsgeschichte hat der Gesetzgeber sie aus guten Gründen immer wieder durch Schutzvorschriften zu Gunsten Schwächerer eingegrenzt, etwa im Eigentums-, Arbeits-, Boden- und Mietrecht. Zum Schutz Schwächerer und um der Wahrung des Gleichgewichtes zwischen den Vertragsparteien willen werden heute noch „weitergehende Schranken“ von Privatautonomie bzw. Vertragsfreiheit „für erforderlich gehalten“ als in der Vergangenheit.⁷⁴ Bei der künstlichen Ernährung stehen sogar das Grundrecht auf Freiheit und

⁷³ Hinweise hierauf bei Frank Oehmichen, Künstliche Ernährung am Lebensende, Berliner Medizinethische Schriften H. 45, Dortmund 2001, 12, Ulrich Eibach, Patientenverfügungen, in: Pflege 16 / 2003, 289 - 296, hier 292.

⁷⁴ Helmut Köhler, BGB Allgemeiner Teil, München 27. Aufl. 2003, 41.

Selbstbestimmung sowie das Recht des Individuums auf körperliche Unversehrtheit auf dem Spiel. Zu diesem Thema sind rechtspolitisch Klarstellungen im Sinn des Patientenschutzes erforderlich. Die Bioethik-Kommission nähert sich dieser Thematik in ihren Thesen 28 und 29 zumindest an und konstatiert in der These 29: „Die Forderung nach genereller Vorabereinwilligung [in Bezug auf künstliche Ernährung / PEG-Sonde] kann im Einzelfall rechtsmissbräuchlich sein, wenn die Maßnahme zu diesem Zeitpunkt medizinisch nicht indiziert ist.“ Ethisch gesehen darf kein Druck ausgeübt werden, um Menschen zur Zustimmung zur Sondenernährung zu veranlassen.

(2) Was religiöse Normen anbelangt, so sind aufgrund des individuellen Freiheits- und Selbstbestimmungsrechtes die persönlichen, individuellen Überzeugungen der Menschen maßgebend. Sie besitzen auch Vorrang vor generellen Aussagen einer Religion. Zwischen den Lehren einer Religion oder Konfession und den subjektiven moralischen Einstellungen ihrer Angehörigen treten bisweilen Divergenzen zutage. Dies ist zumal in religiösen Gemeinschaften oder Kirchen der Fall, die offizielle, bindende Lehrvorgaben kennen. Diese Problematik zeigt sich namentlich in der katholischen Kirche, die ja anders als das protestantische Christentum oder auch als der Islam eine institutionalisierte Lehrautorität besitzt.⁷⁵ Im katholischen Christentum wird die Kluft zwischen offizieller Lehre und individuell gelebter Moral seit Jahren immer offensichtlicher, zum Beispiel dadurch, dass Katholikinnen trotz des vatikanischen Verbotes der hormonellen Empfängnisverhütung (in der Enzyklika *Humanae vitae*, 1968) oder des Verbotes der künstlichen Befruchtung (in der Instruktion über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung, 1987) solche Methoden in Anspruch nehmen. In einer pluralistischen Kultur kann für persönliche Belange kein Vorrang genereller „gesellschaftlicher“ Normen gelten, schon allein weil der Staat weltanschaulich neutral ist und die Säkularisierungs- sowie Pluralisierungstendenzen zur Auflösung früherer gesamtgesellschaftlich akzeptierter Wertvorstellungen geführt haben. Darüber hinaus besitzen die persönlichen Wertüberzeugungen aber auch Vorrang vor denjenigen einer religiösen Gemeinschaft oder Konfession, der ein Einzelner formal zugehört. Dritte, darunter Ärzte oder Gerichte, werden die Prävalenz individueller religiöser Überzeugungen sogar dann zu akzeptieren haben, wenn sie rational unplausibel oder medizinisch sinnwidrig erscheinen.

In dieser Hinsicht ist ein Urteil des Amtsgerichts Hamm vom 01. Juli 2003 zu kritisieren, das gegen die schriftlich eindeutig bekundete, ja sogar auf die spezielle konkrete

⁷⁵ Innerkatholische Kritik an der Lehramtsautorität zu moralischen Fragen findet sich bei den der sog. autonomen Morallehre verpflichteten Autoren, unter ihnen Franz Böckle, *Fundamental-moral*, München 1. Aufl. 1977, oder Karl-Wilhelm Merks.

Situation zugeschnittene Entscheidung einer Frau, die sich zu den Zeugen Jehovas bekannte, um ihrer Lebensrettung willen eine Bluttransfusion genehmigte. Das Amtsgericht argumentierte zum Teil recht sophistisch, indem es in der Urteilsbegründung festhielt, die Betroffene habe „zwar von ihrem Recht auf Glaubensausübung dadurch Gebrauch gemacht, dass sie für den Fall einer Operation Verfügungen dahingehend getroffen hat, dass eine Bluttransfusion zu unterbleiben hat.“ Gleichwohl entschied das Gericht unter nur scheinbarer Respektierung ihrer religiösen Überzeugung gegen ihr Selbstbestimmungsrecht, denn die Frau habe „nach den Ausführungen der angehörten Zeugen Jehovas ... keine Nachteile für ihr Seelenheil zu befürchten, solange die Entscheidung zur Transfusion nicht von ihr selbst, sondern gegen ihren Willen getroffen wurde. Sie hat auch nicht zu befürchten, wegen der durchgeführten Bluttransfusion aus der Gemeinschaft der Zeugen Jehovas ausgeschlossen zu werden, weil diese Maßnahme gegen ihren Willen durchgeführt wurde.“⁷⁶

Die Thematik des im Glauben begründeten Selbstbestimmungsrechtes ist ethisch und rechtlich unter Umständen sehr komplex. Notfalls müssen gegenüber der individuellen oder vor allem der korporativen Religionsfreiheit Grenzen bedacht und durchgesetzt werden, etwa wenn Glaubensgemeinschaften oder Sekten auf Einzelne Druck ausüben oder wenn Dritte, z.B. Kinder, in Mitleidenschaft gezogen werden.⁷⁷ Davon abgesehen bildet die Religions- und Gewissensfreiheit, die das Individuum in Anspruch nehmen darf, aber ein ethisches und grundrechtliches Basisprinzip. Daher sollte es im Regelfall stets dabei bleiben, dass der Einzelne der Logik seiner individuellen, darunter seiner persönlichen religiösen Anschauungen gemäß über den Umgang mit seiner leiblichen Existenz befinden darf. – Hiermit ist nochmals der Vorrang des individuellen Freiheits- und Selbstbestimmungsrechtes unterstrichen worden. Andererseits dürfen Entscheidungskonstellationen nicht übersehen werden, bei denen diese Prämisse von vornherein umständebedingt nicht zu greifen vermag und anderweitige Normen relevant werden.

3.4. Entscheidungsdilemmata in der Neonatologie. Das Kindeswohl als Norm

Menschlich äußerst belastende, ethisch kaum auflösbare Dilemmata sind seit einigen Jahren in der Neugeborenenmedizin anzutreffen. Der medizinische Fortschritt ermöglicht es zunehmend, frühgeborenen Kindern das Leben zu retten, die in der Vergangenheit auf jeden Fall gestorben wären. So eindrucksvoll die neuen vor- und frühgeburtlichen

⁷⁶ Amtsgericht Hamm, Beschluss XVII M 401, 01.07.2003; die Zitate sind der Begründung des Gerichtsbeschlusses entnommen. Kritische Analyse: vgl. G. Bockenheimer-Lucius, a.a.O.

⁷⁷ Vgl. Ralf B. Abel, Sekten, Psychogruppen, neue Heilskonzerne, in: H. Kreß (Hg.), Religionsfreiheit als Leitbild. Staatskirchenrecht in Deutschland und Europa im Prozess der Reform, Münster 2004, 141 - 165.

Handlungsoptionen sind, besteht eine Schattenseite darin, dass die Rettung des Lebens von frühen Neugeborenen, die inzwischen realistisch geworden ist, in manchen Fällen um den hohen Preis des baldigen Todes oder schwerster Schädigungen erfolgt. Mit diesem Dilemma befassen sich die deutschen medizinischen Fachgesellschaften⁷⁸, mit anderen Akzenten die Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie⁷⁹ oder – zumindest knapp – die Mainzer Kommission in ihrer These 21 („Entscheidungen bei Neugeborenen“). Neugeborene Kinder vermögen kein eigenes Selbstbestimmungsrecht auszuüben. Im Unterschied zu kranken oder sterbenden älteren Menschen lässt sich auch kein „mutmaßlicher“ persönlicher Wille eruieren. Es bleibt kein anderer Weg, als dass an ihrer Stelle die Eltern, sodann aber auch die behandelnden Ärzte entscheiden, und zwar nach bestem Wissen und Gewissen im Sinne des vermuteten künftigen Wohles des Kindes. Die Entscheidungsprozesse, die im doppelten Wortsinn „für“, also anstelle sowie zugunsten des Kindes zu treffen sind, gestalten sich aufgrund der Unsicherheit der medizinischen Prognosen aber äußerst problembeladen.

Die Bioethik-Kommission hat jede aktive Sterbehilfe bei Neugeborenen abgewiesen. Jedoch hat sie für Frühgeborene, die absehbar nicht überlebensfähig oder schwerstgeschädigt sind, in bestimmten Fällen das Sterbenlassen, d.h. den Verzicht auf Weiterbehandlung oder auf zusätzliche Therapien für denkbar, ja geboten erachtet. Dabei gilt die Voraussetzung, dass Basisversorgung, Leidenslinderung und vor allem menschliche Begleitung „immer“ garantiert sein müssen (These 21). In der Erläuterung zu These 21 heißt es ferner: „Die Neugeborenenmedizin sieht sich oftmals mit Erkenntnissen der individuellen Pränataldiagnostik konfrontiert. Wenn sich daraus mit Gewissheit eine sehr eingeschränkte Überlebensfähigkeit des Kindes ableiten lässt, können Ärzte und Sorgeberechtigte schon vorgeburtlich einvernehmlich auf lebenserhaltende Maßnahmen nach der Geburt verzichten.“ Der Neonatologe Volker von Loewenich hat auf die Gesichtspunkte der Bioethik-Kommission reagiert, sie zustimmend kommentiert und in einzelnen Punkten Ergänzungen vorgeschlagen, die mit den Intentionen des Textes der Kommission konvergieren. Dabei geht es abweichend von Normierungen, die in der Schweiz reflektiert werden – nämlich dem dortigen Vorschlag, eine starre Grenze zu ziehen und eine Gruppe von Frühgeborenen (Geburt vor der 24. Schwangerschaftswoche) grundsätzlich nicht intensivmedizinisch zu behandeln –, um das Anliegen, im Zweifel zunächst gezielt den Versuch der Lebensrettung

⁷⁸ Vgl. die Empfehlung der Deutschen Gesellschaften für Gynäkologie und Geburtshilfe, für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, für Perinatale Medizin und für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, Frühgeburt an der Grenze der Lebensfähigkeit des Kindes, 26. Februar 1999, im Internet: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/pneon-19.htm>.

⁷⁹ Empfehlungen zur Betreuung von Frühgeborenen an der Grenze der Lebensfähigkeit, in: Schweizerische Ärztezeitung 83 / 2002, 1589 - 1595.

und Stabilisierung jedes Frühgeborenen zu unternehmen, dann aber für den Fall, dass sich die Aussichtslosigkeit herausstellt, zu einem späteren Zeitpunkt die Intensivtherapie bewusst einzustellen (einzelfallbezogene Abwägung).

Die neonatologische Sterbehilfe- und Sterbebegleitungsproblematik rückt Handlungskonstellationen ins Licht, angesichts derer die Vorgabe, dass das persönliche Freiheits- und Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen ausschlaggebend ist, von der Sache her nicht zu greifen vermag. Statt dessen entsteht eine Abwägungs- und Entscheidungslage, in der eine Mehrzahl von Verantwortungssubjekten und von normativen Kriterien in eine Korrelation gebracht werden müssen, nämlich die Entscheidungsfreiheit und -pflicht der Eltern, die Verantwortung des Arztes, das Lebensrecht und der Lebensschutz des Kindes sowie das (künftige) Kindeswohl.

4. Qualifizierte Beratung zugunsten des Grundrechts auf Freiheit und Selbstbestimmung

Zieht man insgesamt ein Fazit, so ist zu konstatieren: Kulturgeschichtlich stellt es einen ganz neuen Sachverhalt dar, dass Menschen über die Umstände des Sterbeprozesses zu entscheiden haben und dass sie in Patientenverfügungen über den hypothetischen Verlauf ihres eigenen künftigen Sterbens vorab Festlegungen treffen können und dies tun sollten. Menschlich bildet es eine große Herausforderung, über den künftigen Sterbevorgang vorab nachzudenken und andere, nämlich Ärzte, Angehörige, Betreuer oder Gerichte, sowie – ungeachtet der Möglichkeit des Widerrufs – sich selbst hierzu festzulegen. Das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung, das die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz sowie zahlreiche andere in- oder ausländische, unter ihnen französische, Schweizer oder europäische Voten (z.B. Europarat) in den Vordergrund rücken, läuft auf eine Steigerung der Eigenverantwortung des Individuums für sich selbst sowie auf eine zusätzliche Verantwortungsübernahme für Dritte hinaus. Zu letzterem Sachverhalt ist exemplarisch an Entscheidungen im Umgang mit Frühgeborenen zu denken. Ein derartiger Verantwortungszuwachs kann sich freilich mit hohen Belastungen und mit Überforderungen verbinden.

Um so notwendiger werden die sachgemäße Information und die Beratung von Patienten durch Ärzte.⁸⁰ Interessierte Menschen können ferner didaktisch geeignete Vorbereitungsmaterialien zu Rate ziehen, um rechtzeitig zu einem eigenständigen Urteil über

⁸⁰ Vgl. Birgitt van Oorschot u.a., Patientenverfügungen aus Patientensicht. Ergebnisse einer Befragung von palliativ behandelten Tumorpatienten, in: Ethik in der Medizin 16 / 2004, 112 - 122.

die Bestimmungen zu gelangen, die ihre persönliche Patientenverfügung enthalten sollte.⁸¹ Sofern fundierte Beratung und Information zur Basis von Patientenverfügungen werden, vermag der oft erhobene Einwand nicht mehr zu greifen, das Postulat der Selbstbestimmung laufe ins Leere oder führe zu verschleierter Fremdbestimmung, da auf Patienten äußerer Druck ausgeübt zu werden drohe. Ihren normativen Grundgedanken, das Recht auf Selbstbestimmung auch angesichts des Sterbens, hat die Mainzer Kommission noch in anderer Hinsicht entfaltet, etwa in Bezug auf das Recht von Sterbenden auf Privatsphäre – bis hin zum Anrecht, in Pflegeeinrichtungen oder Kliniken in abgetrennten Räumen von Angehörigen Abschied nehmen zu können – und auf praktizierte Religionsfreiheit. Daher heißt es in der Empfehlung 1: „Sterbende haben das Recht auf religiösen Beistand ihrer Wahl und sollen im Fall des Aufenthalts im Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung ungestört und an einem geeigneten Ort von ihren Nächsten Abschied nehmen können.“

Die Würde und die Selbstbestimmung Sterbender müssen unter heutigen Alltagsbedingungen also nicht nur medizinisch, sondern genauso in mitmenschlicher, weltanschaulicher und religiöser Hinsicht geschützt werden. Denn kranke und sterbende Patienten sind im modernen, von technologischen Imperativen geprägten Gesundheitswesen in ihrer leiblich-seelischen Einheit wahrzunehmen und zu achten. Um der mitmenschlichen Begleitung willen sind im Nachbarland Österreich gesetzliche Voraussetzungen geschaffen worden, aufgrund derer Angehörige von Sterbenden von einer Pflegekarenzzeit Gebrauch machen können. Ein solcher sozial- und gesundheitspolitischer Schritt wäre auch für die Bundesrepublik Deutschland zu bedenken. Zunächst steht rechtspolitisch aber an, die juristische Bindungswirkung und Reichweite von Patientenverfügungen dem Grundrecht auf Freiheit und Selbstbestimmung gemäß zu regeln. Was die Beratung von Patienten anbelangt, so sind in einer pluralistischen Gesellschaft die Vielfalt der kulturellen und religiösen Überzeugungen zu berücksichtigen. Deshalb stellt sich medizin- und sozialetisch die Aufgabe, für eine am Individuum und seinen Freiheitsrechten orientierte Beratung geeignete Verfahren, Kriterien und Qualitätsstandards zu entwickeln.

⁸¹ Vgl. H.-M. Sass, a.a.O. 96ff; Rita Kielstein / H.-M. Sass, Wertanamnese und Betreuungsverfügung, Bochum 1. Aufl. 1993; Rita Kielstein / Hans-Martin Sass: Die persönliche Patientenverfügung. Ein Arbeitsbuch mit Bausteinen und Modellen, Münster: Lit 2002; H. Kreß, Medizinische Ethik, 173ff.

Zentrum für Medizinische Ethik

Medizinethische Materialien

Die unterstrichenen Hefte sind derzeit vergriffen, können im Sonderfall aber als Kopie oder e-file geliefert werden. Eine vollständige Hefteliste senden wir Ihnen auf Anfrage zu.

- Heft 126: Ilkiliç, Ilhan: Das muslimische Glaubensverständnis von Tod, Gericht, Gottesgnaden und deren Bedeutung für die Medizinethik. September 2000.
- Heft 127: Maio, Giovanni: Ethik und die Theorie des "minimalen Risikos" in der medizinischen Forschung. September 2000.
- Heft 128: Zenz, Michael; Illhardt, Franz Josef: Ethik in der Schmerztherapie. November 2000.
- Heft 129: Godel-Ehrhardt, Petra; May, Arnd T.: Kommunikation und Qualitätssicherung im Betreuungsrecht – Ergebnisse einer Befragung zur Mailingliste betreuungsrecht@ruhr-uni-bochum.de. März 2001.
- Heft 130: Dabrock, Peter; Klinnert, Lars: Würde für verwaiste Embryonen? Ein Beitrag zur ethischen Debatte um embryonale Stammzellen. Juli 2001.
- Heft 131: Meyer, Frank P.: Ethik der Verantwortung. Verkommt »Evidence Based Medicine« zu »Money Based Medicine«? März 2002.
- Heft 132: Sass, Hans-Martin: Menschliche Ethik im Streit der Kulturen. 2. Auflage Januar 2003.
- Heft 133: Knoepffler, Nikolaus: Menschenwürde als Konsensprinzip für bioethische Konfliktfälle in einer pluralistischen Gesellschaft. März 2002.
- Heft 134: Quante, Michael: Präimplantationsdiagnostik, Stammzellforschung und Menschenwürde. März 2002.
- Heft 135: Köchy, Kristian: Philosophische Grundlagenreflexion in der Bioethik. März 2002.
- Heft 136: Hengelbrock, Jürgen: Ideengeschichtliche Anmerkungen zu einer Ethik des Sterbens. Juli 2002.
- Heft 137: Schröder, Peter: Vom Sprechzimmer ins Internetcafé: Medizinische Informationen und ärztliche Beratung im 21. Jahrhundert. Juli 2002.
- Heft 138: Zühlendorf, Michael T.; Kuhlmann, Jochen: Klinische und ethische Aspekte der Pharmakogenetik. August 2002.
- Heft 139: Frey, Christofer; Dabrock, Peter: Tun und Unterlassen beim klinischen Entscheidungskonfliktfall. Perspektiven einer (nicht nur) theologischen Identitätsethik. August 2002.
- Heft 140: Meyer, Frank P.: Placeboanwendungen – Die ethischen Perspektiven. März 2003
- Heft 141: Putz, Wolfgang; Geißendörfer, Sylke; May, Arnd: Therapieentscheidung am Lebensende- Ein "Fall" für das Vormundschaftsgericht? 2. Auflage August 2003.
- Heft 142: Neumann, Herbert A.; Hellwig, Andreas: Ethische und praktische Überlegungen zur Einführung der Diagnosis Related Groups für die Finanzierung der Krankenhäuser. Januar 2003.
- Heft 143: Hartmann, Fritz: Der Beitrag erfahrungsgesicherter Therapie (EBM) zu einer ärztlichen Indikationen-Lehre. August 2003.

- Heft 144: Strätling, Meinolfus; Sedemund-Adib, Beate; Bax, Sönke; Scharf, Volker Edwin; Fieber, Ulrich; Schmucker, Peter: Entscheidungen am Lebensende in Deutschland. Zivilrechtliche Rahmenbedingungen, disziplinübergreifende Operationalisierung und transparente Umsetzung. August 2003.
- Heft 145: Hartmann, Fritz: Kranke als Gehilfen ihrer Ärzte. 2. Auflage Dezember 2003.
- Heft 146: Sass, Hans-Martin: Angewandte Ethik in der Pharmaforschung. Januar 2004.
- Heft 147: Joung, Phillan: Ethische Probleme der selektiven Abtreibung: Die Diskussion in Südkorea. Januar 2004.
- Heft 148: May, Arnd T; Brandenburg, Birgitta: Einstellungen medizinischer Laien zu Behandlungsverfügungen. Januar 2004.
- Heft 149: Hartmann, Fritz: Sterbens-Kunde als ärztliche Menschen-Kunde. Was heißt: In Würde sterben und Sterben-Lassen? 2. Auflage März 2004.
- Heft 150: Reiter-Theil, Stella: Ethische Probleme der Beihilfe am Suizid. Die Situation in der Schweiz im Lichte internationaler Perspektiven. Februar 2004.
- Heft 151: Sass, Hans-Martin: Ambiguities in Biopolitics in Stem Cell Research for Therapy. 1. Auflage März 2004, 2. Auflage Juni 2004.
- Heft 152: Ilkic, Ilhan: Gesundheitsverständnis und Gesundheitsmündigkeit in der islamischen Tradition. 3. Auflage März 2005
- Heft 153: Omonzejele, Peter F.: African Concepts of Health, Disease and Treatment [A Future For Traditional Medicines and Spiritual Healings? A Postscript on Peter F. Omonzejele by Hans-Martin Sass]. 2. Auflage April 2005.
- Heft 154: Lohmann, Ulrich: Die neuere standesethische und medizinrechtliche Entwicklung in Deutschland - Wandel des Menschenbildes? Mai 2004.
- Heft 155: Friebel, Henning; Krause, Dieter; Lohmann, Georg; Meyer, Frank P.: Verantwortungsethik. Interessenkonflikte um das Medikament - Wo steht der Mensch? 1. Auflage Juni 2004, 2. Auflage Juni 2004.
- Heft 156: Kreß, Hartmut: Sterbehilfe - Geltung und Reichweite des Selbstbestimmungsrechts in ethischer und rechtspolitischer Sicht. 1. Auflage September 2004, 3. Auflage März 2005.
- Heft 157: Fröhlich, Günter; Rogler, Gerhard: Das Regensburger Modell zur Ausbildung in klinischer Ethik. Dezember 2004.
- Heft 158: Ilkic, Ilhan; Ince, Irfan; Pourgholam-Ernst, Azra: E-Health in muslimischen Kulturen. 3. Auflage Juli 2005.
- Heft 159: Lenk, Christian; Jakovljevic, Anna-Karina: Ethik und optimierende Eingriffe am Menschen. Ethische Aspekte von Enhancement in der Medizin. 1. Auflage Januar 2005, 2. Auflage Februar 2005.
- Heft 160: Ilkic, Ilhan: Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten. Eine Handreichung für die Gesundheitsberufe. 1. Auflage Juli 2003 (Tübingen), 5. Auflage April 2005.
- Heft 161: Hartmann, Fritz: Vom "Diktat der Menschenverachtung" 1946 zur "Medizin ohne Menschlichkeit" 1960; Zur frühen Wirkungsgeschichte des Nürnberger Ärzteprozesses. 2. Auflage März 2005.
- Heft 162: Strätling, Meinolfus u.a.: Die gesetzliche Regelung der Patientenverfügung in Deutschland. Juni 2005.
- Heft 163: Sass, Hans- Martin: Abwägungsprinzipien zum Cloning menschlicher Zellen. Januar 2006.
- Heft 164: Vollmann, Jochen: Klinische Ethikkomitees und klinische Ethikberatung im Krankenhaus. Ein Praxisleitfaden über Strukturen, Aufgaben, Modellen und Implementierungsschritte. Januar 2006.

- Heft 165: Sass, Hans- Martin: Medizinische Ethik bei Notstand, Krieg und Terror. Verantwortungskulturen bei Triage, Endemien und Terror. Februar 2006.
- Heft 166: Sass, Hans-Martin: Gesundheitskulturen im Internet. E-Health-Möglichkeiten, Leistungen und Risiken. Februar 2006.
- Heft 167: May, Arnd T.; Kohnen, Tanja: Körpermodifikation durch Piercing: Normalität, Subkultur oder Modetrend? Mai 2006
- Heft 168: Anderweit, Sabine; Ilkic, Ilhan; Meier-Allmendinger, Diana; Sass, Hans-Martin; Cheng-tek Tai, Michael: Checklisten in der klinisch-ethischen Konsultation. Mai 2006
- Heft 169: Kielstein, Rita; Kutzer, Klaus; May, Arnd; Sass, Hans-Martin: Die Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. April 2006
- Heft 170: Brenscheidt, Juliane; May, Arnd T.; May, Burkard; Kohnen, Tanja; Roovers, Anna; Sass, Hans-Martin: Zentrum für Medizinische Ethik Bochum 1986 – 2006.
- Heft 171: Dabrock, Peter; Schröder, Peter: Public Health Gen-Ethik. August 2006.
- Heft 172: Berg, Michael: Lebensbeendende Behandlungsbegrenzung bei Wachkomapatienten – „passiver Suizid“ im Spannungsfeld von pflegerischem Berufsethos und Selbstbestimmungsrecht des Patienten am Beispiel des „Kiefersfeldener-Falles“. Oktober 2006.
- Heft 173: Hofheinz, Marco: Apokalyptik im biomedizinethischen Diskurs. Eine theologische Analyse der aktuellen Debatte. Mai 2007.
- Heft 174: Hans-Martin Sass: Lassen sich Reziprozitätsmodelle bei der Gewebe- und Organtransplantation ethisch rechtfertigen und praktisch realisieren? Anhang: Nationaler Ethikrat "Die Zahl der Organspenden erhöhen" Zusammenfassung und Empfehlungen. 2007; Juli 2007.
- Heft 175: Hans-Martin Sass: Fritz Jahrs bioethischer Imperativ. 80 Jahre Bioethik in Deutschland von 1927 bis 2007. Juli 2007.
- Heft 176: Lohmann, Ulrich: Informed Consent und Ersatzmöglichkeiten bei Einwilligungsunfähigkeit in Deutschland – Ein Überblick. August 2007.
- Heft 177: Neitzke, Gerald: Ethische Konflikte im Klinikalltag – Ergebnisse einer empirischen Studie. August 2007.

Bestellschein

An das
Zentrum für Medizinische Ethik
Ruhr-Universität Bochum
Gebäude GA 3/53

44780 Bochum

Tel: (0234) 32 22749/50
FAX: (0234) 3214 598
Email: Med.Ethics@ruhr-uni-bochum.de
Homepage: <http://www.medizinethik-bochum.de>

Bankverbindung: Konto Nr. 133 189 035, BLZ 430 500 01 Sparkasse Bochum

Name oder Institut:

Adresse:

() Hiermit abonniere(n) wir/ich die Reihe MEDIZINETHISCHE MATERIALIEN zum Sonderpreis von €4,00 pro Stück ab Heft Nr. _____. Dieser Preis schließt die Portokosten mit ein.

() Hiermit bestelle(n) wir/ich die folgenden Einzelhefte der Reihe MEDIZINETHISCHE MATERIALIEN zum Preis von €6,00 (bei Abnahme von 10 und mehr Exemplaren €4,00 pro Stück).

Hefte Nummer: _____

ZUSAMMENFASSUNG

Hartmut Kreß diskutiert die normative philosophische, theologische und rechtspolitische Basis von Sterbehilfe als eines Aspektes des Rechtes auf Selbstbestimmung und als Teil der Menschenwürde. Aktive Sterbehilfe und medizinisch assistierter Suizid werden analysiert. Eine ausführliche Diskussion zentraler Probleme der passiven Sterbehilfe geht vom Vorrang persönlicher Wertentscheidungen aus. Kress plädiert medizinethisch, sozialetisch und rechtspolitisch für eine am Individuum und den individuellen Freiheitsrechten orientierte Beratung, für welche geeignete Verfahren, Kriterien und Qualitätsstandards zu entwickeln sind.

KEY WORDS: Beratung, Menschenwürde, medizinisch assistierter Suizid, Qualitätsstandards, Recht auf Selbstbestimmung, Rechtspolitik, Selbstbestimmung, Sterbehilfe,

ABSTRACT

Hartmut Kreß discusses normative philosophical, theological, and public policy issues of euthanasia as they relate to autonomy and human dignity. Active euthanasia and physician assisted suicide are discussed. Kress' extensive evaluation of passive euthanasia emphasizes the respect for individual value choice and individual decision making. He calls for developing procedures, criteria, and quality standards in the recognition of individual choices and individual rights.

KEYWORDS: autonomy, consultation, euthanasia, human dignity, individual right, public policy, physician assisted suicide, quality standards.

ISBN: 3-931993-37-X