

Patientenautonomie und Sterbehilfe unter ethischen Gesichtspunkten

Prof. Dr. Rupert Scheule, Marburg-Fulda

Hier spricht ein Ethiker christlicher Provenienz. Allerdings einer, der darauf Wert legt, dass für seine Positionen gute Gründe anbietbar sind und nicht nur Glaubensplausibilität. . Meine These 1 lautet: Es gibt für uns alle, inklusive der konfessionellen Häuser, kein Zurück hinter das Selbstbestimmungsparadigma und die entsprechenden rechtlichen Standards für die Patientenautonomie am Lebensende.

Meine These 2 ist nun ein bisschen kompliziert, das gebe ich zu. Sie besteht in der Frage an uns alle, ob uns unsere Kultur der Selbstbestimmung am Lebensende nicht gelegentlich in eine panische „death control“ (Daniel Callahan) geraten lässt. These 3 , die sich daran unmittelbar anschließt, wäre, dass das Setting des Lebensendes so gestaltet werden sollte, dass auch die passiven Anteile des Sterbens aus tiefstem Herzen zu bejahen sind und auch erlebbar bleiben.

These 4 ist eigentlich eine Bitte um Klarstellung: In der ethischen Diskussion entsteht immer wieder die Frage nach der terminalen Sedierung, bei der die Grenzen zwischen indirekter und aktiver Sterbehilfe beunruhigend verschwimmen. Hier bitte ich die Juristen um Aufklärung und stehe als Ethiker in deutlicher Opposition zur aktiven Sterbehilfe. . An der Unterscheidung zwischen aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe will ich festhalten.

Zu meinen Thesen im Einzelnen:

These 1: Es darf keine Zwangsbehandlung geben und keine ärztliche Therapiehoheit, ohne dass diese vom Willen des Patienten vorher abgesegnet und getragen wird. Dieses Prinzip, das uns bereits Frau Prof. Rissing-van Saan wieder in Erinnerung gerufen hat, ist in Deutschland durch ein – angesichts der Zeitumstände überraschendes - Urteil des Reichsgerichts aus den späten 1930er Jahren belegt. „Gegen den ausdrücklichen und ernstlichen Willen des Kranken darf der Arzt nicht zu dem Eingriff schreiten“ (RGZ 151, 349, 352). Auf dieser Linie liegt auch die Definition der Patientenautonomie von Bettina Schöne-Seifert. Die Münsteraner Medizinethikerin versteht Patientenautonomie als „Recht auf Zustimmung oder Ablehnung durch die Patienten ... gegenüber therapeutischen ... Eingriffen aller Art.“ Ich denke, eine so verstandene Patientenautonomie bildet das Rückgrat heutiger Medizinethik, auch am Lebensende. Die Hospiz- und Palliativbewegung war dem übrigens immer schon ganz nah. Jedenfalls lässt sich ein berühmtes Zitat von Cicely Saunders in diesem Sinne verstehen: „Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind. Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig.“

Wer meint, hier möglicherweise eine Konfliktzone zum Christentum auszumachen, irrt sich. Ich glaube aus tiefster christlicher Überzeugung die Selbstbestimmung befürworten zu können. Wenn sich Freiheit immer erst in der Anerkennung anderer Freiheit voll und ganz realisiert und wenn wir Gott das höchste Freiheitswesen ist, dann realisiert auch er seine Freiheit in der Anerkennung anderer Freiheit: in der Anerkennung der Freiheit des Menschen. So schreibt der katholische Theologe Thomas Pröpper, Gottes Souveränität zeige sich darin, dass „er die unbedingte Freiheit [des Menschen] neben sich wollte.“ Autonomie und Theonomie, Selbstbestimmung und Glauben sind nach heutigem Stand der theologischen Diskussion in beiden großen Konfessionen kein Gegensatz. Wir können als Christinnen und Christen dem Selbstbestimmungsparadigma ausdrücklich zustimmen.

Das bedeutet allerdings nicht, und damit wäre ich bei **These 2**, dass wir jetzt schon am Ende aller Diskussionen wären. Ich habe manchmal den Eindruck, wenn ich mit Juristen spreche, sie akzeptieren ganz naiv die leicht abgewandelte Karl-May-Weisheit: „Des Patienten Wille ist sein Him-

melreich.“ Als Theologe bin ich berufsmäßiger Anwalt für die Relativität alles Endlichen und halte insofern dagegen: Das Himmelreich ist der Letzthorizont von allem. Wenn unser Wille diesen Letzthorizont ausfüllt, wird er so absolut, dass wir uns nicht mehr ins Verhältnis zu ihm setzen können. Als endliche Wesen müssen wir bei aller Anerkennung der Selbstbestimmung aber auch *deren Endlichkeit* anerkennen. Ich plädiere daher für das Konzept einer reflexiven Selbstbestimmung, einer Selbstbestimmung, die um ihre Endlichkeit weiß, ja, die Endlichkeit gestaltet, indem sie gerade nicht alles und jeden zu kontrollieren trachtet.

David Callaghan hat einmal geschrieben: „Das einzige Übel, das größer scheint als der Tod, wird zunehmend der Verlust der Kontrolle über diesen Tod“, den wir durch vielfältige „death control“-Maßnahmen in Medizin, Recht und Ethik beherzt bekämpfen. Ich glaube, die Idee einer reflexiven Selbstbestimmung hilft uns, die „death control“-Manie zu hinterfragen.

Herr Putz hat uns vorhin erzählt von Lena, einer jugendlichen Patientin, die in ihrem „letzten Willen“ schreibt: „Ich will nie unselbstständig (Pflegefall) sein“. Das halte ich durchaus für ein Alarmzeichen. Es ist zwar verständlich, dass eine junge Frau dies äußert. Aber es deutet auch darauf hin, dass wir für unselbstständiges und abhängiges Leben in unserer Gesellschaft offenbar immer nur B-Kategorien der Bewertung bereitstellen. Daher glauben junge Menschen, dass ihr Leben in dem Augenblick, in dem sie ihre aktive Selbstbestimmung verlieren, subjektiv nicht mehr lebenswert sei. Reflexive Selbstbestimmung aber heißt: als unentrinnbar endliches Wesen Ja sagen zu können zur Endlichkeit der Selbstbestimmung, an den Grenzen der Selbstbestimmung Ja sagen zu können zum dem, jenseits dieser Grenzen liegt, was wir nicht mehr aktiv gestalten können.

These 3 ist hierzu die positive AnschlussThese. Selbstbestimmung hat einen hohen moralischen Wert, aber ich glaube, weder in der juristischen noch gar in der ethischen Kommunikation sollte Selbstbestimmung verkürzt werden auf die aktivistische Dimension. Auch ein Geschehen Lassen kann Ausdruck von Souveränität sein. Aus meiner Sicht wäre es an der Medizin, an der Pflege, aber auch am Recht, Strukturen zu schaffen, die so etwas wie freie Bejahbarkeit von Abhängigkeit erlauben. „Freie Bejahbarkeit von Abhängigkeit“ – das klingt komisch. Aber auch in einem freien Ja zu den vielen Dingen, von denen wir abhängig sind, realisiert sich Autonomie. Wir müssen möglicherweise unseren Autonomiebegriff bis zu diesem Punkt weiterentwickeln. Auch hierbei kann uns die Hospizbewegung voranleuchten. Denn für die meisten Gäste von Hospizen ist es ganz in Ordnung, wo sie sind und wie sie sind, - obwohl sie sich in vielfältigen Abhängigkeiten befinden. Ich denke, dies hat nicht zuletzt zu tun mit dem Grundsatz der Hospizbewegung: „Bejahung des Lebens, Akzeptanz von Sterben und Tod als Teil des Lebens.“ Zum Schluss noch meine Bitte um Klarstellung, verbunden mit **These 4**. Ich bin in letzter Zeit mehrfach auf den Begriff der terminalen Sedierung gestoßen. Vielen von Ihnen, die im Palliativbereich arbeiten, wird dieser Begriff viel geläufiger sein als einem Ethiker und Seelsorger. Es geht hierbei darum, dass Menschen in ein künstliches Koma versetzt werden, bis der Tod eintritt. Wenn ich die Zahlen richtig interpretiere, gibt es eine sehr hohe Zustimmungsrates unter Palliativmedizinern zu dieser terminalen Sedierung. Ich glaube aber, juristisch muss diese Grauzone zwischen indirekter und aktiver Sterbehilfe ausgeleuchtet werden. Als Ethiker vertrete ich die Ansicht, dass der Unterschied zwischen palliativer und terminaler Sedierung nicht pharmakologisch bestimmt werden kann, sondern im Intentionalen liegt: mit der palliativen Sedierung wird eine Symptomkontrolle beabsichtigt, mit der terminalen Sedierung die Beendigung des Lebens. Nach dem, was nun über mich wissen, wird es Sie nicht überraschen, dass ich der terminalen Sedierung kritisch gegenüberstehe.