

**Prof. Dr. Hartmut Kreß**

**"Grenzen der Behandlung - Bericht der Mainzer Ethikkommission zur Sterbehilfe"**

Referat auf dem 111. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, 05.04.2005.

**Summary des Referates für den Kongressband (vorab am 02.02.2005):**

Patientenverfügungen enthalten vorsorgliche Festlegungen zur sog. passiven Sterbehilfe. Zu ihrer Reichweite, Geltung und Verbindlichkeit zeichnet sich rechtspolitisch eine Antithese ab. Eine liberalere Position akzeptiert nicht nur schriftliche, sondern auch mündliche Vorausverfügungen von Patienten (vgl. den Bericht der Arbeitsgruppe des Bundesjustizministeriums "Patientenautonomie am Lebensende" vom 10.06.2004 und den Gesetzentwurf des Bundesjustizministeriums). Demgegenüber votierte die Enquete-Kommission "Ethik und Recht der modernen Medizin" am 13.09.2004 in problematischer Weise doppelt restriktiv, indem sie ein Konsil über Patientenverfügungen beraten und Vorausverfügungen überhaupt nur für die unmittelbare Sterbephase gelten lassen wollte. Angesichts dieses Gegensatzes könnte der Bericht, den die beim Landesjustizministerium angesiedelte Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz am 23.04.2004 vorgelegt hatte (im internet unter [www.justiz.rlp.de](http://www.justiz.rlp.de)), die Basis für einen rechtspolitischen Kompromiss bieten, der dringend notwendig ist. Dem Mainzer Votum gemäß (These 5/ Empfehlung 4) soll der Bundesgesetzgeber klarstellen, dass Patientenverfügungen, die ein späteres schweres Krankheits- oder Sterbeschicksal betreffen, dann rechtsverbindlich sind, wenn sie 1. schriftlich abgefasst sind, 2. hinreichend differenziert sind, das heißt die konkrete Entscheidungssituation paradigmatisch erfassen, sowie 3. auf der Grundlage von ärztlicher Beratung entstanden sind. Das Beratungskriterium hat die Funktion sicherzustellen, dass eine Patientenverfügung eine im Dialog erarbeitete, reflektierte, authentische Überzeugung eines Menschen enthält. Der Mainzer Kommission zufolge sind auch mündliche Erklärungen wirksam und relevant; jedoch kann ihnen keine so unhintergehbare Rechtsverbindlichkeit zukommen wie einer Festlegung, die in differenzierter Form schriftlich vorliegt. Das Mainzer Votum behandelt ebenfalls weitere Probleme, darunter Entscheidungen bei Kindern oder Probleme bei Heimverträgen. Stellvertreterentscheidungen und die Problematik des mutmaßlichen Willens werden ausführlich erörtert. Für die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz bilden das Sterben in Würde sowie das Grundrecht auf Freiheit und Selbstbestimmung, zu dessen Gunsten eine staatliche Schutzpflicht besteht, die normativen Grundlagen. Ethisch ist das Selbstbestimmungsrecht in verschiedenen Strängen der abendländischen Theologie und Philosophie (z.B. bei Kant) verankert.

## **Grenzen der Behandlung - Bericht der Mainzer Ethikkommission zur Sterbehilfe**

Referat auf dem 111. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden, 05.04.2005.

Text des Referates:

Die Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz ist beim dortigen Justizministerium angesiedelt und tagt unter dem Vorsitz des Ministers Herbert Mertin. Ihren Bericht zur Sterbehilfe und zur Sterbebegleitung legte sie am 23. April 2004, also vor nahezu einem Jahr vor. Ausgehend von der Menschenwürde als Fundamentalnorm, der Würde des Sterbens als Bestandteil der Menschenwürde und dem persönlichen Selbstbestimmungsrecht, das sich aus der individuellen Menschenwürde ableiten lässt, hob sie schon damals hervor, dass gesetzliche Regelungen zu Patientenverfügungen überfällig sind. Denn für alle Beteiligten - Ärzte, Patienten, Angehörige, Betreuer, Richter - sollte größere Rechtssicherheit und Normenklarheit bestehen als es zur Zeit der Fall ist. Nun ist die Aufforderung der Mainzer Kommission, die den gesetzlichen Klarstellungsbedarf betraf, vom Bundesgesetzgeber bis heute nicht eingelöst worden. Insofern ist der damalige rechtspolitische Appell nach wie vor aktuell. Mir scheint, dass auch die einzelnen Vorschläge zur Geltung, Reichweite und Verbindlichkeit von Patientenverfügungen, die von der Mainzer Kommission stammen, inhaltlich nach wie vor relevant sind. Sie betreffen die sog. passive Sterbehilfe (Behandlungsabbruch und -begrenzung; Verzicht auf zusätzliche Behandlungen), wobei ich die schwierigen Überschneidungs- und Abgrenzungsprobleme zur aktiven und aktiv-indirekten Sterbehilfe hier ausklammern muss (als Seitenbemerkung: Die Überschneidung zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe sollte freilich nicht so gewendet werden, dass aufgrund der Einwände gegen die aktive Sterbehilfe nun auch die bislang akzeptierte sog. passive Sterbehilfe - das Sterbenlassen und das Unterlassen einer Weiterbehandlung - unverhältnismäßig beschränkt wird - so die Argumentationslinie, die im Umfeld der Enquete-Kommission "Ethik und Recht der modernen Medizin" vorgetragen wird). Das Mainzer Kommissionsvotum kann in der derzeitigen, rechtspolitisch verfahrenen Situation einen dritten Weg, eine rechtspolitische Kompromisslinie aufzeigen, die in bestimmter Hinsicht zwischen den gegensätzlichen Optionen der Bundesjustizministerin einerseits, der Enquete-Kommission andererseits liegt.

### **I. Regelungsvorschläge für Patientenverfügungen**

Zur Geltung und Verbindlichkeit von Patientenverfügungen schlug die Kommission drei Kriterien vor:

**Erstens:** Patientenverfügungen sollen schriftlich verfasst sein.

Mit diesem Kriterium der Schriftform votierte die Mainzer Kommission anders als später (im Nov. 2004) die Bundesjustizministerin. Die Schriftform hat den Sinn, dass eine Patientenverfügung eindeutig und nachvollziehbar ist. Falls Auseinandersetzungen über den Willen eines Patienten entstehen, der nicht mehr ansprechbar ist, dann bietet die Schriftform die Chance zur Beweiserleichterung.

Es ist hinzuzufügen: Aus der Sicht der Mainzer Kommission bleiben auch mündliche Patientenaussagen relevant. Frühere mündliche Äußerungen von Patienten sind beachtlich und wirksam. Der Arzt, die Angehörigen, der Betreuer oder das Vormundschaftsgericht dürfen an ihnen für den Fall, dass ein Patient aktuell nicht mehr ansprechbar ist, nicht vorbeigehen. Nur können sie keine so strikte Verbindlichkeit besitzen wie schriftliche

Erklärungen. Denn sie liegen u.U. allzu lange zurück; evtl. handelt es sich nur um unpräzise überlieferte oder um vage, spontane oder gar unter Druck entstandene Äußerungen. Letztlich fallen mündliche Voten unter die Kategorie des sog. mutmaßlichen Willens. Jedenfalls müssen sie stets genau abgewogen werden.

So relevant frühere mündliche Voten daher sind - wirklich rechtsverbindlich kann eine Patientenverfügung nur dann sein, wenn sie schriftlich eindeutig vorliegt.

Das **zweite Kriterium** der Mainzer Kommission für eine verbindliche Patientenverfügung lautet: Sie soll differenziert und hinreichend präzise sein und den medizinischen Sachverhalt, um den es in der konkreten Entscheidungssituation dann geht, paradigmatisch umschreiben. Zur Begründung: Patientenverfügungen sind vorsorgliche Erklärungen für hypothetische, zukünftige Situationen der Krankheit und des Sterbens. Die ganz exakten Umstände einer künftigen Krankheit wird man in der Regel nicht vorhersagen können. Aber es lässt sich durchaus umschreiben, wie der Wille sowie die Wertvorstellungen eines Patienten für beispielhafte und typische Krankheitsprozesse lauten. Genau dies kann und soll eine Patientenverfügung zielgenau wiedergeben. Der Mainzer Kommission zufolge soll eine Patientenverfügung um so strikter verbindlich sein, je genauer sie den Patientenwillen für konkrete Krankheitssituationen zum Ausdruck bringt.

Dieses zweite Kriterium - "hinreichend präzise" - hat noch eine weitere Stoßrichtung. Zur Zeit sind ca. 200 verschiedene Muster von Patientenverfügungen in Umlauf, und zwar insgesamt in einer Höhe von - so lautet eine Schätzung - 7 Millionen Exemplaren. Allein die "Christliche Patientenverfügung", die von den beiden großen Kirchen stammt, ist nahezu 2 Millionen Mal abgerufen worden. Jedoch besteht ein erhebliches Problem: Nur ein kleiner Teil der zur Zeit verbreiteten Muster von Patientenverfügungen ist tragfähig. Sehr viele von ihnen enthalten nur ganz allgemeine, unklare Formulierungen. Für den Fall, dass über das Schicksal eines nicht mehr äußerungsfähigen Patienten entschieden werden muss, bieten solche Formulare keine verlässliche Grundlage. Aus meiner Sicht - Juristen bestätigen dies - sind vor allem zwei Modelle einer Patientenverfügung empfehlenswert: nämlich das Formular, das vom Bayerischen Justizministerium herausgegeben wird, und das Formular des Zentrums für Medizinische Ethik der Universität Bochum. Aus Sicht der Mainzer Kommission sollte jedenfalls genau geprüft werden, welches Formular einer Patientenverfügung tatsächlich präzise und verlässlich ist.

Sodann: Das **dritte Kriterium** der Mainzer Kommission lautet: Verbindliche Patientenverfügungen sollen auf qualifizierter, besonders auf ärztlicher Aufklärung und Beratung beruhen. Dieses Kriterium hat die Funktion sicherzustellen, dass eine Patientenverfügung wohl bedacht ist. Patienten, die eine Vorausverfügung erwägen, werden manche medizinischen Einzelheiten nicht kennen und eventuell keine persönlichen Erfahrungen mit Sterbeprozessen besitzen. Die ärztliche Beratung sollte daher verdeutlichen,

- welche einschneidende Bedeutung eine Patientenverfügung besitzt; denn es geht um Leben oder Sterben, um die Weiterbehandlung oder um das Sterbenlassen. Es bildet insofern ein Risiko und ein hohes Maß an persönlicher Verantwortungsübernahme, eine solche Verfügung zu unterzeichnen, denn die eigene Existenz steht auf dem Spiel. Eine ärztliche Beratung sollte diese existentielle Brisanz zur Sprache bringen.
- Zugleich sollte das Beratungsgespräch auf die Unterschiede zwischen den einzelnen Mustern von Patientenverfügungen hinweisen; von unzuverlässigen Mustern sollte abgeraten werden;

- oder es kann auf didaktische Materialien aufmerksam gemacht werden, die interessierte Patienten nutzen und mit denen sie sich selbst fortbilden können.

Nun liegt auf der Hand: In den derzeitigen ärztlichen Alltag sind solche ausführlichen Beratungsgespräche nur schwer zu integrieren. Dies war auch der Mainzer Kommission deutlich. Programmatisch besitzt dieses Anliegen m.E. aber hohes Gewicht: dass eine kompetente Person, das heißt letztlich der Arzt, interessierten Menschen bei ihren höchstpersönlichen Überlegungen über potentielle Konfliktsituationen von Krankheit und Sterben zur Seite steht. Zudem gilt es, einer Entwicklung vorzubeugen, dass sich in diesem Bereich fragwürdige Anbieter etablieren. Mir scheint, dass die ärztliche Beratung zu Sterbehilfe und Sterbebegleitung für das zukünftige Arztbild, die Arztrolle und auch für die gesellschaftliche Akzeptanz des Arztes hochrelevant werden könnte. Die ärztliche Beratung kann und soll die Selbstbestimmung von Patienten stützen.

Diese drei Kriterien - 1. die Schriftlichkeit der Patientenverfügung, 2. ihre Differenziertheit, 3. der Sachverhalt, dass sie die authentische Überzeugung des Patienten wiedergibt, und zwar auf der Basis ärztlicher Beratung - sollten maßgebend sein, wenn der Bundesgesetzgeber doch noch tätig wird und die Geltung, Reichweite und Verbindlichkeit von Patientenverfügungen klarstellt. Darüber hinaus sind noch weitere Aspekte, die der Mainzer Text vom April 2004 erwähnt hat, nach wie vor von Interesse.

Aus aktuellem Anlass greife ich die Frage der **Reichweite** von Patientenverfügungen auf. Es ist ja eine schroffe rechtspolitische Kontroverse entstanden, welches Maß an Behandlungsbegrenzung von einer Patientenverfügung überhaupt gefordert werden darf. Manche Stimmen schlagen vor, die Reichweite sollte sehr eng gefasst sein. Patientenverfügungen dürften nur das eigentliche, unmittelbare Sterben bzw. einen Krankheitsverlauf mit "irreversibel tödlichem Verlauf" betreffen.

Dies würde bedeuten, dass Patientenverfügungen über eine Reihe von Krankheitsbildern keine Festlegungen mehr treffen dürften. Ein Krankheitsschicksal, um das es konkret gehen kann, ist das lang anhaltende sog. Wachkoma, bei dem keine Chance auf Remission mehr besteht. Nun hat vor allem der Vatikan mehrfach, schon im März 2004, gefordert, in solchen Fällen solle die künstliche Ernährung mit Hilfe einer PEG-Sonde aufrecht erhalten werden, und zwar auch dann, wenn der Patient vorher ausdrücklich das Gegenteil verlangt habe. Diese Forderung der katholischen Kirche, trotz anders lautender Willensbekundung eines Patienten die künstliche Ernährung mit einer PEG-Sonde auch nach Monaten fortzusetzen, ist in Deutschland in der Politik und der Politikberatung (s. bes. die Enquete-Kommission "Ethik und Recht der modernen Medizin") aufgegriffen worden.

Diese Position fordert freilich einen sehr hohen, meines Erachtens einen viel zu hohen Preis.

- Zahlreiche Krankheitsschicksale würden auf diese Weise aus Patientenverfügungen ausgeklammert. Das Instrument der Patientenverfügung verlöre, würde man diesem Vorschlag folgen, weitgehend seinen Sinn. Die Funktion einer Patientenverfügung besteht ja darin, dass der Betreffende eine bewusste Entscheidung für eine spätere Dilemmasituation trifft, in der er sich aktuell nicht mehr zu äußern vermag. Wenn man die Reichweite begrenzt, wird Patienten die Chance verbaut, vorsorglich für relevante Konflikt- und Dilemmasituationen Festlegungen zu treffen. Eine solche Restriktion wäre ein schwerer Einschnitt in die Persönlichkeitsrechte und in die Bereitschaft von Menschen, Zukunftsverantwortung für sich selbst zu übernehmen.

- Es kommt hinzu: Das Recht auf Leben und der Lebensschutz, den ein jeder Mensch besitzt, schlägt hier um in einen Behandlungszwang und in eine Lebenspflicht. Denn im Fall des irreversiblen Wachkomas lebt der Mensch nicht mehr spontan, aus sich heraus, sondern nur aufgrund der künstlichen Unterstützung, konkret der PEG-Sonde. Wenn man einen Patienten gegen seinen früher erklärten Willen künstlich ernährt, missachtet man sein Recht auf Zustimmung zu einem Heileingriff, und man missachtet sein Recht auf ein Sterben im Sinne seines eigenen Willens.

Die Mainzer Kommission hat hierzu schon vor einem Jahr mit folgendem Duktus argumentiert:

- Das Sterben in Würde gehört zur Menschenwürde hinzu.
- Die Würde des Menschen lässt sich nicht gegen dessen eigenen Willen definieren oder schützen. Vielmehr gibt letztlich die je eigene Perspektive des Betroffenen den Ausschlag, was für ihn auch in der Situation von Krankheit und Sterben als würdegemäß zu gelten hat.
- Das Freiheits- und Selbstbestimmungsrecht von Menschen steht unter dem Schutz des Staates. Der Staat ist von Verfassungs wegen verpflichtet, das Freiheitsgrundrecht zu schützen und es zu unterstützen. Das Recht auf Selbstbestimmung darf nur im äußersten Not- und Ausnahmefall eingeschränkt werden. Daher lautet die These 1 des Kommissionsberichtes: "Die Würde des Menschen und sein Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung sind grundrechtlich geschützt. Dies umfasst auch die Entscheidung über das eigene Sterben und über lebenserhaltende Eingriffe Dritter und schließt die fremdbestimmte Erhaltung oder Verlängerung seines Lebens aus."

Legt man diese Gedankenfolge zugrunde, so lässt sich eine Reichweitenbegrenzung von Patientenverfügungen nicht vertreten. Ethisch ist legitim, in einer Patientenverfügung auch den Behandlungsabbruch z.B. beim lang andauernden irreversiblen Wachkoma zu regeln. Vorsorglich ist hinzuzufügen: Selbstverständlich kann eine Patientenverfügung stets widerrufen werden, und zwar - je nach Situation und nach Krankheitsbild - mündlich oder auch nonverbal oder durch Gesten oder durch konkludentes Verhalten. Dies zu unterstreichen, stellt noch einmal eine Absicherung und Klarstellung dar. Eine Patientenverfügung bedeutet nicht, dass ein kranker Mensch, etwa ein dementer Mensch, gleichsam zum Sklaven seiner früheren Patientenverfügung würde, die aus gesunden Tagen stammt. Ausschlag gebend ist die jeweils aktuelle Äußerung. Für den Fall, dass eine aktuelle Äußerung, auch in Form eines Widerrufs, krankheitsbedingt nicht möglich ist - etwa beim Wachkoma -, gibt aber die frühere Äußerung in der Patientenverfügung den Ausschlag. Genau darin besteht ja ihr Sinn. Weitere Hilfsmittel, den Patientenwillen zu ermitteln, sind die Einbeziehung von Angehörigen und - falls keine Patientenverfügung vorliegt - die möglichst sorgsame Ermittlung eines mutmaßlichen Willens. Dieser mutmaßliche Wille kann in manchen Fällen freilich ein sehr fragiles Konstrukt sein. Daher wird in solchen Fällen sehr viel von der medizinischen Indikation und der ärztlichen Verantwortung abhängen.

## **II. Grundsatzprobleme**

Mit den genannten Aspekten - Menschenwürde, Selbstbestimmung, Verantwortung von Patienten für das eigene künftige Krankheitsschicksal - sind bereits Grundsatzfragen der Behandlungsbegrenzung angesprochen. In der Tat ist hervorzuheben: Die derzeitigen Debatten über Patientenverfügungen berühren kulturelle Grundlagenprobleme. Zur Zeit scheint eine Auseinandersetzung auf der Hintergrund- oder auf der Grundsatzebene sogar zu

eskalieren. Es geht darum, welche Grundwerte oder Grundrechte in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen vorrangig gelten sollen. Gegen die Verbindlichkeit und gegen eine nennenswerte Reichweite von Patientenverfügungen wird neuerdings der Einwand erhoben, hierdurch gerate 1. der Lebensschutz und die Lebenserhaltung als Prinzip in Gefahr; 2. man müsse den Gedanken der Fürsorge stärker betonen. Einzelne Menschen müssten gegebenenfalls vor sich selbst, vor der eigenen früheren Willensäußerung geschützt werden. Daher soll - so die Enquete-Kommission - ein Konsil über eine Patientenverfügung befinden.

Aus meiner Sicht (und in der Logik der Mainzer Kommission) möchte ich hervorheben: Der Fürsorgegedanke, von dem in den Debatten der letzten Wochen immer wieder die Rede ist, ist zwiespältig. Ich habe entfaltet, wie wichtig und wie hilfreich die ärztliche Beratung von Patienten ist. Davon ist nichts zurückzunehmen. Jedoch sollte darauf geachtet werden, dass keine Schieflage entsteht. Zur Zeit lässt sich die Tendenz beobachten, dass das Prinzip der Patientenautonomie vom Prinzip der Fürsorge geradezu überlagert wird, indem die Selbstbestimmung von Patienten im Licht der "Fürsorge" durch Dritte ausgelegt und damit auch eingeschränkt wird. Der Patient wird dann - dies wäre ein Rückschritt in die medizinethische Vergangenheit - wieder hierarchisch und paternalistisch betrachtet. Der frühere Vizepräsident des Bundesverfassungsgerichts Ernst Gottfried Mahrenholz hat schon im vergangenen Jahr geäußert, man solle darauf achten, das Selbstbestimmungsrecht von Patienten vor einer "fürsorglichen Bevormundung" zu schützen. Er hat m.E. recht; diese Problematik sollte im Auge behalten werden. Die derzeitigen rechtspolitischen Bestrebungen, die Geltung, Wirksamkeit und Reichweite von Patientenverfügungen ganz restriktiv zu regeln, können mich nicht überzeugen.

Aus ethischer Perspektive möchte ich dies noch mit folgendem Hinweis untermauern: Geschichtlich, kulturell und existentiell bildet es eine neuartige Herausforderung, dass Menschen in einer Patientenverfügung vorsorgende Entscheidungen über Eventualfälle von Krankheit und Sterben treffen, die futurisch und nicht präzise vorhersehbar sind. Den Hintergrund bildet der sprunghafte Fortschritt der Möglichkeit medizinischer Lebenszeitverlängerung, die in vielen konkreten Fällen jedoch als bloße Leidensverlängerung und als menschlich sinnwidrig empfunden wird. Nun sind bereits früher, zu Beginn des 20. Jahrhunderts, angesichts damaliger zivilisatorischer Orientierungsdefizite die Schärfung des persönlichen Gewissens und die "Steigerung" der individuellen Verantwortung kulturphilosophisch zum Leitbild erhoben worden. Namentlich war es Albert Schweitzer, der diesen Gedanken auf der Grundlage des Protestantismus und der Aufklärungsphilosophie in seiner Schrift "Kultur und Ethik" (1923) vorgetragen hat. Gegenwärtig wird eine gesteigerte persönliche Präventivverantwortung speziell für den Umgang mit dem Lebensende relevant. Menschen, die zum Abfassen einer Patientenverfügung gewillt und hierzu rational sowie emotional in der Lage sind, haben sich ein solches anspruchsvolles Ethos zu eigen gemacht. In einer pluralistischen Gesellschaft, in einem am Freiheitsgrundrecht orientierten Staat und vor dem Hintergrund der abendländischen Freiheitsethik sollte ein solches Ethos der Selbstbestimmung und bewussten Verantwortungsübernahme nicht eingedämmt, sondern unterstützt werden.

### **III. Das Freiheitsgrundrecht in seiner mehrfachen Bedeutung**

Abschließend sei unterstrichen: Das Recht auf Selbstbestimmung, das Patienten auch angesichts der letzten Lebensphase besitzen, hat zahlreiche Facetten. Die Mainzer Kommission hat in ihrem umfangreichen Bericht einige Aspekte beleuchtet. Hierzu gehört

## 1. die **Religionsfreiheit als Norm.**

Der Mainzer Bericht betont, dass in der Phase schwerer Krankheit und des Sterbens die Privatsphäre und die religiös-weltanschaulichen Selbstbestimmungsrechte von Menschen zu schützen sind. So unstrittig ein solches Anliegen theoretisch sein mag - vor Ort, im Alltag einer Klinik oder einer Pflegeeinrichtung sind in dieser Hinsicht Desiderate vorhanden. Konkret geht es darum zu gewährleisten, dass Sterbende ungestört, das heißt in abgesonderten Räumen von ihren Familienangehörigen Abschied nehmen können oder dass Schwerkranke, Pflegebedürftige oder Sterbende eine religiöse, konfessionelle oder psychologische Begleitung ihrer Wahl erhalten oder dass ggf. religiöse Riten oder Symbole, etwa die Rezitation einer Koran-Sure beachtet werden.

Daher hob die Mainzer Kommission wie zuvor schon die Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften die Bedeutung der Religionsfreiheit und überhaupt der Privatsphäre für den Umgang mit Krankheit und Sterben hervor: "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."

## Zweitens ein ganz anders gelagerter Gesichtspunkt: **Selbstbestimmungsrechte von Minderjährigen.**

In den Debatten über Sterbehilfe und Sterbebegleitung, die in Deutschland stattfinden, wird allzu sehr ausgeblendet, welche menschlichen und ethischen Normen im Umgang mit schwerkranken und sterbenden Kindern zu beachten sind. Die Mainzer Bioethik-Kommission hat diese drängende Frage ebenfalls im Licht des Selbstbestimmungsgedankens erörtert. Dabei wurden die **eigenen** Selbstbestimmungsrechte von Minderjährigen herausgestellt, und zwar in der angemessenen Relation zu den Elternrechten und Elternpflichten sowie entsprechend dem zunehmenden Alter und der anwachsenden individuellen Einsichts- und Urteilsfähigkeit von Kindern. Die ansteigenden Selbstbestimmungsrechte von Minderjährigen sind auch für Fragen der Behandlungsverweigerung oder -beendigung sowie der eventuell hochdosierten Schmerztherapie relevant. Auf eine starre Altersgrenze, von der an ein deutlicher Vorrang der Selbstbestimmungsrechte von Kindern vor den Entscheidungen der Sorgeberechtigten anzunehmen sei (z.B. 14 oder 16 Jahre), hat sich die Mainzer Kommission bewusst nicht festgelegt, sondern stattdessen für eine "gleitende Altersgrenze" plädiert: "Es wird in einer Art Stufenmodell im Einzelfall zu prüfen sein, ob eine Einsichtsfähigkeit in die abstrakte Krankheitssituation besteht, ob ein Selbstbezug auf das konkrete, individuelle Schicksal hergestellt werden kann und ob diese Einsichten in eine Kommunikation eingebracht werden können."

## Drittens, wiederum anders gelagert - ein Problem im Umgang mit schwerkranken und sterbenden erwachsenen und alten Menschen: **der Vorrang individueller Selbstbestimmungsrechte vor den Einschätzungen Dritter.**

Die Kommission befasste sich mit dem Problem, dass zwischen individuellen Freiheits- und Selbstbestimmungsrechten von Patienten einerseits, den Vorgaben einer Pflegeeinrichtung andererseits Spannungen aufbrechen. Manche Pflegeheime verlangen - z.B. aus ihrer konfessionellen, ggf. katholischen Bindung heraus - vorab, vor der Aufnahme eines Patienten in die Einrichtung, er solle sein Einverständnis erklären, später mit dem Legen einer PEG-Sonde zur künstlichen Lebenserhaltung einverstanden zu sein. Eine solche Aufnahmebedingung gerät jedoch in Konflikt mit dem individuellen Selbstbestimmungsrecht, da nicht jeder Pflegebedürftige eine solche künstliche Lebensverlängerung wünscht. Die

Mainzer Kommission hat den Vorrang der persönlichen Überzeugungen und der Selbstbestimmungsrechte von Patienten vor den Leitbildern eines Pflegeheims oder einer Klinik unterstrichen. So sehr die moralische, religiöse oder weltanschauliche Ausrichtung von Krankenhäusern und Heimen zu achten ist, darf das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung und auf körperliche Integrität nicht in Mitleidenschaft gezogen werden. Ethisch gilt, dass das individuelle Grundrecht, also die persönliche Selbstbestimmung von Patienten den Ausschlag gibt. Wenn normative Konflikte entstehen - etwa mit moralischen Einstellungen des Pflegepersonals oder mit den Leitbildern oder den wirtschaftlichen Interessen eines Trägers von Kliniken oder Heimen -, dann ist der Vorrang der individuellen Rechte des Schwächeren, das heißt des Patienten zu betonen.

#### **IV. Fazit**

Behandlungsbegrenzungen am Lebensende (passive Sterbehilfe; das Unterlassen der Weiterbehandlung) sind ethisch legitim. Wenn ein Patient selbst die Behandlungsbegrenzung wünscht, ist sie ethisch sogar geboten. Das Thema "Patientenverfügungen" bildet nur einen Ausschnitt aus den Fragestellungen, die im Zusammenhang von Sterbehilfe und Sterbebegleitung zu diskutieren sind. Gleichwohl sind solche Verfügungen ein wichtiges und hilfreiches Instrument, das interessierte Patienten nutzen können und sollten, um eine Behandlung und eine Therapiebegrenzung in ihrem persönlichen Sinn zu erreichen. Daher sollte der Gesetzgeber vorsorglichen Patientenverfügungen einen möglichst großen Spielraum einräumen.

#### **Verfasser:**

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