

---

# Patientenautonomie – Anspruch und Wirklichkeit am Beispiel der Sterbehilfedebatte

Nikolaus Knoepffler

*Der Begriff „Patientenautonomie“*

Mit ihrem 1979 erstmals erschienenen, bahnbrechenden Buch *Principles of Biomedical Ethics* haben Tom Beauchamp und James E. Childress das Prinzip des Respekts vor der Autonomie des Patienten weltweit bekannt gemacht.<sup>1</sup> Sie bestimmen hierbei die Achtung der Autonomie als die Anerkennung, dass Personen das Recht haben, bestimmte Positionen zu vertreten, Entscheidungen zu treffen und gemäß ihrem Wertesystem zu handeln. Im Bereich der Medizin heißt das: Patienten haben ein Anrecht darauf, Behandlungen zuzustimmen, nachdem sie fachgerecht aufgeklärt wurden (der sogenannte *informed consent*) oder diese abzulehnen. Dieses Recht kennt Deutschland in gewisser Weise schon lange, da eine Behandlung, zu der ein Patient, der voll zurechnungsfähig ist, seine Zustimmung nicht gegeben hat, strafbar ist. Medizinethisch bedeutet also Patientenautonomie eigentlich das Selbstbestimmungsrecht des Patienten.

Mit diesem medizinethischen Begriff einer individuell verstandenen Patientenautonomie nicht zu verwechseln ist der kantische Autonomiebegriff, denn nach Kant ist die Fähigkeit des Menschen, sich selbst ein Gesetz zu geben, nicht individuell zu denken, sondern überindividuell. Dabei handelt es sich um eine Fähigkeit aller vernünftigen

Lebewesen, und das Resultat ist ebenfalls überindividuell: der kategorische Imperativ. Er gilt nämlich gerade für alle moralfähigen Lebewesen an allen Orten und zu allen Zeiten, und alle moralfähigen Lebewesen kommen mit Notwendigkeit aus sich heraus (griech. *autos*) zu diesem kategorischen Imperativ als dem grundlegenden moralischen Gesetz (griech. *nomos*): „Autonomie des Willens ist die Beschaffenheit des Willens, dadurch derselbe ihm selbst (unabhängig von aller Beschaffenheit der Gegenstände des Willens) ein Gesetz ist. Das Prinzip der Autonomie ist also: nicht anders zu wählen als so, dass die Maximen seiner Wahl in demselben Willen zugleich als allgemeines Gesetz mit begriffen seien.“<sup>2</sup>

Auch wenn es vor diesem Hintergrund sinnvoll wäre, den Begriff der Patientenautonomie durch denjenigen einer Patientenselbstbestimmung zu ersetzen, so hat sich der medizinisch gebrauchte Autonomiebegriff doch mittlerweile in der Diskussion durchgesetzt. Ich werde ihn darum im Folgenden im Sinne einer Selbstbestimmung des Patienten verwenden. Wie weit ist es nun heute mit dieser Autonomie her?

### *Anspruch und Wirklichkeit*

Der autonome Patient ist ein Konstrukt, das vieles mit einem in manchem ähnlichen Konstrukt zu tun hat, dem *homo oeconomicus*. Beide werden als vollständig informiert und rational vorgestellt. Beide erscheinen als Maximierer ihrer persönlichen subjektiven Erwartungswerte, der autonome Patient im Blick auf seine gesundheitliche Betreuung, der *homo oeconomicus* im Blick auf seinen allgemeinen Gewinn.

Warum ist der autonome Patient ein Konstrukt? Er ist ein Konstrukt, weil es den vollständig informierten Patien-

ten überhaupt nicht geben kann, denn bereits ein Arzt kann nicht alles wissen, was theoretisch zu wissen möglich wäre. Also muss bereits hier abstrahiert werden, d. h. der Patient muss nur vollständig über das informiert sein, was direkt für die Behandlung bzw. Nicht-Behandlung zu wissen nötig ist. Was aber heißt das? Welche Spätfolgen muss der Patient also nicht mehr wissen, oder besser: welche unwahrscheinlichen Spätfolgen – was auch immer unter „unwahrscheinlich“ zu verstehen ist – muss er nicht wissen? Auch bleibt ungeklärt, ob der Patient sozusagen die externen Effekte seiner Behandlung kennen muss, und wenn ja, in welchem Umfang: Muss er also unterrichtet sein, dass diese Behandlung unter Umständen bedeutet, dass ein anderer Patient eine bestimmte Behandlung nicht erhalten kann, weil durch ihn der Operationssaal und das Operationsteam „belegt“ sein werden? Aber selbst unter der Annahme, dass diese Fragen geklärt sind, bleibt oft auch der konkrete Eingriff für die meisten echten Patienten ein Buch mit sieben Siegeln. Viele Patienten können den Umfang und die Bedeutung bestimmter Eingriffe, beispielsweise einer Folge von Chemotherapien, nicht einschätzen. Sie müssen den behandelnden Ärzten vertrauen.<sup>3</sup> Sich dazu zu entschließen zu vertrauen ist zwar auch eine Form von Selbstbestimmung, aber zugleich auch eine Aufhebung dieser Selbstbestimmung im dreifachen Wortsinn des Begriffs „Aufhebung“: Die Selbstbestimmung wird zwar einerseits im Akt des Vertrauens als solche bewahrt, andererseits aber doch auf eine neue Stufe gehoben und damit in ihrem ursprünglichen Sinn gerade beseitigt.<sup>4</sup> Die Unterschrift unter eine sogenannte Patientenaufklärung kann darum auch in vielen Fällen kaum als eine Form von *informed consent* und Realisierung von Patientenautonomie verstanden werden, denn der Patient hat meist nur die Wahl, die Unterschrift zu leisten oder eben auf die Behandlung zu verzichten, wenn er die Unterschrift nicht leistet. Zudem sind

viele Formulierungen für den Laien unverständlich und werden auch von den Ärzten, die aufklären – wenn sie denn überhaupt aufklären und nicht einfach durch das Personal den Bogen zur Unterschrift vorlegen lassen<sup>5</sup> –, nicht immer verständlich gemacht. Zudem atmen viele Patientenaufklärungen mehr und mehr den Geist von Verträgen, die eigentlich dazu dienen sollen, spätere Schadensersatzklagen auszuschließen, und nicht den Geist einer Aufklärung zum Wohle und Nutzen des Patienten. Dem entspricht oft ihre Sprache, die sich mehr und mehr einer juristisch-medizinischen Fachsprache annähert.

Der autonome Patient ist aber auch insofern ein Konstrukt, als die meisten Menschen einfach nur gesund werden wollen bzw. eine gute Behandlung anstreben. Ihnen geht es also nicht um die bestmögliche Behandlung nach rationalen Kriterien und in vielen Fällen auch nicht um die Achtung ihrer Patientenautonomie, sondern um ihr gesundheitliches Wohl. Vor diesem Hintergrund bleibt das Vertrauen in die Ärzte weiterhin ein Kriterium, das mindestens ebenso wichtig ist wie das Prinzip der Achtung der Patientenautonomie. Was dies für Konsequenzen hat, lässt sich sehr gut am Beispiel der Diskussion um die Sterbehilfe belegen.

### *Patientenautonomie und die Debatte um die Sterbehilfe*

Nimmt man das Prinzip der Patientenautonomie ernst, so stellt sich eine der heikelsten und ethisch umstrittensten Probleme bei der Debatte um die Sterbehilfe: Darf ein Patient auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichten, selbst wenn diese nach Ansicht der Ärzte eigentlich übliche Maßnahmen darstellen? Darf ein Patient eine Schmerztherapie verlangen, die unter Umständen seine Lebenszeit verkürzen kann? Darf ein Patient sogar darüber

hinausgehen und sich das Leben nehmen? Darf er dabei vielleicht sogar die Hilfe anderer Menschen in Anspruch nehmen? Oder als letzte Steigerung: Darf er sich sogar von jemand töten lassen? Anders formuliert: Unterstellt, der Patient hat seinen Willen dazu erklärt – sei es aktuell oder früher mittels einer mündlichen oder schriftlichen Patientenverfügung –, ist dann eine passive Sterbehilfe, eine indirekte Sterbehilfe, eine Selbsttötung und die Beihilfe zu dieser und als umstrittenste Form eine aktive Sterbehilfe ethisch zulässig, wenn das Prinzip der Patientenautonomie angenommen wird?

Passive Sterbehilfe bzw. Sterbebegleitung ist eine Form der Sterbehilfe, bei der das Sterben selbst nicht aktiv ausgelöst oder beschleunigt, sondern nur begleitet wird. Es ist eine *Sterbehilfe* im Sinne einer Hilfe beim Sterbeprozess, wenn bestimmte Handlungen unterlassen werden, die den Sterbeprozess hätten verlängern können. Als passive Sterbehilfe werden nämlich alle Formen der Sterbehilfe verstanden, bei denen auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet wird (z. B. durch Verzicht auf die Gabe von Antibiotika, auf bestimmte intensivmedizinische Maßnahmen usw.). Diese Form der Sterbehilfe ist, wenn sie dem (ausdrücklichen oder mutmaßlichen) Willen des Patienten entspricht, nach praktisch allen ethischen Ansätzen unproblematisch.

Bereits ethisch umstrittener ist der Fall, wenn es um das Abschalten von Maschinen oder das Entfernen einer Magensonde zur Ernährung des Patienten geht. Juristisch dagegen scheint die Gesetzeslage zumindest für Deutschland geklärt. Das Entfernen einer Magensonde oder Abstellen einer Herz-Lungen-Maschine gilt als passive Sterbehilfe. Denn nach seiner sozialen Bedeutung stellt sich der Vorgang als eine Einstellung der Behandlung und damit als ein Unterlassen weiterer Tätigkeit dar. So sind allein in München in den letzten Jahren mehr als 50 Wachkomapa-

tienten Magensonden entfernt worden, da dies ihrem mutmaßlichen Willen entsprach. Dabei davon zu reden, dass die Betroffenen durch die Entfernung einer Magensonde qualvoll verhungert seien, ist unangemessen, da ohne Bewusstseins- und Schmerzempfinden keine Qual möglich ist und auch kein subjektives Hungergefühl empfunden werden kann.<sup>6</sup>

Eine ähnliche Bewertung scheint auch in den USA vorzuliegen, wo die aktive Sterbehilfe in keinem der Bundesstaaten zulässig ist; zugleich wurde aber das Entfernen der Magensonde bei Terri Schiavo (deren Fall vor wenigen Jahren ein lebhaftes Echo in den Medien gefunden hat) angesichts der angenommenen mutmaßlichen Zustimmung der Patientin von den damit befassten Gerichten letztlich als zulässig angesehen. Anders sehen dies aber Kulturen wie die japanische oder die jüdische. Dafür spricht ein philosophischer Grund: Das Abstellen oder Entfernen einer Maschine, durch das der Tod herbeigeführt wird, enthält ein aktives Moment.

Eine Schmerztherapie, die zu einer Verkürzung der Lebenszeit führt, stellt einen typischen Fall indirekter Sterbehilfe dar. Diese Therapieform nimmt zwar eine Verkürzung der Lebenszeit billigend in Kauf, sie wird aber nicht mit diesem Ziel eingesetzt. Sie kann darum nach vielen ethischen Ansätzen gebilligt oder sogar gefordert werden, wenn sie vom Patienten erbeten wird. Sie entspricht nicht nur voll und ganz dem Prinzip der Achtung der Patientenautonomie, sondern stellt auch eine gute ärztliche Praxis dar, da die Palliativmedizin als Therapieform zum ärztlichen Auftrag gehört, Schaden (in diesem Fall unerträgliche Schmerzen) vom Patienten abzuwenden.

Wie verhält es sich jedoch, wenn Menschen in freier Selbstbestimmung darum bitten, ihnen bei einer Selbsttötung zu helfen oder sie sogar aktiv zu töten? Die besonders heftig geführte Debatte geht national wie internatio-

nal darum, ob diese Formen der Sterbehilfe zulässig sein können.

In der ethischen Diskussion gibt es zur Beihilfe zum Suizid zwei nicht mehr vereinbare Positionen. Die eine Position lautet: Durch die Selbsttötung wird einerseits die Pflicht, sein eigenes Leben als Bedingung der Möglichkeit der eigenen Menschenwürde und jeder Selbstbestimmung zu wahren, verletzt, andererseits wird die Pflicht nicht gewahrt, mit dem eigenen Leben auch anderen Solidarität zu zeigen, denn mit dem Tod ist jede Möglichkeit dazu beendet.

Die andere Position dagegen argumentiert dafür, dass das Mitleid und der Wille des betroffenen Patienten in einer Güterabwägung von größerem Gewicht sein sollten. Wer dabei für die moralische Erlaubtheit der Selbsttötung und der Beihilfe zur Selbsttötung argumentiert, wird von der spezifischen Fallkonstellation, dem spezifischen Konflikt her argumentieren. Es geht nicht allgemein um Selbsttötung, sondern um die Selbsttötung von Sterbenden oder Schwerstkranken. Vor dem Hintergrund, dass in bis zu 10 % der Fälle bei sterbenden Krebspatienten eine Schmerztherapie nicht den gewünschten Erfolg hat, kann man darum eine Selbsttötung auch als eine Tat der Selbstliebe deuten. Kommt hinzu, dass diese Tat auch für die Nahestehenden eine Erleichterung bringen soll und gesellschaftliche Ressourcen nicht beansprucht, die dadurch anderen Menschen zur Verfügung stehen, dann kann diese Tat auch als Tat der Nächstenliebe gedeutet werden.

Freilich ist dann noch zu entscheiden, ob das ärztliche Berufsethos die Teilnahme des Arztes an einer derartigen Selbsttötung erlauben könnte. Auch hier gehen die Überzeugungen auseinander. Wie bereits erwähnt, spielt das Vertrauen in den Arzt und seinen ärztlichen Heilungsauftrag eine sehr große Rolle. Wenn ein Arzt Beihilfe zur Selbsttötung leistet, so interpretieren dies die Gegner dieser Beihilfe als eine Zerstörung dieses Vertrauensverhält-

nisses, während die Befürworter gerade darin eine letzte Bestätigung dieses Vertrauens sehen. Zumindest die derzeitige deutsche *juristische* Lösung scheint ethisch nicht befriedigend zu sein. Der Patient darf sich nämlich dem Arzt seines Vertrauens nicht einmal mit dem Wunsch nach Selbsttötung anvertrauen, denn sonst ist der Arzt aufgrund seiner Garantenstellung verpflichtet, alles zu tun, um diese Selbsttötung zu verhindern. Dies dürfte aber dem Vertrauensverhältnis und der Achtung des Prinzips der Patientenautonomie abträglicher sein als eine passive Form der Begleitung bei der Selbsttötung. Eine derartige passive Form, wie sie beispielsweise Gian Domenico Borasio in Deutschland vorschlägt,<sup>7</sup> würde es dem Arzt ermöglichen, beim Patienten zu bleiben, aber gerade nicht zulassen, dass er aktiv Beihilfe zur Selbsttötung leistet, also dem Patient die Mittel besorgt, die den Tod herbeiführen sollen.

Noch problematischer ist die aktive Sterbehilfe, auch wenn der Patient darum ausdrücklich und mit Wissen um die Konsequenzen bittet.<sup>8</sup> In Deutschland wird aktive Sterbehilfe bei Freiwilligkeit als Tötung auf Verlangen beurteilt und ist grundsätzlich nach § 216 StGB strafbar. Jedoch liegt das Strafmaß deutlich unter dem Strafmaß für Totschlag oder Mord, nämlich zwischen sechs Monaten und fünf Jahren. Die deutsche Gesetzeslage entspricht damit einem weitreichenden internationalen Konsens, aktive Sterbehilfe als strafbare Handlung zu verstehen, zugleich aber deutlich milder zu beurteilen als andere Tötungshandlungen. Dieser internationale Konsens beginnt zu bröckeln, wie die Tatsache zeigt, dass aktive Sterbehilfe in den Niederlanden und Belgien unter bestimmten Sorgfaltskriterien (z. B. Freiwilligkeit) erlaubt ist.

Genau hier, in der konsequenten Umsetzung derartiger Sorgfaltskriterien, liegt die wohl größte Problematik aktiver Sterbehilfe, die Gefahr, dass sich für bestimmte Krankheitsformen mit der Zeit Automatismen etablieren, die

die Freiwilligkeit aktiver Sterbehilfe fragwürdig machen könnten.

Dazu kommt: Die aktive Sterbehilfe erfordert eine Fremdtötung. Eine wesentliche Aufgabe des Staates besteht jedoch gerade darin, Entwicklungen vorzubeugen, die die Hemmschwelle gegenüber dem Töten senken. Der Staat und jede Gesellschaft muss deshalb klug abwägen, in welcher Form Sterbehilfe zulässig sein kann, denn die Erlaubnis zur Fremdtötung könnte letztlich nicht gewollte Folgen für die gesamte Gesellschaft haben:

„Regeln in unserem moralischen Regelwerk gegen das aktive oder passive Verursachen des Todes einer anderen Person sind nicht isolierte Fragmente. Sie sind Fäden in einem Regelwerk, das Achtung vor menschlichem Leben unterstützt. Je mehr Fäden wir entfernen, umso schwächer wird das Regelwerk. Wenn wir auf *Verhaltensänderungen* unsere Aufmerksamkeit richten, nicht nur auf Regeln, könnten Verschiebungen in der öffentlichen Handhabung die allgemeine Einstellung zur Achtung vor dem Leben aufweichen. Verbote sind oft sowohl instrumentell als auch symbolisch von Bedeutung, und ihre Aufhebung kann eine Menge von Verhaltensweisen ändern ...“<sup>9</sup>

Man kann wohl davon ausgehen, dass in vielen Ländern die Selbsttötung (trotz mancher gegenteiliger religiöser Überzeugungen) mehrheitlich nicht mehr als strafwürdig angesehen wird, das Verbot der Fremdtötung dagegen einen sehr hohen Rang genießt. Darum erscheint vor dem Hintergrund einer Ethik, die einerseits den Respekt vor der Selbstbestimmung der Patienten ernst nimmt, aber andererseits diesen Respekt auch nicht absolut setzt, folgende Lösung angemessen zu sein:

Die aktive Sterbehilfe bleibt verboten, weil ansonsten das Fremdtötungsverbot aufgebrochen wird. Dagegen sollte das Abstellen oder Entfernen von Maschinen nicht als Tötungshandlung und damit auch nicht als aktive Sterbehilfe

verstanden werden, wenn der betreffende Patient darum bittet. Vielmehr wird hier das Therapieziel geändert: Der Patient wird von einer intensivmedizinischen auf eine palliative Therapie umgestellt.

Die Selbsttötung sollte erlaubt sein, weil der Einzelne das Recht hat, auf sein Lebensrecht zu verzichten. Ebenso ist es erlaubt, Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten, wenn der Suizident darum bittet und der Helfende keine selbstsüchtigen Motive hat, z. B. den Toten beerben möchte. Ärzten sollte es erlaubt sein, Beihilfe zu leisten, ohne dass sie deshalb mit berufsrechtlichen Konsequenzen rechnen müssen. Diese Beihilfe kann als passives Begleiten des Sterbenden geschehen. Ob sie aber auch darin bestehen könnte, dass der Arzt dem Patienten bei der Selbsttötung hilft, z. B. indem er das todbringende Mittel besorgt, ist schwer zu entscheiden. Es wird dabei darauf ankommen, ob das Vertrauen in die Rolle des Arztes geschwächt werden könnte, wenn dies zugelassen würde. Vermutlich könnte man dies aber vermeiden, wenn bei einer solchen Regelung Rahmenbedingungen gewahrt bleiben, die folgende Gefahren ausschließen:

1. die Gefahr, dass der Einzelne unter Druck gesetzt und damit in seiner Selbstbestimmung beeinflusst wird;
2. die Gefahr, dass sich für bestimmte Krankheiten Automatismen einspielen;
3. die Gefahr, dass die Möglichkeit, auf diese Weise im Gesundheitswesen Ressourcen einzusparen, sozusagen einen „Druck von oben“ induziert, der einen Entschluss zur Beihilfe zum Suizid mehr oder weniger verdeckt beeinflussen könnte.

Darüber hinaus gebietet der Respekt vor ethischen Überzeugungen, die jede Selbsttötung und auch jede Beihilfe zur Selbsttötung ablehnen, dass jeder das Recht hat, die Beihilfe zur Selbsttötung aus Gewissensgründen zu verwei-

gern. Ebenso sollten auch Institutionen, wie beispielsweise Krankenhäuser, das Recht haben, eine derartige Beihilfe zu verweigern.

Die Idealform der Sterbehilfe sollte aber in einer Sterbebegleitung bestehen, bei der der Sterbende seinen Sterbeprozess nicht durch eine Tötungshandlung abschließt, sondern den Tod abwartet, ohne die Sterbephase unnötig maschinell zu verlängern. Dies scheint die beste Möglichkeit zu sein, um einerseits die Patientenautonomie zu gewährleisten und andererseits das Vertrauensverhältnis zum Arzt nicht zu gefährden.

### *Anmerkungen*

<sup>1</sup> Mittlerweile ist bereits die 6. Auflage dieses Buches bei Oxford University Press in Vorbereitung.

<sup>2</sup> *Kant, Immanuel*: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. In: AA (Akademieausgabe) IV, 440.

<sup>3</sup> Wohl nicht zu Unrecht bezweifelt deshalb Onora O'Neill, eine der bedeutendsten Ethikerinnen der Gegenwart, die Bedeutung der Autonomie, wenn diese nicht durch Vertrauen komplementiert und in gewisser Weise überboten wird (vgl. dazu *O'Neill, Onora*: *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge 2002).

<sup>4</sup> Hegel hat im Rahmen seiner dialektischen Theorie diese unterschiedlichen Bedeutungen von „aufheben“ in die Diskussion eingebracht. Sein Theorierahmen wird hier aber nicht in Anspruch genommen.

<sup>5</sup> Diese Erfahrung habe nicht nur ich selbst, sondern auch nicht wenige meiner Angehörigen und Bekannten gemacht.

<sup>6</sup> Vgl. *Borasio, Gian Domenico*: Selbstbestimmung im Dialog. Die Beratung über Patientenverfügungen als Ausdruck ärztlicher Fürsorge. In: *Meier, Christoph et al.*: *Patientenverfügung. Ausdruck der Selbstbestimmung – Auftrag zur Fürsorge*. Stuttgart 2005, 148–156.

<sup>7</sup> Vgl. ebd.

<sup>8</sup> Es geht also nicht um Formen einer nicht-freiwilligen oder gar unfreiwilligen aktiven „Sterbehilfe“, und es geht in keiner Weise um ein Staatsprogramm zur Tötung von Menschen, die der Staat

getötet haben möchte, wie bei der Aktion T4 der Nationalsozialisten.

<sup>9</sup> *Beauchamp, Tom / Childress, James F.: Principles of Biomedical Ethics. Oxford* <sup>5</sup>2001, 146 (eigene Übersetzung).