



Position Liberal

Menschenwürde,
Mitmenschlichkeit
und Selbstbestimmung

Pflege, Palliativmedizin, Sterbebegleitung

Roland A. Kohn

Dr. Bernhard Labudek

Friedrich-Naumann-Stiftung
für die Freiheit
Reinhardtstraße 12
10117 Berlin
Telefon 0 30.28 87 78-35
Telefax 0 30.28 87 78-39
info@freiheit.org



www.facebook.com/FriedrichNaumannStiftungFreiheit



www.twitter.com/fnfreiheit

Stand: April 2015

Die Selbstbestimmung des Menschen in allen Lebenslagen

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

mit dieser Publikation informiert Sie die Stiftung für die Freiheit über viele Aspekte, die sich mit der palliativen und pflegerischen Betreuung und Versorgung für jeden Menschen ergeben. Gerade in schwierigen Lebenslagen muss die Unantastbarkeit der Menschenwürde gewährleistet werden. Kein Mensch soll sich hilf- und willenslos der Behandlung von Ärzten und Pflegekräften ausgeliefert fühlen.

Jeder Mensch kann in die Situation kommen, gepflegt und versorgt werden zu müssen und dies nicht allein von Angehörigen geleistet werden kann. Neben der bestmöglichen Vorsorge durch Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung muss jeder Einzelne das Vertrauen haben können, dass das geltende Recht einschließlich des straffreien assistierten Suizids auch angewandt wird.

Selbstbestimmung und die Unantastbarkeit der Menschenwürde sind die Leitwerte der Stiftung für die Freiheit, die auch im letzten Lebensabschnitt gelten müssen. Neue gesetzliche Einschränkungen und Verbote sind im Bereich der Pflege und Versorgung nicht notwendig. Die ambulanten und stationären palliativen und pflegerischen Angebote müssen aber deutlich verbessert und flächendeckend angeboten werden.

Eine informative Lektüre wünscht



Sabine Leutheusser-Schnarrenberger

Bundesjustizministerin a. D.
und Mitglied des Vorstandes
der Friedrich-Naumann-Stiftung für die Freiheit

	Vorbemerkung	
	Menschenwürde, Mitmenschlichkeit und Selbstbestimmung	3
1	Die liberale Haltung	4
2	Pflegebedürftigkeit in Deutschland und Menschenwürde	6
3	Die gegenwärtige Situation zur Pflegebedürftigkeit	8
4	Die gegenwärtige Situation zu Palliativmedizin und flächendeckenden Hospizen	10
5	Selbstbestimmung über medizinische Behandlung am Lebensende	12
6	Reichweite und Grenzen von Patientenverfügungen	13
7	Die Kernfrage: Wer darf was bei der Beendigung des Lebens?	15
8	Die Rechtslage in Deutschland	16
9	Blick über die deutschen Grenzen	16
10	Die Auffassung der Bundesärztekammer	18
11	Die gegenwärtig kursierenden Ideen zur Gesetzesänderung	19
12	Kritik	22
13	Liberale Leitgedanken und politische Forderungen	23
14	Was folgt daraus für politisches Handeln?	24
15	Fazit	28

Menschenwürde, Mitmenschlichkeit und Selbstbestimmung

Seit einigen Jahren findet in Deutschland eine intensive Diskussion über fundamentale Fragen ethischen Charakters statt. Es geht um Menschenwürde, Mitmenschlichkeit und Selbstbestimmung in Grenzsituationen des Lebens.

Es ist gut, dass diese Diskussion endlich in breiter Öffentlichkeit geführt wird. Es ist jedoch problematisch, dass sie allzu oft allein auf das Problem des assistierten Suizids reduziert wird. Mit dieser Schrift wollen wir einen Beitrag leisten, den Blick zu weiten hin auf die existenziellen Fragen von Selbstbestimmung und Würde bei Pflegebedürftigkeit und im Alter, auf die Selbstbestimmung über medizinische Behandlung und Pflege und schließlich auf die Selbstbestimmung über die Beendigung des eigenen Lebens.

Aus der hier vertretenen Perspektive geht es in Sonderheit um das Menschenbild, dem unsere Gesellschaft verpflichtet sein sollte. Wie gehen ein freiheitlicher Rechtsstaat, eine liberale Demokratie, eine offene Gesellschaft mit der nur zu oft verdrängten Tatsache um, dass Altern, dass Krankheit, dass Sterben und Tod Teil der *conditio humana* sind? Ist aber ein solch ganzheitliches Menschenbild nicht nachgerade ein zivilisatorischer Gradmesser? Ist es nicht Ausdruck dafür, wie ernst es unserer Gesellschaft mit der Unantastbarkeit der Menschenwürde ist?

Prüfstein für die Liberalität eines Gemeinwesens ist und bleibt die Frage, welchen rechtlichen Rahmen ein weltanschaulich neutraler Staat in einer pluralen Gesellschaft setzen darf, welchen er setzen muss.

Die Antworten auf diese Fragen sind so unterschiedlich wie die Wertvorstellungen, die in unserer Gesellschaft vertreten werden. Sie verdienen Respekt.

Die Menschenwürde als Fundament der Werteordnung unserer Verfassung jedoch ist der unbedingte Maßstab, an dem sich das Handeln in unserer Gesellschaft orientieren muss.

1 Die liberale Haltung

Im Mittelpunkt freiheitlichen Denkens steht der Mensch. Um ihn geht es, um seine je eigene Persönlichkeit. So muss am Beginn unserer Überlegungen die Frage nach dem Bild vom Menschen stehen. Dogmatische Antworten auf diese Frage kann es aus liberaler Sicht nicht geben. Denn niemand hat die unhinterfragbare Autorität, seine Antwort anderen zu oktroyieren. Wirft man einen Blick in die Ideengeschichte, so finden sich jedoch Elemente, die für ein freiheitliches Menschenbild konstitutiv sind.

Dazu zählen vor allem die Einsicht in die grundsätzliche Begrenztheit unseres Denkens und Erkennens; die Einsicht in unsere grundsätzliche Fehlbarkeit; das Verständnis, dass Menschen nur als soziale Wesen ihr Menschsein leben können; die Bereitschaft, sich ernstlich einzulassen auf den Anderen, auf seine Argumente; und nicht zuletzt die durch Kritik und Selbstkritik beförderte Toleranz gegenüber anderen Einstellungen und Meinungen.

Wir Liberalen sagen Ja
zum medizinischen Fortschritt,
der den Menschen ein langes,
lebenswertes und selbst-
bestimmtes Leben ermöglicht.

In einer solchen Gesellschaft der Freien und der Gleichen, in der jeder Mensch Selbstzweck ist und niemals nur nach seiner Nützlichkeit für welche Zwecke auch immer betrachtet werden darf, nur in einer solchen Gesellschaft können Lebenschancen wachsen, die Ralf Dahrendorf als Ziel liberaler Politik beschrieben hat.

Am Anfang und am Ende seines Lebens ebenso wie bei anderen Grenzsituationen ist der Mensch in ganz besonderer Weise auf Mitmenschlichkeit angewiesen. Albert Schweitzer hat diese Haltung auf die eindrucksvolle Formel gebracht: „Ehrfurcht vor dem Leben“.

Lebenschancen und Grenzsituationen des Lebens – wie passt das zusammen? Merkwürdig wird der gemeinsame Auftritt dieser Begriffe nur demjenigen anmuten, der den selbstbestimmten Menschen nur als jung und gesund oder nur als nützliches Humankapital für Wirtschaft und Gesellschaft zu denken vermag.

Alle Lebensphasen aber zusammen mit allen Fährnissen des Lebens ergeben erst jenes ganzheitliche Menschenbild, dem sich Liberale verpflichtet wissen: Freiheit zu leben in sozialer Verantwortung.

Die bemerkenswerten und weithin erfreulichen Fortschritte medizinisch-naturwissenschaftlicher Forschung stellen uns indes vor Fragen, die unser Menschenbild herausfordern.

Freiheitsfreunde sagen eindeutig Ja zum medizinischen Fortschritt, der so vielen Menschen ein langes und als lebenswert empfundenenes, selbstbestimmtes Leben ermöglicht. Mit diesem Fortschritt geht jedoch manchmal die Hybris einher, das technologisch Machbare über das vom Menschen Gewünschte zu setzen.

Die Rede von der Unantastbarkeit der Menschenwürde ist kein hohles Pathos. Diese Würde hat einen konkreten und definierbaren Inhalt. Er zeigt sich gerade in existenziellen Grenzsituationen. Liberale sind an dieser Stelle zu besonderer Wachsamkeit aufgerufen, um ein rein materialistisches Menschenbild abzuweisen, das den Menschen in letzter Konsequenz zum verfügbaren Objekt seiner selbst degradiert.

2 Pflegebedürftigkeit in Deutschland und Menschenwürde

Die Unantastbarkeit der Menschenwürde ist nicht nur ein Programmsatz, der alles staatliche Handeln bindet, sozusagen die Fundamentalnorm schlechthin, neben der Freiheit und Gleichheit eines der „tragenden Konstitutionsprinzipien“ (siehe z. B. Amtliche Sammlung der Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts – BVerfGE –, Band 6, Seite 36). Sie kann nicht aufgehoben oder, wie andere Verfassungsnormen, eingeschränkt werden (BVerfGE 34, 245; zum Ganzen: Rosemarie Will, Bedeutung der Menschenwürde in der Rechtsprechung, APuZ, 61. Jg., 35 36/2011, S. 8ff.). Sie ist gleichzeitig ein individuelles subjektives Grundrecht und daher einklagbar.

Wir haben damit eine Verfassungsnorm, die unserer Gesellschaft auch rechtlich die Grundlage bietet und gleichzeitig die Verpflichtung auferlegt, ihre Beachtung sicherzustellen. Zusammen mit dem Selbstbestimmungsrecht aus Art 2 Abs. 1 GG bildet es den Kern der Grundrechte und den Ausgangspunkt der Menschenbildes des Grundgesetzes.

Was bedeutet das konkret? Was ist der Inhalt der Menschenwürde? Das Bundesverfassungsgericht liefert hierzu keine absolute und stets gültige, klar umgrenzende Beschreibung. Nach der berühmten Objektformel darf der Mensch keiner Behandlung ausgesetzt werden, die ihn zum bloßen Objekt degradiert (z. B. BVerfGE 27, 6; 45, 228). Ansonsten, so das Gericht, kommt es auf den Einzelfall an (BVerfGE 30, 25). In die Beurteilung fließen jeweils geistesgeschichtliche Traditionen, sich wandelnde und zeitbedingte Bewertungen ein.

Die Würde des Menschen beginnt vor der Geburt. Sie endet nicht mit dem Tod, weshalb auch die Würde des Verstorbenen geschützt ist (BVerfGE 30, 194). Während des Lebens ist sie ständigen Einschränkungen und Anfeindungen ausgesetzt.

Art. 1 Abs. 1 GG: „Die Würde des Menschen ist unantastbar“

Daher ist die konkrete Lebenssituation einzelner Personen, aber auch einzelner Gruppen der Gesellschaft in Bezug auf die tatsächliche Beachtung der Menschenwürde als ein dynamischer Evolutionsprozess zu verstehen. Ungeachtet der Statik des Textes von Art 1 Abs. 1 des Grundgesetzes und seiner historischen Dauerhaftigkeit von mittlerweile mehr als 65 Jahren wird eine ständige Auslegungs- und Anpassungsleistung gefordert und erbracht. Treibende Kraft dieser Dynamik ist die gesellschaftliche Veränderung selbst, sei es in politischer, zivilisatorischer oder technologischer Hinsicht. Die konkreten Inhalte und Grenzen dieses Grundwertes sind daher stets und stetig neu zu verhandeln und zu bestimmen. Es ist also an uns als den Mitgliedern der Gesellschaft, jeweils zu bestimmen, was als Würdeverletzung anzusehen ist. Dies ist, gerade aus liberaler Sicht, eine nicht endende Daueraufgabe.

Die Würde des Menschen und seine Selbstbestimmung sind immer dann gefährdet, wenn er körperlich, geistig oder schlicht physisch nicht in der Lage ist, über sein Leben selbst zu bestimmen und daher auf Hilfe angewiesen ist bzw. sich einer wesentlichen Fremdbestimmung nicht entziehen kann. Diese Gefährdung besteht bereits vor der Geburt und am Anfang des Lebens, später dann typischerweise in Einrichtungen mit Zwangscharakter, wie zum Beispiel Gefängnissen oder psychiatrischen Kliniken, und schließlich im Alter, wenn zu der persönlichen Hilfebedürftigkeit noch die physische Unfreiheit, ein Ausgeliefertsein, ein Sich-nicht-entziehenkönnen, etwa in einem Heim, hinzutreten.

Es erscheint gerade als ein Wesensmerkmal und als ein wiederkehrendes Muster, dass stets dann, wenn andere, eher konkrete Grundrechte faktisch keine Rolle spielen, die Menschenwürde und die Selbstbestimmung als nicht weiter relativierbare Grundlage gewissermaßen als letzte Verteidigungslinie unseres Verständnisses von Menschsein Beachtung beanspruchen. Damit stellt die Menschenwürde ein konkretes und verletzliches Schutzgut dar. Sie hat einen eigenständigen Inhalt, den es zu bewahren und zu verteidigen gilt. Die liberale Gesellschaft schützt also die Würde ihrer Mitglieder gerade dann, wenn diese sich selbst nicht mehr schützen können. Dies ist besonders im Alter oder bei Pflegebedürftigkeit bedeutsam und es gilt umso mehr, wenn die Fähigkeiten zur Selbstbestimmung schwinden oder gänzlich fehlen. Die Pflegeheime, aber auch die häusliche Pflege, sind kein schutzloser, rechtsfreier Raum. Wegen der verringerten oder fehlenden Eigenständigkeit der Betroffenen ist dort ihre Würde in besonderer Weise zu sichern und ihr Recht auf Selbstbestimmung zu achten. Gerade wenn die Möglichkeiten, selbst über sein Leben zu bestimmen, eingeschränkt oder nicht mehr vorhanden sind, müssen, so will es das Grundgesetz, zuverlässige gesellschaftliche Strukturen und Mechanismen geschaffen werden, um die Würde der Betroffenen zu gewährleisten.

3 Die gegenwärtige Situation zur Pflegebedürftigkeit

Das Statistische Bundesamt hat in seinem neuesten Bericht „Pflegestatistik 2013“ (Wiesbaden 2015) die Dimension des Problems quantifiziert. Danach gibt es in Deutschland insgesamt etwa 2,6 Mio. pflegebedürftige Menschen. Etwa 70 Prozent von ihnen werden zuhause versorgt, während 30 Prozent vollstationär in Heimen betreut werden. Bei der häuslichen Pflege werden 1,25 Mio. Pflegebedürftige von Angehörigen versorgt, etwa 620.000 zusammen mit oder durch ambulante Pflegedienste. Zur Zeit gibt es 12.700 ambulante Pflegedienste mit 320.000 Beschäftigten.

Ambulante Pflegedienste befinden sich zu 64 Prozent in privater Trägerschaft, wohingegen der Anteil der freigemeinnützigen Träger bei 35 Prozent liegt. In den 13.000 Pflegeheimen, einschließlich teilstationärer Pflegeeinrichtungen, sind 685.000 Menschen beschäftigt. Die Mehrzahl der Pflegeheime (54 Prozent) befindet sich in freigemeinnütziger Trägerschaft, der Anteil privater Träger liegt bei 41 Prozent, in öffentlicher Trägerschaft befinden sich lediglich 5 Prozent.

Im gesamten Pflegesektor haben 45 Prozent der im Bereich Pflege und Betreuung Tätigen entweder einen Abschluss als Altenpfleger (34 Prozent), Gesundheits- und Krankenpfleger (11 Prozent) oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (1 Prozent). Im Vergleich mit den Erhebungen im Jahre 2011 ergibt sich eine Erhöhung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen von 5 Prozent. Angesichts der demographischen Struktur der Wohnbevölkerung in Deutschland ist es keine gewagte Prognose, davon auszugehen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen weiterhin deutlich steigen wird.

Es besteht fraglos ein enger Zusammenhang zwischen der Art und Weise, wie Pflegebedürftige behandelt werden und der Achtung ihrer Würde. Es ist entscheidend, wie ernst jemand genommen wird, wieviel tatsächliche Aufmerksamkeit und Zuwendung er erlebt, wie er angesprochen wird, wie seine subjektiven und objektiven, seine körperlichen, geistigen und seelischen Bedürfnisse respektiert werden. Das gilt für dauerhaft Pflegebedürftige in Heimen genauso wie für Menschen, die an einer schnell verlaufenden tödlichen Krankheit leiden. Das Wissen und die Fähigkeit, den Betroffenen seinem Zustand gemäß zu verstehen und mit ihm angemessen umzugehen, ist dabei ebenso bedeutend wie die dafür aufzuwendende Zeit.

In Pflegeheimen gilt ein sogenannter Betreuungsschlüssel von einem Pfleger auf 20 Betreute, für 24 Stunden, Urlaubs-, Krankheits- und Fortbildungszeiten eingeschlossen, wie es das Ende 2014 verabschiedete Pflegestärkungsgesetz vorsieht und als Erfolg darstellt.

Es besteht fraglos ein enger Zusammenhang zwischen der Art und Weise, wie Pflegebedürftige behandelt werden und der Achtung ihrer Würde.

Dies bedeutet, dass ein Pfleger an einem Achtstundentag nicht einmal 24 Minuten täglich für einen Betreuten zur Verfügung hat. Lediglich knapp die Hälfte des Pflegepersonals hat eine Ausbildung, die auf ihre Aufgaben vorbereitet (siehe obige Statistik). Beides führt immer wieder zu dauerhafter zeitlicher und fachlicher Überforderung, zu Fehlverhalten, manchmal zu Übergriffen und mitunter zu dramatischen Notständen.

So werden beispielsweise Demenzkranke immer noch durch Psychopharmaka oder durch Fesselung am Bett ruhiggestellt, weil die Zeit und die Kenntnis nicht vorhanden sind, professionelle Zuwendung zu leisten (siehe z.B.: Heribert Prantl, SZ.de vom 8. November 2014 zur Verfassungsbeschwerde gegen den Pflegenotstand; Uschi Götz, Deutschlandfunk.de vom 18. November 2014, jeweils mit Schilderungen tatsächlicher Fälle).

Trotz aller unleugbaren Probleme: Allergrößte Hochachtung gilt den Ärzten und Pflegekräften, die zum Teil unter schwierigsten Bedingungen ihre Ideale der Menschlichkeit professionell leben.

Die Missachtung des Betreuten als Person mit einer Identität, als Mensch mit Würde, aus Zeitmangel, aus mangelnder Kenntnis, aus Überforderung oder wegen fehlender Mittel kann auf Dauer nicht zugelassen werden. Erst wenn wir Pflege und Betreuung auf eine andere Stufe heben, durch bessere Ausbildung, Ausstattung und Anerkennung, werden wir den wachsenden Missstand beenden können.

4 Die gegenwärtige Situation zu Palliativmedizin und flächendeckenden Hospizen

Der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband e.V. und die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. haben 2012 in einem Grundsatzpapier („Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen“) die Ziele und Aufgaben der Palliativmedizin niedergelegt, der hier gefolgt werden soll:

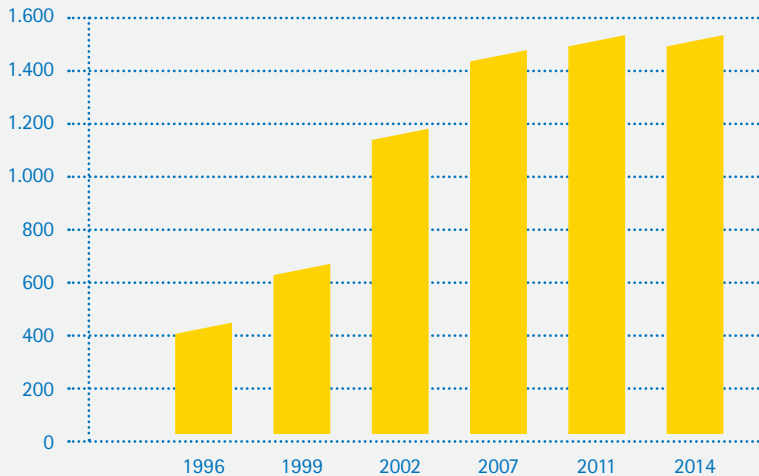
„Die Begleitung, Pflege und Behandlung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen sollte als eine der wichtigsten Säulen der Arbeit von Pflegeeinrichtungen in die grundlegende Philosophie der Einrichtungen integriert und von den Mitarbeitern auf allen Ebenen der Versorgung gelebt werden. (...) Die BewohnerInnen in den Einrichtungen werden entsprechend ihrer Lebenssituation und den sich daraus ergebenden individuellen Bedürfnissen und Bedarfen begleitet und versorgt. Zielführende Aufgabe ist es, dass die ‚Versorgungslogik, die Dienstleistungsorientierung, die Koordination und Kooperation intern wie extern‘ hierfür ausgerichtet wird. Die Betroffenen sollen eine angemessene palliative Versorgung, die die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Nöte und Bedürfnisse wahrnimmt und angemessen beantwortet, erhalten. Eine umfassend verstandene Schmerzerfassung (‚total pain‘) und die Linderung von Symptomen sind dabei in den Fokus zu nehmen.

(...) Angehörige von BewohnerInnen einer Pflegeeinrichtung und die ihnen Nahestehenden sind selbst Betroffene. Sie brauchen Entlastung und Unterstützung im Umgang mit ihrem/ihrer Angehörigen, bei dem/der sie realisieren, dass ihnen nur noch eine kurze gemeinsame Zeit bleibt. Sie benötigen ausreichende und ehrliche Informationen und werden in Entscheidungen und Diskussionen, z. B. auch über das Heimgeschehen, über die gesundheitliche Situation ihres Angehörigen oder über diagnostische und therapeutische Maßnahmen einbezogen. Auch auf ihre Bedürfnisse ist einzugehen, wenn es um das Sterben ihres angehörigen Heimbewohners geht. (...) Hospizkultur und Palliativversorgung werden im Rahmen dieser Zielsetzung zum integrativen Bestandteil des Versorgungsauftrages jeder Einrichtung. Sie bestimmen dadurch Kultur, Haltung und Organisationsstrukturen.

Alle Mitarbeiter werden angemessen geschult. Strukturen einer ‚lernenden Organisation‘ ermöglichen durch die angestrebte Implementierung die Umsetzung individuell erworbenen Wissens. Die sich entwickelnde hospizlich/palliative Haltung findet sich in der grundlegenden Organisationsethik der Einrichtung durch diese Zielorientierung wieder.“

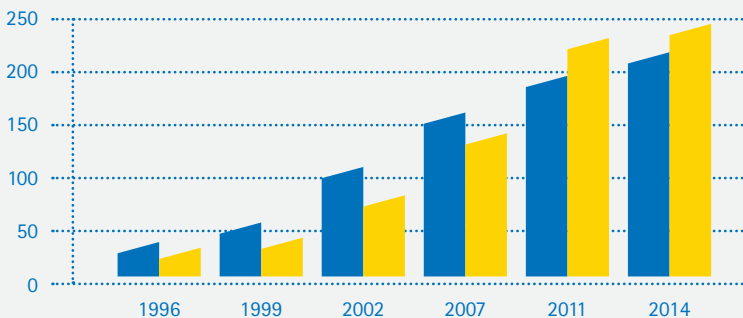
Der Deutsche Hospiz- und Palliativ-Verband e.V. hat auf seiner Webseite (www.dhpv.de/service_zahlen-fakten.html – Zugriff: 21. April 2015) die durchaus erfreuliche Tendenz ambulanter Palliativ- und Hospizdienste sowie der stationären Einrichtungen in den letzten zwei Jahrzehnten dargestellt:

Entwicklung der ambulanten Hospiz- und Palliativdienste



Quelle: Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.

Entwicklung der stationären Hospize und Palliativstationen einschließlich der Einrichtungen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene



Quelle: Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.

Wie sieht jedoch trotz dieser Fortschritte die Verfügbarkeit von Angeboten der Palliativmedizin in der deutschen Wirklichkeit angesichts der tatsächlichen Erfordernisse aus? Die Deutsche Stiftung Patientenschutz (Patientenschutz-Info-Dienst 1/2015) geht davon aus, dass von den etwa 850.000 natürlichen Todesfällen im Jahr 2013 nur etwa 10 Prozent eine professionelle medizinische, pflegerische und psychosoziale Betreuung im Sinne der oben genannten Zielsetzungen erhalten haben.

Diese Versorgungslücke ist mit dem Menschenbild des Grundgesetzes nicht vereinbar. Die gegenwärtig in großer Öffentlichkeit geführte Diskussion muss endlich zum Ergebnis haben, dass diese unerträgliche Situation durch politische Entscheidungen geändert wird.

Jenseits unterschiedlicher Meinungen zu ethisch-rechtlichen Fragen der Sterbegleitung und Sterbehilfe stimmen inzwischen alle relevanten politischen Kräfte darin überein, dass Pflegeeinrichtungen ebenso wie Palliativmedizin und Hospize entschieden zu fördern sind. Die Abschaffung des unsäglichen Punktesystems zur Bewertung von Pflegeeinrichtungen ist richtig und seine Ersetzung durch aussagekräftige Bewertungen dringlich; jedoch ist dies lediglich ein kleiner Baustein zur Verbesserung der Gesamtsituation. Das von der Bundesregierung im April 2015 vorgelegte Hospiz- und Palliativgesetz zielt in die richtige Richtung; der Rechtsanspruch auf bestmögliche Begleitung und Hilfe für Todkranke fehlt ebenso wie die Bereitstellung der dazu erforderlichen Finanzmittel.

5 Selbstbestimmung über medizinische Behandlung am Lebensende

Die liberale Gesellschaft respektiert und schützt die Würde und Selbstbestimmung gerade auch bei schweren Krankheiten, die mit großen psychischen und physischen Leiden einhergehen. Daher ist jeder Einzelne in seiner ganz spezifischen Lage menschenwürdig zu behandeln und sein Wille zu beachten; die grundlegende Versorgung – Linderung von Schmerzen und Atemnot, Hilfestellung gegen Ängste sowie Befreiung von dem Gefühl von Hunger und Durst – ist sicherzustellen. Dies ist seit langem als ärztliche Pflicht anerkannt. Kurative und palliative Maßnahmen können und sollen sich ergänzen, denn sie bilden keinen Gegensatz (so z. B. Norbert Schmacke, Schützender Mantel, SZ v. 6. März 2015).

Der Respekt vor einem selbstbestimmten Leben bedeutet aber auch, dass der freie Wille Vorrang hat vor den Möglichkeiten einer künstlichen Lebensverlängerung.

Das Sterben ist dann als Ausdruck von Menschenwürde und Mitmenschlichkeit zuzulassen und die vorhandenen medizinischen Möglichkeiten sind nicht weiter einzusetzen. Es gibt keine Pflicht zum Leiden, zum Weiterleben und zur Unterwerfung unter die invasive Apparatedizin.

6 Reichweite und Grenzen von Patientenverfügungen

Die freie Willensbildung eines Betroffenen ist das entscheidende Kriterium für die Zulässigkeit einer ärztlichen Behandlung. Ohne diese Zustimmung ist die ärztliche Behandlung eine strafbare Körperverletzung. Grundlage dafür ist das Recht zur Selbstbestimmung jedes mündigen Bürgers. Er ist das freie Individuum, das über seinen Körper und seine Gesundheit entscheidet. Diese Entscheidungsfreiheit gehört zu seinen elementarsten Rechten, denn ihr Gegenstand kann nicht persönlicher und enger mit dem diese Entscheidung treffenden Individuum verknüpft sein. Sie begründet geradezu sein Wesen als Mensch mit eigener Würde.

Der Patient muss bestimmen können, ob und gegebenenfalls wie er behandelt werden will.

Wenn also jedermann frei entscheiden kann, ob er sich der Behandlung einer Mandelentzündung, einer Muskelzerrung oder einer Hörschwäche unterziehen will, muss dies erst recht bei viel massiveren Maßnahmen, wie etwa operativen Eingriffen, einer Chemotherapie, einer künstlichen Beatmung oder künstlichen Ernährung gelten. In einer freien Gesellschaft gibt es keinen Zwang zur medizinischen Behandlung. Dies wird gelegentlich von Ärzten und Pflegekräften nicht beachtet. Nicht der Arzt oder ein „übliches Behandlungsschema“, sondern allein der Betroffene, der Patient, bestimmt, ob und gegebenenfalls wie er behandelt wird.

Für den Fall, dass der Patient seinen Willen nicht oder nicht mehr frei äußern kann, ist seit langem anerkannt, dass er diesen Willen im Vorhinein vorsorglich schriftlich fixieren kann. Fehlt es an dieser schriftlichen Festlegung, sind auch mündlich geäußerte Ansichten, Wünsche und Anordnungen zu beachten. Seit 2009 sind die schriftliche Patientenverfügung sowie mündlich geäußerte Behandlungswünsche und, wo es daran fehlt, der mutmaßliche Wille des Patienten gesetzlich anerkannt. Sie sind von den behandelnden Ärzten unbedingt zu beachten (siehe dazu zuletzt: BGH, Beschluss vom 17.09.2014).

Auch die gesetzliche Stärkung der Regelung zur Vorsorgevollmacht, also der rechtlich bindenden Benennung eines Bevollmächtigten für solche Entscheidungen, ist Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts. Diese gesetzlichen Regelungen haben für weitgehende Klarheit gesorgt. Sie haben sich insgesamt bewährt, um die Grundsätze der Würde und Selbstbestimmung umzusetzen. Es besteht kein Anlass, sie einzuschränken. Eine Änderung ist daher nicht nur nicht erforderlich, sondern entschieden abzulehnen.

Der Patientenwille ist auch beachtlich, wenn die Behandlung unterlassen oder beendet wird und gerade dadurch einer Krankheit ihren Lauf gelassen wird, auch wenn diese mit dem Tod endet. Einen Behandlungsabbruch kann auch durch ein aktives Tun, etwa durch die Beendigung künstlicher Ernährung, vorgenommen werden. Es handelt sich hierbei nicht um eine strafbare Handlung, sondern um das Umsetzen des Willens des betroffenen Patienten. Dem Wunsch des Patienten folgend wird hierbei sein Sterben zugelassen (grundlegend: BGH, Urteil vom 25. Juni 2010, Fall „Putz“).

Soweit es vom Willen des Patienten umfasst ist, sind auch Schmerzmittel zu verabreichen, selbst wenn dabei eine Lebensverkürzung in Kauf genommen werden muss. Diese gelegentlich als indirekte Sterbehilfe bezeichnete Maßnahme ist ebenfalls ausdrücklich zulässig (siehe bereits BGH, Entscheidung des 3. Strafsenats vom 15.11.1996).

Übrigens zeigen neuere Untersuchungen, dass bei fachgerechter Anwendung dieser Schmerzmittel nahezu keine Lebensverkürzung eintritt, mitunter sogar das Gegenteil (siehe Borasio, Über das Sterben, 2. Aufl., München 2014, S. 165f mit weiteren Nachweisen).

7 Die Kernfrage: Wer darf was bei der Beendigung des Lebens?

Die an der Würde des Menschen orientierte Gesellschaft respektiert auch den Willen zu einem selbstbestimmten Lebensende. Dies heißt nicht, dass jedem geäußerten Suizidwunsch nachzukommen wäre. Derartige Begehren entspringen häufig schweren psychischen Störungen oder sind oft einfach ein Hilferuf nach Zuwendung, nach Begleitung und Unterstützung oder nach der Vergewisserung, noch selbstbestimmt handeln zu können. Die Verantwortung einer liberalen Gesellschaft verlangt, dass Menschen mit dem freien Willen, aus dem Leben zu scheiden, fachkundige Beratung, Betreuung und Zuwendung erhalten. Alles andere wäre zynisch und menschenverachtend. Das Recht auf Selbstbestimmung – gerade auch am Ende des Lebens und in besonderen Grenzsituationen – bildet den Kern menschlicher Freiheit und Würde. Die Möglichkeit, über sein eigenes Leben zu bestimmen und sich gegen ein Weiterleben zu entscheiden, muss erhalten bleiben. Ihre Einschränkung und Erschwerung entspringen der anmaßenden Einstellung, wonach Politiker, religiöse Führer oder einige privilegierte Fachleute dem Einzelnen vorschreiben dürften, dass und wie er sein Leben weiterzuführen und ggf. sein Leiden zu ertragen habe. Es gibt das Recht auf, aber keinen Zwang zum Leben.

Das Recht auf Selbstbestimmung bildet den Kern menschlicher Freiheit und Würde.

Die Hilfeleistung zur Umsetzung eines frei und bewusst gefassten Entschlusses zum Suizid muss weiterhin für alle straflos bleiben. Dies muss gerade auch für Ärzte gelten. Sie dürfen nicht durch ein Standesrecht, das sich über die ethischen Grundlagen unserer Rechtsordnung partiell hinwegsetzt, gegängelt und in ihrer wirtschaftlichen Existenz bedroht werden. Dies bedeutet keineswegs, dass der einzelne Arzt zu einer Hilfeleistung zum Suizid verpflichtet wäre. Auch seine Selbstbestimmung und seine Gewissensentscheidung sind zu respektieren.

8 Die Rechtslage in Deutschland

Nachfolgende Übersicht folgt der anerkannten Terminologie (z. B. Borasio, Selbstbestimmt sterben, München 2014, S. 76). Wegen der häufig anzutreffenden begrifflichen Unschärfe ist das klare Auseinanderhalten dieser vier unterschiedlichen Sachverhalte in der öffentlichen Diskussion unverzichtbar.

Die **aktive Sterbehilfe**, also die absichtliche und aktive Herbeiführung des Todes auf Verlangen des Betroffenen ist verboten (§ 216 StGB). Daran darf und soll sich nichts ändern.

Die **passive Sterbehilfe** (das Zulassen des Sterbens), z. B. durch Nicht-Einleitung oder Nicht-Fortführung lebensverlängernder Maßnahmen wie Sonden zur künstlichen Ernährung oder Beatmungsgeräte, ist erlaubt, wenn eine entsprechende Patientenverfügung vorliegt.

Die **indirekte Sterbehilfe**, z. B. Linderung durch Schmerzmittel, bei der eine Lebensverkürzung in Kauf genommen wird, ist erlaubt, wenn eine entsprechende Patientenverfügung vorliegt.

Die **Beihilfe zum Freitod** (assistierter Suizid), z. B. durch Beschaffung eines tödlichen Mittels – ist erlaubt, wenn der Betroffene das Mittel selbst einsetzt. Für Ärzte ist diese Beihilfe standesrechtlich in manchen Bundesländern untersagt.

9 Blick über die deutschen Grenzen

Europa, jedenfalls aber die Europäische Union, versteht sich als eine Wertegemeinschaft. Die Diskussion über die mit unserem Thema zusammenhängenden Fragestellungen wird natürlich auch in anderen europäischen Ländern geführt. Aufgrund unterschiedlicher Rechtssysteme und einer nicht immer eindeutig geregelten Praxis ist es nicht ganz einfach, einen tabellarischen Überblick über die Rechtslage in ausgewählten Ländern zu erstellen. Hinzu kommt, dass vieles derzeit im Fluss ist. Im Frühjahr 2015 etwa wurde in Frankreich ein neues Sterbehilfegesetz auf den Weg gebracht.

Das folgende Schaubild ist nur als grobes Schema zu verstehen, das helfen soll, die rechtliche Lage in Deutschland besser in den europäischen Kontext einzuordnen.

10 Die Auffassung der Bundesärztekammer

Die (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte wurde 2011 wie folgt geändert: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ In der Begründung hierzu heißt es: „Sie (die Neufassung – RAK, LB) referiert das strafrechtliche Verbot der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) und formuliert erstmals ausdrücklich das über das Strafrecht hinausgehende Verbot einer ärztlichen Beihilfe zu Selbsttötungen.“

Den Ärzten soll berufsrrechtlich verboten sein, was ihnen das Strafrecht erlaubt, nämlich einem Anderen Beihilfe zum Freitod zu leisten.

Den Ärzten soll also seit 2011 berufsrrechtlich verboten sein, was ihnen das Strafrecht erlaubt, nämlich einem Anderen Beihilfe zum Freitod zu leisten. Dies ist ein kaum erträglicher Widerspruch. Es kann nicht sein, dass die Wertungen des demokratisch legitimierten Gesetzgebers durch die persönlichen Überzeugungen einiger Standesvertreter außer Kraft gesetzt werden. Daher haben sich auch zahlreiche Landesärztekammern entschieden, diese Vorgabe nicht zu übernehmen (siehe beispielhaft die Erklärung der Bayerischen Landesärztekammer vom 30. Oktober 2014). Laut einer Befragung des Instituts für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin der Ruhr-Universität Bochum unter Leitung von Jan Schildmann von mehr als 700 Ärztinnen und Ärzten zum Thema Sterbehilfe unterstützen die Position der Bundesärztekammer lediglich 25 % der befragten Ärzte (TAZ.de vom 14. Dezember 2014).

11 Die gegenwärtig kursierenden Ideen zur Gesetzesänderung

Bundesminister Hermann Gröhe „Meine Überzeugung ist, dass nicht nur die erwerbsmäßige – also ein besonders verwerfliches Geschäftemachen mit der Lebensnot von Menschen –, sondern jede Form der organisierten Selbsttötungshilfe verboten werden muss. (...) gerade ärztlich assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen wären kaum zu trennen. Zudem würde das auf Lebenserhaltung ausgerichtete Arztbild in unserer Gesellschaft insgesamt erschüttert. Der Arzt hat die Aufgabe, Leben zu schützen. Daran möchte ich unbedingt festhalten. (...) Organisierte Lebensbeendigungsangebote können zu einer Bewusstseinsverschiebung in der Bevölkerung über den Wert des Lebens insgesamt führen.“

Peter Hintze (CDU), Carola Reimann (SPD), Karl Lauterbach (SPD), Burkhard Lischka (SPD) wollen die gegenwärtige Rechtslage (Zivilrecht) ändern: Ärztliche Hilfe ist danach nur zulässig „bei der selbst vollzogenen Lebensbeendigung in Fällen irreversibel zum Tode führender Erkrankungen und schweren Leidens“; außerdem formulieren sie: „Ein ärztlich assistierter Suizid kommt nur in Fällen einer irreversibel zum Tode führenden Erkrankung und einer daraus resultierenden extremen Leidenssituation des Patienten in Betracht.“

Claudia Lücking-Michel, Michael Brand (CDU), Michael Frieser (CSU): „Wir sprechen uns deshalb gegen Sterbehilfevereine und andere organisierte Formen der Förderung der Selbsttötung oder der Beihilfe zum Suizid aus. Wir wollen menschliches Begleiten der Sterbenden statt aktives Beenden des Lebens. (...) Wir lehnen ebenso organisierte ärztliche Assistenz zum Suizid ab. Wir wollen keine gesetzlichen Sonderregelungen für Ärzte oder andere Gruppen in diesem Bereich.“ Nahe Angehörige sollen ohne Strafandrohung einen Sterbewilligen beim Suizid begleiten dürfen.

Eva Högl und Kerstin Griese (SPD) „Wir brauchen ... mehr Aufklärung, mehr und bessere Hospizarbeit und Palliativmedizin, ein Verbot von organisierter Sterbehilfe durch Vereine und den Erhalt und die Sicherung des Freiraumes, den Ärztinnen und Ärzte in ethischen Grenzsituationen am Ende des Lebens schon heute haben. (...) Wir schlagen einen Weg in der Mitte vor, zwischen einem Verbot aller Maßnahmen am Lebensende, die das Sterben erleichtern, auf der einen Seite und einer Öffnung und Ausweitung von aktiver Sterbehilfe bis zur Legalisierung der Tötung auf Verlangen auf der anderen Seite. Wir halten die bisherigen Regelungen in Deutschland für gut ...“

Elisabeth Scharfenberg und Harald Terpe (Grüne) „Wir lehnen es ab, dass der assistierte Suizid als normales Dienstleistungsangebot oder gar als Form der gesundheitlichen Versorgung von Kranken und Pflegebedürftigen in Deutschland etabliert wird. Aus diesem Grund muss die Arbeit professioneller Organisationen wie Sterbehilfe Deutschland oder Dignitas rechtlich unterbunden werden. Auch eine Institutionalisierung der ärztlichen Suizidbeihilfe (...) würde diesem Ziel widersprechen. (...) Nimmt ein Sterbewilliger ... organisierte Suizidhilfe in Anspruch, so bleiben Angehörige oder andere nahestehende Personen (im Sinne des § 35 StGB) auch dann straflos, wenn sie ihn dabei unterstützen. Dies gilt allerdings nur, soweit sie nicht aus eigennützigen Motiven heraus handeln. Zu diesen nahestehenden Personen sollen auch Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige anderer Heilberufe gehören, zu der/dem die sterbewillige Person in einer langjährigen Behandlungsbeziehung steht und deren Handeln Ausdruck eines engen Vertrauens- und Fürsorgeverhältnisses ist.“

Renate Künast, Kai Gehring (Grüne), Petra Sitte (Linke) „Wir setzen uns dafür ein, die von Angehörigen, Nahestehenden, Ärzten und Sterbehilfevereinen geleistete Beihilfe zum Freitod weiterhin straflos zu lassen. (...) das Strafrecht ist nicht der Ort, seine eigene Weltanschauung oder Religion für andere zum Maßstab zu machen. (...) Sollte sich die Patientin oder der Patient für einen Freitod entscheiden, sollen Ärzte weiterhin dabei helfen dürfen, ohne dass ihm daraus Nachteile erwachsen. (...) Wir wollen die existierenden Sterbehilfevereine nicht strafrechtlich sanktionieren, aber wir wollen durchaus vorhandene Fragen und Besorgnisse aufnehmen. Wir sehen es deshalb als sinnvollen Weg an, der Arbeit der Vereine einen klareren Rahmen zu setzen. Schon heute ist klar, dass sie sich bei ihrer Tätigkeit an das geltende Recht halten müssen. Denkbar ist aber zukünftig ausdrücklich zu regeln, dass sie aus der Beihilfe zum Freitod kein Kapital schlagen dürfen und Transparenzregeln einzuhalten sind.“

Prof. Dr. Gian Domenico Borasio et al. wollen eine Änderung der gegenwärtigen Rechtslage durch das Strafrecht: „Der Vorschlag will die Beihilfe zur Selbsttötung unter Strafe stellen, allerdings mit zwei wichtigen Ausnahmen: Angehörige und Ärzte. Ein Arzt darf Suizidbeihilfe nur nach Einhaltung strenger Sorgfaltspflichten und ausschließlich bei unheilbar Erkrankten mit begrenzter Lebenserwartung leisten. Er muss zuvor die Freiwilligkeit des Suizidwunsches geprüft und den Patienten umfassend und lebensorientiert über andere, insbesondere palliativmedizinische Möglichkeiten aufgeklärt haben. Außerdem muss ein zweiter unabhängiger Arzt hinzugezogen werden. Jede Form der Werbung für Suizidbeihilfe soll verboten werden. Für das Betäubungsmittelgesetz ist eine Klarstellung vorgesehen.“

12 Kritik

Soweit gefordert wird, dass Ärzten per Strafrecht die Beihilfe zum Freitod verboten wird oder umgekehrt nur Ärzten eine solche Beihilfe erlaubt werden soll, würde damit jeweils ein Sonderstrafrecht geschaffen werden, das höchst bedenklich wäre. Vor allem aber würde es der eigentlichen Problematik nicht gerecht. Das Strafrecht ist generell nicht der Ort, um existenzielle Entscheidungen vorzugeben, weder für die Patienten noch für die Ärzte. Die Situationen sind zu vielfältig und unterschiedlich, als dass sich das richtige Verhalten normieren ließe.

Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten mag im Einzelfall die richtige Grundlage sein, um zu einer für den Patienten sachgerechten und angemessenen Lösung zu kommen. Wo es aber dieses Vertrauensverhältnis nicht gibt, kann eine solche Lösung nicht per Gesetz erzwungen werden. Unter Umständen sind im Einzelfall andere Personen besser geeignet, den Willen des Betroffenen zu verstehen und ihm bei dessen Durchsetzung zu helfen.

Auch eine automatische Besserstellung von Angehörigen ist dabei abzulehnen. Die Lebenserfahrung zeigt, dass Angehörige durchaus ein eigenes Interesse an dem Schicksal des Betroffenen haben können. Davon abgesehen ist das Forschen nach den Motiven der Angehörigen, wie es der Vorschlag von Elisabeth Scharfenberg und Harald Terpe vorsieht, im tatsächlichen Leben kaum zufriedenstellend einzulösen.

Das Strafrecht ist nicht der Ort,
um existenzielle Entscheidungen
vorzugeben, weder für die
Patienten noch für die Ärzte.

Andere Vorschläge haben offenbar kein Vertrauen dahingehend, dass Ärzte ihren Beruf verantwortungsvoll ausüben. Wenn Peter Hintze, Carola Reimann, Karl Lauterbach und Burkhard Lischka den Ärzten eine straffreie Assistenz zum Freitod nur noch in engen Grenzen erlauben wollen, sprechen sie ihnen erkennbar die Fähigkeit ab, in der jeweiligen Situation selbst zu entscheiden, ob sie dem Patienten seinem Willen gemäß helfen können oder nicht.

Viele wollen die organisierte Tätigkeit von Vereinen zur Sterbehilfe verbieten. Es ist aber vorzuziehen, dass professionell geschulte Organisationen mit einer entsprechenden Registrierung sich um die Hilfesuchenden kümmern statt anonymer und intransparenter Personen oder Gruppen. Es soll Leid vermieden, gemildert und nicht noch zusätzlich geschaffen werden. Wenn Vereine nach klaren und gegebenenfalls gesetzlich festgelegten professionellen Standards arbeiten und dabei überwacht werden, dürfte dies den Hilfesuchenden nicht schaden, sondern sollte ihnen eher helfen. Niemand ist gezwungen, das Angebot solcher Vereine anzunehmen. Die häufig vorgebrachte Behauptung, eine entsprechende Werbung solcher Organisationen oder eine in einem Leistungskatalog festgelegte Honorierung sei ethisch unerträglich, ist abwegig, wenn nicht scheinheilig. Wie in anderen Fällen auch, kann man Werbung einschränken oder äußerstenfalls sogar verbieten. Und bereits heute gibt es zahlreiche Honorierungspositionen im Rahmen der Versorgung und ‚Entsorgung‘ von Krankenhauspatienten, die nicht weniger anstößig sind.

13 Liberale Leitgedanken und politische Forderungen

Gerade in den Grenzsituationen des Lebens, bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit, muss sich die in einer Gesellschaft gelebte Mitmenschlichkeit bewähren. Denn in solchen Grenzsituationen bedürfen Menschen in ganz besonderer Weise menschlicher Zuwendung und gesellschaftlicher Hilfe. Unsere Gesellschaft hat die Pflicht, durch eine hohe Qualität ambulanter Pflege ebenso wie bei Pflegeeinrichtungen, aber auch durch entschiedene Förderung der Palliativmedizin und von Hospizen die Situation kranker und leidender Menschen so erträglich wie möglich zu machen.

Die Wahrung der Menschenwürde, konstitutiv für unsere Verfassungsordnung, ist der Maßstab allen politischen Handelns. Die Menschenwürde umfaßt das Recht, über sich selbst zu bestimmen. Deshalb auch hat jeder das Recht, über medizinische Behandlungen oder ihren Abbruch selbst zu entscheiden. Dieses Selbstbestimmungsrecht gilt selbstverständlich weiterhin, auch wenn man seinen Willen in einer bestimmten Situation nicht mehr selbst ausdrücken und durchsetzen kann.

Jeder Einzelne ist mitverantwortlich dafür, dass die Gesellschaft, in der er lebt, eine menschliche ist.

Mit Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht hat unsere Rechtsordnung die Mittel bereitgestellt, auch in solchem Falle das Selbstbestimmungsrecht zu wahren. Niemand darf sich anmaßen, sich über den Willen des Patienten und sein Selbstbestimmungsrecht als Ausfluss der Menschenwürde hinwegzusetzen. Das gilt für Ärzte und Pfleger, für Staatsanwälte und Richter, es gilt aber auch für den Gesetzgeber selbst. In seltenen Fällen kommt der selbstbestimmte Entschluss eines Menschen vor, seinem Leben ein Ende zu setzen und Hilfe dabei in Anspruch zu nehmen. Diese Hilfe – auch ärztliche – zum in unserer Rechtsordnung nicht strafbaren Suizid darf nicht kriminalisiert werden.

Liberaler wissen, dass gerade in Grenzsituationen des Lebens nicht alles durch gesetzliche Normen geregelt werden kann und muss. Deshalb ist es so wichtig, vor allem anderen den geschützten Raum einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung zu erhalten. Wer einen nahen Angehörigen durch eine schwere Krankheit hindurch oder auch im Sterbeprozess begleitet hat, der weiß, welche überragende Bedeutung menschliche Zuwendung für den Kranken oder Sterbenden hat. Menschlichkeit kann nicht von Staat und Politik verordnet werden. Deshalb ist jeder Einzelne mitverantwortlich dafür, dass die Gesellschaft, in der er lebt, eine menschliche ist.

14 Was folgt daraus für politisches Handeln?

Dieses Handeln bezieht sich auf die Bereiche der Selbstbestimmung und der Würde bei Pflegebedürftigkeit und im Alter, auf die Selbstbestimmung über medizinische Behandlung und Pflege und auf die Selbstbestimmung über die Beendigung des eigenen Lebens.



Für Selbstbestimmung und Würde bei Pflegebedürftigkeit und im Alter

Die Würde des Menschen und sein Recht auf Selbstbestimmung sind unantastbar. Sie zu achten, zu schützen und zu fördern ist nicht nur die Aufgabe des Staates, sondern auch der professionellen Pflege sowie der bürgerschaftlichen wie der familiären Gemeinschaft.

Die Ausbildung des Pflegepersonals muss auf einen besseren Standard angehoben werden; dieser ist fortlaufend an neue medizinische, rechtliche und soziale Erkenntnisse anzupassen.

Die Entlohnung des Pflegepersonals muss angemessen und attraktiv sein.

Die Anzahl der Betreuten pro Pfleger darf ein festzulegendes Verhältnis nicht überschreiten, um persönlich zugewandte Pflege zu ermöglichen.

Für die Betreuung Pflegebedürftiger und alter Menschen muss die Gesellschaft die Mittel bereitstellen. Gegebenenfalls sind Prioritäten in den Haushalten und die Struktur staatlicher Leistungen anzupassen.

Die meisten älteren Menschen wollen ihren Lebensabend zuhause verbringen. Die ambulante Pflege muss daher staatlich ebenso gefördert werden wie die stationäre Pflege. Nur so kann das Selbstbestimmungsrecht der Pflegebedürftigen gewahrt werden.

Die Qualitätsstandards von Pflegeheimen sind zu aktualisieren und ihre kontinuierliche Überprüfung ist sicherzustellen; die angestrebte Qualität hat sich u. a. an folgenden Kriterien zu orientieren:

- weitgehende Befähigung des Betreuten zur Autonomie,
- striktes Übermaßverbot der eingesetzten Mittel (immer das mildeste),
- würdevolle Behandlung gerade auch des völlig Hilfebedürftigen.

Auf eine Behandlung nach diesen Standards hat der Bürger einen einklagbaren Anspruch.

Das Entgeltsystem der Pflege ist zu überprüfen und Fehlanreize und -steuerungen sind zu beseitigen. Es darf nicht sein, dass Koma-Patienten deshalb häufig lange auch gegen ihren Willen gepflegt werden, weil sie für Heimbetreiber besonders „rentabel“ sind.

Für Konflikte, die sich aus unterschiedlichen religiösen oder kulturellen Wertvorstellungen von Betreuten wie des Pflegepersonals ergeben, sind innerhalb der rechtlichen Rahmenbedingungen geeignete Konzepte zu entwickeln.

In größeren Pflegeheimen sollten, wie bereits in Krankenhäusern, Ethik-Komitees gebildet werden, die juristische und medizinische Beratung bieten und in schwierigen Fällen Entscheidungshilfen anbieten. Es gilt, das Spannungsverhältnis zwischen Fürsorgepflicht und -anspruch einerseits, der Verhältnismäßigkeit der Mittel und der möglichst großen Selbstbestimmung und Würde andererseits auszubalancieren.

Die Etablierung eines Heimarztes ist zu testen und bei Bewährung einzuführen. Das Recht des Einzelnen auf freie Arztwahl darf durch die Etablierung eines Heimarztes nicht eingeschränkt werden.

Für Selbstbestimmung über medizinische Behandlung und Pflege

Der freie Wille des Betroffenen ist als Ausfluss der Menschenwürde (Artikel 1 GG) maßgebend. Sein tatsächlicher oder mutmaßlicher Wille allein bestimmt Art und Weise einer medizinischen Behandlung. Dieser Wille des Betroffenen steht über der Meinung anderer Personen, auch der des Arztes. Die Rechtslage zur Fortsetzung oder zur Beendigung einer Behandlung ist eindeutig (§ 1901a BGB sowie Grundsatzurteil des BGH vom 25.06.2010). Diese Rechtslage darf nicht geändert werden.

Offenbar ist diese Rechtslage noch nicht allen Beteiligten (Ärzten, Pflegepersonal, Verantwortlichen in Pflegeheimen, Richtern etc.) hinreichend geläufig, sodass es zahlreiche Unterschiede in der Anwendungspraxis gibt. Daher muss eine systematische und flächendeckende Aufklärung erfolgen.

Die Grundversorgung von Menschen in Grenzsituationen des Lebens, die Linderung von Schmerzen, von Atemnot und das Bemühen, ihnen Ängste zu nehmen insbesondere bei schweren und tödlichen Krankheiten, muss endlich gewährleistet werden. Deshalb ist nachdrücklich daran zu arbeiten, flächendeckende Angebote der Palliativmedizin und von Hospizen sicherzustellen. Auch sind höhere Mittel für Forschung und Lehre bereitzustellen, um die Qualifikation von Fachärzten, Pflegepersonen und Sterbebegleitern weiter zu verbessern.

Für Selbstbestimmung über die Beendigung des eigenen Lebens

Der freie und ernsthafte Wunsch eines Menschen nach Beendigung des eigenen Lebens ist zu respektieren. Der Suizid ist keine strafbare Handlung, mithin darf die Beihilfe dazu ebenfalls nicht strafbar sein.

Der Entschluss zum Suizid darf nicht durch sozialen oder ökonomischen Druck Dritter verursacht werden. Deshalb bedarf es geeigneter Unterstützung durch fachkundige Beratung, Betreuung und Zuwendung.

Alle Bestrebungen, diese Form der Sterbehilfe zu kriminalisieren, sind zurückzuweisen. Die gegenwärtige Rechtslage bedarf insoweit keiner Änderung.

Das ärztliche Standesrecht in einzelnen Bundesländern kann dazu führen, dass Ärzte, die im Rahmen unserer Rechtsordnung Sterbehilfe leisten, in ihrer wirtschaftlichen Existenz bedroht sind. Es ist mit unserem Rechtsverständnis unvereinbar, dass Standesregeln fundamental andere Wertungen vornehmen als der Gesetzgeber. Daher ist hier rechtliche Klarheit für die Ärzte herzustellen.

Nach geltendem Recht ist niemand, auch nicht der Arzt, verpflichtet, Beihilfe zur Selbsttötung gegen seine Gewissensüberzeugung zu leisten. Auch hieran darf sich nichts ändern.

15 Fazit

Respekt vor jeder moralisch begründeten Haltung ist der Leitsatz, an dem sich die notwendigen Debatten in unserer Gesellschaft über die Menschenwürde von Pflegebedürftigen und von Todkranken orientieren müssen. Menschenwürde – das heißt individuell Selbstbestimmung und menschliche Zuwendung; auf gesellschaftlich-politischer Ebene heißt es flächendeckende Angebote für ein würdiges Leben bei Pflegebedürftigkeit und für ein würdevolles Sterben. Dies ist und bleibt das prioritäre Anliegen! Selbst wenn unsere Gesellschaft hierfür die bestmöglichen Voraussetzungen schafft, wird es eine kleine Zahl von betroffenen Menschen in schwerst belastenden Situationen geben, in denen sie sich für die Beendigung ihres Lebens entscheiden und dabei auf Hilfe angewiesen sind.

Der frühere EKD-Ratsvorsitzende, Dr. Nikolaus Schneider, hat im Amt – seiner Überzeugung gemäß – jede Form der Sterbehilfe abgelehnt. Nach einer schweren Erkrankung seiner Frau trat er 2014 von seinem Amt zurück und sagte, aus Liebe zu seiner Frau würde er sie auch gegen seine Überzeugung zur Sterbehilfe in die Schweiz begleiten. Dieses Bekenntnis ehrt nicht nur den Mann, es verweist zugleich auf die tragischen Dimensionen menschlichen Denkens, Fühlens und Handelns. Und es wirft die Frage auf, warum Menschen in existenziellen Nöten in die Schweiz fahren müssen. Die aufgeklärte Bürgergesellschaft weiß, dass gerade in existenziellen Nöten die Bestimmung über sich selbst, über das je eigene Verständnis von Menschenwürde, nicht dadurch aufgehoben werden darf, dass der Staat dem Menschen eine andere ethische Position aufzwingt. Und sie erkennt in Demut, dass nicht jede mögliche Lebenssituation rechtlich abgebildet werden kann und soll.

Die Bürgergesellschaft erkennt in Demut, dass nicht jede mögliche Lebenssituation rechtlich abgebildet werden kann und soll.

Roland A. Kohn

Studium der Philosophie und der Politikwissenschaft, Magister Artium (Universität Mannheim). Ehemaliges Mitglied des Deutschen Bundestages, ehemaliger Landesvorsitzender der FDP/DVP Baden-Württemberg. Berater Politische Kommunikation.

Jüngste Publikationen:

Roland A. Kohn: „Wirtschaft und Gesellschaft – Nachdenken über Freiheit“ in Peter Altmiks, Jürgen Morlok (Hrsg.): Noch eine Chance für die Soziale Marktwirtschaft? Olzog, München 2012

Roland A. Kohn, Mike Friedrichsen (Hrsg.): Digitale Politikvermittlung – Chancen und Risiken interaktiver Medien
Springer VS, Wiesbaden 2015

Dr. Bernhard Labudek

Studium der Rechtswissenschaft und Philosophie in München und Montpellier. Erstes und zweites juristisches Staatsexamen in München. Promotion über ein rechtsvergleichendes Thema aus dem deutschen und französischen Kartellrecht an der Universität Mannheim. Verschiedene leitende Funktionen in Dienstleistungsunternehmen im In- und Ausland. Heute selbstständiger Rechtsanwalt und Unternehmensberater.