

Dankrede, gehalten zur Verleihung des  
Ossip K. Flechtheim Preises  
im Harnack-Haus Berlin-Dahlem am 15. März 2009

von  
Michael de Ridder

Meine Damen und Herren,

Bei aller Freude über die mir heute zuteil werdende Ehrung beschlich mich doch – als ich nachdachte über einige Worte des Dankes – ein Gefühl der Verlegenheit, wird diese Auszeichnung mir doch für etwas verliehen, was weder eine besondere Leistung noch sonst ein Verdienst darstellt, vielmehr zur ethischen Grundausstattung eines jeden gehört oder doch gehören sollte, der den Arztberuf ausübt. Denn aktiv für jene Mitglieder unserer Gesellschaft einzutreten, die eher an ihren Rändern als in ihrer Mitte ihr Leben fristen müssen, ob nun Pflegebedürftige, Migranten, Drogenkranke, oder schlicht Arme und manch andere, wie auch Sterbende, die ihre Interessen nicht mehr oder nicht lautstark genug vertreten können, gehört zum **Kern** des ärztlichen Auftrags, wie er in der Charta zur ärztlichen Berufsethik, die den hippokratischen Eid abgelöst hat, niedergelegt ist. In ihr ist festgehalten, dass die Angehörigen der ärztlichen Profession die beiden neben dem Primat des Patientenwohls **zentralen** ärztlichen Obliegenheiten, **die Autonomie des Kranken und die Verteilungsgerechtigkeit der Mittel im Gesundheitswesen**, nicht allein zu **achten**, sondern ihnen **offensiv** Geltung zu verschaffen haben. Bedrückend ist, dass dieser so wichtige, genuine Part des ärztlichen Auftrags allzu vielen meiner Kolleginnen und Kollegen offenbar zunehmend aus dem Blick gerät.

Die Autonomie des Kranken am Lebensende ist – und dazu möchte ich nun einige Gedanken an Sie richten – zu einem Fokus leidenschaftlicher gesellschaftlicher Auseinandersetzung geworden. Bei näherem Hinsehen fällt auf, dass die verfassungsrechtlich so elementare Figur der Autonomie oder Selbstbestimmung, auch und gerade am Lebensende, zusehends in Rechtfertigungsnot gerät, einerseits aus prinzipiellen Erwägungen heraus, andererseits deshalb, weil sie mehr und mehr dem Druck so genannter „Bereichsethiken“ ausgesetzt ist, also verschiedenen weltanschaulich oder religiös geprägten Vorstellungen vom Lebensende, einschließlich der ärztlichen Standesethik. Es muss nicht betont werden, dass es jeder weltanschaulichen oder Glaubensgemeinschaft zusteht, für ihre Vorstellungen vom „richtigen Sterben“ zu werben, aber in einem säkularen Staat wie dem unsrigen haben sie sich eine gewisse Zurückhaltung aufzuerlegen in dem Sinne, dass sie tunlichst darauf verzichten, die Öffentlichkeit mit **Alleinvertretungsansprüchen** oder mit in ihrem Besitz befindlichen vermeintlichen **Königswegen** hin zu einem guten Tod zu beglücken.

Ich sprach vom Rechtfertigungsdruck, dem das Selbstbestimmungsrecht am Lebensende ausgesetzt sei. Was meine ich damit? Schauen und hören wir einmal hinein in die Fernseh-Talkshows, die allmorgendlichen Radiomagazine, Feuilletons und Leitartikel, in denen das selbstbestimmte Sterben immer wieder gern ein Thema ist: Da wird das Selbstbestimmungsrecht charakterisiert als eine „Suggestionstvokabel“ oder zum „bloßen Generalnenner“, zur „Chimäre“ deklassiert. Von einer „am grünen Tisch der Gesunden erdachten Selbst-

bestimmungsrhetorik“, von der „Zauberformel Patientenautonomie“, von „Anmaßung“ ist die Rede, ja, man scheut sich nicht einmal, von der Selbstbestimmung als einem „Götzen“ zu sprechen.

Nun leugnet niemand, dass Selbstbestimmung immer auch eine soziale Dimension hat, dass sie auch der Formung durch andere unterliegt und eine Fülle von politischen und gesellschaftlichen Kräften auf sie einwirken. Der **dialogische Prozess** mit dem Arzt vor der Abfassung einer Patientenverfügung, die Ermittlung des mutmaßlichen Willens eines einwilligungsunfähigen Patienten im **Dialog** von Betreuer, Arzt und Angehörigen ist von kaum zu überschätzender Bedeutung. Doch ungeachtet dessen, ja vielleicht gerade im Wissen um dieses Spannungsfeld hat unsere Rechtsordnung die Selbstbestimmung - einschließlich derjenigen zum Tode - als eine eigenverantwortlich zu nutzende Freiheit in ihrem Zentrum verankert, die klein zu reden oder als menschliche Selbstüberschätzung an den Pranger zu stellen vollkommen verkennen würde, dass gerade sie, die Selbstbestimmung, die tragende Säule unseres Grundgesetzes und den Nukleus unseres Grundrechtsverständnisses ausmacht.

Die **Selbstbestimmung** - und nicht, wie so häufig angenommen der **Lebensschutz**, **so hoch auch der anzusiedeln ist** - ist es, die den **Kern der Menschenwürde** ausmacht. Sie wird von unserer Verfassung **garantiert**, aus gutem Grund von ihr jedoch nicht **definiert**. Denn nur der einzelne Mensch als Grundrechtsträger ist befugt, darüber zu befinden, was seine Würde ausmacht, einschließlich der Verfügung darüber, wieweit seine körperliche Unversehrtheit und sein Leben zu schützen sind. Oder mit den Worten des Bundesverfassungsgerichts: „Die Freiheit des Einzelnen besteht in der Selbstbestimmung eben dieses Einzelnen über den eigenen Lebensentwurf und seinen Vollzug.“ Als Quintessenz ließe sich sagen: Die Menschenwürde - so, wie unsere Verfassung sie versteht - schützt den Menschen eben auch davor, **zum Objekt der Menschenwürde anderer zu werden** – ein Entwurf, der, wie ich meine, umfassender, überzeugender und unanfechtbarer nicht sein könnte. Bezogen auf die Gestaltung des Lebensendes bedeutet dies: Jeder Kranke ist vollkommen frei darin, sein Lebensende, so weit es ihm vergönnt sein wird, zu gestalten und letztlich auch solche Entscheidungen zu treffen, die in den Augen Dritter als unvernünftig erscheinen oder der medizinischen Rationalität nicht gehorchen. Wir - und hier meine ich ganz gezielt meine eigene Profession - haben zu akzeptieren, dass Menschen mit einer Patientenverfügung auch im Voraus und gezielt auf letzte Chancen verzichten und sich lieber ihrer Selbstbindung als ärztlichem Urteil unterwerfen – etwa wenn sie, gerade im fortgeschrittenen Lebensalter, ein Wiederbelebungsverbot für den Fall eines plötzlichen Herzstillstandes verfügen.

Manche Glaubensgemeinschaften wie beispielsweise die katholische Kirche - und damit bin ich bei den eingangs erwähnten sog. Bereichsethiken - **relativieren** das Selbstbestimmungsrecht, mit Verweis auf die Gottgegebenheit des menschlichen Lebens, nicht zuletzt im übrigen auch mit der nach christlicher Lehre zur *conditio humana* gehörigen Leidensbereitschaft ! Schon 1995 im Rahmen der Enzyklika **Evangelium vitae** stellte Papst Johannes Paul II. klar, dass der Abbruch einer lebenserhaltenden Behandlung **immer** eine schwere Verletzung des göttlichen Gesetzes darstellt. Diese Haltung bekräftigte der Vatikan erst kürzlich wieder, als die Einstellung der künstlichen Ernährung der italienischen Patientin Eluana Englaro, die siebzehn Jahre lang im Wachkoma lag, mit seiner indirekten Billigung zu einem monströsen und entwürdigenden Medien- und Politikspektakel in Italien geriet. Die Grenzen seiner Befugnisse und Kompetenzen weit hinter sich lassend, dekretierte der Papst erneut, dass die künstliche Ernährung von Sterbenden, insbesondere Komapatienten, keine ärztliche Behandlungsmaßnahme, sondern eine unter allen Umständen unverzichtbare Maßnahme der Basisbetreuung darstelle, mit der Folge, dass Patienten selbst entgegen ihrem erklärten Willen und entgegen ärztlicher Indikation nach kirchlicher Lehre am Lebensende **faktisch**

**zwangsernährt** werden müssten. Ähnlich verfährt im übrigen auch die orthodoxe jüdische Ethik: Dem ehemaligen israelischen Ministerpräsidenten Ariel Sharon, der seit Januar 2006 mit einem ausgedehnten Schlaganfall im Koma liegt, wird seit mehr als drei Jahren in und trotz aussichtsloser Krankheit ein natürlicher Sterbeprozess vorenthalten - ein aus meiner Sicht zutiefst inhumanes Vorgehen.

Auch aus der Mitte unseres Parlamentes droht dem Selbstbestimmungsrecht Gefahr. Der viel beachtete Gesetzentwurf einer Parlamentariergruppe um den Unionsabgeordneten Wolfgang Bosbach und die Grünenabgeordnete Kathrin Göring-Eckard, einer von drei zur Zeit diskutierten Entwürfen zur Regelung von Patientenverfügungen, formuliert **Bedingungen**, unter denen das Selbstbestimmungsrecht am Lebensende gelten soll. Nach diesem Gesetzentwurf kann - entgegen der geltenden Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes - der Abbruch einer lebenserhaltenden Behandlung verbindlich und ohne Reichweitenbegrenzung, d.h. ohne Begrenzung auf ein bestimmtes Krankheitsstadium, nur verfügt werden, wenn eine umfassende ärztliche und rechtliche Beratung vorausgegangen und diese notariell beglaubigt ist. Ohne eine solche Beratung wäre eine Patientenverfügung nur wirksam, wenn eine „**unheilbare, tödlich verlaufende Erkrankung**“ oder eine Situation vorliegt, in der der Patient mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit trotz Ausschöpfung aller medizinischen Möglichkeiten das Bewusstsein niemals wiedererlangen wird, wie beispielsweise im so genannten Wachkoma. Zudem wäre die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts immer dann erforderlich, wenn eine lebenserhaltende Behandlung ohne Vorliegen einer unheilbaren tödlich verlaufenden Erkrankung oder aufgrund des **mutmaßlichen Willens** abgebrochen werden soll.

Zwar stellen Beratung und Aufklärung vor Abfassung einer Patientenverfügung ein hochrangiges Desiderat dar, um von Unvernunft und Ignoranz getragene Patientenverfügungen weitgehend auszuschließen. Deshalb sollten sie künftig beworben und in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen werden. Niemand allerdings darf zu einer Beratung in dem Sinne genötigt werden, dass Patientenverfügungen, denen eine offizielle und dokumentierte ärztliche Beratung vorausgegangen ist, als verbindlicher eingestuft werden, als solche, die ohne Beratung zustande gekommen sind.

Aus meiner Sicht stellt daher der sog. „Bosbach-Entwurf“, entgegen der Behauptung seiner Verfasser, eine Bevormundung all derer dar, die eine Patientenverfügung erstellt haben, weil ihre Selbstbestimmung weitgehend unter Kuratel von Arzt, Betreuer und Vormundschaftsgericht steht. Der Gesetzentwurf misstraut zudem dem ärztlichen Urteil und dem Konsens zwischen Betreuer und Arzt. Damit beschädigt er das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient, er leistet der schon vielfach beklagten Verrechtlichung des Sterbens Vorschub und vertieft und verlängert das Leiden Sterbender.

Nicht zuletzt, meine Damen und Herren, ist da die Ärzteschaft, innerhalb derer weite Teile immer noch die Selbstbestimmung des Patienten auf Kollisionskurs mit ihrer Standesethik resp. ihrer ärztlichen Fürsorgepflicht sehen von der sie sich – irrtümlich! - in die Pflicht genommen sehen, das Leben um jeden Preis zu erhalten. Standesethik und Fürsorgepflicht sind wahrhaftig nicht gering zu schätzen, doch die Pflicht zur ärztlichen Fürsorge einschließlich der zur Lebenserhaltung konkurriert keinesfalls mit dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten, vielmehr hat erstere an letzterem ihre natürliche Grenze zu finden. Im Übrigen ergänzen sich Selbstbestimmungsrecht und Fürsorge, ja, eine bestmögliche Fürsorge für den Patienten kann nach meinem Dafürhalten nur zustande kommen, wenn das Selbstbestimmungsrecht als Grundlage der Fürsorge akzeptiert ist.

Seit 1955 hat der Bundesgerichtshof in mehreren Urteilen das Selbstbestimmungsrecht des Kranken eindeutig dahin gehend festgeschrieben, dass **jede** ärztliche Behandlung, handele es sich um eine Blutabnahme, eine Bauchoperation oder eine lebenserhaltende Nierendialyse

oder Beatmung, der Zustimmung des Patienten bedarf, selbst wenn ihre Ablehnung unvernünftig und gegen seine eigenen Interessen gerichtet erscheint. Erinnerung sei an den erschütternden Fall einer jungen Mutter aus Landau im Jahre 2005, die nach der Geburt ihres Kindes wegen einer schweren Nachblutung transfusionspflichtig geworden war, als Zeugin Jehovas jedoch eine Blutübertragung ablehnte. Die Ärzte hatten dies zu respektieren und die Frau starb.

Ein prinzipiell ähnliches, und doch ganz anders gelagertes Schicksal einer jungen Frau, das mir besonders nahe geht, will ich Ihnen nicht vorenthalten. Seit vielen Wochen bin ich in die Behandlung einer Patientin einbezogen, deren außergewöhnlich tragische Erkrankung, verbunden mit ihrem anhaltenden und unumstößlichen Willen, sterben zu wollen, ein Licht wirft auf die Herausforderungen und die Verantwortung, der wir als Ärzte u. Ärztinnen nicht ausweichen dürfen.

Corinna K. ist 41 Jahre alt, eine brillante Wissenschaftlerin, Leiterin einer eigenen Arbeitsgruppe, sechs Doktoranden werden von ihr betreut, die Liste ihrer Veröffentlichungen, unter ihnen solche in Science und Nature, umfasst mehr als sechzig Arbeiten. Sie ist eine begeisterte Läuferin und Tennisspielerin. Ein unverschuldeter Autounfall Anfang Oktober vergangenen Jahres verursacht eine hohe Querschnittslähmung, das Atemzentrum ist miteinbezogen und macht sie dauerhaft über einen Luftröhrenschlauch von einem Beatmungsgerät abhängig. Alles Erdenkliche, was die moderne Medizin anzubieten hat, wird ihr zuteil, um die Lähmung von Atmung und Motorik rückgängig zu machen. Ein halbes Jahr nun ist vergangen, doch die Aussicht, dass sich ihr Zustand noch einmal ins Positive wendet, dass sie noch einmal zurückkehrt in ihr Labor und morgens ihre Laufschuhe schnürt, geht gegen null. Hellwach ihr Blick, ihr Kopf bei klarem Verstand, liegt sie in einem High-Tech-Bett einer Klinik, umgeben von sprachgesteuertem Telefon und Computer, der Bildschirm erscheint über ihr an der Zimmerdecke. Kollegen aus Singapur und San Diego rufen sie an und versuchen, ihr Mut zu machen; ihr Lebensgefährte, Wissenschaftler wie sie, gleichzeitig ihr gerichtlich bestellter Betreuer, liest ihr jeden Wunsch von den Lippen ab; jeden Tag verbringt er Stunden an ihrem Bett. Ihre Stimmung ist, man glaubt es kaum, freundlich und gelassen. Vor wenigen Tagen nahm ein Richter sie in Augenschein, der ihr (und der Klinik) bescheinigte, dass sie über einen frei verantwortlichen Willen verfügt, eine Psychiaterin konnte weder eine Depression noch eine andere psychische Störung diagnostizieren.

„Kann ich mich denn wenigstens auf **Sie** verlassen?“ - Sanft und dennoch unbeirrbar hatte sie mich bei dieser Frage angesehen, nachdem wir zum dritten Mal ein stundenlanges Gespräch geführt hatten, über ihr Dasein als nunmehr „beatmeter Kopf“, wie sie es nannte. Sie erzählte von ihren Studenten, die nun ohne sie auskommen müssten, von ihrem unbändigen vormaligen Bewegungsdrang und ihrer Lebensfreude, die nunmehr dem schieren Unglück gewichen war, das nur noch nach einem Ende verlangte. Unerträglich sei das, unwürdig, aus einer tiefen Narkose möchte sie nicht mehr erwachen. – „Bitte helfen Sie mir, zu sterben“ - dann wird sie ganz leise – „bitte, versprechen sie es.“ Ich versprach es.

Kann ein Mensch in größerer Not sein? Kann es einen Grund geben, sich ihrem Wunsch und Willen zu verschließen? Dürfen sich die behandelnden Ärzte dem Willen dieser Frau durch Schweigen verweigern? Dürfen sie sich in eine vermeintliche Ratlosigkeit zurückziehen? Ist es zumutbar, einer solchen Patientin ins Gesicht zu sagen, wie es der Leitende Arzt tat, in Anwesenheit ihres Lebensgefährten, ihrer Schwester, ihres Rechtsanwalts und mir: „Frau K., alle Patienten, die wir behandelt haben und in ähnlicher Lage waren wie Sie, wollten leben – nur Sie bestehen darauf, zu sterben, wie kann das sein?“ Darf derselbe Leitende Arzt angesichts dieses von ihr als Tortur empfundenen und formulierten Daseins sagen: „Herr

Kollege (gemeint war ich), bei allem Verständnis für die Lage der Patientin...wir haben hier in dieser Klinik ein anderes Konzept... wenn ich dem Willen von Frau K. nachgebe... dann verliert mein Team sein Koordinatensystem.“ Gilt der Wille des Patienten in dieser Klinik also nur so lange, wie er mit dem der Ärzte übereinstimmt ?

Dabei ist die **Rechtslage** eindeutig. Sie bietet den verantwortlichen Ärzten keinerlei Handhabe, den Willen der Patientin für unbeachtlich zu erklären: Ein Arzt, der dem frei verantwortlich und nachhaltig geäußerten Willen seiner Patientin, die Beatmung abubrechen, auch wenn dies ihren Tod zur Folge hat, nicht nachkommt, begeht Körperverletzung. Seine Ängste vor staatsanwaltlicher Verfolgung sind vorgeschoben und vollkommen unbegründet: Denn wer eine Behandlung unterlässt oder abbricht, für die ein Mandat des Patienten nicht oder nicht mehr besteht, begeht niemals - **kann** niemals – Rechtsbruch begehen.

Meine Damen und Herren, palliativmedizinische Behandlung und Versorgung ist sicher eine hervorragende, ja **die überlegene** Option für die überwältigende Mehrheit der Menschen in aussichtsloser Krankheit oder im Angesicht des Lebensendes. Doch auch die beste Palliativmedizin kann niemals **alle** Einbußen an positiven Handlungs- und Erlebnismöglichkeiten für **alle** betroffenen Patienten kompensieren, wie das Schicksal dieser Patientin eindrücklich zeigt.

Neben all ihren Erfolgen und Leistungen hat die moderne Medizin beängstigende und grausame Seinsweisen hervorgebracht, in die Menschen ohne sie nie geraten wären, denn sie wären zuvor eines natürlichen Todes gestorben, z.B. beatmete Patienten mit hoher Querschnittslähmung wie Corinna K. oder auch die ihnen allen bekannten so genannten Wachkoma- und Locked-In-Patienten. Sich angesichts dieser janusköpfigen Entwicklungen der Medizin darauf zu berufen, als Arzt allein „Anwalt des Lebens“ zu sein, ist wohlfeil, zeugt meines Erachtens von einem wenig differenzierenden Verantwortungsbewusstsein und wird der Not und der Verzweiflung **vieler** dieser Patienten nicht gerecht. Das wissen und spüren viele Ärztinnen und Ärzte in diesem Land, die den Vorgaben der Bundesärztekammer und ihres Präsidenten hinsichtlich dessen, was Standesethik und Berufsordnung am Lebensende gut heißen und was nicht akzeptiert ist, nicht mehr folgen mögen. Unverrückbarer Maßstab ärztlichen Handelns bleibt das **Wohl des Patienten**, das primär **seinem** Willen zu folgen hat. **Sich von der Authentizität dieses Willens zu überzeugen ist ärztliche Pflicht, nicht aber, ihn zu bewerten.** Der ganzen Tragweite dieses arztethischen Prinzips gerecht zu werden, hat die **verfasste** Ärzteschaft, so jedenfalls **mein** Eindruck, bisher versäumt. Sie muss sich öffnen und der Diskussion stellen, will sie nicht das Feld jenseits der Palliativmedizin Geschäftemachern, Dilettanten und Rattenfängern vom Schlage eines Herrn Kusch oder eines Herrn Minelli überlassen.

Meine Damen und Herren, nicht unerwähnt bleiben darf heute jemand, dem ich manches verdanke, mit dem mich vieles verband und den ich in diese Ehrung einbeziehen möchte: es ist mein viel zu früh verstorbener Lehrer und Freund Prof. Wolfgang Dißmann, eine der profiliertesten Arztpersönlichkeiten dieser Stadt, der über 25 Jahre lang Chefarzt der Kardiologischen Abteilung und der Intensivstation des Urban-Klinikums war und dessen Initiative wir das Deutsche Herzzentrum Berlin verdanken. Ein ebenso scharfsinniger wie weitsichtiger und gefühlvoller Arzt, doch auch ein unbequemer und kompromissloser Kopf von selten kämpferischer Gesinnung für eine menschliche Medizin, auch und gerade am Lebensende.

Mit einer Erkenntnis, die, würde sie von der Ärzteschaft mehr beherzigt, der oftmals so verbissen geführten Debatte um ein selbstbestimmtes Lebensende viel von ihrer Schärfe nehmen würde, möchte ich schließen. Formuliert hat sie vor mehr als 30 Jahren der Philosoph

Hans Jonas, Wolfgang Dißmann hat sie vorbildlich gelebt: „Die Flamme des Lebens am Brennen, nicht aber, seine Asche am Glimmen zu halten, ist der eigentliche Auftrag der Medizin, so sehr sie auch das Glimmen noch zu hüten hat.“

Ich danke Ihnen.