

Selbstbestimmung bis in den Tod?

Das Thema Euthanasie bleibt aktuell – nicht nur, weil wir in der Bundesrepublik einen Professor Julius Hackethal haben, der sich darin gefällt, unter dem Anspruch besonderer Zuwendung zum Patienten die Rolle des „ganz anderen Mediziners“ zu spielen und, unterstützt von der umtriebigen „Gesellschaft für humanes Sterben“, nicht aufhört, ein gesellschaftliches und ärztliches Tabu nach dem anderen zu durchbrechen. Das Thema Euthanasie bleibt deswegen aktuell, weil sich in ihm ein scheinbar unlösbares Entweder-Oder spiegelt. Darf man sich auch noch im Tod – so fragen sich auch Menschen, denen nicht daran liegt, als Tabubrecher in die Geschichte einzugehen – an das durchgängig proklamierte Recht auf Selbstbestimmung halten, oder gilt hier ein von allen, nicht zuletzt von einem schwer erkrankten oder sogar sterbenden Menschen selbst zu respektierender Vorrang des Lebens vor der freien Selbstbestimmung?

Selbsternannte Aufklärer zwingen uns dazu, diese Frage wieder einmal an einigen Aspekten der Intensivmedizin, der durch die medizinische Technologie möglich gewordenen Sparte der Medizin, wie an den spektakulären Fällen zu untersuchen, welche die Medien uns als den Fall „Helmy E.“, „Ingrid“, oder „Daniela“ präsentieren¹.

Selbstbestimmung bei der Wiederbelebung (Reanimation)

Ein erster Bereich, in dem sich das Verhältnis von freier Selbstbestimmung und Vorrang des Lebens darstellen läßt, ist die Wiederbelebung (Reanimation). Es ist ratsam, sich zur Erörterung der damit angesprochenen Probleme einen Fall vor Augen zu führen: Herr R., sechzig Jahre alt, wird von der Ambulanz in die Intensivstation gebracht. Er hatte einen Schlaganfall erlitten, und bevor er in der Ambulanz wiederbelebt werden konnte, hatte er einen Atemstillstand für eine Zeit unbekannter Dauer. Nach einer schnellen Einschätzung der Lage hatte der Hausarzt, der verständigt worden war, Frau R. mitgeteilt, daß der Zustand ihres Mannes ernst sei und daß er möglicherweise irreversible Gehirnschädigungen erlitten habe. Im Wartezimmer trifft Frau R., die ihren Mann in die Klinik begleitet hatte, auf eine junge Pastoralreferentin, die vor nicht allzu langer Zeit ihre Arbeit im Seelsorgeteam der Klinik begonnen hatte. In ihrem Bedürfnis, sich nach dem ersten Schock einmal richtig auszusprechen, erzählt sie dieser, sie und ihr Mann

hätten über die Möglichkeit eines solchen Falles, wie er jetzt eingetreten sei, gesprochen und er habe dabei den Wunsch geäußert, daß „nichts Außergewöhnliches“ getan werden solle, um ihn am Leben zu erhalten. Die Pastoralreferentin erfährt bei dieser Gelegenheit auch, daß Frau R. diese Information nicht an ihren Hausarzt weitergegeben hat; sie nimmt sich daher vor, das an ihrer Stelle zu tun.

Ungefähr eine Stunde später erleidet Herr R. – nunmehr in der Klinik – einen Herzstillstand. Die Pastoralreferentin, die bisher nicht dazu gekommen ist, die erhaltene Information weiterzugeben, tut das nun gegenüber der Stationsschwester, die sie ihrerseits an den Arzt weitergibt, der mit der Reanimation begonnen hat. Der faucht sie an, weil sie ihn mit ihrer Wiedergabe von „Geschwätz“ in seinen Anstrengungen unterbreche. Die Stationsschwester benachrichtigt den Hausarzt, der seinerseits seinen Kollegen am Telefon verlangt. Der aber ist begreiflicherweise nicht zu sprechen.

Nachher haben beide Mediziner ein Gespräch, in dem sie keineswegs sanft miteinander umgehen: „Warum können Sie einen solchen Bericht aus zweiter Hand überhaupt nur in Erwägung ziehen?“ will der in der Intensivstation tätige Arzt recht ungnädig wissen. „Schließlich haben wir als Ärzte doch eine jedem einzelnen Patienten geschuldete Lebenserhaltungspflicht.“ Dann fügt er hinzu, er habe Herrn R. reanimiert; er habe keine andere Wahl gehabt. Gewiß, das müsse er zugeben, sei dessen Prognose unsicher. Der Hausarzt pocht auf seine Kenntnis des Willens des Patienten. Dieser habe das Recht zur freien Selbstbestimmung für sich in Anspruch genommen, und als Mediziner hätten sie beide das zu respektieren. Ihm sei es unverständlich, wie ein Arzt heute noch alles daransetzen könne, eine entsprechende Information gar nicht erst an sich herankommen zu lassen.

1. Grenze der Lebenserhaltungspflicht

Es gehört sicher zu den schönsten Erfahrungen des Mediziners, einen Menschen nach einem plötzlichen Atem- und Kreislaufzwischenfall mit künstlicher Beatmung und Herzmassage wieder zum Leben zu bringen. Bislang konnte er auch erwarten, daß die Institutionen der Gesundheitsfürsorge, die Kirchen und die Verwandten des Patienten ihn in seinem Bemühen unterstützten.

Grundsätzlich jedoch hat die Lebenserhaltungspflicht des Arztes eine Grenze. Das ist eine Selbstverständlichkeit. Die Möglichkeiten der Lebensrettung können nicht immer bis zum letzten ausgeschöpft werden. Die Frage ist allerdings, wo diese Grenze liegt. Der erfolgreiche Einsatz von Wiederbelebungsmaßnahmen hat dazu geführt, daß Atem- und Herzstillstand nicht unter allen Umständen den Tod bedeuten. Der Todeszeitpunkt fällt mit dem Hirntod zusammen². Der Hirntod eines Menschen ist darum auch die Grenze der Lebenserhaltungspflicht.

Da der Hirntod aber nur unter bestimmten klinischen apparativ-technischen Voraussetzungen festgestellt werden kann, sind dort, wo diese im gegebenen Augenblick nicht zur Verfügung stehen, Überlegungen zur Ursache, zum Verlauf

und zur Prognose einer bestehenden Krankheit anzustellen. Damit wird die Grenze der Lebenserhaltungspflicht unscharf und veränderbar. Was von jeher als unumstoßbar naturgegebenes Fixum galt, der Todeszeitpunkt nämlich, wird in Erkenntnis und Praxis zur Variablen in der Hand des Intensivmediziners³.

Was der Intensivmediziner aber nun praktisch zu entscheiden hat, ist nicht, ob jemand schon tot sei oder eine extrem ungünstige Prognose habe, sondern – wie auch in unserem Fall – ob das Ergebnis einer noch möglichen Behandlung eine für den Patienten noch wünschbare Lebensqualität zur Folge habe. Diese Frage zu beantworten, ist der behandelnde Arzt allein aber nicht fähig. Der Lebensschuttpflicht des Arztes tritt – das ist das erste Ergebnis dieser Überlegungen – das Selbstbestimmungsrecht des kompetenten und informierten Patienten gegenüber. Es ist nicht zu bezweifeln, daß dieser das Recht hat, eine weitere Behandlung zurückzuweisen, wenn diese nur noch das Leiden verlängern, eine Verfälschung des Sterbens bedeuten und sich in eine Verkehrung der ärztlichen Wohltat in ihr Gegenteil verwandeln würde.

2. Grenze der Lebenserhaltungspflicht bei Bewußtlosigkeit

Wenn der Patient sich – im Fall der Bewußtlosigkeit – nicht mehr äußern kann, dann kann die Entscheidung auf den übergehen, der sich aufgrund seiner verwandtschaftlichen Beziehung noch am ehesten in seine geheimsten Wünsche hineinzudenken vermag. Das ist in dem von uns geschilderten Fall die Frau, der in der Vermittlung des früher geäußerten Wunsches ihres Mannes die Pastoralreferentin und der Hausarzt zur Seite stehen. Auch wer nicht bereit ist, die Handlungsweise des Arztes der Intensivstation zu kritisieren, wird nicht zögern, sich bei ihm eine höhere Sensibilität für die Mittler des Willens und der Selbstbestimmung des Patienten zu wünschen. Allgemein gilt: Der behandelnde Arzt muß sich der Willensäußerung des Patienten – und damit seiner Selbstbestimmung – definitiv vergewissern. Erleichtert würde das durch rechtzeitig abgefaßte Patientenverfügungen. Damit sie wirksam werden können, müssen sie allerdings klar und spezifisch sein, das heißt, sie müssen die Art der Behandlung benennen, die gegebenenfalls nicht mehr durchgeführt werden soll, sie müssen schriftlich dokumentiert sein, sie dürfen nur nach vorheriger kompetenter Beratung und möglichst unter Hinzuziehung von Familienangehörigen abgefaßt worden sein, sie müssen von Zeit zu Zeit erneuert werden. Sie müssen schließlich für den Fall, daß sie gebraucht werden, leicht zugänglich sein⁴.

Als praktische Regeln könnten gelten: Außerhalb der Klinik sollte (wegen der Undurchsichtigkeit der Situation) Wiederbelebung von dazu ausgebildeten Kräften immer ausgeführt werden. Innerhalb des Krankenhauses sollten die gleichen Kräfte aber auch wissen, wann ein Einsatz nicht weiter sinnvoll ist. Kliniken sollten flexibel genug sein, die glaubwürdigen Wünsche ihrer Patienten zu respektieren. Um ihr Selbstbestimmungsrecht ausführen zu können, sollten diese nicht nach

Hause oder in andere Institutionen gehen müssen. Krankenhäuser sollten unterscheiden lernen zwischen der Willensäußerung des Patienten, der nicht alles akzeptieren will, was noch technisch gemacht werden kann, und dem, was aus ethischen Gründen unter keinen Umständen geduldet werden darf.

Selbstbestimmung bei künstlicher Ernährung

Ein weiterer Testfall für das Recht auf freie Selbstbestimmung ist die künstliche Ernährung von bewußtlosen moribunden Patienten. Auch dazu ein weithin bekannter Fall: Am frühen Morgen des 15. April 1975 brach die damals 21jährige Karen Quinlan bei der Geburtstagsfeier eines Freundes bewußtlos zusammen. Nach Mund-zu-Mund-Beatmung durch einen Freund brachte sie ein Notarztwagen unter einer Sauerstoffmaske auf die Intensivstation des Newton Memorial Hospital. Die Eltern traten schon bald für Abschaltung des Beatmungsgeräts ein, nachdem die behandelnden Ärzte sie darauf hingewiesen hatten, daß ihre Tochter irreversibel gehirngeschädigt sei. Ihr Pfarrer hatte sie dabei mit Hinblick auf eine Erklärung Pius' XII. von 1957 unterstützt. Sie hätten, erklärte er ihnen, keine moralische Verpflichtung, die Aufrechterhaltung von Karens Atmung mit außerordentlichen Mitteln fortzuführen, wo doch keine vernünftige Hoffnung auf auch nur teilweise Wiederherstellung bestünde. Die Quinlans stellten – nach Aussage der Mutter – eine Bescheinigung (Patientenverfügung) aus, die den behandelnden Arzt und das St. Clare's Hospital in Denville, N. J. (wohin sie überführt worden war) ermächtigte, die Geräte abzuschalten. Doch weder die medizinisch Verantwortlichen noch die Gerichte spielten zunächst mit.

Der New Jersey Supreme Court kommt allerdings ein Jahr später, am 31. März 1976, zu folgendem Entscheid: Joseph Quinlan wird seiner Forderung gemäß zum Vormund für seine Tochter bestellt. Weiter: Sollten Ärzte seiner Wahl zu der Schlußfolgerung gelangen, „es gebe keine vernünftige Möglichkeit für Karen, aus der gegenwärtigen Bewußtlosigkeit aufzutauchen und wieder zu einem von Erkenntnis und Wissen gekennzeichneten Zustand zu gelangen, und der Lebenserhaltungsapparat (life-support-apparatus) sollte abgeschaltet werden“, und sollte er und Karens „Familie“ mit dem übereinstimmen, und sollte eine „Ethikkommission oder eine ähnliche Gruppierung“ des Krankenhauses, in dem Karen Quinlan zur Zeit als Patientin liege, erklären, es gebe keine vernünftige Möglichkeit für Karen, aus der gegenwärtigen Bewußtlosigkeit aufzutauchen, dann sollte das Beatmungsgerät ausgeschaltet werden, und diese Aktion sollte ohne bürgerliche bzw. strafrechtliche Folgen für irgendeinen der Beteiligten sein, weder für den Vormund noch für den Arzt, noch für das Krankenhaus.

Dementsprechend wurde verfahren. Es zeigte sich jedoch, daß die Patientin spontan weiter atmete. Für alle Beteiligten schien damit ein neues Problem zu

entstehen: Durfte man davon ausgehen, daß die Entscheidung der Eltern, die sie im Sinn ihrer Tochter und in Durchführung ihres in der Bewußtlosigkeit weiterbestehenden Selbstbestimmungsrechts getroffen hatten, auch den Verzicht auf eine auf Dauer notwendig gewordene künstliche Ernährung einschloß? Die Gerichte hatten nach langen Überlegungen und unter Vorbehalten eine Grenze für die Lebenserhaltungspflicht des Arztes festgesetzt. Sollte diese Festsetzung nach dem Auftreten eines den Richtern nicht bekannten medizinischen Faktums – der fortdauernden Spontanatmung – neu vorgenommen werden müssen?

Zu den Ansprüchen, die sich aus der Menschenwürde des Sterbenden ableiten, gehört zweifelsfrei der Anspruch auf Hilfe, worunter die Schmerzlinderung, die Sedierung, die hygienische Betreuung und der Sterbebeistand zu verstehen sind. Diese Einzelheiten humaner Zuwendung dürfen niemand versagt werden.

Moralisch und rechtlich gehört die medizinische Ernährung zu den lebenserhaltenden medizinischen Behandlungen, die einem Patienten unter Umständen vorenthalten oder unterbrochen werden können. Es ist allerdings merkwürdig, daß man sich gefühlsmäßig eher schwerer tut, hier die gleiche Konsequenz zu ziehen. „Wasser und Brot“⁵ sind die humanen Gaben, die dem Mitmenschen vorzuenthalten jeder Mensch sich sträubt. Eine Kultur, die nicht schon der Barbarei verfallen ist, wird das Gebot, dem Nächsten nicht die Speise, die er zum Leben braucht, zu versagen, auch dann noch wahren, wenn sie im übrigen vorentschieden hat, daß sie das Leben eines bestimmten Menschen – Verbrecher, Feind oder Sterbender – für „verwirkt“ und nicht mehr „lebenswert“ hält. Offensichtlich muß in bezug auf die künstliche Ernährung die Grenze der Lebenserhaltungspflicht und der Stellenwert der freien Selbstbestimmung nochmals neu bestimmt werden⁶. Dabei wird man das Minimum einer Flüssigkeitszufuhr wohl in keinem Fall unterschreiten dürfen. Unter keinen Umständen wird man einen Kranken einfach verdursten lassen dürfen.

Tod, natürlicher Tod, Euthanasie

Dem Antagonismus von Selbstbestimmungsrecht des Patienten und Vorrang des vorhandenen Lebens entspricht das Wesen des Todes selbst. Man muß ihn unter einer doppelten Rücksicht betrachten. Einmal ist er die letzte Phase der Freiheit und Selbstverfügung des Menschen selbst. Zum anderen ist er die letzte und radikale Verfügung über diesen gleichen Menschen und eine schmerzliche Niederlage für das Leben.

1. Der Tod

Der Tod ist einerseits der Zeitpunkt, an dem der Mensch seine volle Ohnmacht erfährt, an dem er ganz ausgeliefert ist, an dem total über ihn verfügt wird. Nicht

selten wird ihm das durch einen peinigenden und – wie ihm scheint – sinnlosen Schmerz angezeigt. Damit er diesen Zeitpunkt besteht, braucht er die Hilfe des Arztes, den Schutz der Freunde und der Gesellschaft, eine von der Rechtsgemeinschaft ausgesprochene und durchgeführte Garantie des Lebens.

Der Tod ist aber auch unter einer anderen Rücksicht letzter Vollzug, letzte Tat des Menschen, finale Freiheitsentscheidung. Dieser andere Aspekt des Todes ist in einer Zeit, in der Autonomie einen sehr hohen Rang einnimmt, nicht nur von der ominösen „Deutschen Gesellschaft für humanes Sterben“ in den Vordergrund gerückt worden. Der moderne Mensch erwartet mit großer Selbstverständlichkeit von der Gesellschaft, in der er lebt, daß sie ihren Mitgliedern die freie Selbstbestimmung bis in diesen Tod hinein gestattet. Und das nicht nur aus prinzipiellen Erwägungen heraus, sondern auch aus praktisch-medizinischen Gründen: Nachdem der Hirntod zum Zeitpunkt des Todes erklärt wurde, ist die freie Selbstbestimmung des Menschen auch im Tod zum unverzichtbaren Faktor in der finalen Entscheidung und bei der Gestaltung des letzten Lebensabschnitts geworden. Das erkennt man um so klarer, je eindeutiger man die immer weiter um sich greifende Apparatedizin in die Betrachtung einbezieht und auch nicht vergißt, daß der einstmals „allmächtige“ Arzt durch die Zunahme spezialisierter Heilberufe in seiner Bedeutung als Entscheidungsträger mehr und mehr in Frage gestellt wird.

2. *Der natürliche Tod*

Freie Selbstbestimmung hebt das Ausgeliefertsein des Menschen an seinen Tod und an viele Menschen um ihn herum allerdings nicht auf. Das übersehen manche, die davon träumen, sie könnten kraft ihrer Selbstbestimmung nochmals alle Facetten ihres Lebens zur Entfaltung bringen. Schmerzfreiheit, würdiger Abschied, religiöse Besinnung, Krankensakramente, letzte bedeutungsschwere Worte – so wünschen sie sich ihren eigenen Tod. Von Ärzten erwarten sie, sie sollten sich mit ihrer Behandlung so gut es eben geht an der Realisierung dieser Vision vom natürlichen Tod beteiligen. Doch was geschieht tatsächlich? Ein Patient hat einen Herzstillstand. Man unternimmt keine Reanimation. Das Ergebnis: Plötzliche Bewußtlosigkeit, ohne Schmerzen, Tod in wenigen Sekunden. Ein anderer Patient hat eine Infektion, die nicht behandelt wird. Das Ergebnis: Die ungezügelte Vermehrung von Mikroorganismen, die Produktion von toxischen Stoffen, Behinderung der Organfunktionen, Unterdruck, Tod – nach Fieber, Starre oder Zittern, Schwindel usw. Der Tod kommt nach einem oder zwei Tagen, je nach Belastung des Organismus. Wenn die Nieren versagen und weder Dialyse noch eine Transplantation vorgenommen werden, dann ist der Patient anfangs noch bei Bewußtsein, aber er durchlebt Unwohlsein, Erbrechen, Blutungen im Magen-Darm-Bereich, Konzentrationsschwächen, Schmerzen in Nerven und Muskeln, Krämpfe. Das Sterben kann sich Tage und Wochen hinziehen.

Auch unter den günstigsten Bedingungen ist der Tod nicht in des Menschen

Hand. Selbstbestimmung schließt nicht die Möglichkeit ein, über die letzten Stunden disponieren zu können. Im Tod erlebt der Mensch immer, daß über ihn verfügt wird. Gewiß zeichnet sich eine hochentwickelte Gesellschaft dadurch aus, daß sie jedem freie Selbstbestimmung garantiert. Noch mehr aber beweist sie ihren moralischen Status dadurch, daß sie unter dem Schuttschild der Solidarität jedem einzelnen beisteht, in seiner Freiheit nicht den Kräften der Täuschung und der Selbstzerstörung zu verfallen.

3. Verbot der aktiven Euthanasie

Aus der Lebenserhaltungspflicht ergibt sich auch die sogenannte *reine Sterbehilfe*, welche Hilfe im Sterben, also das Verabreichen schmerzlindernder Medikation, die pflegerische und zwischenmenschliche Fürsorge und den seelischen Beistand bedeutet. Aus der gleichen Pflicht folgt nicht, daß der Arzt alles ihm nur Mögliche zu tun hat. In Übereinstimmung mit den Empfehlungen des Europarats (1976), den Richtlinien für die Sterbehilfe der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, der sich die Bundesärztekammer angeschlossen hat, und der Resolution der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zur Behandlung Todkranker und Sterbender (1979) ist der Arzt nicht verpflichtet, „bis zur Sinnlosigkeit alles in seinen Kräften Stehende zur Lebensverlängerung zu tun“⁷. Die Richtlinien und Resolutionen medizinischer Gremien lassen keinen Zweifel daran, daß der Arzt bei einem Sterbenden, dessen Grundleiden mit infauster Prognose einen irreversiblen Verlauf genommen hat, von therapeutischen Maßnahmen mit dem Ziel der Lebensverlängerung absehen darf und abzusehen hat.

Sittlich erlaubt ist *passive Sterbehilfe*: In den Fällen, in denen bei einem Todkranken die ärztliche Behandlung deswegen abgebrochen oder gar nicht begonnen wird, weil sie nur noch Leiden verlängern, aber keine Aussicht auf eine sinnvolle Lebensverwirklichung mehr geben kann, ist der Arzt von seiner Lebenserhaltungspflicht befreit. Sittlich erlaubt ist – nach einer anderen Begrifflichkeit – auch die *indirekte Sterbehilfe*. Damit sind die Fälle gemeint, in denen nicht auszuschließen ist, daß zum Beispiel eine schmerzlindernde Medikation bei einem auf den Tod erkrankten Menschen unbeabsichtigt, aber unvermeidbar den Todes-eintritt beschleunigt. Mit der Erlaubtheit dieser Art von Sterbehilfe gibt es keine Schwierigkeiten. Sie wird weitgehend praktiziert und allgemein für unbedenklich gehalten⁸.

Aus der Zuordnung von Lebenserhaltungspflicht und freier Selbstbestimmung ergibt sich aber auch, daß der Arzt niemals von sich aus die Beendigung eines Lebens in die eigene Hand nehmen darf. Niemals läßt sich aus dem ärztlichen Auftrag eine gezielte *aktive Lebensverkürzung* (auf Wunsch des Sterbenden oder der Angehörigen, oder aus eigenem Ermessen) ableiten. Die aktive Euthanasie ist nach übereinstimmender theologischer und medizinischer Meinung unerlaubt, rechtlich verboten und ein strafbares Tötungsdelikt.

Unter Strafe gestellt ist – das ist mit Rücksicht auf die gegenwärtige Diskussion noch einmal eigens hinzuzufügen – auch die Tötung auf Verlangen (durch Unterlassung), nicht aber die Beihilfe zum Selbstmord. Als letzteres hat das Oberlandesgericht München den ersten Fall Hackethal („Hermy E.“) eingestuft⁹. Gleichwohl fühlt man sich unwohl bei dem Gedanken, dieser Freispruch könnte einen neuen Typ ärztlichen Handelns kreiern haben. Wer möchte den Arzt gern schon in der Rolle des Giftmischers sehen¹⁰?

Sterbebeistand auf verschiedenem Fundament

Mit den skizzierten Prinzipien und Leitlinien, die aus gelungener sittlicher Erfahrung hervorgehen, kommt man in den Kliniken wohl zurecht. Medizinische Praxis vermag sich nach ihnen zu orientieren. Daneben gibt es auch Fälle, in denen die Forderung nach freier Selbstbestimmung im Sinn einer Lebensbeendigung um jeden Preis übermächtig wird. Diese Fälle werden von modernen Aufklärern immer wieder an die Öffentlichkeit gezerzt, obwohl sie dafür am wenigsten geeignet sind.

1. Sterbebeistand auf der Basis der freien Selbstbestimmung

Faktisch gibt es – wer könnte das leugnen? – innerhalb und außerhalb der Krankenhäuser Menschen, die von sich behaupten, sie bejahen zwar das Leben, sähen aber in ihrem Fall keine andere Möglichkeit, als für sich den Tod zu wollen. Ärzte und Seelsorger begegnen diesem Wunsch mit Vorsicht. Sie haben gelernt, darin in den meisten Fällen einen Hilfeschrei zu erblicken. Man möge ihn doch, so lautet diese Bitte übersetzt, in dieser extremen Not seines Sterbens nicht allein lassen. Der Wunsch verschwindet zumeist dann, wenn Hilfe in Sicht ist. Die gleichen Ärzte und Seelsorger wissen aber auch, daß es auch den Fall gibt, daß ein Patient mit dem Leben abgeschlossen hat. Es gibt den Sterbenden, der mit der Welt fertig ist, der innerlich Abschied genommen hat, der lebensmüde und bereit ist, sein Leben in die Hand seines Schöpfers zurückzugeben.

Den Kämpfern für das Recht auf freie Selbstbestimmung ist zuzugestehen, daß sie subjektiv der Überzeugung sind, in dieser Situation könne jemand mit einer Entscheidung für den Tod den ethischen Anforderungen gerecht werden. Nach ihrer Meinung kann der Patient, der aufgrund einer irreversiblen schweren Behinderung nicht mehr leben will, dem sittlichen Anspruch, der sich an ihn richtet, erfüllen. Es besteht allerdings der Verdacht, daß sie sich mit ihrem Begriff von Freiheit allzu sehr in die Richtung des technisch-emanzipatorischen Denkens bewegen. Man erkennt mit Befremden, daß sie sich unendlich schwer tun, dem Schmerz einen humanen Wert abzugewinnen. Man hat ebenso den Eindruck, daß sie Freiheit rein individualistisch deuten und eine Verpflichtung gegenüber der

Gemeinschaft im Tod und in der Art des Sterbens für sinnlos erachten. Sicher kann man nicht mit der größten Selbstverständlichkeit erwarten, daß sie letztlich Gott als Herrn über Leben und Tod anerkennen, aber ruhiger fühlt man sich schon, wenn jemand sich zu diesem Bezugspunkt seines freiheitlichen Handelns ausdrücklich bekennt. „Gottesvergessenheit“ hat gewiß etwas damit zu tun, daß sittliche Forderungen immer mehr an Gewicht verlieren.

Eine Talkshow der ARD brachte vor einiger Zeit das Defizit in der Auffassung von freier Selbstbestimmung deutlich zum Vorschein. Der eine der Gäste, Professor Hackethal, hatte soeben – gestärkt durch das ihm günstige Urteil des Oberlandesgerichts München und unter Beifall vieler Zuhörer – für seine Kampagne „Erlöschungstod“ geworben. Da gelang es einem wohl nur zufällig und zu einem anderen Thema eingeladenen, schwer behinderten Schauspieler, die Untiefen dieses Plädoyers auf Selbstbestimmung auch im Sterben aufzudecken. Diesem Menschen, der sichtbar nicht aus der Lust an theoretischen Erörterungen sprach, glückte es, mit seinen Worten für die nachdenklich werdenden Zuschauer den neuen Fall Hackethal („Daniela“) in ein anderes Licht zu rücken. Es war nun nicht mehr allein von freier Selbstverfügung die Rede. „Was jemand frei will“, lautete der Vorhalt des eindrucksvollen Anwalts des Lebens, „das hängt immer auch davon ab, in welcher Verfassung er ist, welchen Lebenssinn er begreift, welche Unterstützung er bei seinen Freunden findet. Wer anderen freie Selbstverfügung zugesteht, muß ihm zuerst diese Selbstverfügung real ermöglichen.“ In der Tat lastet auf allen Advokaten einer legalisierten Beihilfe zur Selbsttötung die letztlich unlösbare Aufgabe, mit dem Zugeständnis der Autonomie sicherzustellen, daß dabei auch dem Leben und seinen Forderungen Genüge getan wird.

Wo das nicht gelingt, ist das verhängnisvoll besonders für den Arzt. Es ist nicht einzusehen, wie er eine Kampagne für die freie Selbstbestimmung mit seinem Beruf vereinbaren kann. Er steht mit seinem Ethos ganz und gar auf der Seite der Lebensgaranten. Ohne schweren Schaden für die ihm von der Gesellschaft zugedachte Pflicht der Lebenserhaltung kann er nicht – so sehr er persönlich das auch für richtig halten mag – zum Propagandisten der freien Selbstbestimmung um jeden Preis werden. Selbst wenn er – wie Hackethal es tut – sein Plädoyer einschränkt auf solche Fälle, bei denen ganz und gar keine Hoffnung mehr besteht und in denen ein Patient sich seines Todeswunsches vollkommen sicher ist, darf er nicht in die Rolle des Freiheitshelden schlüpfen. Er bleibt in erster Linie Garant des Lebens. Das macht die Rechtsordnung dadurch deutlich, daß sie Tötung auf Verlangen – trotz des Alternativentwurfs¹¹ hoffentlich auch in Zukunft – unter Strafe stellt. Gewiß: Hackethal baut noch andere Sicherungen ein: Er verlangt, daß nur der eigene Arzt die Beihilfe zum Sterben leiten dürfe, daß er sich vorher glaubwürdiger Zeugen versichern und auch die Strafverfolgungsbehörde informieren müsse; seiner ethischen Intention versichert er sich selbst dadurch, daß er für seine Leistungen kein Geld fordert. Doch bei seinen Kriterien geht es vornehmlich

um den Schutz des Arztes. Die Skepsis, daß er sich so zum Protagonisten eines falschen Freiheitsbegriffs macht, kann er damit nicht ausräumen. Zu deutlich übernimmt er mit seiner Freiheitsideologie alle Defizite einer Fortschritts- und Emanzipationsbewegung.

2. Sterbebeistand auf der Basis des Vorrangs des Lebens

Vor dem Patienten, der trotz angebotener Hilfe und Fürsorge seiner Mitmenschen darauf beharrt, seinem Leben ein Ende zu setzen, stimmt der, welcher sich nun nicht zurückzieht und ihn „seinem Schicksal“ überläßt, normalerweise nicht das hohe Lied der freiheitlichen Selbstbestimmung an. Er ist vielmehr hilflos. Er erfährt voller Trauer, daß es bei diesem Menschen nicht gelungen ist, den Sinn des Lebens zu erschließen. Er begreift, daß hier die Regelungen und die Institutionen einer Kultur und Gesellschaft versagen. Er durchlebt – wie der Kranke selbst – eine verzweifelte Agonie. Seine sittliche Leistung besteht darin, daß er diesen, ohne ihm eine Sicherheit seines Weges geben zu können, in seinen Zweifeln und in seiner Not nicht allein lassen kann.

Der Schweizer Arzt Jürg Wunderli hat diesen „letzten Beistand“ für seine Person, nicht für seinen Berufsstand, mit einem hohen Grad von Sensibilität so zum Ausdruck gebracht: „Bei dieser Sachlage kann ich eigentlich nur meine persönliche Meinung äußern. Wäre ich persönlich bereit, in einer Ausnahmesituation das Tötungsverbot zu durchbrechen? Ich gestehe, daß ich dazu äußerste Hemmungen überwinden müßte und das Tötungsverbot in seiner Unbedingtheit für richtig halte. Aber wenn es sich um einen Menschen handelte, den ich sehr liebte, der seine Qualen des Sterbens als ganz unerträglich empfände und dem ‚anders‘ nicht mehr geholfen werden könnte? Könnte ich da die Härte und Unerbittlichkeit des Tötungsverbotes mit meinem Gewissen vereinbaren? Riefe mir vielleicht mein Gewissen zu ‚Erfülle den Tötungswunsch in Treue zu deinem Gewissen‘? Ich weiß es nicht, ob ich es täte. Vielleicht täte ich es in der Hoffnung, daß mir in einer ähnlichen Extremsituation auch nicht anders geschähe.“¹² Mehr als diese stammelnde Reflexion, die einer moralischen Aporie entspringt, ist in diesen Fällen nicht möglich. Angebracht sind allein Respekt, Verständnis, Liebe. Der Sterbebegleiter weiß, daß ihm zuletzt keine andere Möglichkeit bleibt, als die Entscheidungen des Sterbenden zu respektieren.

Aktivismus und Kampagnen werden der einzigartigen Situation nicht gerecht. Freie Selbstbestimmung, die diesen Namen verdient, baut auf einer von der ganzen Gesellschaft gegebenen Garantie des Lebens auf, die durch die Hoffnungslosigkeit des Einzelfalls nicht erschüttert wird. Tatsächlich weiß der, welcher die Bitte um Sterbehilfe äußert, daß er nicht in seiner humanen Existenz, aber mit seiner Entscheidung allein steht. Nichts liegt ihm ferner, als aus seinem Fall eine Neubestimmung von Praxis und Ethos des Arztes vorzunehmen. Er begreift, daß er, wie oft dasselbe auch noch vorkommen mag, ein Einzelfall ist, der nicht

verallgemeinert werden darf. In der Rangordnung der Güter stellt er sich nochmals dem Vorrang des Lebens vor jeglicher Freiheitsideologie.

Die Kirche gehört zweifellos zu den Garanten des Lebens. Zahllose in ihrem Leben gefährdete und in ihren Lebensvollzügen behinderte Menschen wissen ihr dafür zu danken. Es werden aber immer wieder Zweifel geäußert, ob die Kirche mit der gleichen Entschiedenheit für das Recht der Selbstbestimmung auch im Tod eintrete. Besonnenere Beobachter fragen sich, ob sie das denn überhaupt dürfe und ob sich das eine mit dem anderen verbinden lasse. Eines ist deutlich: Wo der Vorrang des Lebens mit allen Kräften anerkannt und unterstützt wird, wo die Lebensgaranten nicht aus ihrer Lebenserhaltungspflicht entlassen werden, wo alle sich ständig bemühen, dem Leben – wo immer es auch gefährdet ist – aus Ehrfurcht gegenüber Gott, dem Herrn über alles Leben, beizustehen, da kann die Kirche auch eine freie Selbstbestimmung verteidigen – bis in den Tod hinein.

ANMERKUNGEN

¹ Vgl. A. Auer, H. Menzel, A. Eser, Zwischen Heilauftrag und Sterbehilfe. Zum Behandlungsabbruch aus ethischer, medizinischer und rechtlicher Sicht (Berlin 1977); A. Auer, W. Dölle u. a., Der Mensch und sein Tod (Göttingen 1976); F. Böckle, Menschenwürdig sterben (Zürich 1979); P. Fritzsche, Patient und Arzt in personaler Begegnung. Referate des 19. Ärztetages (St. Augustin 1986) 63–90; ders., Der Patient als Mensch oder Objekt. Lebensverlängerung bis zum letzten Atemzug, in: A. Eser (Hrsg.), Suizid und Euthanasie (Stuttgart 1976); ders., Verzicht auf Machbares. Grenzen des Erlaubten in der Medizin, in: Grenzen des Machbaren (St. Augustin 1984); H. Tröndle, Warum ist die Sterbehilfe ein rechtliches Problem?, in: Zschr. f. d. ges. Strafrechtswiss. 1 (1987); R. Kautzky (Hrsg.), Sterben im Krankenhaus. Aufzeichnungen über einen Tod (Freiburg 1976); J. Mahoney, Bioethics and Belief (London 1984); J. Möllering, Schutz des Lebens – Recht auf Sterben. Zur rechtlichen Problematik der Euthanasie (Stuttgart 1977); P. Sporken, Die Sorge um den kranken Menschen. Grundlagen einer neuen medizinischen Ethik (Düsseldorf 1977, 2¹⁹⁸¹).

² Kriterien des Hirntodes. Stellungnahme des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, in: Dt. Ärzteblatt 83 (1986) 2940–2946.

³ H. Tröndle, Warum ist die Sterbehilfe ein rechtliches Problem?, in: Zschr. f. d. ges. Strafrechtswiss. (1987) H. 1.

⁴ In diesen Fällen ist eine bessere Kooperation zwischen Richtern und Ärzten anzustreben, analog etwa der Form des Zusammenwirkens, wie sie zwischen Psychiatern und Richtern im Fall der Einweisung in psychiatrische Anstalten praktiziert wird.

⁵ D. Callahan, On Feeding the Dying, in: Hastings Center Report 13 (1983) 22.

⁶ Vgl. G. J. Annas, Transferring the Ethical Hot Potato, ebd. 17 (1987) 20f.

⁷ P. Fritzsche, Grenzbereich zwischen Leben und Tod. Klinische, juristische und ethische Probleme (Stuttgart 1979) 75.

⁸ Vgl. Pius XII., Anästhesisten-Kongreß 24. 2. 1957; Römische Erklärung zur Euthanasie 1974; Dt. Bischofskonferenz 1. 6. 1975, 20. 11. 1978, 24. 9. 1981.

⁹ Die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs ist in diesem Punkt schwankend. Es ist allerdings erkennbar, daß die Richter vom Arzt erwarten, er dürfe sich nicht einfach dem Todeswunsch des „Suizidenten“ beugen, sondern ermüsse ihm, insbesondere dann, wenn er ihn im Zustand der Bewußtlosigkeit antreffe, umfassenden Beistand leisten (H. Faller, Der Arzt und der Selbstmörder, in: FAZ, 21. 1. 1988).

¹⁰ Vgl. R. P. Callies, Zum Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe, in: ZEE 30 (1986) 247–252.

¹¹ Alternativentwurf eines Gesetzes über die Sterbehilfe 1986. Vgl. Dt. Ärztebl. 84 (1987) A 2527–2529.

¹² J. Wunderli, Brauchen wir die aktive Sterbehilfe? Zeichen eines Umdenkens, in: Neue Zürcher Zeitung, 12. 10. 1982.