

FOCUS

Euthanasie

Peter INHOFFEN

ZUSAMMENFASSUNG

Jüngere Entwicklungen, darunter die Notwendigkeit, Patienten vermehrt in die ärztliche Entscheidungsfindung durch Aufklärung über Behandlungsalternativen einzubeziehen („informed consent“), aber auch Selbsthilfebewegungen, etwa im Bereich von Nachsorge und Rehabilitation, haben die Patientenautonomie gegenüber einem bisher prävalierenden ärztlichen Paternalismus gestärkt. Diese gewachsene Patientenautonomie darf nicht dazu verleiten, Sterbehilfe statt als Hilfe im Sterben (Sterbebeistand) eher als Hilfe zum Sterben, wie in Gestalt von einseitigem Behandlungsabbruch (passiv-direkter Euthanasie), von ärztlich assistiertem Suizid oder von Tötung auf Verlangen (Mitleidstötung) zu verstehen. Erstrebenswert ist vielmehr die Verbesserung der Palliativmedizin, auch unter Inkaufnahme einer relativen Lebensverkürzung (aktiv-indirekter Sterbehilfe) im Einzelfall, eine Förderung von Sterbebegleitung, eine Empfehlung von Patientenverfügungen und die Bestellung von Vertrauenspersonen („Patientenanwalt“).

Schlüsselwörter: Patientenautonomie, Sterbehilfe, Sterbebegleitung, Patientenverfügungen, Palliativmedizin

ABSTRACT

Recent developments, especially the compulsion to involve patients in medical decision-making by „informed consent“ concerning diverse alternatives of treatment, but also self-help-movements intending for instance post-clinical care and rehabilitation, have fostered the patient's autonomy in contrast to a prevailing paternalism of doctors until today. This increased patient's autonomy may not mislead to understanding dying assistance instead of help in dying (accompanying the dying) rather than as help to die, meaning one-sided termination of treatment (passive-direct euthanasia), of medically assisted suicide or killing on demand (mercy killing). It is rather desirable to improve palliative medicine, even if that includes a shortening of life in the individual case (active indirect dying assistance) as well as the promotion of accompanying the dying, the recommendation of advanced directives and the appointment of confidential persons („decision-making surrogate“).

Keywords: patient's autonomy, dying assistance, accompanying the dying, palliative medicine

Anschrift des Autors: Univ.Prof.Dr. Peter INHOFFEN, Institut für Moralthologie und Dogmatik,
Parkstraße 1, A-8010 Graz

1. Symptome wachsender Selbstbestimmung

a) Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung

Wenn sich jemand wegen eines Leidens zum Arzt begibt, so erwartet er Auskunft und tätigen Beistand eines Fachmannes. Er ist zwar kein Bittsteller, doch muß er sich im Blick auf sein persönliches leib-seelisches Wohlergehen in die Obhut des Heilkundigen begeben. Je nach der Schwere des Leidens erfordert der Wunsch nach Abhilfe die Unterwerfung unter den Behandlungsplan, den der Therapeut als Experte vorschlägt. Vom Augenblick der grundsätzlichen Zustimmung an entwickelt das Vorgehen des zuständigen Arztes eine eigentümliche, computeranaloge Stringenz, etwa gemäß dem Sprichwort: „Wer A sagt, muß auch B sagen“. Bei einer eindeutigen Diagnose sind die erforderlichen Therapiemaßnahmen für den Arzt im wesentlichen überschaubar, bei einer unklaren Diagnose schränkt er im Wege eines Ausschlußverfahrens die möglichen Antworten ein. Für den Heilung Suchenden bleiben der weitere Fortgang und das Endergebnis mehr oder weniger ungewiß.

Die Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Untersuchung und Behandlung nötigt den Patienten dazu, sich einer bürokratischen Routine zu unterziehen und sich anschließend in einen festgelegten Tagesablauf einzufügen. Die damit unausweichlich verbundene Passivität entspricht zwar objektiv dem Status und der Rolle als Patient, wird subjektiv jedoch als Selbstpreisgabe erfahren, selbst wenn das wegen einer Verdrängung nicht ins Bewußtsein dringt. Der Kranke ist nunmehr als solcher definiert und spürt, daß er dieser Institution wie einem anonymen, komplexen und für ihn geheimnisvollen Mechanismus auf Gedeih und Verderb ausgeliefert ist. „Die Aufnahme in ein Krankenhaus... ist ein recht einschneidendes Erlebnis. Alles ist dem Patienten

fremd,... er verliert quasi seinen sozialen Boden unter den Füßen... Die leider so oft ohne Erklärungen gegebenen ärztlichen und pflegerischen Anordnungen erscheinen ihm unverständlich, er fühlt sich ‚ausgeliefert‘ der manchmal doch noch recht strengen Klinikordnung... Er muß sich der Anstaltsdisziplin bedingungslos unterwerfen, muß geradezu regredieren und sich einfügen in die neue Rolle des hilflosen Patienten.“¹

Die sich darin manifestierende Asymmetrie ist großteils strukturell bedingt und läßt sich wegen der hochgradig arbeitsteiligen Spezialisierung und Technisierung der Medizin gar nicht aufheben. Sie kann höchstens durch personale Zuwendung von Ärzten und Pflegekräften gemindert werden. Mit Rücksicht auf die Kosten des Gesundheitswesens ist aber der Stellenplan so bemessen, daß für eine intensive Zuwendung nur wenig Zeit bleibt.

b) Patientenautonomie anstelle von ärztlichem Paternalismus

Das Verhältnis von Arzt und Patient ist, der Idee gemäß betrachtet, dialogisch. In einer zunächst offenen Begegnungssituation wird eine Beziehung angeknüpft und ein Heilauftrag formuliert. Der Arzt bietet eine Therapie an; die Annahme seitens des Heilung Suchenden schließt ein, daß er sich der Führung des Arztes unterstellt, da dieser das Wissen und die Verfügung über das Heilverfahren hat. Der Arzt läßt sich vom Grundsatz „salus aegroti suprema lex“² leiten und sucht diese Norm nach bestem Wissen und Gewissen im Sinne des Patienten zu konkretisieren. Er handelt im wohlverstandenen Interesse³ des Kranken, so wie es ihm als dem behandelnden Arzt aufgrund seiner von der Gesellschaft umschriebenen Rolle aus erscheint.

Im Normalfall, solange es keine wesentlichen Entscheidungsalternativen und ebenso keinen Zweifel an der Erreichbarkeit des Behandlungszieles gibt, ist dem Patienten am be-

sten damit gedient, daß er sich dem Behandlungsvorschlag des Therapeuten fraglos fügt. Schwierigkeiten treten auf, wenn die Erreichbarkeit des Heilerfolges ungewiß ist und die Behandlungsalternativen beschwerlich sind. Die Entscheidung darüber hat der Arzt nach angemessener Aufklärung dem Betroffenen zu überlassen. „Moderne Medizin geht zur Erreichung ihrer Erfolge mit gegebenenfalls schwerwiegenden diagnostischen und therapeutischen Eingriffen einher, die risiko- und nebenwirkungsreich sein können. Deren Begründung zu verstehen und ihre Notwendigkeit einzusehen, setzt die offene, verständliche Aufklärung voraus. Die Nebenwirkungen einer Chemotherapie oder von Bestrahlungen sind eher zu verkraften, wenn man von ihrer potentiell lebensrettenden oder die Beschwerden lindernden Wirkung weiß.“⁴⁴ Hier hat sich im Laufe der letzten Jahre die Patientenautonomie stärker gegenüber einem bisher paternalistisch verstandenen ärztlichen Fürsorgeprinzip durchgesetzt.

c) *Rechtliche Aspekte des Heilauftrages*

Der Arzt kann bei fehlender Einwilligung wegen eigenmächtiger Heilbehandlung bzw. Körperverletzung⁵ strafrechtlich belangt werden. Darüber hinaus ist er bei Nachweis von Kunstfehlern zivilrechtlich haftbar. „In den letzten Jahren läßt sich ein Zuwachs an Arzthaftungsprozessen feststellen, die sich mit der Frage der ärztlichen Aufklärungspflicht vor medizinischen Behandlungen befassen. Auch die Zahl der gesetzlichen Bestimmungen, die die Pflicht des Arztes zur Information und die Zustimmung des Patienten zu beabsichtigten medizinischen Maßnahmen regeln, hat zugenommen.“⁴⁶

Die Rechtmäßigkeit einer Heilbehandlung hängt somit von der Einwilligung des Hilfesuchenden ab. Eine Einwilligung selber ist nur wirksam, wenn der Betreffende weiß, worum es geht. In vielen Fällen kann oder muß der

Patient sogar darauf vertrauen, daß der Arzt als Experte den Befund richtig deutet und die richtigen Schlüsse daraus zieht. Aber wenn der Befund vielleicht nicht so eindeutig ist und die Ansichten über die richtige Heilmethode auch in der Ärzteschaft geteilt sind, liegt es aus ärztlicher Verantwortung nahe, den Patienten stärker in die Überlegungen einzubeziehen. Dieser muß wenigstens teilweise über die Risiken aufgeklärt werden, damit er sich frei für das eine oder andere entscheiden kann.

Die nähere Umgrenzung der ärztlichen Aufklärungspflicht ist allerdings schwierig und hat daher die Gerichte bereits vor Jahrzehnten beschäftigt. Im „Düsseldorfer Strahlenurteil“ aus dem Jahr 1959 hatte die Patientin mit ihrer Klage wegen ungenügender Aufklärung teilweise Recht bekommen. Die Röntgenbestrahlung eines Gebärmutterhalskrebses hatte zu Komplikationen geführt; eine Operation wäre die Alternative gewesen. Der BGH hatte die Pflicht zur Aufklärung aus Selbstbestimmung und Menschenwürde abgeleitet.⁷ Engisch hat daran kritisiert: „Der Bundesgerichtshof sinnt ja im Einklang mit früheren Reichsgerichtsentscheidungen dem Arzt an, die bekanntlich besonders niederschmetternde und oft zum Selbstmord treibende Krebsdiagnose nicht zu verhehlen, um den Patienten zur Einwilligung in Operation oder Strahlenbehandlung trotz ausgemalter Gefahren zu bringen. Wahnsinn?“⁴⁸

Dieser früher verbreiteten Ansicht wird heute widersprochen. Die Rate der Selbsttötungen bei Krebspatienten aufgrund von Depression unterscheidet sich nicht signifikant von der der übrigen Bevölkerung.⁹ Heute ist die rückhaltlose Information des Patienten zur Regel und das „therapeutische Privileg“ zur Ausnahme geworden. Die Grundsätze der deutschen Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung von 1998 unterstreichen die Selbstbestimmung des Patienten. Im Kommentar zu ihnen heißt es: „Der paternalistische Grundzug der früheren Richtlinien ist aufgehoben. Der Patient muß über seinen Zustand wahrheitsgemäß

unterrichtet werden. Sein Wille ist entscheidend für den Übergang von lebensverlängernden zu palliativ-medizinischen Maßnahmen.¹⁰ In den Grundsätzen steht demgemäß: „Die Unterrichtung des Sterbenden über seinen Zustand und über mögliche Maßnahmen muß wahrheitsgemäß sein, sie soll sich aber an der Situation des Sterbenden orientieren und vorhandenen Ängsten Rechnung tragen.“¹¹

In den Richtlinien der Bundesärztekammer für die ärztliche Sterbebegleitung von 1993 war noch zu lesen, daß der Arzt bei einem „Patienten im terminalen Stadium“ berechtigt sei, „die Aufklärung über seinen Zustand auf ein unbedingt notwendiges Mindestmaß zu beschränken, um ihm Angst zu ersparen“¹², und die Resolution der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie von 1979 legte folgendes fest: „Der wahre Zustand soll dem Kranken insoweit eröffnet werden, als es nach den persönlichen Umständen erforderlich und menschlich tragbar erscheint. Die volle Wahrheit kann inhuman sein.“¹³ Die neue „Leitlinie“ der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie von 1996 mahnt beim Arzt „besondere Sorgfalt und Einfühlungsvermögen“ an.¹⁴

d) Hospizbewegung, Selbsthilfegruppen, Euthanasiegesellschaften – Manifestationen gewachsener Autonomie

Aus solchen und ähnlichen Unzulänglichkeiten sind mehrere Bewegungen mit voneinander abweichenden Zielsetzungen geboren worden. Die seit dem Ende der 60er Jahre existierende Hospizbewegung beabsichtigt, Menschen mit einem unheilbaren, tödlichen Leiden und einer in etwa absehbaren restlichen Lebenserwartung aufzufangen und ihnen durch eigens dafür ausgebildete professionelle und ehrenamtliche Helfer auf der letzten Wegstrecke des Lebens beizustehen. Ziel ist nicht, das Leben abzukürzen, sondern dem Menschen sein Schicksal leichter tragbar zu machen und diesem Lebensabschnitt einen Sinn und Inhalt abzugewinnen.

„Begleitung des sterbenden Menschen wurde und wird durch ganz elementare Handreichungen wie durch tröstenden Zuspruch in vielen Familien praktiziert. Heute stellt sich die Aufgabe, diese Form der Sterbehilfe wieder stärker einzuüben und ihr auch in den Bereichen der professionellen Krankenbetreuung, also in den Krankenhäusern, den Pflegeheimen und der ambulanten Krankenversorgung, mehr Raum zu schaffen. In dieser Hinsicht hat die ‚Hospiz‘-Bewegung wichtige Impulse und Anregungen gegeben.“¹⁵

Daneben gibt es seit den 70er Jahren eine Reihe von Selbsthilfegruppen, so daß man von einer Selbsthilfebewegung sprechen kann.¹⁶ Sie bezwecken eine Kompensation der geschrumpften herkömmlichen sozialen Netzwerke in Familie, Nachbarschaft oder dörflicher und kleinstädtischer Kommune, etwa als freiwillige Nachsorge-Gruppen oder als Patienten-Initiativen für seltenere Leiden. Sie fördern einen wechselseitigen Erfahrungsaustausch über Therapien und vermitteln Informationen über Rehabilitationsmöglichkeiten, weil die Organisation der professionellen Gesundheitsfürsorge nicht flächendeckend auf dem jeweils neuesten Stand spezieller Therapie- und Rehabilitationsangebote steht.

Schließlich sind die Euthanasiegesellschaften für unser Thema bedeutsam. Sie sind teilweise zu Beginn der 80er Jahre entstanden, wie die Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben. Es gibt solche Zusammenschlüsse in über einhalb dutzend Ländern. Sie artikulieren und bündeln Meinungen zum Lebensende und versuchen, sie im Wege der Gesetzgebung zu legalisieren. Zu ihren Zielsetzungen gehören – je nachdem – etwa die Tötung auf Verlangen, die Beihilfe zum Selbstmord und das Recht auf Behandlungsverweigerung am Lebensende.¹⁷

Diese Bewegungen sind alle auf verschiedene Weise Ausdruck einer Unzufriedenheit mit dem Gesundheitswesen und Antwort auf Unzulänglichkeiten. Sie werden dadurch ausgelöst, daß die Möglichkeiten der Heilung stän-

dig wachsen, die medizinischen Methoden durch technische Anwendungen fortlaufend verfeinert werden und parallel dazu ein Bedarf an Kommunikation und Information darüber zunimmt, denn im Sozialstaat soll der medizinische Fortschritt möglichst allen zugute kommen. Höhergradige Arbeitsteilung, Spezialisierung und Technisierung führen dazu, daß sich das Gesundheitswesen insgesamt zunehmend versachlicht und damit zugleich entpersönlicht. Die objektiv meßbar steigende Leistungsfähigkeit von Medizin und Gesundheitswesen bringt notwendigerweise diese mehr subjektiv spürbare Versachlichung und Entpersönlichung mit sich. Sofern jene Bewegungen angetreten sind, den Mangel an personaler Zuwendung im Gesundheitssystem auszugleichen und den Einzelnen aus einer Isolierung und Lethargie herauszuholen, und zwar dadurch daß sie seine Selbstbestimmung aktivieren, ist ein solches Bemühen positiv zu bewerten. Die Vorhaben von Euthanasiegesellschaften, die sich auf Tötung auf Verlangen oder Beihilfe zum Selbstmord einrichten, sind hingegen abzulehnen. Im Gegenzug dazu sollte die ganze Gesellschaft stärkere Anstrengungen unternehmen, die Anlässe für derartige Bestrebungen zu beseitigen, etwa durch Verbesserung der Palliativmedizin, durch Empfehlung von Patientenverfügungen und „Patientenanwälte“ als Vertrauenspersonen, durch Förderung von Sterbebegleitung, durch dezentrale ambulante Krankenpflegestationen, durch Erarbeitung eines Konsenses über ein Sterbenlassen in Würde, usw.

e) Vorausverfügungen für den Fall des Verlustes der Selbstbestimmungsfähigkeit

Das Aufkommen von Patientenverfügungen, mißverständlich „Patiententestament“ genannt,¹⁸ ist einerseits Ausfluß eines generell gestiegenen Willens zur Selbstbestimmung. „Signifikant ist das Thema Willenserklärung aber auch für Wertverschiebungen in unserer Ge-

sellschaft, in der für viele Wohlbefinden wichtiger wird als Lebensverlängerung – und Autonomie zunehmend wichtiger als die paternalistische Sorge des Arztes.“¹⁹ Andererseits gibt sich darin Angst vor einem Verlust der Selbstbestimmung bei Unfall, im Verlaufe einer terminalen Erkrankung und der intensivmedizinischen Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung oder durch Herz-Kreislauf-Stillstand kund. Patientenverfügungen liefern ein wichtiges Indiz für einen im voraus gewollten Behandlungsverzicht bei bestimmten definierbaren Krankheitsbildern und bleibenden Behinderungen.

In diesem Sinne haben die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung von 1998 gegenüber den vorherigen Richtlinien eine klare Aufwertung von Patientenverfügungen unter dem Leitgedanken der Selbstbestimmung des Patienten und einer Absage an ärztlichen Paternalismus vorgenommen. Patientenverfügungen werden nunmehr als eine „wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes“ bezeichnet. Ausdrücklich wird bei der Beurteilung ihrer Verbindlichkeit auf die „Ernsthaftigkeit“ verwiesen, während dem Zeitpunkt der Abfassung nur „untergeordnete Bedeutung“ beigemessen wird.²⁰

Bei Patienten in der Intensivmedizin mit schweren Vorschädigungen sind Entscheidungen über Nichtwiederbelebung im voraus üblich (DNR = do not resuscitate).²¹ Das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung erfordert eine Abklärung im vorhinein darüber, ob eine Wiederbelebung vorgenommen werden soll oder nicht. Im Notfall wird in der Regel außerhalb der Klinik zu reanimieren nur bei eindeutigen Todeszeichen oder einem eindeutig nachweisbaren entgegenstehenden Patientenwillen davon abzusehen sein. Im nachhinein kann sich herausstellen, daß die Wiederbelebung nicht erfolgreich gewesen und die Prognose schlecht war. Dann ist über einen möglichen Behandlungsverzicht zu entscheiden.

Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist vom mutmaßlichen Patientenwillen auszugehen.

Als Interpreten des mutmaßlichen Patientenwillens kommen zunächst die Angehörigen in Betracht. Da sich ihre Interessen nicht in jeder Hinsicht mit denen des Kranken decken müssen und da der behandelnde Arzt die letzte Entscheidungsvollmacht behält, obliegt es ihm, mögliche Interessenkonflikte in Erwägung zu ziehen. Aus solchen Überlegungen heraus hat man dafür plädiert, daß der (potentiell) Kranke eine Vertrauensperson benennt, einen „Patientenanwalt“, Sachwalter²² oder Betreuer²³, der bei Bedarf als unabhängiger „Zeuge“ die Vorausverfügung interpretieren hilft. In unklaren Situationen wird, falls möglich, das Vormundschaftsgericht anzurufen sein.²⁴

2. Auswege

a) „Sterbehilfe“: Hilfe im Sterben oder Hilfe zum Sterben?

Vielfach wird heute mit Rücksicht auf unsere Fragestellung von Sterbehilfe gesprochen. Noch vor über drei Jahrzehnten verwandte man den Begriff auch im kirchlichen Bereich unbefangen für die Hilfe *im* Sterben im Gegensatz zur Euthanasie als direkter Tötung und unterschied drei Formen sittlich legitimer Sterbehilfe: Schmerzlinderung, Sterbebegleitung und Unterlassung von Sterbeverlängerung.²⁵ Inzwischen wird das Wort Sterbehilfe auch wie ein Euphemismus als Hilfe *zum* Sterben für direkte Euthanasie verwendet.

In der Präambel der „Medizinisch-ethischen Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten“ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften von 1995, wird einmal auf die Verhältnisse in den Niederlanden verwiesen, zum anderen auf einen Antrag zugunsten der Erlaubtheit aktiver Sterbehilfe im Schweizer Nationalrat von 1994.²⁶ Diese Anlässe erklären den Bedarf einer Neuformulie-

rung der früheren Bestimmungen. „Der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen und der Abbruch früher eingeleiteter Maßnahmen dieser Art sind gerechtfertigt“ bei den im Titel genannten Patientengruppen (II.1.2). Der Arzt bleibt jedoch zur angemessenen Betreuung verpflichtet und muß den durch den Verzicht oder Abbruch ausgelösten Beschwerden lindernd und palliativ entgegenwirken. Im Kommentar zu den Richtlinien werden Verzicht auf oder Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen als passive Sterbehilfe bezeichnet (III. zu Teil II.1.2). Aktive Sterbehilfe wird auf jeden Fall ausgeschlossen (II.1.4 und III. zu Teil II.1.4).

Die „Leitlinie“ der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie von 1996 unterscheidet „reine“, „indirekte“ und „passive Sterbehilfe“ als zulässig und schließt „Anleitung zur Selbsttötung“, „Hilfe bei der Selbsttötung“ und „aktive Sterbehilfe“ aus.²⁷ Allerdings wird passive Euthanasie mit „Hilfe zum Sterben“ wiedergegeben, obwohl im Sinne *unserer* Terminologie gemäß dem sehr ausgewogenen und vorsichtigen Duktus der „Leitlinie“ eigentlich „Hilfe *im* Sterben“ gemeint zu sein scheint.

Ein Jahrzehnt vor der „Leitlinie“ von 1996 hatten eine Reihe von Juristen und einige Mediziner den Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe vorgelegt. Darin wurden Abbruch oder Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, leidensmindernde Maßnahmen und Nichthinderung einer Selbsttötung als „nicht rechtswidrig“ qualifiziert; der Tatbestand einer Tötung auf Verlangen im (damals wie heute noch) geltenden Strafrecht wurde durch eine Straffreistellung ergänzt, „wenn die Tötung der Beendigung eines schwersten, vom Betroffenen nicht mehr zu ertragenden Leidenszustandes dient, der nicht durch andere Maßnahmen behoben oder gelindert werden kann.“²⁸

Noch weiter geht der jüngste Vorschlag Norbert HOERSTERS. Er möchte § 216 (Tötung auf Verlangen) unangetastet lassen und einen § 216a einfügen, der die „aktive Sterbehilfe“ als

„nicht rechtswidrig“ regelt. Der Ausschluß der Rechtswidrigkeit soll an das Erfordernis der Information eines weiteren Arztes in Verbindung mit einer Dokumentation geknüpft werden.²⁹

Offenbar um Mißverständnisse zu vermeiden, spricht die Bundesärztekammer in den neuesten Grundsätzen von „ärztlicher Sterbebegleitung“.³⁰ Bereits in ihren Richtlinien von 1993 verwandte sie den Begriff Sterbebegleitung.³¹ Noch 1986 hatte der Deutsche Juristentag versucht, die Unklarheiten des Begriffs Sterbehilfe durch Beiworte wie *sog. reine Sterbehilfe*, *sog. indirekte Sterbehilfe*, *sog. passive* bzw. *aktive Sterbehilfe* zu beheben.³² Es hat sich demnach eine Bedeutungsveränderung im Begriff Sterbehilfe in Richtung (aktiver) Euthanasie zugetragen. Daher ist es besser, von Sterbebegleitung zu sprechen, wenn man eine Verwechslung mit (aktiver bzw. direkter) Euthanasie vermeiden will.

Aus der Sicht katholischer Moraltheologie stellt sich der grundlegende Sachverhalt wie folgt dar. Die wesentlichen Unterscheidungen heißen dort „direkt“ und „indirekt“, erst in zweiter Hinsicht „aktiv“ und „passiv“. Der übergeordnete Begriff ist dabei der sittliche Akt. Der sittliche Akt umfaßt die innere Entscheidung (*actus elicitus*) und die äußere Handlung (*actus imperatus*). Die äußere Handlung verhält sich zur inneren Entscheidung wie das Mittel zum Zweck. Die Terminologie, nicht der Sachverhalt, ist etwas problematisch bei der Gegenüberstellung von Handeln und Nicht-handeln bzw. Tun und Unterlassen.³³ Dieser Gegenüberstellung entspricht das Gegensatzpaar aktiv und passiv. Damit ist klar, daß auch ein Nichthandeln oder eine Unterlassung gewollt sein kann, weil sie auf eine innere Entscheidung zurückgeht und somit als ein *actus mere elicitus* rein im Inneren verbleibt und dennoch moralisch relevant ist. Das leuchtet ohne weiteres ein und ist strafrechtlich als unterlassene Hilfeleistung oder als unechtes Unterlassungsdelikt definiert. Dafür sind aber

zwei Voraussetzungen erforderlich: 1. Der Betreffende mußte physisch in der Lage sein, den negativen Erfolg abzuwenden; 2. er mußte dazu auch moralisch verpflichtet sein.

Bis zu diesem Punkt gibt es keinen grundsätzlichen Unterschied zum Konsequentialismus. Jemanden sterben zu lassen unterliegt gleichermaßen einer sittlichen Beurteilung wie ihn zu töten. Aber damit enden die Gemeinsamkeiten schon, da der „gesunde Menschenverstand“ (*common sense*³⁴) oder die vorwissenschaftliche Intuition³⁵ dazu neigt, aktives Töten und passives Sterbenlassen unterschiedlich zu bewerten, so daß die Gegenargumente der Konsequentialisten entweder sophistisch oder biblisch-prophetisch anmuten, etwa in dem Sinne, einem Armen keine Nahrung zu geben: Das heißt, ihn zu töten. Das ist in Reden von Appellqualität („Paränese“), bei Aufrufen, Predigten und ähnlichen Gelegenheiten durchaus zulässig, wenn es sich darum handelt, Menschen zu Hilfsbereitschaft zu bewegen.

Natürlich wollen die Konsequentialisten keine biblischen Propheten sein, sie wollen durch die nicht begründbare Gleichsetzung von Handeln und Nichthandeln oder Tun und Unterlassen – in allen Fällen und in jeder Hinsicht – erreichen, daß aktive Tötung von Sterbenden moralisch gleich zu bewerten sein soll wie Verzicht auf oder Abbruch von lebensverlängernden Maßnahmen. Im Grund läuft das Bemühen der Konsequentialisten auf einen „Kurzschluß“ hinaus, eine Abkürzung (*short cut*). Es ist umständlich, sich die Bewertungsgrundlagen für die Erlaubtheit einer Unterlassung klarzumachen, und es ist belastend, jemandem medizinisch-palliativ und fürsorglich-gesprächsweise im Sterben beizustehen. Das Positive an der Auseinandersetzung mit dem Konsequentialismus ist der Zwang, logisch sauber zu argumentieren und seinerseits keine bequemen Lösungen zu vertreten. Es sieht fast danach aus, als ob es sich beim „Standpunkt der (katholischen) Moral“ und beim Konsequentialismus um zwei „Kulturen“ mit unterschied-

lichen weltanschaulichen Prämissen handelt und nicht nur um eine andere Methode der ethischen Argumentation.

In der Medizin verhält es sich anders als im Alltagsleben bezüglich der Kontrolle der beiden Voraussetzungen für die sittliche Unzulässigkeit des Nichthandelns bzw. Unterlassens; es handelt sich nämlich hier um die Möglichkeit und Verpflichtung zur Erfolgsabwendung, einmal wegen der Garantenstellung des Arztes und des Pflegepersonals mit der beruflich bedingten Verpflichtung zur Hilfeleistung, zum andern wegen der Prognoseunsicherheit. Im „normalen Leben“ kann jemand eher für überfordert angesehen werden, weil er selber den Gefahren nicht gewachsen ist. Das ist bei der äußerlich eindeutig strukturierten Situation von Arzt, Krankenhaus und Patient kaum der Fall, außer vielleicht bei Katastropheneinsätzen. Ob und welche Maßnahmen bei einem Patienten wirksam sind, wie die belastenden und die positiven Effekte im konkreten Fall einzuschätzen sind, wird sich auch mit „Prognose-Scores“³⁶ nicht ganz zuverlässig vorhersagen lassen, da die Befindlichkeit des „Objektes“, des zu behandelnden Menschen, sich nur mehr oder weniger genau eruieren läßt und die Eingriffsmöglichkeiten nicht „besser“ sein können als der Befund.

Von daher ist es also berechtigt, von aktiver Tötung als Problemlösung abzusehen und sich zu bemühen, zu einem Ermessensentscheid bei passiver Sterbehilfe zu gelangen, der nach formalen und inhaltlichen Kriterien als passiv und indirekt zu qualifizieren ist. Die formalen Kriterien hat im wesentlichen die wissenschaftliche Ethik zu liefern, die material-inhaltlichen, sachlich-empirischen die wissenschaftliche Medizin. Selbstverständlich ist für sämtliche Entscheidungen die Zustimmung bzw. die Einwilligung des Patienten vorauszusetzen, auch der „Notbehelf“ eines mutmaßlichen Patientenwillens. Mit Rücksicht auf die Unklarheiten und Unsicherheiten des praktischen Lebens kennt die Moraltheologie schon lange faustfor-

melartige „Sicherheitsstufen“, nämlich die „Moralsysteme“. Sie sollen dazu dienen, Entscheidungen auch unter Stress, unter Zeitdruck und unter Ungewißheit verantwortlich treffen zu können. Häufig können Entscheidungen im medizinischen Bereich nur mit größerer oder geringerer Probabilität gefällt werden. Auch die Präsumption in dubio pro vita zwingt nicht zu einem medizinisch-ethischen Rigorismus, so daß eine Lebenserhaltung um jeden Preis und mit allen Mitteln sittlich nicht gefordert ist. Daraus läßt sich aber nicht im Umkehrschluß folgern, daß man bei Bedarf auch töten dürfe.

b) Palliativmedizin und indirekte Sterbehilfe

In einer Mehrzahl von Fällen wird eine Tötung auf Verlangen mit sehr starken Schmerzen begründet werden. Die Moraltheologie orientiert sich nach wie vor an einer Entscheidung PIUS XII. Sie ist in die jüngste medizinethische Enzyklika JOHANNES PAUL II „Evangelium vitae“ eingegangen.³⁷ Sie besagt, daß bei der Gabe schmerzstillender Mittel eine im Verhältnis geringfügige Lebensverkürzung in Kauf genommen werden dürfe. Das hat bisher im Gegensatz zum juristischen Topos eines *dolus eventualis* (bzw. *voluntarium in causa*) gestanden. Danach ist der Handelnde auch für billigend in Kauf genommene Nebenfolgen seines Tuns gegebenenfalls strafbar. Die Erklärung der Moraltheologie, daß sich die Absicht einzig und allein auf die Schmerzlinderung richte, galt dabei nicht als „Entschuldigung“. Die Moraltheologie bezeichnet das als indirekte Sterbehilfe³⁸ (Euthanasie). Das ist streng von passiver Sterbehilfe zu unterscheiden, also von einem Sterbenlassen, da hier eine Handlung gesetzt wird, in deren ursächlicher Folge (möglicherweise) das Leben verkürzt wird.³⁹ Vielleicht lassen sich auch Situationen denken, bei denen eine rechtzeitig begonnene und individuell bemessene Gabe von Schmerzmitteln das Leben sogar etwas verlängert oder zumindest nicht verkürzt.

Passive Sterbehilfe kann nämlich sowohl direkte Tötung als auch indirekte Tötung sein, also bloß in Kauf genommene Tötung. Die Abgrenzung direkter von indirekter Tötung bei passiver Sterbehilfe ist anhand der Lehre von der Handlung mit Doppelwirkung zu vermitteln. Sie wird uns weiter unten bei der Erörterung des Behandlungsabbruchs noch intensiver beschäftigen. Hier ist der springende Punkt zunächst nicht die Unterscheidung passiv-direkter von passiv-indirekter Sterbehilfe, sondern die Handlung mit Doppelwirkung in bezug auf aktive Sterbehilfe: Schmerzlinderung mit dem Risiko der Lebensverkürzung.

Man nennt im allgemeinen folgende Bedingungen für die Zulassung einer unerwünschten Nebenwirkung:⁴⁰ 1. Das Ziel der Handlung muß sittlich gut sein (die Absicht oder Intention umfaßt das Ziel und wählt entsprechend das oder die zur Erreichung des Zieles geeigneten Mittel), im Falle von Schmerzen ihre Unterdrückung. 2. Das Mittel zum Ziel muß sittlich gut bzw. nicht zu beanstanden sein, hier die Gabe von Medikamenten; die Suchtgefahr könnte eine (zusätzliche) unerwünschte Begleiterscheinung sein, die aber mit Rücksicht auf die Schmerzlinderung und den vielleicht unabhängig von der Schmerzlinderung bevorstehenden Tod zu vernachlässigen ist. 3. Die unerwünschte Nebenfolge muß gleich ursprünglich aus der in Frage stehenden Handlung hervorgehen, also hier aus der Gabe von Medikamenten. 4. Ein entsprechend schwerer Grund für die Inkaufnahme der unerwünschten Nebenwirkung muß vorliegen, hier die Unerträglichkeit der Schmerzen im Verhältnis zur (möglichen) Lebensverkürzung.

Es gibt eine Reihe von Untersuchungen über die seit längerem auch innertheologisch schwelende Kontroverse, ob die Unterscheidung von direktem Bewirken zum Unterschied vom indirekten durch bloße Inkaufnahme bei einer Handlung mit Doppelwirkung tragfähig sei⁴¹; von Außenstehenden wird sie gar als Spezifikum der katholischen Moralthologie einge-

schätzt,⁴² während eine Anzahl von Autoren weiterhin davon ausgeht, daß es sich um allgemein auch für Außenstehende nachvollziehbare Unterscheidungen handle.

Die Not bei einer Handlung mit Doppelwirkung ist, daß der Handelnde zwar die Handlung wegen der wohltätigen Wirkung ausführt, aber die schädliche Wirkung nicht zu isolieren vermag. Wir konzentrieren unsere Überlegungen an dieser Stelle auf die doppelte Ursächlichkeit oder besser die zweischneidigen Folgen und kommen später auf die hiermit zusammenhängende Unterscheidung von direkt und indirekt zurück. Bekanntlich wehren sich die Ärzte dagegen, daß im deutschen Strafrecht ein körperlicher Eingriff tatbestandsmäßig als Körperverletzung angesehen wird.⁴³ Am Sachverhalt der tatbestandsmäßigen Einschätzung als Körperverletzung kann selbst der Nichtfachmann unschwer erkennen, daß die Absicht ausschlaggebend ist, welche die Ausführung der Handlung leitet. Der Chirurg vollzieht den schmerzhaften und buchstäblich „einschneidenden“ Eingriff mit dem Ziel der Heilung. Sein Vorgehen im Detail wird entscheidend von dem Ziel der Heilung geprägt: Er bemüht sich, möglichst wenig zu zerstören, und aufs Große und Ganze gesehen geschieht medizinischer Fortschritt dadurch, daß die Schädlichkeit von Eingriffen aller Art, seien sie chirurgisch, diagnostisch oder pharmazeutisch, minimiert wird.

In dieser Perspektive darf die Nebenwirkung einer Schmerztherapie eine im Verhältnis möglicherweise geringfügige Lebensverkürzung sein, auch wenn es natürlich sachlich einen großen Unterschied ausmacht, ob es bei der Nebenfolge um eine zurückbleibende Operationsnarbe oder um eine Verkürzung des Sterbens geht. Hier ist auch für jeden erkennbar, daß es eine Überdosierung gibt, die in jedem Fall den sofortigen Tod nach sich zieht, wie ja auch die Dosierung im Einzelfall vom Arzt vorzuschreiben und zu dokumentieren ist und nicht etwa nach Gutdünken oder gar Belieben vorgenom-

men werden darf. Jeder verantwortliche Arzt tastet sich an die im Einzelfall angemessene Dosierung heran. Bei einer Selbstmedikation („Schmerzpumpe“) kann der Patient die Dosierung zeitlich und quantitativ selber genauer abstimmen, als es bei mehrmaligem Spritzen über den Tag hinweg möglich ist. Es ist einzuräumen, daß bei einer Gruppe von Leidenden selbst eine verfeinerte Schmerztherapie augenscheinlich nicht genügend wirkt.⁴⁴ Die Schweizer Richtlinien von 1995 teilen im Ergebnis diesen Standpunkt hinsichtlich des Risikos der Lebensverkürzung (II.1.3) und betonen, „Schmerzzustände jeglicher Art am Lebensende, die viele Patienten befürchten, können in nahezu allen Fällen erfolgreich bekämpft werden“ (III. zu Teil II.1.3). Das Gleiche besagt die „Leitlinie“ der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie von 1996.⁴⁵

c) Behandlungsverzicht seitens des zustimmungsfähigen Patienten als Selbsttötung durch Unterlassung?

Die Frage nach einer Zulässigkeit des Behandlungsverzichts (Behandlungsverweigerung) von seitens des Patienten teilt sich in eine rechtliche und eine sittliche Seite auf. Die rechtliche Zulässigkeit dient dem Schutz des Patienten vor einer durch die moderne Medizin ermöglichte und subjektiv von ihm auch so empfundene Überbehandlung, selbst wenn der Arzt oder die Angehörigen anderer Ansicht sein sollten⁴⁶. Die sittliche Zulässigkeit betrifft die Pflicht, einen Suizid durch Unterlassung dadurch zu vermeiden, daß man sich einer Behandlung unterzieht. Wenn man davon ausgeht, daß selbst ein Schwerkranker normalerweise überleben will und zu diesem Zweck eine Behandlung auf sich nimmt, kommen dennoch Situationen vor, bei denen ein medizinisch-technisch unterstütztes Weiterleben wie etwa bei hochgradig Querschnittsgelähmten („Lokked-in-Syndrom“) möglich ist, aber vom Betroffenen vielleicht nicht gewünscht wird.

Der Verzicht auf außerordentliche Behandlungsmethoden ist wohl zwar nach „Evangeli-um vitae“ kein Selbstmord,⁴⁷ bezieht sich aber auf den bevorstehenden Tod. Es ist unabhängig davon einzuräumen, daß die Unterscheidung in gewöhnliche, ordentliche und ungewöhnliche, außerordentliche Behandlungsweisen nicht exakt, sondern umgangssprachlich ist und zudem wegen des medizinischen Fortschrittes ständig im Fluß bleibt. Wann geht nun ein Behandlungsverzicht oder eine Behandlungsverweigerung durch den Kranken in eine zwar aufgrund der Patientenautonomie rechtlich zulässige, aber vielleicht sittlich unzulässige Selbsttötung durch Unterlassen über? Das ist so nicht eindeutig aus den kirchenamtlichen Lehräußerungen zu ersehen. Ein Querschnittsgelähmter kann unbestimmt lange am Leben gehalten werden. Besteht nun aufgrund dieser medizinisch-technischen Möglichkeit für den Patienten eine sittliche Pflicht, das auf sich zu nehmen, oder darf er um einen Behandlungsabbruch im Einverständnis bitten?⁴⁸ „Kann man einem Menschen etwa eine Querschnittslähmung vom Halse abwärts, vielleicht noch unter künstlicher Beatmung, zumuten?“⁴⁹

Umgekehrt hat ein Patient beim Einsetzen des Sterbevorganges ein Recht, um ein Hinauszögern des Todes mit medizinischen Mitteln zu bitten,⁵⁰ weil er noch eine dringende Angelegenheit, etwa eine Erbschaft regeln oder ein letztes Gespräch mit einem Vertrauten führen möchte, dessen Eintreffen sich verzögert hat; aber eine strenge sittliche Pflicht dazu seitens des Patienten liegt dazu nicht vor.

d) Behandlungsabbruch als passive Euthanasie bei nicht einwilligungsfähigen Patienten?

In den Grundsätzen zur Sterbebegleitung von 1998 wird „aber auch hervorgehoben, daß es trotz der Pflicht des Arztes zur Lebenserhaltung Situationen geben kann, in denen Maßnahmen zur Lebensverlängerung nicht mehr

angebracht sind. Ein Behandlungsabbruch ist jedoch auch dann nicht gestattet, sondern das Therapieziel ist in Richtung palliativ-medizinische Maßnahmen zu ändern.⁵¹ Grundsätzlich haben alle Patienten, ob sie in absehbarer Zeit sterben oder trotz schwerer zerebraler Schädigungen für unbestimmte Zeit am Leben gehalten werden können (bei apallischem Syndrom bzw. Wach-Koma), ein Recht auf eine Basispflege. Sie schließt aber keine Verpflichtung zu künstlicher Ernährung ein, ohne daß daraus zu schließen wäre, daß man Patienten verhungern oder verdursten lassen dürfte.⁵²

Wie läßt sich nun passiv-direkte von passiv-indirekter Sterbehilfe unterscheiden? Die Einstellung der Behandlung im Sinne einer intensivmedizinischen Kompensation von lebensnotwendigen Körperfunktionen wird juristisch als Unterlassung (unechtes Unterlassungsdelikt) eingestuft, obwohl es um eine „Aktion“ geht. Passive Sterbehilfe kann einerseits strafbar sein, andererseits ist kein Aufhalten des Todes mit allen Mitteln gefordert.⁵³ Zum Unterschied von der Frage, ob der Patient sittlich erlaubt einen Behandlungsabbruch mit Todesfolge veranlassen dürfe, stellen Apalliker, Alzheimer-Patienten, Tetraplegiker oder Patienten mit amyotropher Lateralsklerose den behandelnden Arzt vor ein Entscheidungsdilemma, wenn er sich nicht auf eine zuverlässige Willensäußerung beziehen kann.⁵⁴ Ein solches Entscheidungsdilemma darf bestimmt nicht etwa im Sinne eines Konsequentialismus gelöst werden. Es läßt sich nur so auflösen, daß geprüft wird, welcher Effekt bei einer aktiven Behandlung, also bei Eingriffen anstelle von Behandlungsverzicht für den Patienten überwiegt: Sind beispielsweise die Schmerzen wesentlich größer als die Linderung der Beschwerden, sind bleibende Behinderungen und Einschränkungen wesentlich gewichtiger als der verbleibende Spielraum für Kommunikation? Solche Fragen sind ja auch bei DNR-Entscheidungen im voraus zu beantworten, da ja eine kardiopulmonale Reanimation eine Reihe un-

angenehmer Nebenfolgen mit sich bringen kann. Entscheidungen solcher Art stellen sich ja ohnehin nur vor dem Hintergrund einer generell schlechten Prognose.

Insofern der Arzt aufgrund seines Berufsethos dem Patienten nicht mehr Schaden als Nutzen zufügen darf, ergibt sich unter Beanspruchung der Lehre der Handlung mit Doppelwirkung, daß bei einem Nichthandeln, das gleichbedeutend mit Therapieverzicht bzw. -abbruch ist, 1. das von der Absicht umfaßte Ziel die Vermeidung von weiteren schwer schädigenden Eingriffen ist, insofern eine Heilung oder Wiederherstellung aussichtslos erscheint, 2. die Unterlassung von Hilfsmaßnahmen wegen mangelnder Wirksamkeit nicht zu beanstanden ist, 3. beide Folgen – Vermeidung weiterer Schädigung und Sterbenlassen – gleich ursprünglich aus dem Nichthandeln hervorgehen und 4. die Inkaufnahme eines absehbaren Sterbens vor dem Hintergrund einer schlechten Generalprognose angesichts der Schwere denkmöglicher lebensverlängernder Maßnahmen vertreten werden kann. Die Feststellungen und Kriterien der „Leitlinie“ der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie von 1996 sind sachlich weitgehend vereinbar mit den von uns benannten vier Bedingungen für die Erlaubtheit eines Therapieverzichts. Das läßt sich hier nicht detailliert aufweisen.

Der Fall des OLG Frankfurt von 1998 ist für die Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens instruktiv. Formal-juristisch wird die Entscheidung des Obergerichtes als Behandlungsabbruch ausgelegt, material wird allerdings behauptet, es handele sich um einen Einstieg in passive Euthanasie,⁵⁵ was wohl als passiv-direkte Euthanasie zu verstehen wäre. Problematisch an dem Urteil des OLG Frankfurt ist, daß die Entscheidung auf der Ersetzung der Zustimmung der aktuell einwilligungsunfähigen Patientin basiert, also auf einer Fiktion. Mit „Fiktion“ wollen wir nicht andeuten, die Entscheidung sei „aus der Luft gegriffen“, sondern nur darauf aufmerksam machen,

daß die Patientin aktuell zu einer rechtlich wirksamen Einwilligung in den Behandlungsabbruch nicht fähig war (bzw. immer noch nicht fähig ist und es vermutlich nie mehr sein wird). Das Gericht stützt sich dafür auf den ärztlichen Befund in Verbindung mit den glaubhaften Bekundungen der Angehörigen und der Verfahrenspflegerin. Sofern sich eine mutmaßliche Einwilligung erhärten läßt, handelt es sich formal nicht um passiv-direkte, sondern um passiv-indirekte Sterbehilfe.

Eine weitere, in den Rechtsauffassungen verschiedener Länder verschieden beantwortete Frage ist, ob künstliche (Sonden-) Ernährung zur medizinischen Behandlung zu rechnen ist oder nicht. Gilt künstliche Ernährung nicht als medizinische Behandlung, kann ihre Einstellung nicht (mehr) ohne weiteres als Behandlungsabbruch im engeren Sinne verstanden werden. Damit ist natürlich die Frage einer sittlichen Zulässigkeit einer Einstellung von Sondenernährung nicht vorentschieden. Die Schweizer Richtlinien von 1995 erlauben dem Arzt zum Unterschied von den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung 1998, lebenserhaltende Maßnahmen wie „künstliche Wasser- und Nahrungszufuhr, Sauerstoffzufuhr, künstliche Beatmung, Medikation, Bluttransfusionen und Dialyse“ nicht nur bei akut Sterbenden, sondern auch bei Patienten mit irreversiblen vegetativen Zustand einzustellen (II.1.2 und III. zu Teil I und zu Teil II.1.2). Dies wird „von medizinischen Gremien anderer Länder, insbesondere auch der Bundesrepublik Deutschland, äußerst kontrovers diskutiert.“⁵⁶

e) *Beihilfe zum Suizid?*

Eine Selbsttötung läuft dem natürlichen Selbsterhaltungstrieb zuwider. Daher ist nach einer Erklärung dafür zu suchen. Nach den Erkenntnissen der neueren Seelenkunde ist eine schwere Depression bei sonst physisch Gesunden sehr häufig Auslöser für eine

Selbsttötung. Eine weniger häufige Gestaltung ist der Bilanzselbstmord als Konsequenz einer subjektiv negativ verlaufenen Abwägung positiver und negativer Momente eines individuellen Lebens. Verständlich ist ein Todeswunsch bei schwerem körperlichem Leiden oder aus Angst vor einem unmittelbar drohenden Leiden, etwa durch Verbrennen bei einem Unglück oder durch Folter. Schwere unheilbare Krankheit, verbunden mit großen Schmerzen, mit Aussichtslosigkeit und Hilflosigkeit, erklären den Wunsch nach ärztlich assistiertem Selbstmord.

Gegen schwere körperliche Schmerzen ist Palliativmedizin einzusetzen. Sie darf, wie gezeigt, aus sittlicher Perspektive so weit gehen, daß sie, wenn unvermeidlich, eine im Verhältnis geringe Lebensverkürzung in Kauf nimmt und damit als aktiv-indirekte Euthanasie zu qualifizieren ist. Der Sinnverlust bei schweren Behinderungen wie etwa Querschnittslähmungen sollte nach Möglichkeit durch personale Betreuung, Fürsorge und Zuwendung aufgefangen und ausgeglichen werden. Eine Gesellschaft, die sich eine Hochleistungsmedizin leistet, muß dann gerechterweise auch finanzielle Mittel für professionelle Unterstützung solcher Betreuung bereitstellen und darf das nicht ausschließlich den Angehörigen oder privaten Initiativen überlassen.

Der Ausweg in eine ärztlich assistierte Selbsttötung verbietet sich aus mehreren Gründen. Aus juristischer Sicht, der die sittliche Beurteilung beipflichtet, kann eine Beihilfe zum Selbstmord faktisch mit Rücksicht auf mangelnde Tatherrschaft, bedingt durch seelische Einengung, zu Tötung in mittelbarer Täterschaft umschlagen.⁵⁷ Dann würde es sich nicht (mehr) um – in Deutschland strafflose, wenn auch sittlich abzulehnende – Beihilfe zum Selbstmord, sondern um strafbaren Totschlag oder Tötung auf Verlangen (Mitleidstötung) in mittelbarer Täterschaft handeln. Zum ändern würde ein ärztliches Prin-

zip durchbrochen. Der Arzt ist zur Lebenserhaltung verpflichtet, auch wenn sein Handeln an die durch die Sterblichkeit gezogenen Grenzen stößt. Assistierte Selbsttötung wie Tötung auf Verlangen stehen dazu im Widerspruch. Primär soll der Arzt Leben und Gesundheit des Menschen nach besten Kräften fördern, und wenn das nicht mehr möglich ist, Leiden so gut wie möglich lindern und Sterbebeistand als Hilfe *im* Sterben und nicht als Hilfe *zum* Sterben leisten. Subsidiär soll er im Dienst seiner primären Aufgabe psychologisch den Lebenswillen des Patienten stärken.

Alle ärztliche Behandlung ist im Grundsatz ein dialogisches Geschehen. Der Patient vertraut sich in seiner Hilflosigkeit dem Arzt an, so daß die Führung im Behandlungsgeschehen mehr oder weniger unmerklich an den Arzt übergeht. Von daher ist es nur noch ein kleiner Schritt, daß der Arzt zum Verstärker oder gar Souffleur der aus der Sicht des Patienten verständlichen Todeswünsche wird.

f) Tötung auf Verlangen als aktive Euthanasie?

Bekanntlich ist der Alternativentwurf Sterbehilfe nicht Gesetz geworden.⁵⁸ Bislang hat kein Staat eine aktive Euthanasie als Tötung auf Verlangen gesetzlich verankert. In den Niederlanden ist sie weiterhin strafbar. Bei Einhaltung der vorgesehenen Meldeprozedur wird von einer Strafverfolgung jedoch abgesehen. „Liegen nämlich bestimmte Umstände vor, so kann der behandelnde Arzt den Tatbestand ‚Übermacht‘ im Sinne eines Notstandes als Rechtfertigungsgrund für seine Tötung oder Hilfe zum Suizid geltend machen.“⁵⁹ Im Bundesstaat Northern Territory, Australien, ist ein Gesetz über Euthanasie am 1. Juli 1996 in Kraft getreten,⁶⁰ ein Jahr später von der Bundesregierung in Canberra aber für ungültig erklärt worden.⁶¹ In Oregon, USA, als drittem Staat wird eine Euthanasie-Gesetzgebung betrieben.

Die Praxis in den Niederlanden wird beobachtet und mit Hilfe von Umfragen überprüft. Aufgrund einer Einigung zwischen der niederländischen Ärztevereinigung und dem Justizministerium wurde 1990 eine einheitliche Meldeprozedur eingeführt. Der Sinn der Meldeprozedur ist die Kontrolle der Einhaltung von gewissen Bedingungen bei freiwilliger aktiver Euthanasie und Beihilfe zum Selbstmord. 1996 wurde eine empirische Studie veröffentlicht. Sie hatte die Aufgabe, die Praxis der Euthanasie und die Einhaltung der Meldeprozedur zu untersuchen. Nach der Zusammenfassung von Gordijn hat es 1995 2,6% (1990 2%) Fälle von Euthanasie (inklusive Beihilfe zum Selbstmord) gegeben. „In ungefähr 900 Fällen tötete der Arzt seinen Patienten, ohne daß dieser ihn ausdrücklich darum gebeten hatte“, bei in absoluten Zahlen 3700 Fällen von Euthanasie einschließlich assistiertem Suizid und bei 135.700 Sterbefällen insgesamt.⁶² Befürworter der prozeduralen Vorgehensweise könnten damit das Dammbrechungsargument zu entkräften trachten.⁶³

Die Grundsätze zur Sterbebegleitung von 1998 stellen klar, „daß die deutsche Ärzteschaft auch und gerade im Bewußtsein der sich schnell entwickelnden Medizintechnik und im Wissen um andere Entscheidungen in Europa aktive Sterbehilfe ablehnt und für sie nicht zur Verfügung steht.“⁶⁴ Das Motiv ist die Pflicht des Arztes zur Lebenserhaltung. Letzter Grund für das Verbot direkter Tötung, ob aktiv oder passiv, ist die transzendente Menschenwürde mit den aus ihr erfließenden Menschenrechten. Auch wer kein göttliches Tötungsverbot anerkennt, vermag sein Dasein als „verdankt“ zu erfahren, auch wenn Unglück oder psychologische Momente diese Erfahrung zeitweilig verdunkeln können.⁶⁵ SINGER allerdings meint am Schluß seiner „Praktischen Ethik“, ohne Glauben an Gott habe das Leben keinen Sinn.⁶⁶ Doch das dürfte so kaum allgemein akzeptiert sein!

Referenzen

1. HALLERMANN, Wilhelm, Die ärztliche Aufklärungspflicht aus medizinischer Sicht, in: ENGISCH, Karl / HALLERMANN, Wilhelm, Die ärztliche Aufklärungspflicht aus rechtlicher und ärztlicher Sicht, Köln etc. 1970, 45- 74, 52f.
2. RASPE, Hans-Heinrich, Patient, in: Lexikon Medizin, Ethik, Recht, hrsg. von Albin ESER/Markus VON LUTEROTTI/ Paul SPORKEN, Freiburg - Basel - Wien 1989, 773-782, 781.
3. Richtlinien der Bundesärztekammer für die Sterbehilfe (1979) II. b) „Beim bewußtlosen oder sonst urteilsfähigen Patienten sind die im wohlverstandenen Interesse des Kranken medizinisch erforderlichen Behandlungsmaßnahmen unter dem Gesichtspunkt einer Geschäftsführung ohne Auftrag durchzuführen“, zitiert nach dem Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe, Stuttgart - New York 1986, 46-49, 47. „Quelle: DÄBl 76 (1979), Seite 957-960. „Das „wohlverstandene Interesse“ spielt ebenso eine zentrale Rolle bei der ärztlichen Beurteilung eines einwilligungsfähigen Patienten, nur ist es je nach den Umständen im Dialog zwischen Arzt und Patient zu präzisieren, da die Ansichten darüber divergieren können..
4. VAN DEN LOO, Jürgen, Aufklärung/Aufklärungspflicht 1. Zum Problemstand, in: Lexikon der Bioethik, hrsg. Wilhelm KORFF/Lutwin BECK/Paul MIKAT. Bd.1 Gütersloh 1998, 284-287, 285 Sp.B.
5. Österreichisches StGB § 110 bzw. deutsches StGB § 223.
6. WILLINGER, Helga, Ethische und rechtliche Aspekte der ärztlichen Aufklärungspflicht (Forum interdisziplinäre Ethik 12, hrsg. von Gerfried W. HUNOLD), Frankfurt am Main 1996, 15.
7. ENGISCH, Karl, Heileingriff und ärztliche Aufklärungspflicht, in: ENGISCH/HALLERMANN (Anm.1), 7-43, 14-16.
8. ENGISCH: Heileingriff (Anm.7), 26.
9. Vgl. VAN DEN LOO: Aufklärung (Anm.4), 285 Sp.A.
10. BELEITES, Eggert, Wegweiser für ärztliches Handeln, in: Deutsches Ärzteblatt 95 (1998), B 1851-1853, 1852 Sp.A = Heft 39, 29. September 1998 (=Kommentar 1851f; „Grundsätze“ etc. 1852-1853).
11. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (Anm.10), B 1853 Sp.A zu I. Ärztliche Pflichten bei Sterbenden.
12. Richtlinien der Bundesärztekammer für die ärztliche Sterbebegleitung, in: Deutsches Ärzteblatt 90 (1993), C 1628-1629, 1629 Sp.A zu III. Beistand = Heft 37, 17. September 1993 (43).
13. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie: Resolution zur Behandlung Todkranker und Sterbender, zitiert nach: Alternativentwurf (Anm.3), 44-46, 46. Quelle: Beilage zu Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Heft 3/1979.
14. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie: Leitlinie zum Umfang und zur Begrenzung der ärztlichen Behandlungspflicht in der Chirurgie, in: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. Mitteilungen Heft 5/1996, 364-371, 367 zu A) 3. und B) 1.
15. Gott ist ein Freund des Lebens. Gemeinsame Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz, Trier 1989, 109.
16. Vgl. SÖLLNER, Wolfgang, Selbsthilfegruppen, in: Lexikon Medizin, Ethik, Recht (Anm.2), 1021-1030,1024.
17. Vgl. KEYSERLING, Edward W., Euthanasiegesellschaften, in: Lexikon Medizin, Ethik, Recht (Anm.2), 321-330, 322.
18. VIRT, Günter, Leben bis zum Ende, Innsbruck - Wien 1998, 56: Der Begriff eines Patiententestamentes „ist nicht zutreffend, da ein Testament ja erst nach dem Tod vollstreckt wird.“ Die Grundsätze zur Sterbebegleitung von 1998 (Anm10), B 1852 Sp.A bevorzugen „Patientenverfügung“.
19. VIRT: Leben (Anm.18), 56.
20. Vgl. Grundsätze zur Sterbebegleitung von 1998 (Anm.10), B 1853 Sp.C zu V. Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen.
21. VAN DELDEN, Johannes J. M.: Do-not-resuscitate-decisions, in: Encyclopedia of Applied Ethics, hrsg. Ruth Chadwick. Bd.1 San Diego - London - Boston - New York - Sidney - Tokyo - Toronto 1998, 841 Sp.B: „DNR decisions thus clearly form an intrinsic part of daily medical practice in hospitals on both sides of the Atlantic Ocean.“
22. im Sinne von § 273 ABGB.
23. im Sinne des Betreuungsgesetzes vom 1. Januar 1992.
24. Vgl. OLG Frankfurt vom 15.07.1998, 20 W 224/98 und Erwin BERNAT: Behandlungsabbruch nach vormundschaftlicher Genehmigung. In: RdM 1998, 187-189. In den Grundsätzen zur Sterbebegleitung von 1998 (Anm.10), B 1853 Sp.B heißt es unter IV. Ermittlung des Patientenwillens: „Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist die Erklärung des gesetzlichen Vertreters, z. B. der Eltern oder des Betreuers, oder des Bevollmächtigten maßgeblich. Diese sind gehalten, zum Wohl des Patienten zu entscheiden. Bei Verdacht auf Mißbrauch oder offensichtlicher Fehlentscheidung soll sich der Arzt an das Vormundschaftsgericht wenden.“
25. Vgl. Herbert VORGRIMMER: Sterbehilfe. In: LThK 2Bd.9, 1053f. Dazu Markus ZIMMERMANN-ACKLIN: Euthanasie. Freiburg/Schweiz - Freiburg/Breisgau - Wien 1997, 79 u. Anm.253.
26. Schweizerische Ärztezeitung 76 (1995) 1223-1225, 1223 Sp.A.
27. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1996 (Anm.14), 368 Sp.B-369 Sp.A.
28. Alternativentwurf (Anm.3), 11-12.
29. HOERSTER, Norbert, Sterbehilfe im säkularen Staat, Frankfurt am Main 1998, 169-170.

30. Grundsätze zur Sterbebegleitung von 1998 (Anm.10).
31. Richtlinien für Sterbebegleitung (Anm.12).
32. Vgl. Verhandlungen des sechsundfünfzigsten Deutschen Juristentages Berlin 1986, hrsg. von der Ständigen Deputation des Deutschen Juristentages, München 1986 Bd.2 (Sitzungsberichte) Strafrechtliche Abteilung M. 191-192.
33. Vgl. RICKEN, Friedo, Handeln und Unterlassen, in: Lexikon der Bioethik Bd.2 (Anm.4), 198-201, 200 Sp.B vertritt einen „weiten Handlungsbegriff“, unter den sowohl Tun als auch Unterlassen fallen“. „Innerhalb dieses weiten Handlungsbegriffs unterscheiden Tun und Unterlassen sich durch die Art der Kausalität... Die handlungstheoretische Unterscheidung ist nicht als solche moralisch relevant. Sie wird moralisch relevant in den Fällen, wo ein Konflikt besteht zwischen einem Recht auf Hilfe bzw. einer positiven Pflicht und einem Recht auf Nichtschädigung, und die positive Pflicht durch ein Unterlassen, die negative dagegen durch ein Tun verletzt wird.“
34. Vgl. QUANTE, Michael, Passive, indirekt und direkt aktive Sterbehilfe – deskriptiv und ethisch tragfähige Unterscheidungen? in: Ethik in der Medizin (1998) 10: 206-226, 214: „Denn zum einen läßt sich auf der Ebene der rein kausalen Beschreibung allein, gerade unter Bedingungen technischer Hilfsmittel, keine generelle ethische Differenz zwischen aktivem Eingreifen und passivem Geschehenlassen mehr mit dem Common sense rechtfertigen.“
35. Vgl. DRAPER, Heather, Euthanasia, in: Encyclopedia of Applied Ethics Bd.2 (Anm.21), 178 Sp.B: „The force of the argument in favour of passive euthanasia in the remaining cases is based on an understanding of the moral relevance of the distinction between acts and omissions in other circumstances where the distinction has initial intuitive appeal.“
36. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1996 (Anm.14), 369 Sp.B: „Prognose-Scores können bei der Beurteilung mit herangezogen werden; doch ist die individuelle Beurteilung der Gesamtsituation durch kompetente Ärzte das Wichtigste.“
37. JOHANNES PAUL II. Enzyklika „Evangelium vitae“ vom 25. März 1995 (Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls 120, hrsg. Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn o. J.), 80-81 Nr.65.
38. Im gleichen Sinne Albin ESER: Sterbehilfe 2. Rechtlich, in: Lexikon der Bioethik Bd.3 (vgl. Anm. 4), 448-451, 448 Sp.B: „Ist der Schwerleidende hingegen noch nicht in die Phase des Sterbens eingetreten oder ist ihm eine längere Hinauszögerung des Todes wegen schwerer Leiden nicht zumutbar, so kann der Tod auch durch eine Tötungshandlung (*aktive Sterbehilfe*) herbeigeführt werden, wobei man in Situationen, in denen der Sterbeprozess durch das Verabreichen schmerzlindernder Medikamente lediglich beschleunigt wird, von *indirekter Sterbehilfe* spricht.“ 449 Sp.B: „Weitgehend geklärt ist in Rechtsprechung und Literatur, daß Sterbehilfe in Form von aktiver Lebensverkürzung – mit Ausnahme der *indirekten Sterbehilfe* – immer verboten ist. Probleme bereitet jedoch die Behandlung der *passiven Sterbehilfe* durch Sterbenlassen des Patienten.“
39. DRAPER, Euthanasia (Anm.35), 182 Sp.A: „Indeed, it is not uncommon for a point to be reached when one can be fairly certain that the next injection required to relieve the pain will also kill the patient.“ Volkstümlich heißt das die „letzte Spritze“.
40. MAUSBACH, Joseph / ERMECKE, Gustav: Katholische Moraltheologie Bd.1, Die allgemeine Moral, Münster 91959, 258: „Ausnahmsweise darf man eine Handlung oder Unterlassung setzen, obwohl man die schlechten Folgen vorausieht und verhindern könnte, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind: a) Die Ursache, die Handlung, muß in sich selbst gut oder wenigstens indifferent sein... b) Die gute Folge muß wenigstens gleich unmittelbar aus der Ursache hervorgehen wie die schlechte Folge... c) Der Zweck, die Absicht des Handelnden muß sittlich gut sein... d) Es muß ein entsprechend wichtiger Grund vorliegen...“ Vgl. Draper: Euthanasia (Anm.35), 182 Sp.A-B.
41. HOLDEREGGER, Adrian, Doppelwirkung, das Prinzip der, in: Hans ROTTER/Günter VIRT (Hrsg.), Neues Lexikon der christlichen Moral, Innsbruck – Wien 1990, 95-98, 95: „Das Prinzip der Doppelwirkung ist (nur) innerhalb der katholischen Moraltheologie ein gewichtiger, wenngleich heute umstrittener Bestandteil sittlicher Urteilsfindung.“ Vgl. SCHOLZ, Franz, Wege, Umwege und Auswege der Moraltheologie. München 1976.
42. SINGER, Peter, Praktische Ethik, Stuttgart 1994, 267: „Andere haben gemeint, daß der Unterschied zwischen der Vorenthaltung lebensverlängernder Maßnahmen und der Verabreichung einer tödlichen Spritze in der Absicht liegt, mit der diese beiden Handlungsweisen ausgeführt werden. Wer diese Ansicht vertritt, bezieht sich auf die ‚Lehre von der Doppelwirkung‘, welche bei römisch-katholischen Moraltheologen und Moralphilosophen weit verbreitet ist“.
43. HALLERMANN: Aufklärungspflicht (Anm.1), 57: „Ich brauche nicht näher darzulegen, daß für den Durchschnittsarzt die Vorstellung, seine ärztliche Tätigkeit erfülle den Tatbestand der Körperverletzung, einen absurden und seinem Denken unverständlichen Sachverhalt beinhaltet.“
44. BIRNBACHER, Dieter, Tun und Unterlassen, Stuttgart 1995, 364f. meint mit Berufung auf „kompetente Anästhesisten“, das betreffe „immerhin 5% der Schwerkranken“. Der Katholische Erwachsenen-Katechismus Bd.2 Leben aus dem Glauben, hrsg. Deutsche Bischofskonferenz. Freiburg etc. 1995, 311 meint, „daß es nur noch ganz wenige Fälle gibt, in denen Schmerz als unerträglich empfunden wird.“
45. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1996 (Anm.14), 368 Sp.A und 369 Sp.A.

46. Vgl. DEUTSCH, Erwin, Behandlungsverzicht/Behandlungsabbruch 2. Rechtlich, in: Lexikon der Bioethik Bd.1 (Anm.4), 314-316, 315 Sp.A: „Ob die Entscheidung des freiverantwortlichen Patienten aus der Sicht des Arztes vernünftig oder unvernünftig ist, ist kein Maßstab für die Gültigkeit oder Ungültigkeit der Entscheidung des Patienten, da sich niemand zum Richter in der Frage aufwerfen darf, unter welchen Umständen ein anderer vernünftigerweise bereit sein sollte, seine körperliche Unversehrtheit zu opfern, um dadurch wieder gesund zu werden“. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1996 (Anm.14), 370 Sp.B: Für Beendigung bzw. Nichtaufnahme der Behandlung bei vitalen Funktionen gilt: „Zwar können Arzt und Pflegepersonal nicht verpflichtet werden, dem Verlangen des Patienten zu entsprechen, doch stellt die Erfüllung dieses Wunsches nicht den Sachverhalt des ‚assisted suicide‘ dar, sondern den der Nichtanwendung oder Unterbrechung einer vom Patienten abgelehnten Therapie.“
47. JOHANNES PAUL II, Evangelium vitae (Anm.37), 80 Nr.65: „Der Verzicht auf außergewöhnliche oder unverhältnismäßige Heilmittel ist nicht gleichzusetzen mit Selbstmord oder Euthanasie; er ist vielmehr Ausdruck dafür, daß die menschliche Situation angesichts des Todes akzeptiert wird.“
48. Hinsichtlich einer Garantie der Autonomie einer solchen Entscheidung spricht man auch von einer „gereiften Bitte“, vgl. INHOFFEN, Peter, Intensivmedizin – Aspekte des Moralthologen, in: Erwin BERNAT/Wolfgang KRÖLL (Hrsg.): Intensivmedizin als Herausforderung für Recht und Ethik, Wien/Manz 1999 (im Erscheinen), 82-100, 6. Schluß.
49. VON LUTTEROTTI, Markus, Behandlungsabbruch/Behandlungsverzicht 1. Medizin, in: Lexikon Medizin, Ethik, Recht (Anm.2), 173.
50. Vgl. VON LUTTEROTTI: Behandlungsabbruch (Anm.49), 172. Vgl. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1996 (Anm.14), 368 Sp.B.
51. BELEITES (Anm.10), B 1851 Sp.C.
52. BELEITES (Anm.10), B 1851 Sp.C/B 1852 Sp.A; Grundsätze (Anm.10) B 1853 Sp.A-B.
53. Vgl. ESER, Sterbehilfe (Anm.38), 449.
54. Vgl. SCHARA, Joachim / BECK, Lutwin, Sterbehilfe 1. Zum Problemstand, in: Lexikon der Bioethik Bd.3 (Anm.4), 445-448, 447 Sp.B.
55. Vgl. SCHÖNE-SEIFERT, Bettina, Grenzen zwischen Töten und Sterbenlassen, in: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik Bd.2 (1997), 205-226, 213: „Rechtlich allerdings ist spätestens durch ein einschlägiges rezentes BGH-Urteil klar normiert, daß allein die Autonomiebedingung hinreicht, um passive Sterbehilfe zu legitimieren“, vgl. dazu Bernat: Behandlungsabbruch (Anm.24).
56. SCHARA – BECK, Sterbehilfe (Anm.54), 446 Sp.A.
57. ESER, Suizid 2. Rechtlich, in: Lexikon der Bioethik Bd.3 (Anm.4), 493-496, 495 Sp.A: „Ist dagegen von *mangelnder Freiverantwortlichkeit* des Suizidenten auszugehen...“, so macht sich ein Dritter, der dies erkennt und dennoch die Selbsttötung veranlaßt oder unterstützt, wegen Tötung in mittelbarer Täterschaft strafbar.“
58. Vgl. die mehrheitliche Ablehnung bei den Einzelabstimmungen, Juristentag 1986 Bd.2 (Anm.32), M.191-194. Vgl. ESER, Sterbehilfe (Anm.38), 451 Sp.A.
59. GORDIJN, Bert, Die niederländische Euthanasie-Debatte, in: Aktive Sterbehilfe? Zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten, hrsg. von Walther GÖSE/Herbert HOFFMANN/Hans-Gerd WIRTZ, Trier 1997, 29-50, 34.
60. ZIMMERMANN-ACKLIN, Euthanasie (Anm.25), 130.
61. HAUBOLD, Erhard, „Ich will in Würde sterben“. In Australien lebt die Euthanasie-Debatte wieder auf/ Fernsehwerbung einer krebserkrankten Frau, in: FAZ Nr.64 vom 17. März 1999, 13 Sp.B-E, Sp.C. ESER, Sterbehilfe 2. Rechtlich (Anm.38), 450 Sp.B: „Noch weitergehend als die Niederlande hat der Staat Northern Territory in *Australien* 1995 die Sterbehilfe legalisiert. Das Gesetz wurde jedoch Anfang 1997 wieder aufgehoben.“
62. GORDIJN, Euthanasie (Anm.59), 32; 39 und 40.
63. Vgl. BIRNBACHER, Tün (Anm.44), 359-364.
64. BELEITES (Anm.10), B 1851, Sp.B.
65. Vgl. HOLDEREGGER, Adrian, Suizid 3. Ethisch, in: Lexikon der Bioethik Bd.3 (Anm.4), 496-499, 499 Sp.A. DRAPER, Euthanasia (Anm.35), 185 Sp.A: „The argument from the inherent quality of life asserts that it is not quality or quantity of life that gives it value, but the fact that life is the vehicle for all experience, both good and bad, that gives it its value.“
66. SINGER, Ethik (Anm.42), 418.