

Weddig Fricke
Patientenwille und Sterbehilfe

VERLAG KARL ALBER



Das vorliegende Buch behandelt auf sprachlich klare und prägnante Weise ein Themenfeld, das in den letzten Jahren zunehmend Gegenstand der öffentlichen und teils sehr kontrovers geführten Diskussion ist. Der Autor weist anhand zahlreicher Beispiele nach, daß eine strikte Trennung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe letzten Endes in die Irre führt. Er plädiert leidenschaftlich für das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Der Leser erhält darüber hinaus praktische Hilfen, u. a. für die Abfassung einer wirksamen Patientenverfügung. Auch werden sowohl dem Arzt als auch dem Patienten Orientierungshilfen auf diesem rechtlich schwer faßbaren Gebiet geboten.

Weddig Fricke ist selbständiger Rechtsanwalt in Freiburg. Er ist Gründer der heute überörtlich tätigen Anwaltssozietät Dr. Fricke und Partner. Der Autor trat publizistisch erstmals 1986 hervor mit dem – inzwischen in acht Sprachen übersetzten – Buch „Standrechtlich gekreuzigt“ über die historischen und rechtlichen Hintergründe des Prozesses gegen Jesus von Nazareth. Es folgten mehrere juristische Fachbücher, u. a. „Eherecht und Familienrecht“ und „Erbrecht von A bis Z“, welche im Verlag Karl Alber erschienen sind.

Weddig Fricke

Patientenwille und Sterbehilfe

Ein Plädoyer für das
Selbstbestimmungsrecht des Menschen
am Ende des Lebens

Verlag Karl Alber

Originalausgabe

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier (säurefrei)
Printed on acid-free paper

Alle Rechte vorbehalten – Printed in Germany
© Verlag Karl Alber GmbH Freiburg / München 2006
www.verlag-alber.de

Satz: SatzWeise, Föhren
Covermotiv: Angelika Berger, „Traumreise“
Der Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Künstlerin
Druck und Bindung: fgb · freiburger graphische betriebe 2006
www.fgb.de
ISBN-13: 978-3-495-48197-4
ISBN-10: 3-495-48197-4

Inhaltsverzeichnis

I. Vorwort	9
II. Einleitung	13
1. Medizinwissenschaft im Umbruch	13
2. Dogmatische Kriterien	27
3. Erschreckende Unwissenheit überall	30
III. Das Arzt-Patienten-Verhältnis	39
IV. Die »passive« Sterbehilfe	48
1. Ausufernde Begriffsdiskussion	48
2. Schmerzlinderung ohne Lebens- verkürzung	53
3. Den Patienten sterben lassen	55
4. Die sogenannte indirekte Sterbehilfe: Schmerzlinderung mit dem in Kauf genommenen Risiko der Lebens- verkürzung	59
a. Was man darunter versteht	59
b. Speziell: Die terminale Sedierung	61
c. Ärztliche Aufklärung	63
5. Die Ethik des Arztes	65
6. Die christliche Sicht	70

7. Patient in entscheidungsunfähiger Situation: Willenserforschung, »mutmaßlicher Wille«	75
8. Die Weisung des Patienten	81
a. Von der Berechtigung des Arztes zu dessen Verpflichtung	81
b. Nicht das <i>Wohl</i> des Patienten, sondern dessen <i>Wille</i> ist entscheidend .	82
c. Patientenwille in Gestalt einer Patientenverfügung	85
d. Unfall mit schweren Hirnverletzungen, unerwarteter Hirnschlag, Herzinfarkt	101
9. Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung	105
10. Mitwirkung des Vormundschaftsgerichts?	109
a. Betreuerbestellung	109
b. Kompetenz eines Bevollmächtigten.	113
c. Genehmigungserfordernis bei eindeutiger Patientenverfügung?	115
d. Einstellung der Vormundschaftsrichter zur Sterbehilfe	117
11. Durchsetzung des Patientenwillens	118
V. Rechtslage und Rechtsprechung	124
1. Sterbehilfe im begrifflichen Wandel der Zeit	124
2. Vom »Kemptener Urteil« zur »Grundsatzentscheidung« vom 17.3.2003	130
3. Speziell: Wachkoma-Patienten	139
4. Hochgradige Demenz oder Alzheimer.	147

VI. Problem der »aktiven« Sterbehilfe	153
1. Striktes Verbot – wie man sagt	153
2. Beihilfe zum Suizid	155
3. Neufassung des Paragraphen »Tötung auf Verlangen«?	166
4. Rechtfertigender Notstand als judikative Einzelfall-Lösung?	171
5. Gesetzliche Regelung ist dringend . . .	173
6. Das »Dammbruch-Argument«	178
7. Verteufelung der Gedankenfreiheit . . .	180
8. Vorsichtiges Hinwenden zur Verbots- lockerung – Schutz vor Mißbrauch . . .	187
9. Inwieweit kann man Befragungen trauen?	189
10. Die Rechtslage in unseren Nachbarländern	195
VII. Schluß: Sterbehilfe – schlicht »Sterbehilfe« . . .	209
Literaturverzeichnis	233
Namens- und Sachverzeichnis	239

I.

Vorwort

Die Literatur, die zu dem in diesem Buch behandelten Thema vorliegt, hat – gerade in letzter Zeit – einen Umfang erreicht, der die Frage aufwirft, ob angesichts dieser überreichen Gedankenfülle überhaupt noch „Platz“ für eine weitere Abhandlung ist. Wenn ich mich zu einem eigenen Beitrag entschlossen habe, so deswegen, weil es trotz der aufgezeigten Fülle meiner Auffassung nach noch eine Lücke gibt, die der Schließung bedarf. Ich meine damit folgendes: Es dürfte ein potentielles Leserpublikum geben, dessen Interesse darauf gerichtet ist, sich durch eine übersichtliche und systematisch geordnete – aber auch sprachlich leicht verständliche Darstellung einen raschen *Überblick* über die Grenzen und Möglichkeiten einer Sterbehilfe zu verschaffen. Von den verstreut in den medizinischen und juristischen Fachzeitschriften vertretenen Meinungen habe ich diejenigen herausgegriffen, die mir besonders wichtig und für die Lektüre interessant erschienen.

Speziell an einer straffen Gliederung der Darstellung dieser subtilen Materie fehlt es noch weitgehend. Allein bei den *Begriffen*, die im Bereich der Sterbehilfe kursieren, fällt es nicht immer leicht, den Überblick zu behalten, zumal sie von den Autoren und Referenten, teilweise sogar in den Gerichtsent-

scheidungen, unterschiedlich verwendet werden. Dem medizinischen und juristischen Laien dürfte es schwerfallen, sich im Dickicht der geäußerten Auffassungen und Gegenauffassungen, aber auch in der komplizierten Darstellungsweise, insbesondere der Urteile und Beschlüsse der Gerichte, zurechtzufinden. Speziell diesem Manko – wenigstens in bescheidenem Umfang, sozusagen in Form eines Mosaiksteins – abzuhelfen, habe ich mir zur Aufgabe gestellt.

Die Leserinnen und Leser werden von vornherein erkennen, daß das, was ich zum Ausdruck bringe, nicht neutral, sondern subjektiv gefärbt ist. Es entspricht dies auch durchaus meiner Absicht, die schon aus dem Untertitel des Buches erkennbar ist. Das Thema „Sterbehilfe“ ist ein derart sensibles Thema, daß es wohl zwangsläufig die persönliche Einstellung des Verfassers widerspiegelt. So wird es nicht ausbleiben, daß sich bei manchem von denen, die ich – hoffentlich – zu meinem Leserpublikum werde zählen dürfen, auch Protest erhebt. Es kann auch nicht erwartet werden, daß dieser Protest emotionsfrei erfolgt. Das Thema „Sterbehilfe“ sollte jedoch immer zum Ziel haben, nach langer – redlich geführter – Diskussion irgendwann einmal einen breiten Konsens unter den hieran Interessierten und zu Entscheidungen Berufenen zu erreichen. Es sollte auch nicht außer acht gelassen werden, daß das Thema zu umfassend ist, um es allein den Klinikärzten und den Richtern an den Obergerichten zu überlassen.

Dieser Appell hindert mich allerdings nicht, mich in besonderem Maße an zwei ehemaligen Richtern

am Bundesgerichtshof zu orientieren: an Prof. Dr. Ernst *Ankermann* sowie an Klaus *Kutzer*. Ein drittes Leitbild, auf das ich mich weitgehend stützen kann, ist der international renommierte Freiburger Strafrechtslehrer Prof. Dr. Albin *Eser*. Last, but not least möchte ich noch den von mir auch aus persönlichen Gründen hochverehrten Tübinger Theologen Prof. Dr. Hans *Küng* erwähnen, dessen Auffassung zu der hier abgehandelten Thematik ich mir vom christlichen Standpunkt her uneingeschränkt zu eigen machen konnte. Hans Küng war es, der mich durch die Lektüre seines großartigen Werkes „Christ sein“ wieder zum Christentum hingeführt hat, als ich vor zwanzig Jahren mein erstes Buch schrieb, welches als Rororo-Taschenbuch unter dem Titel „Standrechtlich gekreuzigt – Person und Prozeß des Jesus aus Galiläa“ erschienen ist.

Ich habe diese vier Persönlichkeiten hier namentlich hervorgehoben, ohne das Verdienst vieler anderer kompetenter Autoren, auf die ich mich ebenfalls als „Gewährsleute“ berufen kann, hintansetzen zu wollen.

Einen besonderen Dank sage ich meiner Frau sowie meiner Tochter Katja. Beide haben das Manuskript sorgfältig und kritisch gelesen. Meine Frau konnte ihr ärztliches Wissen einbringen, meine Tochter hat mir diesen und jenen stilistischen Verbesserungsvorschlag im Sinne einer leichteren Verständlichkeit auch für Nichtjuristen und Nichtmediziner unterbreitet. Ein herzliches Dankeschön gilt schließlich noch Frau Manuela Morina, der Vorsteherin unserer

Anwaltskanzlei, die – wie auch bei zahlreichen anderen Publikationen sowohl aus meiner als auch der Feder einiger meiner Sozietätspartner – das Manuskript mit Geduld, Mitdenken und ruhiger Hand in den Computer übertragen und ihre gewohnt gute Stimmung auch dann beibehalten hat, wenn sie immer wieder mit Abänderungswünschen von mir konfrontiert wurde.

Mit großer Freude begrüßen würde ich es, wenn ich den einen oder anderen Leser zu einem – auch kritischen Gedankenaustausch gewinnen könnte. Entsprechende Mitteilungen würde ich in einer etwaigen weiteren Auflage dieser Arbeit mit Dank verwerten.

Freiburg i. Br., Frühjahr 2006

Weddig Fricke

II. Einleitung

1. Medizinwissenschaft im Umbruch

Die Sterbehilfe gehört zu den Herausforderungen, denen sich nicht nur Ärzte, Theologen, Philosophen und Juristen stellen müssen, sondern wir alle, ob wir wollen oder nicht. Das Thema wird heute in weiten Teilen der Welt diskutiert. Der Ausdruck »Sterbehilfe« ist der bei uns gebräuchliche Ausdruck geworden. Er ist die eingebürgerte Übersetzung des aus dem Altgriechischen stammenden Fremdwortes »Euthanasie«, was in wörtlicher Übersetzung »leichter Tod« oder auch »guter Tod« heißt. In der deutschen Sprache hat »Euthanasie« einen furchtbaren Klang, das Wort erinnert an die Mordaktion der Nazis, der hunderttausende körperlich oder geistig behinderte Menschen zum Opfer fielen, die – wie es im Nazijargon hieß – als »unnütze Fresser« eingestuft wurden, die man sich im Krieg nicht leisten konnte. In anderen Ländern, in denen man nicht vorbelastet ist wie bei uns, verwendet man dagegen ganz unbefangenen Ausdruck »Euthanasie«. Es geht um die Hilfe für todkranke Menschen, die auf eine barmherzige und würdige Weise von dieser Erde gehen wollen. Sie wollen in Ruhe sterben und dabei nicht aufgehalten werden, wenn in Wahrheit nichts mehr auf-

zuhalten ist. Der Sterbende soll selbst bestimmen dürfen, ob und wie lange er noch medizinisch behandelt werden will, und nur von seinem Willen soll es abhängen, wann damit Schluß sein soll. Wohl dem, der es einrichten kann, bis zum Ende (oder doch bis kurz vor dem Ende) in seiner gewohnten Umgebung leben zu können und dort versorgt wird.¹ Je mehr einer bezahlen kann, um so besser geht es ihm – eine Tatsache, die unserer Gesellschaft mit Sicherheit nicht zur Ehre gereicht.²

Einigkeit in der *juristischen* Diskussion herrscht indes darüber, daß die Rechtsordnung im Themenbereich Sterbehilfe gleichwohl »mißtrauisch« sein muß.³ Es gibt nicht nur besorgte *Angehörige*. Es gibt auch *Verwandte*, die den Kranken als Belastung empfinden und denen es womöglich um den schnellen Eintritt des Erbfalls geht. Ebenso gibt es Kranken-

¹ Zu erwähnen ist schon einmal an dieser Stelle die (ursprünglich in England beheimatete) christlich geprägte Hospizbewegung, deren Träger für eine umfassende Begleitung von Sterbenden eintreten. Patienten erhalten durch besonders geschulte Ärzte und entsprechendes Personal eine kompetente palliative Betreuung im Sinne einer nach Möglichkeit zu gewährleistenden Schmerzfreiheit und Aufrechterhaltung ihrer Würde bis zum letzten Atemzug. Außer in den Hospizen, in denen wegen der noch geringen Kapazitäten nur ein sehr kleiner Teil der betroffenen Patienten aufgenommen werden kann, betreibt die Hospizbewegung in zunehmendem Maße auch die häusliche Betreuung sterbender Menschen.

² Siehe dazu Prof. Dr. Ernst Ankermann, »Sterben zulassen«, München 2004, S. 17 ff., 21.

³ Die folgenden Hinweise sind einem Vortrag des Freiburger Strafrechtsprofessors Dr. Albin Eser entnommen.

hauspersonal, das in der Pflege Todkranker keinen Sinn mehr erblickt. Und es gibt – die Kehrseite der Medaille – wohl auch Ärzte, die am sterbenden Patienten die Effizienz ihrer Therapie erproben wollen.⁴ Es gibt Krankenhausverwaltungen, die ein Beleginteresse haben, Patienten möglichst lange zu behalten, weil am sterbenden Menschen besonders hohe Kosten »produziert« werden, die dem Kostenträger in Rechnung gestellt werden können. Und es gibt Angehörige, die ein finanzielles Interesse haben, daß – sagen wir – der Opa noch in den nächsten Rentenmonat hinübergebracht wird.

In den Pflegeheimen werden alle Fragen nach einem Behandlungsabbruch in der Regel abgeblockt. Die Patienten erhalten die berühmt-berüchtigte PEG-Magensonde, und damit ist ihre Ernährung dauerhaft sichergestellt. Die PEG-Sonde wird zum »Eingangstor in die Ewigkeit«.⁵ Bewußtlose und be-

⁴ Albin Eser, »Möglichkeiten und Grenzen der Sterbehilfe aus der Sicht eines Juristen«, abgedruckt als Anhang zum Buch von Walter Jens und Hans Küng, »Menschenwürdig sterben«, München 1995, S. 153.

⁵ In der Ausgabe der Wochenzeitung »Die Zeit« vom 27. 10. 2005 schreibt Frank Drieschner unter der Überschrift »Ein Mann, der dringend sterben wollte« folgendes: »Allein in Deutschland ›verdanken‹ hunderttausende Menschen ihr Weiterleben einer ziemlich trivialen Erfindung der achtziger Jahre, der so genannten PEG-Sonde. Sie wird durch die Bauchdecke in den Magen geführt und versorgt den Patienten mit Nahrung und Flüssigkeit. Bis zur Erfindung der PEG-Sonde war künstliche Ernährung eine heikle, unhygienische Angelegenheit, die nur zur Überbrückung von Krisensituationen taugte. Nun wurde es möglich, Menschen in den unterschiedlichsten Zuständen

wegungsunfähige Bewohner sind in der höchsten Pflegestufe. Sie rufen nicht, sie äußern keine Wünsche und belästigen nicht.⁶ Sie sind die »willkommensten Gäste« in den Heimen. Von den Heimleitungen werden die Vormundschaftsgerichte nur selten bemüht. Besonders grausam sind die Bilder von Kranken, die nur noch ihre Hände bewegen können, die man ihnen aber bis zu ihrem Tod festbindet, weil sie sich sonst die Sonden herausziehen. In einem von Coeppicus geschilderten Fall war das Vormundschaftsgericht von der Heimleitung nicht etwa verständigt worden, um den Behandlungsabbruch, sondern um das Festbinden der letzten noch beweglichen Körperteile zu genehmigen.

Haben wir es mit einem vom Vormundschaftsgericht bestellten sog. *Berufsbetreuer* zu tun, der für den nicht mehr äußerungsfähigen Patienten in dessen Namen die Erklärungen abgibt, so ist die Gefahr einer bestehenden Interessenkollision (man kann es auch »Verfilzung« nennen) besonders groß:

jahrzehntelang am Leben zu halten.« Freilich darf diese Bemerkung Drieschners nicht zu der Schlußfolgerung führen, daß das Anlegen einer PEG-Sonde in den meisten Fällen nur eine medizinisch nicht gebotene Verlängerung eines ohnehin erlöschenden Lebens sei. Die Versorgung mit einer PEG-Sonde kann für manche Patienten auch einen Rest an Lebensfreude bedeuten; außerdem gibt es durchaus auch Fälle, in denen die Versorgung mittels einer PEG-Sonde nur der Überbrückung einer Not-situation dient.

⁶ Dr. Rolf Coeppicus, Vormundschaftsrichter am Amtsgericht Oberhausen, »Behandlungsabbruch, mutmaßlicher Wille und Betreuungsrecht«, in: Neue Juristische Wochenschrift (NJW) 1998, 3381, 3386.

Das Pflegeheim, das die Person des Betreuers häufig vorschlägt, ist an einem Betreuer interessiert, der die Wünsche des Pflegeheims – Behandlung ohne Sterbehilfe – erfüllt. Der Berufsbetreuer zeigt sich gefügig, weil er weiterhin empfohlen werden möchte. Je länger die Betreuung anhält – sprich: solange der Patient am Leben festgehalten wird –, desto mehr verdient er. Zur Komplettierung dieser »unheiligen Allianz« gesellt sich in vielen Fällen noch der Arzt hinzu. Als Arzt wird vom Pflegeheim im Zusammenwirken mit dem Betreuer nur derjenige herangezogen, welcher dessen Interessenlage dienlich ist. Der Arzt wiederum verdient am Patienten um so mehr, je länger dieser noch nicht gestorben ist.⁷

Die medizinische Kunst und Apparatemedizin mit ihrer sog. *Überlebenstechnik* (»Segen oder Fluch« – das ist hier die Frage!) finden inzwischen unglaubliche und ungeahnte Möglichkeiten, Menschen in aussichtsloser Lage am Leben zu halten. Sterbende werden mitunter in unzulässiger Weise manipuliert und damit um das gebracht, was man den »eigenen Tod« nennt.⁸ Der Mensch droht, wie es der bekannte Strafrechtler Herbert Tröndle schon vor einem Vierteljahrhundert einmal gesagt hat, zu einer »Variablen in der Hand des Mediziners« zu

⁷ Wolfgang Putz und Beate Steldinger, »Patientenrechte am Ende des Lebens«, München 2004, S. 53. Die Autoren berichten von dem Schwerpunktinteresse der Berufsbetreuer, die in erster Linie »das leidige Gebührenproblem« diskutieren.

⁸ E. Ankermann, S. 19.

werden. Die moderne medizinische Technologie ermöglicht es, beinahe alle Funktionen des Körpers über einen fast unbegrenzt langen Zeitraum hin aufrecht zu erhalten. Anders ausgedrückt, es ist möglich geworden, »einen Leichnam zu beatmen oder den Tod hinauszuzögern, wenn ein Leben, wie wir es kennen, lange vergangen ist«. ⁹

Die durch die Massenmedien bekannt gewordenen Fälle eines langsamen und qualvollen Sterbens prominenter Persönlichkeiten wie das des amerikanischen Präsidenten *Truman*, des jugoslawischen Staatschefs *Tito*, des spanischen Diktators *Franco* oder des japanischen Kaisers *Hirohito* sind spektakuläre Beispiele. ¹⁰ Und das Hinscheiden des Papstes *Johannes Paul II.* hätte sich ohne weiteres als vergleichbares Beispiel einreihen können – wenn der Papst sich nicht für die Gewährung wenigstens einer passiven Sterbehilfe erklärt hätte. Denn unter den Bedingungen der modernen Apparatemedizin ist Sterben wohl so gut wie immer die Folge eines Behandlungsverzichts und damit unvermeidlich das Re-

⁹ Dr. Reiner Fuellmich, »Zur Ablehnung künstlich lebensverlängernder medizinischer Maßnahmen durch nicht entscheidungsfähige Patienten«, in: NJW 1990, 2301.

¹⁰ Anfang Januar 2006 erlitt der 77 Jahre alte israelische Ministerpräsident Ariel Sharon einen schweren (den zweiten innerhalb weniger Wochen!) Hirnschlag. Er wurde in ein künstliches Koma versetzt. Ein verbleibender zerebraler Dauerschaden wurde von Anfang an befürchtet. Dennoch hieß es: »Die Ärzte ringen um sein Leben.« Warum wohl hat man nicht von vornherein den Entschluß gefaßt, Sharon friedlich sterben zu lassen?

sultat einer medizinisch-ärztlichen Entscheidung.¹¹ Jedenfalls ist davon auszugehen, daß der Heilige Vater den Ärzten jegliche Weiterbehandlung seines erbärmlichen Zustandes untersagt und auf einen nochmaligen Aufenthalt auf der Intensivstation des Gemelli-Krankenhauses verzichtet hat. Er, der sich in allen seinen Erklärungen dafür eingesetzt hatte, daß der Arzt verpflichtet sei, das Leben des Menschen unter Einsatz aller ihm zur Verfügung stehenden Mittel bis zum letzten Atemzug zu erhalten, hat hinsichtlich seines *eigenen* Sterbens einen gegenteiligen Standpunkt eingenommen. Er war der Überzeugung, daß es sich um ein »christliches« Sterben handelt.

»Neue Wissenschaft erzeugt neue Ethik«, läßt Bert Brecht den alten Galilei sagen. Alle Reformen vollziehen sich langsam. Man denke dabei an die mehr als tausendjährige Verfemung einer Selbsttötung und dann erst ihre allmähliche Hinnahme als Bestandteil des Selbstbestimmungs- und Selbstverwirklichungsrechts des Menschen. Sogar ein »christliches Begräbnis« wurde dem »Selbstmörder« verweigert. Dies, obwohl man sich dabei nicht etwa auf das Alte oder das Neue Testament berufen konnte. Nirgendwo in der Bibel wird die Selbsttötung oder die Beihilfe zur Selbsttötung verboten. In den frühen christlichen Jahrhunderten wurden von Kirchenvätern wie Eusebios und Hieronymus jene christlichen Frauen sogar gelobt, die den Tod aus eigener Hand

¹¹ Prof. Dr. Gunnar Duttge, »Lebensschutz und Selbstbestimmung am Lebensende«, in: Zeitschrift für Lebensrecht (ZfL) 2/2004, 37.

oder mit Hilfe anderer vorzogen, um einer Vergewaltigung zu entgehen.¹² Berühmte Theologen wie Augustinus, Thomas v. Aquin, Karl Barth, Dietrich Bonhoeffer, Hans Küng und Dorothee Sölle haben sich sehr differenziert, keinesfalls verdammend, über die Selbsttötung geäußert. Noch in den fünfziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts war allerdings die Haltung der Justiz geprägt von absolut konservativen Vorstellungen im Sinne von »christlich-fundamentalen und naiv naturrechtlichen Vorstellungen«¹³, wie sie der Große Strafsenat des Bundesgerichtshofs 1954 zum Ausdruck gebracht hat, indem er den »Selbstmord« als vom »Sittengesetz streng mißbilligt« darstellt, »da niemand selbtherrlich über sein eigenes Leben verfügen und sich den Tod geben darf, somit der Selbstmörder nicht befugt ist, aus eigenem Willensentschluß über sein Leben zu verfügen«. Zehn Jahre zuvor hatten sich Zehntausende der deutschen Zivilbevölkerung aus den Ostgebieten, etwa in Ostpreußen, Pommern und Schlesien, umgebracht, um nicht die Greuel der sowjetischen Soldateska erleben zu müssen. Man hätte dem BGH die Frage stellen sollen, ob er auch diese Menschen von seinem Verdikt erfaßt haben möchte.

Schon vor fast 2000 Jahren schrieb der römische Philosoph Seneca:

»Wenn ich aber weiß, daß ich ohne Ende leiden muß, dann will ich nicht mehr leben; nicht des Leidens

¹² H. Küng (Walter Jens und Hans Küng), a. a. O., S. 63.

¹³ E. Ankermann, S. 131.

selbst wegen, sondern weil es mir bei all dem im Wege steht, was mir das Leben lebenswert macht.«

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ist ein im Menschenrechtskatalog unserer Verfassung verankertes Grundrecht. Dieses Grundrecht gilt es zu schützen – auch gegen »fürsorgliche Bevormundung«. ¹⁴ Es ist der Sorge des Menschen Rechnung zu tragen, er könne am Ende des Lebens nicht genügend respektiert werden.

Wenn der Mensch Angst vor dem Sterben hat, dann ist es in der Regel nicht so sehr die Angst vor dem Tode als solchem. Denn der Tod ist ja nur der Übergang von einem Zustand zum anderen, er ist, ebenso wie die Geburt, ein ganz natürliches Geschehnis. Ärzte, die mit Sterbenden zu tun haben, verweisen darauf, daß sie immer wieder überrascht seien, wie problemlos die letzten Stunden für die meisten Menschen zu sein scheinen. Auch der berühmte Schweizer Psychologe C. G. Jung hat sich in diese Richtung geäußert: Er sei erstaunt gewesen, zu sehen, wie wenig Aufhebens die unbewußte Seele vom Tode mache. Demnach, so meinte er, müsse der Tod etwas »verhältnismäßig Belangloses« sein. Die Seele kümmerge sich nicht darum, was dem Individuum zufällig zustößt. Viele Beobachtungen an Sterbenden lassen erkennen, daß die Führung von einem gewissen Punkt an von unbewußten Kräften übernommen wird und daß es von da ab für den Kranken leichter wird. Es ist offenbar die allen Menschen ge-

¹⁴ So schreibt es Prof. Dr. Ernst Gottfried Mahrenholz im Geleitwort zum Buch von E. Ankermann.

meinsame Ur-Situation des Sterbens, die hier die relativierende Funktion übernimmt. Ich ziehe daraus den Schluß, daß im Grunde und letzten Endes jeder Mensch ein religiöser Mensch ist, ob er es sein will oder nicht. Gott denkt über den Atheismus offenbar anders als der Atheist.

Die Angst vor dem Tode ist es also nicht. Angst hat man vor etwas ganz anderem, nämlich davor, einen ganz unbarmherzigen Prozeß des Sterbens durchmachen zu müssen. Zu einem Dasein gezwungen zu werden, das kein Leben mehr ist.

- Ich will, wenn ich schon sterben muß und mir keine Therapie mehr weiterhilft, nicht länger als nötig leiden, ich will, daß meine Qualen und Schmerzen gelindert werden, ich will nicht monate- oder gar jahrelang im Koma liegen, ich will nicht hilflos als Pflegefall ohne Teilhabe am Leben dahinvegetieren.¹⁵
- Ich will lieber sterben als ohne jede Hoffnung auf ein menschenwürdiges Dasein unerträgliche Schmerzen zu erleiden oder ein hilfloses »Es« zu werden.
- Ich will lieber sterben, als unter sinnlosen Qualen einen Platz in einem Krankenhaus zu beanspruchen.
- Ich will lieber sterben, als daß meine Angehörigen mir den Tod wünschen (oh, wenn er doch bald erlöst würde!) und mich nur als ein bedauerndes Wrack in Erinnerung behalten.

¹⁵ E. Ankermann, S. 91.

Als vorherrschende Ängste der Menschen werden immer wieder genannt: Angst vor Schmerzen und einem schmerzvollen Tod, Angst vor dem Alleingelassenwerden, Angst vor unwürdiger Behandlung, Angst vor einer nicht mehr loslassenden Medizin.¹⁶

»Es kommt nicht von ungefähr«, so schreibt Prof. Dr. Wilhelm Uhlenbruck¹⁷, »daß Paul Moor seinem 1973 erschienenen Buch ›Die Freiheit zum Tode‹ einen Spruch der ›Elektra‹ von Sophokles vorangestellt hat:

›Der Tod ist doch das Schlimmste nicht, vielmehr den Tod ersehnen und nicht sterben dürfen.‹«

Würde es nicht eine große Sicherheit bedeuten, zu wissen, daß man Hilfe bekommen kann, wenn man das Leben nicht länger erträgt? Ist es nicht im Grunde der größte Wunsch im Leben: Der Wunsch nach einem barmherzigen Tod? Einem Menschen beim Sterben helfen heißt ja nicht, ihm das Leben nehmen. Es heißt vielmehr, positiv ausgedrückt: ihm den Tod schenken. Der Tod kann das größte Geschenk im Leben sein. Müßte dies die Gegner einer Sterbehilfe, die ja vor allem moralisch und religiös argumentieren, nicht nachdenklich stimmen? Sie müßten zuerst einmal erklären, warum hier falsch sein soll, was sonst für das Verhalten gegenüber dem Mitmen-

¹⁶ Zwischenbericht der vom Deutschen Bundestag eingesetzten Enquete-Kommission »Ethik und Recht der Modernen Medizin« vom 13. 9. 2004.

¹⁷ »Patiententestament, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht: Zur Selbstbestimmung im Vorfeld des Todes«, in: Berliner Medizinische Schriften 1996, Heft 8, S. 9.

schen als »goldene Regel« gilt, nämlich nach dem schlichten Wort Jesu im Matthäus-Evangelium, Kapitel 7, Vers 12:

*Alles nun, was ihr wollt, daß euch die Leute tun sollen, das tut ihr ihnen auch.*¹⁸

Es sei hier auf das schon 1985 erschienene Buch von Prof. Dr. Markus von Lutterotti, dem ehemaligen Chefarzt des Freiburger Lorettokrankenhauses, verwiesen. Das Buch trägt den schlichten Titel »Menschenwürdiges Sterben«. Der nachdenkenswürdige Untertitel lautet: »Kann sich die Gesellschaft auf das Gewissen des Arztes verlassen?«¹⁹ Zunächst einmal weist v. Lutterotti darauf hin – und er wirkt da einer verbreiteten Panikmache entgegen –, daß sich bei der Mehrzahl der Sterbenden das Problem der Sterbehilfe überhaupt nicht stellt, weil die meisten Menschen sowieso friedlich sterben. Und bei der verbleibenden Minderheit wird man wieder zu einem hohen Prozentsatz davon ausgehen können, daß zwischen Patient und Arzt ein Vertrauensverhältnis besteht bzw. sich entwickelt, so daß der Arzt die für den Patienten optimale Lösung für ein *qualfreies* und *menschenwürdiges* Sterben findet. Recht ähnlich klingen die Ausführungen von Dr. Stephan Sahm, Chefarzt der

¹⁸ Vgl. Prof. Dr. Rolf Dietrich Herzberg, »Der Fall Hackethal: Strafbare Tötung auf Verlangen?«, in: NJW 1986, 1634.

¹⁹ Freiburg i. Br. 1985. Lutterotti bejaht zwar diese Frage. Bestimmte Vorbehalte sind dagegen aber wohl doch anzumelden. Ärzte können bekanntlich auch sehr eigenwillige Naturen sein.

Medizinischen Klinik I des Ketteler-Krankenhauses in Offenbach²⁰:

»Noch immer stirbt die Mehrheit der Menschen ohne Wiederbelebungsversuche. Wäre es anders, wäre die Republik überzogen von Intensivstationen, in denen die Patienten vor dem Sterben noch reanimiert und beatmet würden ... Nach Schätzungen der amerikanischen Krankenhausgesellschaft gehen 70 bis 75 Prozent der Sterbefälle in Kliniken mit einer Entscheidung einher, medizinische Maßnahmen nicht einzuleiten oder zu begrenzen.«

Immer wieder aber kommt es vor, daß der Wunsch hilfloser Menschen, sie in Frieden sterben zu lassen, mißachtet wird, und zwar auch dann, wenn es sich um sehr alte Menschen handelt (»Warum hat mich der Liebe Gott noch nicht geholt?«), die in ihrem Tod die Erlösung von einem Dasein sehen, das angesichts vieler Krankheiten und Behinderungen keine Freuden, sondern nur noch Schmerzen, Einschränkungen und die Aussicht bereithält, daß sich diese Zustände weiter verschlechtern. Gegen jede Art von Essen, ihre früheren Lieblingsgerichte eingeschlossen, empfinden sie eine grandiose Abneigung, verbunden mit Brechreiz, wenn sie sie auf dem Teller angerichtet sehen. So weit muß man noch nicht einmal gehen: Es ist eine urmenschliche Erkenntnis, daß die Freude am Essen und die Freude am Leben ganz eng zusammenhängen.

²⁰ »Sterbehilfe in der aktuellen Diskussion – ärztliche und medizinisch-ethische Aspekte«, in: ZfL, 2/2005, S. 46.

»Wem die Freude am Essen fehlt, fehlt auch die Freude am Leben!«²¹

Patienten in der beschriebenen Situation wünschen mit Sicherheit keine intensivmedizinischen Maßnahmen. Und das sagen sie auch deutlich und unmißverständlich.²² Man erfährt von solchen Fällen aus Erzählungen von Verwandten oder Bekannten oder durch Berichterstattung in den Medien. Wer es ablehnt, Nahrung zu sich zu nehmen oder sich medikamentös behandeln zu lassen, weil er sterben will, wird mit psychischem und physischem Druck weiterversorgt, um sein Sterben hinauszuzögern. Von solchen Machenschaften mag zwar nur (und hoffentlich!) eine Minderheit von Patienten betroffen sein; die Brisanz aber liegt darin, daß jeder einzelne von uns ausgerechnet dieser Minderheit angehören kann und an einen Arzt gerät, der in doktrinärer Verschrobenheit dem atavistischen Grundsatz huldigt: »Der Arzt hat, will er nicht aufhören, ein Arzt zu sein, alles in seinen Kräften Stehende zu tun, um das Leben des ihm anvertrauten Patienten zu erhalten – mit welchen Mitteln auch immer und ohne Rücksicht auf die konkrete Situation, in welcher der Patient sich befindet.« Oder es kann vorkommen, daß ein Arzt das gesamtpersönliche Wohlergehen des Kranken verdrängt, stattdessen von einem Erfolgsprinzip beherrscht wird, das sein primäres Ziel in der Effizienz des medizinischen Verfahrens oder in der Gewin-

²¹ Putz/Steldinger, a. a. O., S. 133.

²² R. Coepicus, a. a. O., 3385.

nung neuer objektiver Erkenntnisse sieht.²³ Die Praxis sieht nun einmal so aus, daß am Geschehensablauf oft junge, voll im Leben stehende Ärzte beteiligt sind, bei denen durch ihre Orientierung an den speziellen technischen Möglichkeiten ihres Fachgebiets die Kriterien für deren humanen Einsatz nicht entwickelt sind, und die in der Ausbildung nicht gelernt haben, in bestimmten Situationen *nichts* zu tun. Die Folge ist nicht selten ein Überaktionismus im Sterbebereich.²⁴ (*»Macht man alles, versäumt man nichts!«*) Wehe dem Patienten im Endstadium seiner Krankheit, der seinem Willen nicht rechtzeitig Ausdruck verliehen hat und in seinem nun entscheidungsunfähigen Zustand einem ärztlichen Eiferer ausgeliefert ist!

2. Dogmatische Kriterien

Sterbehilfe in der hier zu erörternden Problematik heißt: *»Hilfe zum Sterben«*, nicht *»Hilfe im Sterben«*.²⁵ *»Im«* Sterben befindet sich der Mensch, bei dem der ganz konkrete und nur noch nach Minuten, allenfalls nach wenigen Stunden zu bemessende Sterbevorgang eingesetzt hat. Die Hilfe *»im«* Sterben ist insoweit unproblematisch, weil sie allemal und uneingeschränkt geboten ist. Da könnte es höchstens problematisch sein, festzulegen, *wann* der Sterbevor-

²³ A. Eser, in: W. Jens und H. Küng, a. a. O., S. 153.

²⁴ W. Uhlenbruck, a. a. O., S. 4.

²⁵ Man kann es auch *»Hilfe beim Sterben«* nennen.

gang als solcher einsetzt. Es dürfte da unterschiedliche und wohl auch subjektive Auffassungen geben: Der eine wird den Sterbevorgang früher ansetzen, der andere später.

Auch bei der Hilfe »zum« Sterben haben wir es selbstverständlich mit einem entweder »im Sterben liegenden« Patienten zu tun, bei dem der Sterbeprozess unwiderruflich eingesetzt hat und nur noch der Zeitpunkt des Todes ungewiß ist, oder aber mit einem Patienten, dessen Gehirn unumkehrbar so zerstört ist, daß mit der Wiedererlangung einer Kommunikationsfähigkeit nicht zu rechnen ist und der nur noch künstlich ernährt oder durch einen auf Dauer angelegten Anschluß an medizinische Apparate am Leben erhalten werden kann. Nur gegenüber solchen entweder der einen oder der anderen Kategorie zugehörigen Menschen kann Sterbehilfe überhaupt in Frage kommen.

Für den Arzt relativ unproblematisch ist die Situation, wenn der Patient in einer bei klarem Bewußtsein getroffenen *Patientenverfügung* konkrete Weisungen erteilt hat, die auf den jetzt eingetretenen Zustand zugeschnitten sind. Dasselbe gilt dann, wenn der Patient einer ihm nahestehenden Person eine »Gesundheitsvollmacht« erteilt hat, was besagt, daß nunmehr der Bevollmächtigte das Sprachrohr des Patienten ist. An die in der Patientenverfügung erteilten Weisungen ist der Arzt ebenso gebunden wie an die vom Bevollmächtigten vorgetragenen Weisungen.

Mit unserer Verfassung unvereinbar wäre jedwede Sterbehilfe, die ohne *Einwilligung* bzw. sogar

ohne das ausdrückliche Verlangen eines unheilbar tödlich erkrankten Patienten erfolgen würde. Eine Einwilligung kann nur in Ausnahmefällen bei nicht mehr äußerungsfähigen Patienten dann unterstellt werden, wenn die Erforschung des sog. mutmaßlichen (zu vermutenden) Willens dafür etwas hergibt, etwa aufgrund der Befragung von Angehörigen und Bekannten des Patienten. Kann durch diese Ermittlungen der individuelle mutmaßliche Wille nicht festgestellt werden, können und müssen Kriterien herangezogen werden, die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen. Liegen keine Anhaltspunkte für eine andere Entscheidung des Patienten vor, wird »davon auszugehen sein, daß sein (hypothetischer) Wille mit dem übereinstimmt, was gemeinhin als normal und vernünftig angesehen wird.«²⁶ Coeppicus (a. a. O.) zitiert verschiedene Stellungnahmen aus der Fachliteratur. Es tauchen kompetente Namen auf wie Schöch, Wuermeling, Spöttl, Dießenbacher, Füllmich und Merkel. Man liest Sätze wie den: »Bei irreversiblen Bewußtseinsverlust entspricht eine Fortsetzung der Behandlung in der Regel eindeutig nicht dem mutmaßlichen Willen.« Oder: »Es wird unverhältnismäßig sein, in einen Menschen seiner Ernährung wegen mit Sonden oder Infusionen einzudringen, nur um ihn in einem bewußtlosen Leben ohne jede Aussicht auf Besserung am Sterben zu hindern.« Niemand will »von Apparaten und Schläuchen abhängig, hilflos, reglos, bewegungslos, sinnlos

²⁶ BGH, NJW 1998, 2311, zitiert und kommentiert von R. Coeppicus, a. a. O., 3385.

und leblos« leben. Man könne sich »kaum einen Menschen vorstellen, der in der Situation eines solchen Menschen nicht einen rascheren Tod vorziehen würde.«

Schon im Hinblick auf diese herausgestellten Kriterien hat die in unserem Rechtsstaat mögliche Sterbehilfe absolut nichts zu tun mit den von den Nationalsozialisten im Rahmen ihres »Euthanasie-Programms« durchgeführten Tötungen. Bei jenen Tötungen ging es bekanntermaßen nicht darum, Leben zu beenden, das für den Betroffenen selbst keinen Sinn mehr besaß, sondern Leben zu beenden, dem vom Standpunkt der Gesellschaft aus der Wert abgesprochen wurde. Die Einwilligung des Betroffenen spielte dabei keine Rolle.

3. Erschreckende Unwissenheit überall

Es liegen, wie Prof. Dr. Gian Domenico Borasio vom Zentrum für Palliativmedizin am Klinikum der Universität München kundtut, Umfrageergebnisse vor, die das Wissensdefizit selbst in der Ärzteschaft mit erschreckender Deutlichkeit aufzeigen. In einer Umfrage bei neurologischen Chefärzten bezeichneten 32 Prozent die sog. »indirekte Sterbehilfe« fälschlicherweise als strafbar. Fast die Hälfte (45 Prozent) setzten die Behandlung der terminalen Atemnot mit Morphin (eine effiziente und sichere, nach dem Stand der Wissenschaft in dieser Situation gebotene Therapie) einer verbotenen aktiven Sterbehilfe gleich. 60 Prozent gaben Angst vor Rechtsfolgen beim Abbruch

lebenserhaltender Maßnahmen an, selbst wenn diese Bitte von einem wachen, einwilligungsfähigen Patienten geäußert würde. Schließlich gaben 47 Prozent zu, daß ihre eigene Ausbildung für die Begleitung in der Terminalphase »mäßig bis schlecht« sei. Etwa die Hälfte aller Ärzte und aller Vormundschaftsrichter kennen nicht die Unterschiede zwischen der »aktiven«, »passiven« und »indirekten« Sterbehilfe. Und welcher Arzt weiß schon, daß die künstliche Ernährung mittels einer Magensonde auch nach den standesrechtlich bindenden Grundsätzen der Bundesärztekammer eine medizinische Behandlung ist, die einer Einwilligung des Patienten bedarf, wobei die Einwilligung entweder durch direkte Befragung des Patienten eingeholt oder sich (bei einwilligungsunfähigen Patienten) aus der Erforschung des sog. »mutmaßlichen Willens« ergeben muß.

Bei solchen Ergebnissen kann man sich leicht vorstellen, wie der Wissensstand allgemein in der Bevölkerung ist. Die Unwissenheit treibt groteske Blüten. In einem Diskussionsbeitrag einer älteren Frau im Anschluß an einen von mir zum Thema »Sterbehilfe« gehaltenen Vortrag habe ich es kürzlich selbst erlebt. Jene Frau warnte davor, eine Patientenverfügung zu verfassen, derzufolge es den Ärzten erlaubt sein sollte, zwecks Linderung von Schmerzen ein die Sinne betäubendes Medikament zu verabreichen. Wenn nämlich, so meinte die Frau, ihre Sinne getrübt seien, ginge die Krankenschwester an den Schrank im Krankenzimmer, in dem sie ihre Sachen aufbewahrt habe, und würde ihr den Geldbeutel stehlen.

Besonders bemerkenswert ist die Tatsache, daß Leute, die über dieses Thema ihre Meinung *öffentlich* kundtun – man erlebt es immer wieder in den gegenwärtigen Fernseh-Talkshows –, oft überhaupt nicht wissen, wovon sie reden und sie ihre Emotionen zu einem wenig schmackhaften Brei zusammenschütten. Eine besonders zutreffende von M. v. Lutterotti²⁷ aufgestellte Forderung lautet:

»Probleme müssen nicht mit Emotionen, sondern mit Argumenten behandelt werden, für die freilich ein Mindestmaß an Nachdenken erforderlich ist.«

Nachstehend ein Beispiel, das einem in dieser oder jener Form immer wieder begegnet, und welches beweist, wieviel Aufklärungsarbeit das Thema Sterbehilfe noch erfordert, um wenigstens in seiner elementaren Form von der Bevölkerung verstanden zu werden:

In einer – populären und gleichwohl an sich durchaus anspruchsvollen – regelmäßigen Fernsehsendung an späten Freitagabenden berichtete eine im Tessin lebende Frau von einem erlittenen Herzinfarkt ihres Ehemannes auf der Buchmesse in Frankfurt. Der Ehemann hatte starke Schmerzen und erbat dringende Hilfe von seiner Frau. Statt nun ihren Ehemann schnellstens in die Universitätsklinik in Frankfurt zu bringen, entschloß sie sich, in einer Parforcefahrt mit dem Auto über die nächtliche Autobahn von Frankfurt nach Zürich zu fahren, um

²⁷ »Sterbehilfe«, Düsseldorf 2002, S. 140.

ihren Mann im Herzzentrum Hirslanden behandeln zu lassen. Auf der Fahrt hatte sich der Zustand ihres Mannes drastisch verschlechtert, so daß er nur noch auf der Bahre ins Krankenhaus geschoben werden konnte. Er wurde sofort operiert, verfiel dann aber in ein Wachkoma.

Als er nach einigen Wochen das Bewußtsein noch nicht wiedererlangt hatte (aber immerhin hatte er mit seiner Ehefrau laut deren Schilderung im Wachkoma begrenzt kommuniziert), erklärten die Ärzte des Herzzentrums, es läge offenbar ein hoffnungsloser Fall vor. Sie empfahlen, sofern der Patient auch nach weiteren ein bis zwei Wochen das Bewußtsein noch nicht wiedererlangt haben sollte, die Magensonde zu entfernen und alle lebenserhaltenden Apparaturen abzustellen. Denn selbst wenn er bei Fortsetzung aller künstlichen Maßnahmen das Bewußtsein einmal wiedererlangen sollte, würde er einen schweren Hirnschaden davongetragen haben, so daß die Ehefrau ggfs. gut daran täte, sich schon jetzt einmal nach einem Heimplatz für ihn umzusehen. Die Ehefrau wehrte sich vehement gegen diese Empfehlung, weil sie noch Hoffnung für ihren Mann sah. Ihr Mann selbst sei strikt gegen jedwede Sterbehilfe gewesen, also auch unter Inkaufnahme schwerster Pflegebedürftigkeit. Sie sei ein »gläubiger Mensch«.

Nach vier Wochen habe ihr erwachsener Sohn, der im Krankenzimmer »Wache« beim Vater gehalten hatte (der Sohn hatte von »seinem Professor«, bei dem er in Bern studierte, extra »frei bekommen«, um den Vater besuchen zu können), aufgeregt bei ihr

angerufen: »Mami, Mami, ein Wunder ist geschehen, der Papi ist aufgewacht!«

Die Frau konnte bei dieser Gelegenheit auch noch eine andere Familiengeschichte »unterbringen«, nämlich die, daß sie zuvor schon einmal Menschenleben gerettet habe, und zwar das Leben ihres Sohnes, den sie in langen Telefongesprächen (täglich eine halbe Stunde lang) habe »aufbauen« und von einem beabsichtigten Suizid habe abbringen können, den dieser begehen wollte, nachdem seine Frau sich von ihm getrennt hatte. Der Sohn habe später nie mehr einen Suizid erwogen.

Nach der Rekonvaleszenz ihres Mannes, an der sie tatkräftig mitgewirkt habe, indem sie sich ein Bett in das Krankenzimmer habe stellen lassen, konnte der Ehemann aus dem Krankenhaus entlassen werden. Sie habe ihn noch animiert, dem Chefarzt der Neurologie einen kleinen Schabernack zu spielen, indem er dessen Gedächtnis auf dieselbe Probe stellt, mit dem der Neurologe zuvor das Gedächtnis ihres Mannes in unsinniger Manier hatte testen wollen. Ihre Kritik, die sie dem Neurologen während des Tests vorgetragen hatte, hatte dieser mit der barschen Aufforderung zurückgewiesen, »sie solle sich da nicht einmischen«. (»Typisch Arzt«, murmelte an dieser Stelle einer aus der Runde der Gesprächsteilnehmer.) Daß es sich bei dem vom Neurologen vorgenommenen Test um eine wissenschaftlich anerkannte und absolut gängige Methode handelt, war der Frau natürlich nicht bekannt.

Und noch eine weitere Geschichte fügte sie an: Das um das Bett ihres Mannes versammelte Ärzte-

team hätte herausfinden wollen, ob der (noch sprechunfähige) Patient ansprechbar sei, er möge ihnen ein Zeichen geben. Da habe der Mann ganz weit die Zunge herausgestreckt, und diese Reaktion war für die Ärzte das Zeichen dafür, daß er ansprechbar war. Die Ehefrau bezeichnete das als eine »lustige Geschichte« und ahmte das Herausstrecken der Zunge für die Fernsehzuschauer nach. Der – für seine Besonnenheit aus anderen Sendungen bekannte – Moderator ließ sich bei der Schilderung und Demonstration der herausgestreckten Zunge leider zu der Bemerkung hinreißen, die Ärzte hätten in diesem Fall ja auch nichts anderes verdient, als daß man ihnen die Zunge herausstreckt. Die Ehefrau fuhr dann in ihrer Erzählung fort, daß ihr Mann sich dank ihrer liebevollen Fürsorge alsbald so erholte, daß er aus dem Krankenhaus entlassen werden konnte. Nach einer Phase weiterer Erholung habe er dann sogar wieder ein vielbeachtetes Buch geschrieben.

Der Verdacht, daß bei dieser phantastischen Erzählung vieles nicht stimmt, zumindest durch Weglassen bestimmter Fakten dem Fernsehzuschauer ein falsches Bild vorgegaukelt wird, liegt auf der Hand. Genau dies ist der Vorwurf, der hier gemacht werden muß: Es gibt Menschen, die sich anmaßen, über ein ernstes und kompliziertes Thema zu sprechen, ohne daß sie die geringste Ahnung von dem haben, worüber sie sprechen. Besonders zu beklagen ist, daß diese Leute via Fernsehen ein Forum finden, welches hilft, daß sie ihre Irrmeinung verbreiten können, ohne selbst zu merken, daß sie Unsinn erzählen und

daß sie innerhalb dieses Unsinns auch noch Kraut und Rüben durcheinander bringen. Kein Wunder also, daß beim Thema Sterbehilfe so viel Unwissen ins Spiel gebracht und verbreitet wird.

Bei der von der Ehefrau geschilderten Geschichte ist von vornherein schon einmal ausgeschlossen, daß die Ärzte einen Behandlungsabbruch vorgesehen hatten, der mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Tod des Patienten geführt hätte. Sie hatten gewußt, daß dieser ein entschiedener Gegner jedweder Sterbehilfe war. Die Ärzte hätten also, das wäre die Schlußfolgerung der von der Ehefrau geschilderten Geschichte, eine Anklage wegen Totschlags oder gar wegen Mordes in Kauf genommen. Denn wer sich im Gewand des Arztes zum Herrn über Leben und Tod der seiner Fürsorge anvertrauten Patienten aufwirft und sie nach eigenem Gutdünken von ihrem Leid durch nicht erbetene, heimliche Tötung befreit, handelt heimtückisch. Somit ist er ein Mörder. Er mißachtet in schwerwiegender Weise das uneingeschränkte Lebensrecht des Schwerstkranken und Behinderten und untergräbt das Vertrauen in die Integrität des öffentlichen und privaten Gesundheitswesens.

Der couragierte Einsatz der Ehefrau hat, wie sie es darstellt, also nicht nur ihren Mann, sondern auch die Ärzte vor schlimmen Folgen bewahrt. Diesen Eindruck beim Fernsehpublikum zu vermitteln, war ihr ein zentrales Anliegen. Die Frau (sie hatte sich mit einem Hosenanzug in der Imitation eines Leopardenfells bekleidet) schilderte ihren einsamen und heldenhaften Kampf gegen eine Phalanx inkompetenter und gewissenloser Ärzte, die obendrein

nicht einmal davor zurückschrecken, in Komplizenschaft einen Mord zu begehen. Für ihre Tapferkeit und ihre Beharrlichkeit, vor allem aber wegen ihrer geschilderten aufopferungsvollen Gattenliebe (sie hat zehn Kilogramm abgenommen), erhielt sie – als einzige aus der Teilnehmerrunde – von den im Fernsehstudio anwesenden Zuhörern spontanen Beifall. Statt mit dem Kopf denken viele Leute eben mit dem Bauch!

Die Geschichte, welche die Frau in ihrer Einfalt auftischte, fällt selbstredend nicht in den Bereich der Sterbehilfe, auch entfernt hat sie nichts mit diesem Thema zu tun. Vielmehr wollte die Ehefrau schildern, wie leicht Patienten in die Fänge medizinischer Ignoranten mit obendrein kriminellen Neigungen geraten können. Diese Typen – vom Chefarzt über den Oberarzt bis zum Stationsarzt – muß man bekämpfen und sich ihnen entgegenstellen. Einzig und allein die tief verinnerlichte Verbundenheit mit dem geliebten Patienten ist es, die vom Ehegatten als Waffe einzusetzen ist.

Dabei hatte die Ehefrau das von ihr unter Beschuß genommene, gröblich geschmähte Herzenzentrum Hirslanden extra deswegen ausgewählt, weil sie sich dort eine optimale Versorgung ihres Mannes erhofft hatte. Deswegen traf sie ja die törichte und unverantwortbare Entscheidung, über die nächtliche Autobahn von Frankfurt nach Zürich zu rasen, statt die – nächstgelegene – Universitätsklinik in Frankfurt aufzusuchen.

Inzwischen liegt, wie der Moderator der Fernseh- sendung mitteilte, der Ehemann erneut wegen auf-

Erschreckende Unwissenheit überall

getretener Herzprobleme im Krankenhaus. Es würde nicht einmal überraschen, wenn man sich wieder für das Herzzentrum Hirslanden entschieden hätte.

III.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis

Der Arzt hat die Rechtspflicht, in jeder ihm möglichen Weise dem Patienten beizustehen, dessen Behandlung er übernommen hat. Das primäre Gebot für den Arzt lautet, daß er alles in seinen Kräften Stehende tun muß, um Gesundheit *und* Leben des Patienten zu fördern. Doch hat sich das Verhältnis zwischen Arzt und Patienten in den letzten Jahren deutlich gewandelt. Zwischen Arzt und Patient besteht nicht mehr ein hierarchisches Gefälle («Paternität»), sondern ein auf gleicher Augenhöhe ausgerichtetes Vertrags- und Vertrauensverhältnis besonderer Art. Dies bedeutet, daß dem Arzt eine umfassende Aufklärungspflicht über den Krankheitszustand des Patienten obliegt, ferner die Pflicht, ihm aufgrund seines überlegenen medizinischen Wissens solche Ratschläge zu erteilen, die aus seiner Sicht dem Wohl des Patienten entsprechen. Dem Patienten aber steht es frei, ob er die Ratschläge des Arztes befolgen will oder nicht. Viele Ärzte fühlen sich durchaus persönlich angegriffen, wenn ein Patient lebensverlängernde oder -erhaltende Maßnahmen bewußt ablehnt; manche Ärzte empfinden das als persönliche Niederlage. So schreibt es die angesehene Rechtsanwältin Petra Vetter aus Stuttgart, Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin, in

ihrer lesenswerten Broschüre »Selbstbestimmung am Lebensende«¹.

Aufgrund des ihm nach der Verfassung (Art. 2 GG) zustehenden Selbstbestimmungsrechts (Patientenautonomie) kann der Patient den Rat des Arztes also durchaus zurückweisen, mag diese Zurückweisung auch in hohem Maße unvernünftig oder gar unsinnig sein. Niemand ist verpflichtet, ärztliche Hilfe anzunehmen. Der Mensch hat ein *Recht* auf Leben, eine *Pflicht* dazu hat er nicht.² Jedenfalls gilt nicht mehr eine paternalistisch geprägte Ethik, die den Arzt berechtigte, nach seiner eigenen, wohl-erwogenen Meinung väterlich/mütterlich und fürsorglich für den Patienten zu entscheiden, notfalls – im vermeintlichen Patienteninteresse – auch gegen dessen Willen. Der Arzt hat *kein* eigenständiges Behandlungsrecht. Recht und Pflicht zur Behandlung ergeben sich allein aus dem Auftrag des Patienten.

¹ Stuttgart 2005, S. 24.

² Er hat allerdings (so die wohl noch herrschende Meinung) auch kein verfassungsmäßig garantiertes Recht auf einen würdigen Tod oder gar auf Selbsttötung. (Vgl. dazu Prof. Dr. Gerd Röllecke, »Gibt es ein ›Recht auf den Tod‹?«, in: Albin Eser (Hrsg.), »Suizid und Euthanasie als human- und sozialwissenschaftliches Problem«, Freiburg i. Br. 1976, S. 136.) Inzwischen folgen immer mehr Rechtsphilosophen, selbst Verfassungsrechtler (z. B. Matthias Herdegen in seinem neuen Kommentar zu Art. 1 Abs. 1 des Grundgesetzes) der Auffassung, daß sich aus der Menschenwürde, deren primärer Inhalt die empirische Autonomie ist, das Recht auf uneingeschränkte Verfügung über das als Besitz verstandene eigene Leben, also ein *Recht auf Selbsttötung* ergibt. (Übernommen von Prof. Dr. Ulrich Eibach, in: ZfL 2/2004, 42.)

Jede ärztliche Maßnahme bedarf darüber hinaus der gesonderten Einwilligung, weil damit das Selbstbestimmungsrecht des Patienten über seine Person betroffen ist. Diese Einwilligung muß vor Beginn der Maßnahme eingeholt werden und setzt eine entsprechende Aufklärung durch den Arzt voraus. Widerspricht der Patient seine Zustimmung, wird die weitere Behandlung unzulässig.³

Dazu schreibt Lipp – a. a. O. S. 60:

»Die rechtliche Grundstruktur der ärztlichen Behandlung mißachten all diejenigen, die fragen, ob der Abbruch der Behandlung zulässig ist. Sie verkehren damit die Legimitationslast für eine ärztliche Behandlung in ihr Gegenteil. Denn nicht der Verzicht, sondern die Aufnahme der Behandlung, nicht ihr Abbruch, sondern ihre weitere Durchführung bedarf der Einwilligung des Patienten. Auch eine lebensverlängernde Maßnahme ist nur zulässig, wenn und solange ihr der Patient zustimmt. Lehnt der Patient die Behandlung ab, müssen Arzt, Pflegepersonal und Klinik bzw. Pflegeheim dem Folge leisten. Dabei kommt es nicht darauf an, ob sich die Entscheidung des Patienten in den Augen des Arztes (oder eines anderen) als vernünftig oder unvernünftig darstellt. Behandelt er den Patienten gegen dessen Willen, begeht er eine Körperverletzung.«

³ Prof. Dr. Volker Lipp, Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Zivilprozeßrecht und Rechtsvergleichung in Göttingen (unter Berufung auf BGH NJW 1980, 1333), »Sterbehilfe« – Aktuelle Rechtslage und rechtspolitische Diskussion«, in: Klaus Kutzer (Hrsg.), »Patientenverfügung«, Stuttgart 1995, S. 60.

Wegen der großen und zentralen Bedeutung, welche diese Problematik in der Praxis aufweist und leider vielen Ärzten und Patienten nicht hinreichend bekannt ist, sei im folgenden auch noch Friedhelm Hufen, Professor für Öffentliches Recht und Rechtsphilosophie an der Universität Mainz zitiert⁴:

»Nicht in der Unterlassung der Behandlung liegt also der Eingriff, sondern in deren ungerechtfertigter oder nicht erwünschter Fortsetzung ... Eindeutig eine Form der einwilligungsbedürftigen Behandlung ist jede Form der künstlichen Ernährung durch eine Magensonde, ob enteral (d. h. durch die Speiseröhre) oder parenteral (also mit einer PEG-Sonde durch die Bauchdecke) – soweit es sich nicht um die Überbrückung vorübergehender Notsituationen handelt ... Gerade im Endstadium des Lebens kann auch nicht der Wille unterstellt werden, eine künstliche Ernährung in jedem Fall zuzulassen. Die Zwangsernährung – und um nichts anderes würde es sich in einem solchen Fall handeln – ist nicht nur ein Eingriff in Art. 2, II GG; sie tangiert auch die Menschenwürde. Die Nahrung zu verweigern, ist oft der letzte und verzweifelte Ausdruck der Selbstbestimmung, die – sozusagen von der Kindheit bis ins höchste Alter – eine zentrale Lebensäußerung des Menschen ausmacht ... Nicht entscheidend ist, ob der Sterbeprozess bereits irreversibel ist. Auch der Patient mit ›infauster Prognose«, der z. B. die Fortsetzung einer lebenserhaltenden Krebsbehandlung nicht wünscht, ist hier

⁴ »In dubio pro dignitate«, in: NJW 2001, 852.

in seinem Grundrecht auf Selbstbestimmung geschützt.«⁵

Nehmen wir an, ein achtzehnjähriges Mädchen wird in die Notfallmedizin einer Klinik wegen einer akuten Blinddarmentzündung eingeliefert. Die Diagnose lautet »perforierter Blinddarm«, bei nicht sofort durchgeführter Operation besteht die Gefahr des Todes. Die Patientin will sich aber nicht operieren lassen, sie sagt, ihr Freund habe sie verlassen, habe ein Verhältnis mit ihrer besten Freundin angefangen. Ihr Liebeskummer sei so groß, daß sie sterben wolle. Außerdem solle ihr Freund wissen, was er mit seiner Treulosigkeit angerichtet hat. Was wird der Arzt in solcher Situation tun? Alles Zureden hilft nicht. Er kann natürlich nicht blitzschnell mittels einer Spritze den Widerstand brechen. Aber ich habe keinen Zweifel daran: Er wird die Blinddarmoperation letzten Endes durchführen, frei von Skrupeln, daß er damit etwas Unrechtes getan haben könnte. Und sein Handeln wird auf allgemeine Billigung stoßen. Leider fehlt es in Deutschland (im Gegensatz zu vielen anderen Ländern) für derartige Fälle an einer präzisen gesetzlichen Regelung. Eine solche sollte geschaffen

⁵ Allerdings verleiht die Patientenautonomie dem Patienten nur ein *Abwehrrecht* gegen eine vom Arzt vorgeschlagene Behandlung, sie verschafft ihm keinen Anspruch auf eine bestimmte Behandlung. Vor allem kann der Arzt eine an sich mögliche Behandlung verweigern, für die *keine medizinische Indikation* besteht. Ist eine Maßnahme gar kontraindiziert, darf er sie unter keinen Umständen durchführen, und zwar auch nicht auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten. (Lipp unter Berufung auf OLG Karlsruhe.)

werden: Eine strafrechtlich relevante Körperverletzung liegt – so könnte vom Gesetzgeber formuliert werden – in diesen Fällen überhaupt nicht vor. Denn hier handelt es sich um einen *Heileingriff*, der nicht dahin geht, den Patienten körperlich zu verletzen, sondern ihn zu heilen. Gefunden werden müßte allerdings eine präzise Wortwahl dafür, was unter »in diesen Fällen« zu verstehen ist.

Ohne konkrete gesetzliche Regelung, die das Handeln des Arztes legitimiert, ist die Rechtslage recht kompliziert. Man könnte daran denken, die gesetzliche Lücke mit einem für den Arzt vorliegenden »rechtfertigendem Notstand« (§ 34 StGB) zu schließen. Die Anwendung des § 34 StGB auf solche Fälle wird von der herrschenden Rechtsmeinung und Rechtsprechung aber abgelehnt. Noch immer gilt, was der Bundesgerichtshof schon 1957 entschieden und 1984 bestätigt hat.

Urteil vom 28. 11. 1957⁶:

Selbst ein lebensgefährlich Kranker kann triftige und sowohl menschlich als auch sittlich achtenswerte Gründe haben, eine Operation abzulehnen, auch wenn er durch sie und nur durch sie von seinem Leiden befreit werden könnte.

⁶ NJW 1958, 267.

Urteil vom 7.2.1984⁷:

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten schützt auch eine EntschlieÙung, die aus medizinischen Gründen unvertretbar erscheint.

Was bleibt da für den Arzt zu tun, dem sich angesichts der Unvernunft des Mädchens die Haare sträuben? Vielleicht lieÙe sich auf der Schiene fahren, daß die Patientin sich bei ihrer Weigerung zur Operation in einem »die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung ihrer Zurechnungsfähigkeit« befunden hat.

Möglicherweise aber hat sich das Problem auch auf eine ganz andere Weise erledigt: Die Schmerzen sind für die törichte junge Patientin so verheerend geworden, daß sie ihren Liebeskummer und Rachedurst situationsbedingt in den Hintergrund drängt und sie ihre Einwilligung zur Operation schließlich erteilt. Liebeskummer beeinträchtigt das Leben ja nur vorübergehend mit schweren psychischen Schmerzen, er macht das weitere Leben nicht etwa auf Dauer unerträglich. Es darf angenommen werden, daß das Mädchen, nachdem es aus dem Krankenhaus entlassen war, ihrem Lebensretter über eine lange Zeit hinweg Dankesbriefe geschrieben hat. (Oder zumindest eine entsprechende SMS gesendet hat.)

#Läßt man etwaige Besonderheiten, die im vorbeschriebenen Fall bestanden haben mögen, einmal beiseite, so haben wir von dem eindeutigen Grund-

⁷ NJW 1984, 1397.

satz auszugehen: In Deutschland gilt nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs sowie der einhelligen Auffassung der Rechtswissenschaft, daß jeder Eingriff in die körperliche oder seelische Sphäre eines Patienten ohne dessen Einwilligung sowohl strafrechtliche als auch zivilrechtliche Konsequenzen auslösen kann. Als Straftatbestände kommen Körperverletzung (§ 223 StGB), Nötigung (§ 240 StGB) oder Freiheitsberaubung (§ 239 StGB) in Betracht, zivilrechtlich kann sich eine Schadensersatzverpflichtung, z. B. zur Zahlung von Schmerzensgeld, aus § 823 bzw. § 280 und § 253 Abs. 2 BGB ergeben.

Zur Verantwortung gezogen werden kann nicht nur ein Arzt, sondern auch ein Vormundschaftsrichter und ein amtlich bestellter Betreuer. Ankermann (S. 57f.) schildert einen haarsträubenden Fall, wie mit einer als »unvernünftig« bezeichneten Weigerung eines praktisch wehrlosen alten Menschen umgegangen wurde:

Der 86-jährige, noch rüstige Patient hat sich beim Holzhacken mit dem Beil eine schwere Wunde am Unterschenkel zugefügt und wird in das nächste Krankenhaus eingewiesen. Es entwickelt sich an der Wunde ein sog. Wundbrand. Das Leben des Patienten konnte nun nur noch durch eine Amputation gerettet werden. Dieser verweigerte aber seine Zustimmung zur Operation. Er wollte lieber sterben, als in seinem hohen Alter mit nur einem Bein weiterleben zu müssen. Geistig war er voll ansprechbar und konnte sich gut und vernünftig mit seinem Bettnach-

barn unterhalten. Nichts deutete darauf hin, daß er etwa nicht verstanden haben könnte, worum es ging.

Die behandelnden Ärzte wandten sich daraufhin an das Vormundschaftsgericht, das antragsgemäß einen Betreuer für den Patienten bestellte mit dem Wirkungskreis der Entscheidung über die Durchführung der Amputation. Das geschah ohne eine mögliche Anhörung des Betroffenen. Erwartungsgemäß erteilte der Betreuer seine Zustimmung zur Operation, die daraufhin ausgeführt wurde. Nach Ausheilung wurde der Patient nach Hause entlassen. Ein halbes Jahr später verstarb er.

»Es gehört«, so schreibt Ankermann im Anschluß an die Schilderung dieses Falles, »wenig Phantasie dazu, sich auszumalen, welche Tragödie das für den alten Mann bedeutet haben muß, welche Bitternis entstanden sein dürfte, über die er wahrscheinlich bis zu seinem baldigen Tod nicht hinweggekommen sein wird.« Was die hier Beteiligten – Ärzte, Richter und Betreuer – angerichtet haben, ist ein solcher Skandal, daß noch nachträglich zu bedauern ist, daß sich niemand, wie z. B. ein beherzter Rechtsanwalt, gefunden hat, hier die fällige Strafanzeige zu erstatten und (im Auftrag der Erben) Schadensersatzansprüche geltend zu machen. Hier hätte wohl allein schon der *Druck* auf die Betroffenen, der durch die Einleitung rechtlicher Schritte auf sie ausgeübt wird, eine gewisse Wirkung für künftige Fälle gehabt, und zwar unabhängig davon, ob hinreichende Aussichten auf eine Verurteilung der Schuldigen bestanden hätten.