

Im Zweifel für das Leben ? Zur Debatte um die Sterbehilfe und die Moral des Tötens

64 % der Westdeutschen und 80 % der Ostdeutschen sprachen sich Anfang dieses Jahres lt. Allensbach für die aktive Sterbehilfe aus. Hinter dieser hohen Zustimmungsbereitschaft, die sich mit Schwankungen seit Mitte der 70er Jahre nachweisen läßt, stehen

- die Angst vor Schmerzen
- die Angst vor dem allein gelassen Werden
- die Angst, nicht würdevoll behandelt zu werden
- die Angst vor einer nicht mehr loslassenden Medizin

Diese Zahlen sind ein Armutszeugnis für die Schmerzmedizin, die ja durchaus in den letzten Jahren auch in Deutschland Erfolge hatte - immerhin gibt es mittlerweile 70 Palliativstationen in Deutschland, aber ihre Behandlungsmöglichkeiten offensichtlich nicht ausreichend bekannt gemacht und entfaltet hat. Diese Zahlen sind auch ein Armutszeugnis für die Politik, die es nicht geschafft hat, Hospize aus ihrer chronischen Unterfinanzierung zu befreien und sie für die Menschen zu einer leicht erreichbare Alternative zum Sterben im Krankenhaus zu machen.

In der Politik besteht über Parteigrenzen hinweg eine große Einigkeit darüber, den niederländischen Weg abzulehnen und die Tötung auf Verlangen keinesfalls zu legalisieren. Dies ist gut so, kann aber wenig beruhigen.

International zeichnen sich in den meisten westlichen Ländern unterhalb der Schwelle der aktiven Sterbehilfe gefährliche Ausweitungen im Bereich der sog. passiven Sterbehilfe und im Bereich der Behandlungsbegrenzung schwer kranker Menschen ab. Dies sind:

- die Ausweitung des Abbruchs oder die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen von sterbenden auf nicht sterbende Menschen, wie schwerbehinderte Neugeborene und Wach-Koma-Patienten
- die Ausweitung der Maßnahmen, die für absetzbar erklärt werden, wie die Einstellung der Ernährung oder der Flüssigkeitszufuhr, und
- die Ausweitung dieser Schritte auf die Gruppe der nicht mehr einwilligungsfähigen Menschen, bei denen dann der mutmaßliche Wille und die Entscheidung Dritter ausschlaggebend sein sollen.

Diese Tendenzen zeigen sich auch in der Diskussion in Deutschland.

Entscheidenden Einfluß hatte dabei das Urteil des Bundesgerichtshofes von 1994, der sog. Kemptener Fall. Darin wurde das Absetzen der künstliche Ernährung bei einer 72-jährigen Koma-Patientin aus Kempten, also einer Frau, die nicht im Sterben lag, als „zulässiges Sterbenlassen“ durch Abbruch einer einzelnen lebenserhaltenden Maßnahme eingeschätzt, da dies dem mutmaßlichen Einverständnis der Betroffenen entsprochen hätte. Damit wurde erstmals die Maßnahme des Nahrungsentzugs als erlaubte Behandlungsbegrenzung bei einer nicht Sterbenden anerkannt, allerdings an den geäußerten oder zumindest gemutmaßten Willen der Betroffenen gebunden.

Gefährliche Grenzüberschreitungen waren damit vorprogrammiert, die sich auch in den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ von 1998¹ niederschlagen.

1. Unter der Überschrift „Sterbebegleitung“ werden auch die „Neugeborenen mit schwersten Fehlbildungen oder schweren Stoffwechselstörungen“ und die Wach – Koma – Patienten abgehandelt, also nicht Sterbende. Geht es bei Sterbenden um die Verkürzung des bereits unaufhaltsam begonnen Sterbeprozesses, geht es bei den genannten Gruppen aber um die Verkürzung des Lebensprozesses. Die Kriterien an eine Sorgfaltsprüfung müßten erheblich höher sein. Eine Bindung an den Elternwillen oder den „mutmaßlichen Willen“, insbesondere aber an die Prognose wirft erhebliche Fragen auf. So ergab beispielsweise eine Befragung unter 100 deutschen Kinderkliniken 1997, daß Neugeborene mit Glasknochenkrankheit in 15 Kliniken ohne Diskussion immer behandelt werden, in 15 anderen Kliniken nie behandelt werden, in weiteren 16 Kliniken über die Art der Behandlung jedesmal neu diskutiert wird und in 47 Kliniken selten diskutiert wird.²
2. Die „Grundsätze“ nehmen zwar die sog. Basismaßnahmen wie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, sowie Stillen von Hunger und Durst von der Disponierbarkeit aus, sie lassen aber das Absetzen von Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr ganz im Sinne des „Kemptener Falles“ bei Wachkoma - Patienten im Falle des „Ausfalls weiterer vitaler Organfunktionen“ und dem Vorliegen des „mutmaßlichen Willen“ zu.
3. Die Ausführungen zum „mutmaßlichen Willen“ tragen der entscheidenden Bedeutung, die ihm damit zukommt, nicht Rechnung. Der Arzt soll ihn „aus den Gesamtumständen“ ermitteln. „Anhaltspunkte“ sollen dabei die frühere Lebenseinstellung des Patienten, seine religiösen Überzeugung, seine Haltung zu Schmerzen und schweren Schäden sein. Dies reicht in keinem Falle. Der mutmaßliche Wille muß sich vielmehr immer auf konkrete Äußerungen beziehen, die in einem zeitlich überschaubaren und inhaltlich eindeutigen Zusammenhang zur Sterbesituation stehen und er sollte immer in einer diskursiven Kommunikation zwischen Ärzten und Angehörigen ermittelt werden, die dokumentiert wird. Im Zweifelsfall hat stets „in dubio pro vita“ zu gelten, was auch im Entwurf der „Grundsätze“ stand, dann aber durch die zweifelhafte Formulierung der dann anzuwendenden „ärztlich indizierten Maßnahmen“ ersetzt wurde.

Einzelne Vorschläge oder Regulierungen der Grundsätze sind für sich betrachtet nicht zu kritisieren. Der Rückgriff auf den mutmaßlichen Willen des Betroffenen – wenn er sachgerechter ermittelt würde - ebensowenig wie die Diskussion, ob nicht im Falle eines persönlich geäußerten Willens in bestimmten Fällen auf Nahrung und sogar auf Flüssigkeit verzichtet werden kann. Und positiv ist sicherlich die Anerkennung von Patientenverfügungen und der Hinweis, daß diese stets dahingehend zu überprüfen sind, ob sie auch für die aktuelle Situation Geltung haben. Die Dramatik besteht darin,

- die Ausweitung der absetzbaren Methoden
- mit der Ausweitung auf Gruppen von nicht Sterbenden,

¹ Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 39, 29.9.1998 (13) B-1852-1853

² vgl. Zimmermann, M./Zimmermann, R./von Loewenich, V. (1997), Die Behandlungspraxis bei schwerstgeschädigten Neugeborenen und Frühgeborenen an deutschen Kliniken. Konzeption, Ergebnisse und ethische Implikationen einer empirischen Untersuchung, In: Ethik in der Medizin 7, 56 -77

- und dem Rückgriff auf den mutmaßlichen Willen zu verkoppeln.³

Dadurch werden Grenzüberschreitungen vorprogrammiert. Das BGH-Urteil von 1994 wird zu einem Regelfall für eine ganze Gruppe von Betroffenen. Deutlich wird dies auch durch die Empfehlung, gesetzliche Betreuer sollten für nicht einwilligungsfähige Menschen die Genehmigung für die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen „im Vorfeld der Sterbephase“ beim Vormundschaftsgericht einholen.

Interessant ist, daß das BGH-Urteil von 1994 heute mit Klaus Kutzer, Vorsitzender Richter am Bundesgerichtshof in Karlsruhe, einen prominenten Kritiker hat. Die Berufung auf den mutmaßlichen Willen, so Kutzer heute, helfe bei nicht Sterbenden, wie Wach-Koma-Patienten nicht weiter. Denn entweder habe sich der Patient vorher eindeutig geäußert, dann ginge es nicht um den mutmaßlichen, sondern um den wirklichen Willen, oder er habe sich nicht eindeutig geäußert, dann bestehe in der Regel kein Anlaß anzunehmen, daß er, obwohl er nicht leidet, etwa durch Entzug der künstlichen Nahrung getötet werden will.

„Denn es ist das Gesetz des Lebens, daß jedes Lebewesen weiter leben will. Kommunikationsfähigkeit oder aktuelles Bewußtsein sind für diesen elementaren Lebenswunsch unerheblich. Wenn die Gesellschaft solche Menschen nicht mehr ernähren will, ohne durch ein ausdrückliches oder wenigstens eindeutig interpretierbares Verlangen des Kranken dazu legitimiert worden zu sein, handelt sie nicht zum Wohle des Patienten, sondern nur zu ihrem eigenen Wohl. Und dies ist entgegen der Aussage des Kemptener Urteils auch durch entsprechende allgemeine Wertvorstellungen nicht zu rechtfertigen. Sonst wäre die Folgerung unvermeidlich, daß schwerstbehindertem Leben von rechts wegen weniger schutzwürdig ist als sonst, eine inhumane und grundrechtswidrige Schlußfolgerung.“⁴

Allein schon diese Kritik müßte ausreichen, die Grundsätze der Bundesärztekammer zu überdenken.

Ich fasse zusammen:

Weder der niederländischen Lösung noch der nachvollziehbaren Angst vor Schmerzen und vor einer übergriffigen Medizin, die hinter der großen Zustimmungsbereitschaft zur aktiven Sterbehilfe steht, kann mit Ausweitungen im Bereich der sog. passiven Sterbehilfe wirkungsvoll entgegengetreten werden.⁵

Zu fordern ist vielmehr:

- der Ausbau der Schmerzmedizin in Deutschland
- eine bessere finanzielle Absicherung und sozialpolitische Anerkennung der Hospize und
- die Überprüfung und Überarbeitung der „Grundsätze der Bundesärztekammer“, damit „inhumane und grundrechtswidrige Schlußfolgerungen“ ausgeschlossen bleiben.

³ Oder anders ausgedrückt: Der bisherige Rückgriff auf den mutmaßlichen Willen im eng umgrenzten Bereich passiver Sterbehilfe, also bei Menschen, deren Tod in Kürze zu erwarten ist, ist prinzipiell anders zu bewerten, als der neue Rückgriff auf den mutmaßlichen Willen für lebensverkürzende Maßnahmen bei nicht-sterbenden Menschen mit unheilbaren Krankheiten. Und das bisher mögliche Absetzen der künstlichen Ernährung bei einem Sterbenden auf seinen direkten oder früher geäußerten persönlichen Wunsch hin ist prinzipiell anders zu bewerten, als das nun ermöglichte Absetzen der künstlichen Ernährung auf Grund des möglicherweise nur geschlußfolgerten mutmaßlichen Willens bei einem nicht-sterbenden Menschen im Wachkoma.

⁴ Klaus Kutzer, Rechtliche Aspekte der Sterbehilfe, Vortrag auf dem internationalen IPPNW-Kongress „Medizin und Gewissen“ am 26.5.2001 in Erlangen

⁵ Jörg Hoppe, heute Präsident der Bundesärztekammer, ist im Laufe der Erstellung der „Grundsätze“ von seinem Amt als Leiter des federführenden Ausschusses zurückgetreten, weil er diese als „Einfallstor für eine neue Euthanasie-Debatte“ hielt.