

Zeitschrift für Kultur und
Weltanschauung

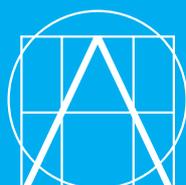
humanismus aktuell

Humanes Leben bis zuletzt

**PATIENTENWILLE UND GESETZLICHE
REGELUNG DER STERBEHILFE IN
DEUTSCHLAND**

**DIALOGE ÜBER ETHIK, RECHT UND
POLITIK EINES MENSCHENWÜRDIGEN
TODES**

**HG. VON DER
HUMANISTISCHEN AKADEMIE E.V.
HEFT 14 Frühjahr 2004**



Individuelle Patientenverfügung
Patientenanwaltschaft
Betreuungsvorsorge

Mein Leben
bleibt meine
Entscheidung.
Bis zuletzt.



Humanistischer Verband
Deutschlands

patientenverfuegung.de

Sicherheit finden

Patientenschutz ist wichtiger denn je.

Immer mehr Bürgerinnen und Bürger wenden sich an den Humanistischen Verband, um eine individuelle Patientenverfügung aufsetzen zu lassen. Dies geschieht mit Hilfe eines Fragebogens (Schutzgebühr € 1,00), der sich an den Richtlinien und Empfehlungen der Bundesärztekammer sowie den Bundesministerien für Gesundheit und Justiz orientiert.

Im Vordergrund stehen für uns Bedürfnissen und Wertvorstellungen der Betroffenen, auch was das Thema Sterbehilfe betrifft.

Als bundesweite Hinterlegungsstelle geben wir Notfallpässe aus, die immer bei sich getragen werden sollten. Sie dienen Ärzten und Kliniken als Hinweis, denn die beste Vorsorge nützt nur, wenn diese auch rechtzeitig davon erfahren.

Diese Broschüre und anderes Informationsmaterial anfordern von:



Humanistischer Verband Deutschlands Bundeszentralstelle für Patientenverfügung

Wallstr. 65 • 10179 Berlin

Tel. (030) 61 39 04 11 • Fax (030) 61 39 04 36

Telefonische Sprechzeiten und Terminvereinbarung:

Mo, Di, Do und Fr von 10 – 17 Uhr

eMail: mail@patientenverfuegung.de

Kostenloser Newsletter um an neuen Entwicklungen teilnehmen zu können hier anfordern:

<http://www.patientenverfuegung.de>

humanismus aktuell

Humanes Leben bis zuletzt

Patientenwille und gesetzliche Regelung der Sterbehilfe in Deutschland

Dialoge über Ethik, Recht und Politik eines menschenwürdigen Todes

Dokumentation der wissenschaftlichen Fachtagung der Politischen Akademie
der Friedrich-Ebert-Stiftung in Kooperation mit der Humanistischen Akademie
und der Humanistischen Union

*Herausgegeben im Auftrag der Humanistischen Akademie
Mit einem Vorwort von
Horst Groschopp*

Mit Beiträgen zum Thema von
Christian Arnold, Dieter Birnbacher,
Govert den Hartogh, Evelyne Hohmann,
Uwe Körner, Till Müller-Heidelberg, Gita Neumann,
Johann Friedrich Spittler, Rosemarie Will,
Frieder Otto Wolf

humanismus aktuell
Heft 14 • Frühjahr 2004 • 8. Jahrgang
ISBN 3-937265-02-3
ISSN 1433-514X

Diese Ausgabe wurde gefördert durch die Senatsverwaltung
Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Berlin

4 Vorwort

Aufsätze zum Thema

Frieder Otto Wolf

9 Das Recht auf ein menschenwürdiges Leben gilt bis zum letztem Atemzug

Dieter Birnbacher

14 Eine ethische Bewertung der Unterschiede in der Praxis der Sterbehilfe
in den Niederlanden und in Deutschland

Govert den Hartogh

22 Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung in den Niederlanden

Uwe Körner

36 Ethische und rechtliche Grenzen der ärztlichen Lebensverlängerung
und Sterbebeschleunigung

Gita Neumann

45 Patientenverfügung und Sterbehilfe. Interdisziplinäres Modell, Praxiserfahrungen,
ethische Reflexionen und Vorschläge des Humanistischen Verbandes für eine
gesetzliche Regelung

Christian Arnold

60 Sterbehilfe aus ärztlicher Sicht

Johann Friedrich Spittler

63 Die Entwicklung zu einem assistierten Suizid – psychiatrische und medizinethische
Aspekte

Till Müller-Heidelberg

71 Verfassungsrechtlicher Anspruch auf Sterbehilfe?

Rosemarie Will

77 Die juristische Verbindlichkeit von Patientenverfügungen

Evelyne Hohmann

95 Positionen der Patientenbewegung zur Sterbehilfe

Dokumentation

- 100 Autonomie am Lebensende. Eckpunkte des Humanistischen Verbandes Deutschlands (HVD) zur gesetzlichen Regelung von Patientenrechten und Sterbehilfe
- 103 Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS). Kernbotschaft für die Fachtagung

Zur Diskussion

- Pia Paust-Lassen*
107 Selbstbestimmung und neue Arbeit
- Horst Groschopp*
112 Über Irdisches – eine Religionskritik

Rezensionen

- 115 Staat und Kirche im werdenden Europa. Hg. von Dieter Fauth u. Erich Satter
(*Wolfgang Lüder*)
- 116 Friedrich Heer: Das Wagnis der Schöpferischen Vernunft
(*Ulrich Nanko*)
- 117 Verletztes Gedächtnis. Hg. von Konrad H. Jarausch u. Martin Sabrow
(*Horst Groschopp*)
- 118 Die Tätigkeit der Philosophen. Hg. von Thomas Heinrichs, Heike Weinbach u. Frieder Otto Wolf
(*Pia Paust-Lassen*)
- 121 Sebastian Prüfer: Sozialismus statt Religion
(*Rainer Jestrabek*)
- 122 Reinhard Goll: Anfänge der Zukunftsforschung
(*Horst Groschopp*)
- 124 Hans-Ulrich Dallmann: Das Recht, verschieden zu sein
(*Petra Cayssa*)
- 126 Humanismus heute. Hg. von der Universität für Bodenkultur
(*Ulrich Nanko*)
- 128 Impressum

Vorwort

Am 29. und 30. November 2003 nahmen in Berlin etwa 130 Gäste an Deutschlands bisher wohl bedeutendster Tagung zum Thema *Humanes Leben bis zuletzt – Patientenwille und gesetzliche Regelung der Sterbehilfe in Deutschland* teil. Es war der *Politischen Akademie der Friedrich-Ebert-Stiftung* in Kooperation mit der *Humanistischen Akademie (HAB)* und der *Humanistischen Union (HU)* gelungen, einen sachlichen Diskurs über ein hochaktuelles wie politisch brisantes Thema zu führen.

Allein schon ein Blick auf die beteiligten Verbände, die ihren kleinsten gemeinsamen Nenner in der Forderung nach Trennung von Staat und Kirche haben, zeigt, dass hier die bislang repräsentativste Versammlung von Funktionären und Spezialisten aus dem säkularen Spektrum stattfand, v.a. des *Humanistischen Verbandes Deutschlands (HVD)*, den Organisationen der Freidenker, Atheisten, Agnostiker, Konfessionslosen und Freireligiösen, aber auch sehr zahlreich der *Humanistischen Union*, der *Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS)* und von *visite*, des Besuchs- und Hospizdienstes des HVD Berlin.

Unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie Gästen (z.T. aus dem Ausland) waren medizinethische Experten, Ärzte, Juristen, Vertreter/-innen aus den Bereichen Politik und Patienteninteressen, aber auch der Bestattungs- und Trauerkultur, so dass fachlich fundierte Streitgespräche stattfanden zwischen philosophischen Ethikern, ethisch interessierten Medizinerinnen, bürgerrechtlich orientierten Juristen, praktisch wie politisch tätigen Mitgliedern ihrer Verbände und allgemein nach Aufklärung zum Thema suchenden Gästen. Auffällig war die überraschend große Zahl von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen von Bundestagsabgeordneten, der *Enquete-Kommission Ethik in der Medizin*, dem *Natio-*

nalen Ethikrat und auch einigen kirchlichen Einrichtungen.

Mit dieser Lieferung von *humanismus aktuell* liegt nun das Protokoll dieser Tagung vor, wobei „Protokoll“ nicht korrekt ist, denn die Mehrzahl der Autorinnen und Autoren hat ihre Beiträge zum Teil stark überarbeitet, andere wurden zusätzlich aufgenommen.

Die vier Hauptvorträge wurden gehalten vom Präsidenten der *Humanistischen Akademie*, Dr. Frieder Otto Wolf (Philosoph, Freie Universität Berlin), von Prof. Dr. Dieter Birnbacher (Medizinethiker, *Universität Düsseldorf*, Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirates der DGHS), von Dr. Till Müller-Heidelberg (Rechtsanwalt, langjähriger Vorsitzender der *Humanistischen Union*) sowie von Prof. Dr. Rosemarie Will (Verfassungsrechtlerin, *Humboldt-Universität zu Berlin*, stellvertretende Bundesvorsitzende der HU).

In den regen Debatten über zahlreiche Facetten der Sterbehilfe wurde wiederholt zur deutlichen Unterscheidung von Tötung auf Verlangen, Suizidhilfe, Behandlungsverzicht, Patiententötung ohne Einwilligung des Betroffenen usw. aufgefordert, um die herrschende Konfusion zu überwinden. So blieb die Analyse von D. Birnbacher unwidersprochen, dass die deutsche ebenso wie die niederländische Situation – sowohl rechtlich als auch auf dem Gebiet der palliativmedizinischen Versorgung – unbefriedigend und verbesserungswürdig sei. Dabei hätten allerdings die niederländischen Patienten den Vorteil einer zusätzlichen Wahlmöglichkeit.

Auf diesen Mangel verwies besonders Dr. Christian Arnold (Arzt in Berlin), dessen Position deshalb in diesen Sammelband aufgenommen wurde. Überhaupt hat die Anwesenheit zahlreicher Ärzte die Diskussion um Sterbehilfe sehr konkret gemacht. Dazu später noch eine Anmerkung.

Die Debatten in den fünf Arbeitskreisen sind in dieser Lieferung von *humanismus aktuell* ebenfalls rekonstruierbar in den Beiträgen von Gita Neumann (Psychologin, Berlin, *Humanistischer Verband* [und hier *Bundesbeauftragte für Patientenverfügung und humane Sterbehilfe*], Mitglied der sogenannten *Kutzer-Kommission*), Prof. Dr. Govert den Hartogh (Ethiker, Universität Amsterdam, Holländischer Humanistischer Verband), Prof. Dr. Uwe Körner (Medizinethiker, Berliner *Charité, Humanistische Akademie*).

Der vierte Arbeitskreis *Freitodbegleitung am Beispiel des Dokumentarfilms „Isoldes letzter Sommer“* von PD Dr. Johannes Spittler (Neurologe, Bochum) kann hier nicht adäquat dargestellt werden, weil er an die visuelle Präsentation gebunden ist. Doch ist zu betonen, dass den meisten Anwesenden – weil fachlich Interessierten – der Inhalt des Films geläufig war, so dass sich auch andere auf ihn beziehen konnten, die diesen Arbeitskreis nicht frequentierten. Bereits in der Diskussion erläuterte der J. Spittler einen von ihm selbst ärztlich begleiteten und inzwischen publizierten Fall (*Begrenzung der Autonomie im Locked-In-Syndrom – eine Pflicht zum Leben?* In: *Berliner Medizinethische Schriften*, Heft 48, Berlin 2003). Darauf geht auch sein Beitrag in diesem Sammelband ein.

Aus dem fünften Arbeitskreis – *Positionen der säkularen und fachlichen Verbände und der Patientenbewegung zur Sterbehilfe* – bringt dieses Heft den Beitrag von Evelyne Hohmann (Sozialwissenschaftlerin, *Theodor-Springmann-Stiftung* Berlin, *Humanistische Akademie*). Ihr knapp gehaltenes Resümee fasst die Positionen von Patientenorganisationen zu speziellen Krankheitsbildern wie Aids, Krebs usw. zusammen. Sie arbeitet heraus, dass diese im Wesentlichen andere Interessen verfolgen, als sich für ein humanes Sterben in Würde stark zu machen. Denn selbstverständlich überwiegen hier Probleme des Lebens mit der Krankheit und die Verbesserung der Versorgung dazu.

Das warf in der Diskussion die Frage auf, wer denn nun außerhalb der säkularen Ver-

bände für eine gesetzliche Regelung der Sterbehilfe zu gewinnen wäre und wie es gelingen kann, dass Politikerinnen und Politiker hier ihre Verantwortung für die Würde des Menschen begrifflich wird angesichts der deutlichen Mehrheitsmeinung in allen Umfragen zur Sterbehilfe, die diese stets ausdrücklich befürworten.

In diesem Arbeitskreis, in dem es um die Haltung von Verbänden ging, war auch ein Informationsmaterial spezieller Beratungsgegenstand, der allen Teilnehmern der Tagung vorlag: *Positionen – Säkulare Verbände in Deutschland zur Sterbehilfe*. Die Materialsammlung umreißt die konzeptionellen und politischen Voraussetzungen, die vor der Tagung bestanden. Aus diesem Material druckt *humanismus aktuell* die Positionen des HVD und der DGHS.

Freireligiöse Positionen konnten für diese Dokumentation nicht gefunden werden und auch der *Dachverband Freier Weltanschauungsgemeinschaften* scheint keinen ausgeformten Standpunkt zu haben, denn auf seiner homepage ist die Stellungnahme des *Bundes für Geistesfreiheit Bayern* (bfg) übernommen, die sich als Distanz zu allgemeinen, als religiös definierten Positionen versteht und ansonsten – worauf Anwesende verwiesen – der DGHS nahe sind.

Der *Deutsche Freidenkerverband* befindet sich noch im Diskussionsprozess. Vorliegende Entwürfe – soweit öffentlich zugänglich – dokumentieren ein sehr allgemeines ethisches Abwägen, noch ohne politische Vorschläge. Dagegen sind beim *Internationalen Bund der Konfessionslosen und Atheisten* (IBKA) sehr ausführliche Darlegungen zu finden, die im Kern kontra stehen zur zwangsweisen Lebensverlängerung entgegen dem Patientenwillen und die den Aussagen der DGHS in wesentlichen Punkten verwandt sind.

Wie dieser Textsammlung weiter entnommen werden kann und wie die Tagung selbst zeigte, sprechen sich alle säkularen Verbände in irgendeiner Form für die gesetzliche Regelung der Sterbehilfe aus. In ihren Begründungen haben sich alle diese Verbände von Tei-

len ihrer eigenen Geschichte eindeutig distanziert, besonders von der monistischen Variante der historischen Freidenkerbewegung (Ernst Haeckel, Wilhelm Ostwald u.a.).

Dieser war zu Beginn des 20. Jahrhunderts ein Sterbehilfe- und Freitodbegriff eigen, der weitgehend an die Fähigkeit zu produktiver Arbeit und an einen Lebenswert-Begriff gebundenen war, der Nützlichkeitsabwägungen gehorchte und energetischen bzw. sogar sozialdarwinistischen Kulturtheorien nahe kam. Sterbehilfe als Tötung auf Verlangen und kombiniert mit überhöhten Freitodidealen galt als Erlösung für Familie, Gesellschaft und – als Wert verinnerlicht – für den Einzelnen. Exemplarische Beispiele dafür waren das vergebliche Bitten des siechen Arbeitsinvaliden Roland Gerkan auf der einen und die demonstrative Selbsttötung der Freidenker Paul und Laura Lafargue (geb. Marx) auf der anderen Seite (siehe *humanismus aktuell* 9).

In den Reihen der säkular orientierten Befürworter einer Sterbehilfe gibt es heute zwei unterschiedene Herangehensweisen oder Vorschläge, diese zu bewerkstelligen. Beide Positionen standen sich zwar auf der gesamten Tagung gegenüber und ihre gegenseitigen Abhängigkeiten und jeweiligen Ambivalenzen im Raum:

Die traditionelle und historisch erste Variante (deutlich von der *Humanistischen Union* seit 1981 favorisiert) ist die einer neuen Formulierung des § 216 StGB in einer Form, die aktive Sterbehilfe ermöglicht, den Missbrauch der Tötung auf Verlangen aber ausschließt. Das Vorbild ist hier im weiten Sinne die Holländische Regelung. Vorgeschlagen wird eine Ergänzung des § 216 durch einen neuen 3. Absatz: „Der Täter handelt dann nicht rechtswidrig, wenn er die Tat begangen hat, um einen menschenwürdigen Tod herbeizuführen.“

Dr. Müller-Heidelberg (HU) bleibt auch in der hier vorliegenden schriftlichen Fassung seiner Position dabei, dass das jüngste BGH-Urteil vom 17. März 2003 ein wichtiger Schritt auf dem verfassungsrechtlich richtigen Weg sei, wie er ihn zu beschreiten empfehle. Dieser müsse weitergeführt werden in

Richtung auf eine grundlegende Änderung des schon in den achtziger Jahren von der HU als verfassungswidrig kritisierten Strafrechtsparagrafen 216 (s.o.). Die HU war konsequenterweise auch die einzige auf der Tagung vertretene Organisation, die dessen Änderung ins Zentrum ihrer Forderungen stellte: Tötung auf Verlangen dürfe nicht länger in jedem Fall unter Strafe stehen.

Die neuere, erst in den letzten Jahren verstärkt verfolgte und vom *Humanistischen Verband* in seinen zehn Eckpunkten *Autonomie am Lebensende* erst kürzlich bekräftigte und in diesem Heft nachlesbare Variante ist die – ebenfalls sehr vereinfacht ausgedrückt – des Ausbaus der erlaubten Freitodhilfe: Hier laufen die Forderungen darauf hinaus, die gesetzliche und gesellschaftliche Billigung der straflosen, aber assistierten Selbsttötung und die Entbindung von Ärzten, die das wollen, von ihrer Garantenpflicht zu erreichen.

Der HVD hingegen – in diesem Punkt in der mündlichen Debatte unterstützt besonders von Karl-Heinz Blessing (Kerpen, Vizepräsident der DGHS) – forderte unter Berufung auf nötige konkrete Hilfe für schwerkranke, behinderte und sterbende Menschen einen anderen Schwerpunkt. Jemanden nicht zu bestrafen, der in einer Notsituation einen schwerstleidenden Menschen tötet, soll danach nur unter Berufung auf einen rechtfertigten Notstand (§ 34 StGB) möglich sein. Dabei sollen Ärzte nachweisen müssen, dass mit allen anderen Möglichkeiten (Palliativmedizin, terminale Sedierung, Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen usw.) das geschützte Interesse (hier: Vermeidung von Qualen im Sterben) nicht erfüllbar gewesen ist.

Beide Positionen – und dies war wohl die erfreulichste Erkenntnis der Tagung – sind heute weit weg von abstrakten Definitionen der Sterbehilfe und vertraut mit einer vielgestaltigen Praxis der Patientenverfügungen und der Palliativmedizin. Beide Auffassungen treffen sich in dem Problem, dass Menschen physisch unfähig sein können zur Selbsttötung und beide versuchen das Thema abzugrenzen von der Suiziddebatte über depres-

siv Kranke, aber besonders von der allgemeinen philosophischen Debatte vom tragischen oder heldenhaften Suizid aus Daseinsverdrossenheit, verletzter Ehre, Ehrgeiz oder fixen Idee.

Die beiden unterschiedlichen Herangehensweisen an die Sterbehilfe kamen auch im Dissens über die Bewertung des BGH-Urteils vom 17.03.2003 zum Ausdruck. Dieser wird in *humanismus aktuell 14* besonders in den Beiträgen von Rosi Will und Gita Neumann sichtbar, die beide nun neues Material heranziehen und stark erweiterte Texte vorlegen. Welcher Auffassung der Leser oder die Leserin auch zuneigen mag, deutlich wird in beiden Aufsätzen die Notwendigkeit, individuelle Patientenverfügungen zur eigenen Vorsorge abzuschließen. Und der Text von R. Will ist zudem die bislang umfänglichste juristische Analyse der Patientenverfügungen. Dass in ihm wertend von „Selbstmord“ statt (neutraler) von Suizid bzw. Selbsttötung die Rede ist, sei kritisch angemerkt.

Aber gerade die in der Debatte sich äußernenden Ärzte – von denen sich Chr. Arnold und J. Spittler in diesem Band vernehmlich ausdrücken – wiesen eindringlich darauf hin, wie eng verquickt in der Praxis der gewünschte Tod auf Verlangen und die assistierte Freitodhilfe sind.

Alle anwesenden Verbandsvertreterinnen und -vertreter – so weit sie das Wort ergreifen – waren sich darin einig, dass es gesetzliche Regelungen geben müsse: zur möglichen Hilfe bei Freitod und Straffreiheit seiner Nichthinderung (Entbindung von den Garantenpflichten) sowie zum Abbruch lebensnotwendiger Maßnahmen und zur sogenannten indirekten Sterbeverkürzung unter bestimmten Voraussetzungen.

Die HU hat jedenfalls einen konkreten juristischen Vorschlag und Ideen unterbreitet, auf juristischem Instanzenweg die Änderung des § 216 zu erreichen. Gemeinsam mit den Eckpunkten des HVD – der seine Position

demnächst ebenfalls in konkrete juristische Vorschläge umsetzen zu wollen ankündigte – und den Initiativen der DGHS sowie der anderen Verbände liegt genügend Stoff bereit. Hinzu kommt eine öffentlich angekündigte Aufmerksamkeit für die Realität der Sterbehilfe durch Ärzte. Bleibt zu hoffen, dass die versprochene Gemeinsamkeit trotz unterschiedener Konzepte anhält und der Mut sich bildet zu politischen Aktionen – und dass diese Lieferung von *humanismus aktuell* dazu beiträgt.

Auf der Tagung war viel von Selbstbestimmung die Rede. Darüber wurde berechtigterweise viel Gutes gesagt. Doch deutlich wurde in vielen Diskussionsanmerkungen auch, dass es selbstverständlich stets kulturelle Einflüsse auf alles gibt, was Menschen meinen selber zu bestimmen und wie schwer es fällt, diese sozialisierenden und internalisierten Einflüsse rational zu erkennen. So haben die Verfechter einer humanen Sterbehilfe immer zu bedenken, wie viel eigentlich noch immer direkter oder indirekter familiärer, gemeinschaftlicher und moralischer Druck in Richtung auf eine gewünschte Sterbehilfe ausgeübt werden kann – ganz abgesehen davon, dass jede Selbstbestimmung in Todesnähe abhängt von einem entwickelten Sozial- und Gesundheitssystem, das nicht aus unbilligen, rein kommerziellen Sparsamkeitsgründen Sterbehilfe möchte.

Diejenigen Leserinnen und Leser, die *humanismus aktuell 14* nur des Sterbehilfethemas wegen gekauft haben, bittet der Herausgeber um Verständnis, dass sie auch andre Texte finden. Für die *Humanistische Akademie* und die Redaktion sind die zwei Ausgaben im Jahr die einzige Gelegenheit, auch andere eingegangene Beiträge zu drucken. Aber vielleicht ermuntern gerade sie zu einem Abonnement oder einem Engagement in der *Humanistischen Akademie*.

Horst Groschopp



Eröffnung der Tagung im Berliner Haus der Friedrich-Ebert-Stiftung (fes). V.l.n.r.: Dr. Frieder Otto Wolf, Präsident der Humanistischen Akademie, Dr. Johannes Kandel, Referatsleiter an der fes, Dr. Horst Groschopp, Direktor der HAB

Aufsätze zum Thema

Frieder Otto Wolf

Das Recht auf ein menschenwürdiges Leben gilt bis zum letztem Atemzug

Leben ist kein Eigentum

Die deutsche Debatte über eine rechtliche Regelung von Bedingungen für ein menschenwürdiges, selbstbestimmtes Leben in der letzten Lebensphase bis zum Zeitpunkt des Todes ist unabweisbar und unausweichlich belastet. Es war in diesem Land, dass die verbreiteten Züchter- und Herrschaftsphantasien von Ärzten vom Nazistaat zu Mordprogrammen an so genannten „lebensunwerten Leben“ ausgearbeitet und auch umgesetzt worden sind – ohne dass es eine entsprechende strafrechtliche Aufarbeitung gegeben hätte. Und es waren Kirchenmänner, die am deutlichsten und am hörbarsten diesen Mordaktionen widersprochen haben.

In utilitaristischen oder aus monistischen Traditionslinien – wie sie Teile des Mediziner-Materialismus geprägt haben – war dagegen die Verwirrung größer. Gerade sozialdarwinistische Gedankengänge führten oft zu einer prinzipiellen Zustimmung zu derartigen Züchtungs- und Selektionsprogrammen.

Da muss es hellhörig machen, wenn heute auch in Deutschland vorgerechnet wird, dass ein überdimensionaler Teil aller auf einen Menschen verwendeten Gesundheitsausgaben in dessen letztem Lebensjahr anfallen. Oder wenn selbsternannte „Bioethiker“ nach rationalen Argumenten dafür suchen, in welcher Reihenfolge Menschen mit Behinderungen einen Anspruch auf die Versorgung durch die Gesellschaft erheben dürfen.

Allen Versuchen, im Gesundheitssystem oder in der Versorgung von Menschen mit Behinderungen eine Prozedur der „Triage“ – der Hierarchisierung ihrer Therapie- oder Versorgungswürdigkeit – einzuführen, muss gerade in Deutschland energisch widersprochen werden. Aber auch die Versuche Peter Singers, durch einen utilitaristischen Reduktionismus, der keine qualitativen Prinzipien mehr kennt, das rationale Argumentieren in der Ethik als Tabu-Bruch zu inszenieren, sind als solche zurückzuweisen: Sie unterstellen eine unwürdige Herabsetzung von Menschen zu einem bloßen Mittel des eigenen bzw. des gesellschaftlichen oder staatlichen Handelns.

Allerdings folgt aus dieser Zurückweisung durchaus nicht, dass es zu begründen wäre, Fragen von Tod und Gesundheit in einen Bereich des für Menschen Unverfügbaren zu verweisen, in dem demgemäß menschliche Entscheidungen und menschliche Rationalität als solche unzulässig wären. Was folgt ist vielmehr, dass menschliche Entscheidungen und menschliche Rationalität in diesem Bereich ganz besonders deutlich unter der Anforderung stehen, ihre Voraussetzungen zu reflektieren und überprüfbar zu artikulieren. Und dass scharf zu unterscheiden ist zwischen Entscheidungen, die über die Lage anderer Menschen zu treffen sind und autonomen Entscheidungen über die eigene Lage.

Bei Entscheidungen über die Lage anderer Menschen erfordert der Respekt vor der

Menschenwürde, so weit wie möglich ihre eigenen Entscheidungen zur Grundlage zu machen. Niemand, kein Mensch darf als das Eigentum eines anderen behandelt werden, der frei darüber verfügen kann. Daraus folgt allerdings nicht der Umkehrschluss, dass jeder Mensch als Privateigentümer seiner selbst zu behandeln wäre, der über „seine Sache“ schlicht nach Willkür verfügen kann – sofern er kein Eigentum anderer dadurch gefährdet.

Diese beiden Prinzipien spitzen sich besonders zu, wo es um irreversible Entscheidungen geht – vom Wahl eines Bildungsganges, einer Lebenspartnerschaft oder eines Berufes bis hin zum Umgang mit dem eigenen Tod. In allen Gesellschaften, in denen sich zumindest der Gedanke durchgesetzt hat, dass es keine Herrschaft „von Natur aus“ gibt und geben darf, hat sich als Verfahrensprinzip durchgesetzt, dass die eigene Entscheidung eines menschlichen Subjektes über die eigene Lage in letzter Instanz Vorrang hat vor den – wie auch immer berechtigten – Ansprüchen anderer.

In diesem Sinne wird sowohl die Entscheidung einer Schwangeren zur Abtreibung als auch die eines am Leben Verzweifelten zum „Freitod“ letztlich akzeptiert, solange es jedenfalls eindeutig ist, dass es sich wirklich um die eigene Entscheidung handelt. Dass die deutsche Rechtsentwicklung dies so lange Zeit ganz unterschiedlich behandelte, lässt vor allem erkennen, wie stark die patriarchalische Prägung der Geschlechterverhältnisse in Deutschland bis ins späte 20. Jahrhundert geblieben ist.

Dabei ist gleichermaßen klar, dass die Tötung des Fötus kein Kindermord ist und dass die tiefe Verletzung und Enttäuschung der Nahestehenden durch eine Selbsttötung ihnen kein moralisches Recht darauf gibt, ihre Verhinderung gegen den Willen des betreffenden Subjektes durchzusetzen. Andere Fragen, wie verdienstvoll es wäre, einer Schwangeren eine für sie attraktive Lebensperspektive mit Kind zu ermöglichen, oder einem Suizidären neue, verbesserte Lebensperspektiven zu erschließen, sind

jedenfalls nicht sinnvoll mit den Mitteln des Strafrechts zu behandeln.

Wer die Debatte nicht ins Metaphysische abgleiten lassen will, muss darauf bedacht sein, immer klar auszusprechen, welche Ansprüche und Forderungen an das Handeln von Subjekten zur Verhandlung stehen – und sich nicht darin verwickeln zu lassen, fruchtlose ontologische Fragen zu erörtern, für die es keine wissenschaftlichen Beantwortungswege gibt – und zu denen übrigens vom logischen Typus her auch die mit Recht als ein historischer Skandal betrachtete Rede vom „lebensunwerten Leben“ gehört.

Fragen, wann eigentlich das menschliche Leben beginnt oder wann es aufhört, sind weder eindeutig zu beantworten noch geeignet, die praktischen moralischen und politischen Fragen zu beantworten, welche sich in diesen Bereichen menschlichen Handelns stellen. Die zu lösende Frage ist letztlich immer, in was für einer Art von Gesellschaft wir uns als Menschen zu leben wünschen, um wechselseitig und umfassend unsere eigene Menschenwürde zu respektieren und respektiert zu sehen.

Diese Frage als solche impliziert übrigens bereits ein grundlegendes ethisches Prinzip: Dass es bei moralischen Entscheidungen gleichermaßen auf jeden Menschen ankommt, so dass es grob unmoralisch ist, in seinen Erwägungen Menschen nicht zu berücksichtigen, etwa weil sie einem nicht nahe stehen (keine Deutschen sind oder nicht in Europa leben) oder weil sie in irgendeiner Weise keine „richtigen Menschen“ sind.

Authentischer Wille

Die Grundfragen moralischer Entscheidungen, die in einer konsequenten Umsetzung immer zugleich auch politische Fragen werden, lassen sich allerdings auch keineswegs an eine beruflich spezialisierte Expertise delegieren lässt. JuristInnen und PhilosophInnen können hier nur in so weit auf besonderes Gehör rechnen, als sie Techniken gelernt haben, das rascher, treffsicherer und genauer

zu artikulieren, was jedermann in dieser Art von Fragen spontan „denkt“, wenn er oder sie Zeit und Gelegenheit hätte, sich tiefer damit auseinander zu setzen.

Auch Mediziner haben hier den „Laien“ allenfalls eine Art von Umgangserfahrung mit derartigen Problemen voraus. Auch eine Hierarchisierung von Menschen im Hinblick auf ihre „Würdigkeit“, an derartigen Entscheidungsprozessen teilzunehmen, würde daher ihre eigene Menschenwürde im Kern angreifen. Das ist das Hauptproblem, zu dem die Medikalisierung gemäß der niederländischen Regelung der Sterbehilfe führen kann: Anstatt die Handlungsprobleme zu thematisieren und zu regeln, welche in einem selbstbestimmten und die Menschenwürde respektierenden Umgang mit Problemen des Sterbens liegt, würde deren Lösung allzu einfach in die Hände von Ärzten gelegt – die sicherlich durchaus Vertrauen verdienen, aber einfach nicht beanspruchen können, als ExpertInnen den anderen Beteiligten – vor allem den unmittelbar Betroffenen – die notwendigen Entscheidungen abzunehmen.

Es geht aber auch nicht an die Problemzone zu ignorieren, die zwischen der eindeutigen Selbsttötung und der eindeutig strafbaren Tötung eines anderen liegt. Anders als im niederländischen Recht ist in Deutschland die Beihilfe zur Selbsttötung nicht mit Strafe bedroht. Hier bedarf es aber dennoch einer umfassenden rechtlichen Klarstellung, dass Beihilfe zum Suizid überall dort zulässig ist, wo es sich um einen Bilanzsuizid, d.h. einen Suizid nach wohlwogener Abwägung durch eine frei willensfähige und gut informierte Person handelt. Dagegen spricht einiges dafür, in anderen Suizid-Fällen, die eher als auf pathologische oder auf „Kurzschluss-Reaktionen“ zurückgehen, eine strafrechtliche Verantwortung von „übereifrigen HelferInnen“ zu prüfen.

Die Problematik der Beihilfe zum Suizid betrifft aber nur einen Teil der hier zu klärenden Fragen. Ein anderer Teil betrifft diejenigen PatientInnen, deren authentischer Wille nicht mehr von ihnen selbst artikuliert werden kann. Der umgekehrte Fall der Aufnahme einer Heil-

behandlung, der grundsätzlich der Zustimmung der PatientInnen bedarf und nicht etwa vom medizinischen Personal eigenmächtig entschieden werden darf, macht hier bereits klar, dass es ohne eine Bezugnahme auf den anzunehmenden Willen der PatientInnen nicht möglich ist, hier verantwortlich und moralisch unbedenklich zu handeln. Sonst müsste jeder bewusstlose Patient unbehandelt bleiben, da seine Zustimmung zur Behandlungsaufnahme nicht einzuholen ist.

Hier sind vor allem rechtlich verlässliche Formen zu finden, wie PatientInnen ihren authentischen Willen gleichsam präventiv kommunizieren können (PatientInnenverfügungen). Aber auch Verfahren, wie auf überprüfbare Weise ein authentischer Wille aufgrund von Aussagen von Angehörigen und Nahestehenden rekonstruiert werden kann. Das gilt für die Frage einer Behandlungsaufnahme (bzw. der Nichtaufnahme einer Heilbehandlung) ebenso wie für die Frage eines Behandlungsabbruchs – auch wenn ein großer Teil der medizinischen Praxis hier mit unterschiedlichen Maßstäben zu operieren scheint, wenn wir der medizinethischen Debatte hier Glauben schenken können.

Aus diesem Missverständnis ergibt sich m.E. die sonst schwer zu begreifende Tendenz, in medizinethischen Fragen das „aktive Handeln“ und das „passive Zulassen“ unterschiedlich zu bewerten – was bei nüchterner Betrachtung selbst bei dem scheinbar noch einfacheren Unterschied von „Tun“ und „Unterlassen“ bereits nicht einleuchten kann: Etwa zwischen der Nichtzurückzahlung einer Schuld (als Unterlassen) und der Unterschlagung eines Wertes besteht allenfalls insofern ein bewertungsrelevanter Unterschied, als das Tun mehr Planung und Handlungsenergie erfordert.

Medizinische Versorgung und Patientenwille

Der Behandlungsabbruch, der in der Medizin gerne als ein bloßes Zulassen des Sterbens an der jeweiligen Erkrankung konstruiert wird,

besteht in Wirklichkeit zumeist aus einigen signifikanten Handlungen. Nur die Nichtaufnahme einer Behandlung besteht in einer Unterlassung – die selbstverständlich strafbar sein sollte, wenn ein erkennbarer PatientInnenwille zur Behandlung zu unterstellen ist.

In derartigen Rekonstruktionsverfahren des anzunehmenden PatientInnenwillens wird medizinischer Sachverstand eine durchaus wichtige, aber nicht allein ausschlaggebende Bedeutung haben: MedizinerInnen können abklären, wie die konkrete Lage und die zu erwartenden Perspektiven von PatientInnen aussehen, sie können aber nicht wissen, welche existenzielle Haltung ein/e PatientIn dazu einnehmen würde. Hier haben PatientInnenverfügungen und PatientInnenvertreterInnen einen wichtigen Stellenwert, der im Recht grundsätzlich unabhängig von Entscheidungen der Vormundschaftsgerichte eigenständig zu regeln ist: Wenn auf eine derartige Weise belastbar abgeklärt werden kann, dass die PatientInnen eine derartige Lage und Perspektiven als völlig unerträglich erlebt hätten, dann müssen Formen gefunden werden, wie auch eine aktive Sterbehilfe möglich wird. Wenn allerdings daran ein begründeter Zweifel bestehen bleibt, dann müsste ebenso klar sein, dass ein derartiger Eingriff verboten und strafbar ist.

Ein besonders schwieriger Fall scheint der eines Demenzerkrankten zu sein, der sich selber vergessen hat, sich aber vielleicht offensichtlich ganz animalisch des Lebens erfreut, auch wenn dieses Leben seiner früheren Persönlichkeit eindeutig und vielleicht ausdrücklich erklärt völlig unwürdig und beschämend vorgekommen wäre. Ich sehe hier nicht, wie eine Abwägung des mutmaßlichen Patientenwillens in einem solchen Fall von etwas anderem ausgehen kann, als dem erkennbaren Wunsch dieses „animalischen“ Menschenwesens. Forderungen seiner früheren Person auf Tötung dieses Lebewesens erscheinen mir demgegenüber eine ganz unbegründete Anmaßung darzustellen.

Eine entsprechende Patientenverfügung würde m.E. mit dem psychischen Untergang dieser Persönlichkeit nichtig. Wenn dagegen

ein Leiden vorliegen sollte, das unheilbar und unerträglich schmerzhaft im Sinne der niederländischen Regelung ist, würde dagegen eine entsprechende Patientenverfügung nicht nur eine terminale Sedierung, sondern u.U. auch eine Tötung auf Verlangen rechtfertigen.

Ein weiterer Bereich liegt noch tiefer im Kompetenzbereich medizinischer Expertise, ohne allerdings völlig in ihm aufzugehen: Bei PatientInnen, deren Tod als ohnehin nicht mehr abzuwenden gilt, die zugleich große Schmerzen leiden, gilt es heute schon als zulässig, die verabreichten Schmerzmittel so stark zu dosieren, dass noch eine Schmerzminderung erreicht werden kann, auch wenn das absehbar die noch verbleibende Lebenserwartung verkürzt.

Auch hier wäre m.E. die Grauzone auflösbar, wenn dem verantwortlichen Arzt / der verantwortlichen Ärztin eine belastbare Information (am besten auf der Grundlage einer Patientenverfügung, hilfsweise aber auch aufgrund von Untersuchungen über die im bisherigen Leben des / der PatientIn praktizierte Einstellungen) über die zu unterstellende Haltung der PatientIn zur Verfügung gestellt wird und er sein medizinisches Urteil und seine Entscheidung mit einem/r PatientInnenvertreterIn erörtern muss.

Auch die „terminale Sedierung“, die in der medizinischen Praxis offenbar eine zunehmende Rolle spielt, bedarf grundsätzlich einer klaren Regelung. Auch wenn derartige Regelungen gefunden und angemessen in die juristische und medizinische Praxis umgesetzt werden, wird eine begrenzte ungeregelte Grauzone bleiben. Hier scheint es mir nur noch moralisch möglich zu sein, Fälle von *bona fides* der beteiligten Angehörigen oder des medizinischen Personals in Betracht zu ziehen, in denen wegen Verbotsirrtum keine Schuld festgestellt werden kann – und in eng begrenzten Fällen den Richtern offen zu stellen, in Würdigung der gesamten Umstände von einer Strafverfolgung abzusehen.

Es wird aber auch Fälle geben, in denen Angehörige der medizinischen Berufe durch eigenmächtige Fehlentscheidungen unab-

weisbar Schuld auf sich gelegen haben. Hier wird eine Klärung der Rechtslage u.U. zu einer Strafverfolgung führen, die gegenwärtig wegen der Ungeklärtheit des gesamten Feldes unterbleibt. Das wäre ganz ausdrücklich zu begrüßen. Die Thematisierung der Selbstbestimmung am Lebensende kann und darf kein Freibrief zur Tötung von Menschen werden.

Plädoyer für mehr Klarheit

Medizinische Versorgung ist in jeder Gesellschaft immer auch ein Einsatz von Politik. Damit Regelungen wie die hier diskutierten nicht von Anfang an pervertiert werden – so wie auch sozialer Druck angeblich „nutzlose Menschen“ in den Freitod treiben kann – ist die elementare Voraussetzung, dass der Grundkonsens gewahrt bleibt, dass eine menschenwürdige medizinische Versorgung und Pflege ein Menschenrecht ist, das auch durch hohes Alter, chronische Erkrankungen

oder Behinderungen um kein Gramm gemindert werden darf. Hier bleibt auch die Solidarität mit der überwiegend christlich geprägten Hospizbewegung wichtig, ebenso wie die mit den PatientInnenbewegungen und den Bewegungen von Menschen mit Behinderungen.

Dennoch bleibt es eine unabweisbare Aufgabe, in dieser Problemzone zu klareren rechtlichen Regelungen zu kommen, denn nur so besteht die begründete Aussicht, in diesem Bereich des Umgangs mit menschlichen Individuen zu einer bewussten und kontrollierbaren humanen Praxis zu kommen. Das würde selbst dann gelten, wenn wir optimistisch davon ausgehen könnten, dass die gegenwärtig stattfindende Praxis aufgrund des hohen individuellen Ethos der medizinischen und der Pflegeberufe bereits vergleichbare Regeln als ethische Gebote beachtet: Allein schon der mit derartigen rechtlichen Regelungen verbundene Gewinn an Durchsichtigkeit und Verantwortbarkeit würde die menschliche Würde aller Betroffenen stärken.

Literatur

- Dieter Birnbacher: Recht auf Sterbehilfe – Pflicht zur Sterbehilfe? In: Sterbehilfe – Handeln oder Unterlassen? Hg. von F.-J. Illhardt, H.W. Heiss u. M. Dornberg. Stuttgart u. New York 1998, S.125-136.
Erfassung zur Vernichtung. Von der Sozialhygiene zum „Gesetz über Sterbehilfe“. Hg. von Karl Heinz Roth. Berlin 1984.
Norbert Hoerster: Sterbehilfe im säkularen Staat. Frankfurt a.M. 1998.
Klaus Kutzer: Rechtliche Aspekte der Sterbehilfe. In: Medizin und Gewissen. Wenn Würde ein Wert würde. Kongressdokumentation. Hg. von Stephan Kolb u.a. Frankfurt a.M. 2002.
Matthias Mettner u. Regula Schmidt-Mannhart: Wie ich sterben will? Autonomie, Abhängigkeit und Selbstverantwortung am Lebensende. Zürich 2003.
Peter Moeschl: Das Sterben der anderen – ein liberales Paradoxon. Wien 1999.

Dieter Birnbacher

Eine ethische Bewertung der Unterschiede in der Praxis der Sterbehilfe in den Niederlanden und in Deutschland

Die Praxis der Sterbehilfe in den Niederlanden und in Deutschland – Fakten und Vermutungen

Die Praxis der Sterbehilfe in den Niederlanden unterscheidet sich von der in Deutschland zunächst durch das, durch das sie sich von der Praxis fast aller anderen Länder unterscheidet, nämlich durch die vergleichsweise hohe Zahl von Akten *ärztlicher aktiver Sterbehilfe* bei unheilbar Schwerkranken. Nach den flächendeckenden Erhebungen zur Situation der Sterbehilfe in den Niederlanden wird in den Niederlanden in zwei- bis dreitausend Fällen pro Jahr aktive Sterbehilfe auf ausdrückliches Verlangen eines unheilbar Kranken ausgeführt, in ungefähr zausend Fällen aktive Sterbehilfe ohne ausdrückliches Verlangen eines unheilbar Kranken. Dabei handelt es sich überwiegend um Krebskranke im Spätstadium der Erkrankung.

Im Gegensatz dazu muss man davon ausgehen, dass in Deutschland Fälle ärztlicher aktiver Sterbehilfe mit oder ohne Verlangen des unheilbar Kranken selten sind. Nach den Ergebnissen einer repräsentativen Befragung deutscher Ärzte von 1996 wird die Frage, ob sie Fälle aktiver Sterbehilfe während ihrer medizinischen Berufsausübung erlebt hätten, von nur 6,4 % der Krankenhausärzte und von 10,5 % der niedergelassenen Ärzte bejaht. Es ist allerdings nicht auszuschließen, dass die realen Zahlen höher sind, da Fälle von aktiver Sterbehilfe leicht als *indirekte Sterbehilfe* getarnt werden können, z.B. indem höhere als zum Zweck der Schmerzlinderung erforderliche Dosen Morphin oder zweckdienliche Dosen mit der – schwer zu überprüfenden – *Intention* der Lebensbeendigung gegeben werden.

Analoges gilt für die Fälle von ärztlicher Beihilfe zum Suizid bei unheilbar Kranken. Nach

den Erhebungen von van der Wal und van der Maas beliefen sie sich für die Niederlande im Jahr 1990 wie im Jahr 1995 auf ungefähr 400 Fälle. Obwohl eine entsprechende Ziffer für Deutschland nicht bekannt ist, ist zu vermuten, dass sie geringer ist – nicht zuletzt deshalb, weil in Deutschland die ärztliche Beihilfe zum Suizid, obwohl sie anders als in den Niederlanden nicht generell mit Strafe bedroht ist, als standeswidrig gilt und bei Bekanntwerden (wie im Fall Hackethal) standesrechtliche Sanktionen nach sich ziehen kann.

Insgesamt gehen die beiden Länder in der Sterbehilfe also deutlich verschiedene Wege. Während in den Niederlanden alle Varianten der Sterbehilfe eine gewisse Rolle spielen, sind die Möglichkeiten der Sterbehilfe in Deutschland begrenzt, wobei interessanterweise nicht nur die objektiv rechtlichen Regelungen die Hauptrolle spielen, sondern auch die – oft unbegründeten – Befürchtungen von Ärzten, sich durch Sterbehilfe strafbar zu machen.

So zeigt sich immer wieder, dass vielen deutschen Ärzten nicht bekannt ist, dass der Abbruch einer lebenserhaltenden Behandlung entsprechend dem ausdrücklichen (aktuellen oder durch eine Vorausverfügung bekundeten) oder mutmaßlichen Willen des Patienten nicht nur rechtlich zulässig, sondern eine Weiterbehandlung gegen den Willen des Patienten rechtlich *unzulässig* ist und strenggenommen den Tatbestand der Körperverletzung erfüllt. Eine einmal aufgenommene lebensverlängernde Behandlung muss nach denselben rechtlichen Kriterien abgebrochen werden, nach denen auch eine Behandlung von vornherein nicht aufgenommen werden darf.

Zwar ist die Nichtaufnahme einer Behandlung für Ärzte und Pflegekräfte in der Regel leichter zu bewältigen als ein Abbruch einer einmal aufgenommenen Behandlung. Mit

der Aufnahme der Behandlung wird eine Rollenbeziehung zum Patienten eingegangen, die bei der Nichtaufnahme einer Behandlung nicht in derselben Weise vorliegt. Außerdem ist der Abbruch einer Behandlung vielfach mit einem aktiven Tun verbunden, etwa dem Ausschalten eines Beatmungsgeräts. Aber diesen Differenzen stehen keine entsprechenden Differenzen auf der normativen Seite gegenüber. Für die Nichtweiterführung einer einmal aufgenommenen lebensverlängernden Behandlung ist der Wille des Patienten in genau derselben Weise verbindlich wie für die Nichtaufnahme einer lebensverlängernden Behandlung. Und der Abbruch einer einmal aufgenommenen Behandlung gilt rechtlich nicht als aktive, sondern als passive Sterbehilfe.

Obwohl die Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe in der Bevölkerung nur wenig geringer ist als in den Niederlanden, stoßen Initiativen zu einer auch nur begrenzten rechtlichen Zulassung der aktiven Sterbehilfe bisher auf Widerstand, besonders von seiten der Politik und der ärztlichen Standespolitik. Einige Ärztfunktionäre erklären sich zwar öffentlich bereit, eigenen Nahestehenden gegebenenfalls aktive Sterbehilfe zu leisten, lehnen aber nichtsdestoweniger eine allgemeine Praxis (bzw. eine legitimierte Praxis) – zumeist aus Furcht vor möglichen „Damnbrüchen“ – ab. Der 1986 von einem mehrheitlich eher konservativ besetzten Arbeitskreis aus Professoren des Strafrechts und der Medizin vorgelegte Entwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe, der eine Strafbefreiungsklausel für bestimmte eng begrenzte Fälle aktiver Sterbehilfe auf Verlangen vorsah, ist schnell in den Schubladen verschwunden. Außer von seiten der *Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben* scheint gegenwärtig kein spürbares Interesse zu bestehen, ihn aus der Schublade hervorzuholen.

Ethische Bewertung

Wie ist die Divergenz zwischen den zwei benachbarten Ländern ethisch zu bewerten? Ich teile nicht die vielfach vertretene Auffas-

sung, dass die aktive Sterbehilfe ein *grundsätzliches* ethisches Minus gegenüber der passiven und indirekten Sterbehilfe verdient oder aus grundsätzlichen Gründen verworfen werden muss. Wenn Einwände gegen die aktive Sterbehilfe zu erheben sind, dann eher aus *pragmatischen* als aus *prinzipiellen* Gründen.

Auf den ersten Blick scheint es für die moralische Beurteilung einen erheblichen Unterschied zu machen, ob eine bestimmte Folge – hier der Tod des Patienten – als Folge eines aktiven Eingreifens oder eines bloßen Geschehenlassens eintritt. Schon die kausale Lage scheint unvergleichbar. Das eine Mal scheinen die Kausallinien vom menschlichen Eingreifen auszugehen, das andere Mal von den natürlichen Todesursachen, ohne jede kausale Beteiligung des Untätigen. Dieser Eindruck täuscht jedoch. Bei näherem Hinsehn zeigt sich, dass auch das Untätigbleiben dessen, der bloß passive Sterbehilfe leistet, kausal an dem Geschehen beteiligt ist. Sein Untätigbleiben hat zur Folge, dass der Patient früher stirbt, als er andernfalls sterben würde. Würde der Arzt eingreifen, würde der Patient länger leben.

Gelegentlich wird die ethische Differenzierung dadurch begründet, dass sich aktive und passive Sterbehilfe in der zugrundeliegenden *Absicht* unterscheiden. Bei einer aktiven Sterbehilfe sei der Tod des Patienten beabsichtigt, während er bei der passiven Sterbehilfe in der Regel *nicht* beabsichtigt sei. Aber auch dann, wenn man der Absicht eines Verhaltens (und nicht nur den vorausgesehenen Folgen) ethisches Gewicht zugesteht, lässt sich damit eine entsprechende ethische Unterscheidung nicht begründen. Von einem „Geschehenlassen“ sprechen wir nur dann, wenn die Folgen nicht nur das erwartete, sondern auch das *angestrebte* Resultat des jeweiligen Verhaltens sind. Jedes Verhalten, das sich als passive Sterbehilfe versteht, hat notwendig die Nicht-Verlängerung des Lebens des Patienten zum Ziel, d.h. einen früheren Todeseintritt, als er andernfalls zu erwarten wäre. Selbstverständlich wird dieses Ziel dabei nicht als letztes Ziel angestrebt. Es wird nur als Zwi-

schenziel angestrebt, das seinerseits im Dienste der Leidensminderung steht. Aber das ändert nichts daran, dass es als Mittel angestrebt und als solches gewollt wird. Die moralische Ungleichbehandlung von aktiver und passiver Sterbehilfe lässt sich deshalb nicht darauf zurückführen, dass der Tod einmal beabsichtigt, das andere Mal lediglich vorausgesehen ist.

Für die weitere Diskussion empfiehlt es sich, zwischen drei verschiedenen Formen der aktiven Sterbehilfe unterscheiden. Es wird dabei jeweils vorausgesetzt, dass sich der Patient in einem schweren und irreversiblen Leidenszustand befindet:

- aktive Sterbehilfe auf ausdrückliches Verlangen eines urteilsfähigen und seine Situation erfassenden Patienten
- aktive Sterbehilfe ohne ausdrückliches Verlangen bei einem nicht oder nur eingeschränkt urteilsfähigen und seine Situation nicht vollständig erfassenden Patienten
- aktive Sterbehilfe ohne ausdrückliches Verlangen bei einem urteilsfähigen und seine Situation erfassenden Patienten.

Nach den niederländischen Erhebungen wird aktive Sterbehilfe in den Niederlanden in allen drei Formen ausgeübt, wobei die letzte Form wohl nur einige wenige Fälle betrifft. Leider sind die Auskünfte der Erhebungen gerade in diesem heiklen Punkt unklar. Es ist offensichtlich, dass gegen die dritte Form sehr viel schwerwiegendere ethische Einwände sprechen als gegen die zweite, gegen diese wiederum sehr viel schwerwiegendere als gegen die erste.

Nach meiner – von vielen Ethikern geteilten – Auffassung ist die dritte Form ethisch eindeutig unakzeptabel, die zweite bedenklich, die erste mit Einschränkungen akzeptabel.

Die *dritte* Form der aktiven Sterbehilfe ist m.E. so eindeutig ethisch inakzeptabel, dass sie keiner weiteren Diskussion bedarf.

Für die *zweite* Fallgruppe lässt sich eine Lösung nicht so leicht finden. Ein urteilsfähiger Patient kann sich in derselben verzweifelten Notlage befinden wie ein urteils-

fähiger Patient und mit demselben guten Recht ein Ende seiner Leiden herbeiwünschen. Ein bloßer Behandlungsabbruch oder eine palliative Behandlung kann bei einem urteilsunfähigen Patienten im Einzelfall ebenso unvermögend sein, ihm seine Lage zu erleichtern wie bei einem urteilsfähigen Patienten, der zu einem ausdrücklichen Verlangen fähig ist bzw. dessen ausdrückliches Verlangen nicht in derselben Weise für unbeachtlich gehalten wird.

Nach ärztlichen Schätzungen sollen immerhin fünf Prozent aller Krebschmerzen im Endstadium auch durch die beste Palliativbehandlung nicht kontrollierbar sein. Erklärt man eine aktive Sterbehilfe bei nicht-urteilsfähigen Patienten für generell unzulässig, nimmt man also in Kauf, dass diese Patienten gegenüber den urteilsfähigen gravierend benachteiligt werden. Ist es ethisch vertretbar, diese Benachteiligung aus Gründen erhöhter Sicherheit in Kauf zu nehmen?

Die an dieser Stelle erforderliche Güterabwägung wird erschwert durch die Unsicherheit jeden Versuchs, die Risiken aus der Zulassung einer nicht ausdrücklich verlangten aktiven Sterbehilfe bei nicht-urteilsfähigen Patienten einigermaßen verlässlich abzuschätzen. Auf der einen Seite steht das Leiden derjenigen nicht-urteilsfähigen Patienten, denen auch durch Behandlungsabbruch und Palliativmedizin nicht angemessen geholfen werden kann. Ihnen wäre möglicherweise mit einer aktiven Sterbehilfe ohne ausdrückliches Verlangen, also durch eine Mitleidstötung zu helfen.

Auf der anderen Seite stehen die Risikopotentiale einer Praxis, in der das Ausmaß des Leidens und der mutmaßliche Wille des Patienten durch den Arzt ohne Absicherung durch einen wirksam geäußerten Patientenwillen abgeschätzt werden muss. Auch wenn der Arzt sich redlich bemüht, die Binnenperspektive des Patienten einzunehmen und sich von eigenen und fremden emotional oder interessenbedingten Projektionen freizumachen, ist nicht auszuschließen, dass Fremdinteressen – wie das Interesse, das schwere Sterben eines anderen nicht miterle-

ben zu müssen – in derartige Beurteilungen einfließen, mit der Folge, dass das Leben des Schwerkranken in einer von diesem nicht gewünschten Weise verkürzt wird.

Freilich sind diese Abwägungsschwierigkeiten keine Besonderheit der aktiven Sterbehilfe. Sie gelten ebenso für die allgemein für zulässig gehaltene Praxis des Behandlungsabbruchs. Insofern erscheint mir die in Deutschland verbreitete Kritik an der Undurchsichtigkeit der niederländischen Praxis der aktiven Sterbehilfe ohne Verlangen bei nicht urteilsfähigen Patienten zumindest solange einseitig, wie sie nicht auch die parallelen Undurchsichtigkeiten des in Deutschland praktizierten Behandlungsabbruchs ohne ausdrückliches Verlangen bei nicht-urteilsfähigen Patienten moniert. Wann eine Behandlung bei nicht Urteilsfähigen abgebrochen wird, ist in Deutschland ebenso wenig reguliert wie die aktive Sterbehilfe bei Nicht-Urteilsfähigen in den Niederlanden und liegt ebenso weitgehend in der Entscheidungshoheit des Arztes.

Ich neige dazu, die aktive Sterbehilfe ohne Verlangen bei nicht-urteilsfähigen Patienten als allzu missbrauchsgefährdet abzulehnen. In den schwierigen Fallkonstellationen, um die es dabei geht, würde dem Wohl des Patienten, aber auch einer eventuell vorliegenden Patientenverfügung, mit der der Patient eine Fortsetzung der Behandlung (einschließlich künstlicher Ernährung und Hydrierung) unter den gegebenen Bedingungen vorgehend abgelehnt hat, durch einen Behandlungsabbruch, möglicherweise verbunden mit einer terminalen Sedierung, die dem Patienten das Erleben der Symptome des Behandlungsabbruchs erspart, deutlich besser gedient.

Es gibt eine Reihe von Gründen, die erste Form der aktiven Sterbehilfe für akzeptabel zu halten. Ein Grund ist, dass mit einer Praxis der aktiven Sterbehilfe auf Verlangen die Optionen des Patienten für den Fall eines schweren Leidenszustands wesentlich erweitert werden. Er hat mehr Wahlmöglichkeiten – sowohl in der akuten Situation unheilbarer Krankheit als auch in gesunden Zeiten, in

denen er sich möglicherweise vor einer schweren letzten Lebensphase ängstigt.

Nicht nur für den realen, sondern schon für den potentiellen Patienten kann das Wissen um die Möglichkeit, gegebenenfalls auf aktive Sterbehilfe als *ultima ratio* der Leidensbegrenzung rechnen zu können, eine gute Nachricht sein. Die Tatsache, dass die überwiegende Mehrheit der Ärzte in Deutschland zu einer aktiven Sterbehilfe nicht bereit ist, wird – zumindest nach meiner Erfahrung – von den Patienten keineswegs durchgängig mit Erleichterung aufgenommen. Denn weder die Alternativen einer lediglich passiven Sterbehilfe oder die einer Leidenslinderung durch palliativmedizinische Maßnahmen bieten in jedem Fall einen Ausweg. Ein Behandlungsabbruch mit der Folge eines möglicherweise lang hinausgezogenen Sterbeprozesses kann durchaus beschwerlicher und qualvoller als der künstlich verkürzte sein.

Und auch die beeindruckenden Möglichkeiten der Palliativmedizin bieten nicht immer eine Alternative – *erstens* deshalb, weil die Entwicklung der Palliativmedizin in den Niederlanden wie in Deutschland noch in den Anfängen steckt und ihr Potential längst nicht überall zur Verfügung steht; und *zweitens* deshalb, weil in einem kleinen, aber bedeutsamen Teil der Fälle auch die fortgeschrittenste Palliativmedizin machtlos ist gegen Schmerz, Atemnot, Übelkeit und andere krankheitsbedingte Leiden, die die letzte Lebensphase zur Qual machen können.

Im Übrigen kann vielfach auch eine optimale Schmerzbehandlung die Belastungen nur unwesentlich mildern, die die Hauptgründe für das Verlangen nach Sterbehilfe ausmachen: der irreversible Verlust von Autonomie, das Gefühl von Würdelosigkeit und das Empfinden, anderen zur Last zu fallen.

Meine Bedenken gegen die Praxis der aktiven Sterbehilfe sind weniger prinzipieller als pragmatischer Art und richten sich vor allem auf die begrenzte Kontrollierbarkeit einer solchen Praxis. Für den Arzt bedeutet die Erlaubtheit der aktiven Sterbehilfe nicht nur, dass er in verstärktem Maße mit Bitten um

aktive Sterbehilfe konfrontiert wird und dass ihn die Erfüllung dieser Bitte im Regelfall psychisch erheblich belastet. Sie bedeutet auch, dass ihm ein erhebliches Quantum an Macht über den Patienten zuwächst. Diese Macht kann, da sie missbrauchbar ist, für den aktuellen und potentiellen Patienten gefährlich werden, insbesondere dadurch, dass die Erfordernis eines ausdrücklichen Sterbeverlangens nicht eingehalten und das Leben eines Patienten, wenn nicht *gegen*, so doch *ohne* seinen erklärten Willen beendet wird.

Dieses Bedenken begründet keine pauschale Verwerfung der aktiven Sterbehilfe auf Verlangen. Sie legt jedoch die Überlegung nahe, ob nicht der Sicherheit des Patienten vor Fremdbestimmung mit anderen Praktiken besser gedient wäre:

- mit einer erweiterten Praxis der Kombination von Behandlungsabbruch und terminaler Sedierung, d.h. einer bis zum Todeseintritt andauernden Ausschaltung des Bewusstseins
- einer kontrollierten Praxis des ärztlich unterstützten Suizids, wie sie gegenwärtig in dem amerikanischen Bundesstaaten Oregon verwirklicht ist.

Der Unterschied zur aktiven Sterbehilfe liegt im ersten Fall der Kombination von Behandlungsabbruch mit terminaler Sedierung darin, dass die vom Arzt gegebene Sterbehilfe keine hinreichende, sondern lediglich eine notwendige kausale Bedingung für den Tod des Patienten ist. Was hinzukommen muss, ist die Erkrankung bzw. Behandlungsbedürftigkeit des Patienten. Von einer aktiven (direkten) Sterbehilfe kann nur gesprochen werden, wenn die ärztliche Maßnahme eine kausal hinreichende Bedingung des Todes des Patienten ist und der Krankheitszustand des Patienten für seinen Tod deshalb keinerlei Unterschied macht. Eine Todesspritze würde auch einen Gesunden töten. Bei einem Behandlungsabbruch mit terminaler Sedierung stirbt der Patient im Gegensatz dazu letztlich immer auch an seiner Erkrankung.

Im zweiten Fall des ärztlich assistierten Suizids liegt der entscheidende Unterschied zur

aktiven Sterbehilfe darin, dass dem Arzt eine weniger dominante Rolle zufällt. Indem der Arzt nicht mehr die ausführende, sondern nur noch eine unterstützende Rolle übernimmt, wird das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und das Interesse des Patienten an Schutz vor Missbrauch eindeutiger gewahrt.

Das rechtsethische Problem

Sterbehilfe ist nicht nur ein ethisches, sondern auch ein *rechtsethisches* Problem, d.h. es muss unter ethischen Gesichtspunkten geklärt werden, ob und wenn ja, in welchem Ausmaß und mit welcher Regelungsdichte eine ärztliche Sterbehilfe *verrechtlicht* werden sollte, wie groß die Spielräume ärztlichen Ermessens sein sollten und in welchem Maße Divergenzen zwischen Rechtsnorm und etablierter und akzeptierter Praxis tolerierbar sind.

Ich mache keinen Hehl aus meiner Auffassung, dass ein allzu krasses Auseinandergehen von Rechtsnorm und faktisch etablierter Praxis ein beträchtliches Risiko birgt – das Risiko einer systematischen Erosion der Rechtssicherheit und der Verbindlichkeit des Rechts. Wenn etwas verboten ist oder für rechtswidrig erklärt ist, sollte es auch nicht getan werden dürfen. Der juristische Kniff, offenkundige Verbotsnormen auf einen bloß „deklaratorischen“ Status herunterzuinterpretieren und aus ihnen quasi pädagogische Ermahnungen ohne konkrete Rechtsfolgen zu machen, entspricht nicht dem üblichen – und erhaltenswerten – Verständnis von rechtlichen Verboten.

Man wird deshalb nicht beides haben können: die Aufrechterhaltung eines strafrechtlichen Verbots der aktiven Sterbehilfe und eine etablierte und von allen Beteiligten überwiegend gebilligte Praxis der systematischen Verletzung dieses Verbots. In dieser Hinsicht war die Situation in den Niederlanden bis zur strafrechtlichen Regelung von 2001 unbefriedigender als die Situation in Deutschland – zumindest was die Sterbehilfe betrifft.

Mit der Novellierung des § 218 hat sich der rechtliche Umgang mit dem Schwangerschaftsabbruch in Deutschland dem früheren niederländischen Umgang mit der aktiven Sterbehilfe allerdings bedenklich angenähert, insofern nunmehr eine etablierte Praxis des Schwangerschaftsabbruchs im ersten Trimester durch den Wegfall von „Indikationen“ einerseits faktisch ausgeweitet, im selben Zuge aber auch für rechtswidrig erklärt worden ist. Es wäre ehrlicher und eindeutiger, eine Ausnahme von der Rechtswidrigkeit und nicht nur eine Ausnahme von der Strafbarkeit zu machen.

Vielfach werden Bedenken laut gegen das Ansinnen, die Intimität der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung mit dem Instrument des Rechts – und dann sogar des Strafrechts – regulieren zu wollen und damit in den innersten Nahbereich der Person einzudringen. Diese Bedenken sind verständlich. Sie sind jedoch m.E. nicht stark genug, dem Argument Genüge zu tun, das die sachbedingte Nähe der Sterbehilfe zu schwerwiegenden Straftaten wie Totschlag und Mord sowie das Bedürfnis nach rechtlicher Sicherheit für alle Beteiligten eine möglichst klare und hinreichend eindeutig überprüfbare rechtliche Grenzziehung erfordert. Akte der Sterbehilfe in einer Grauzone des privaten und unkontrollierbaren Ermessens zu belassen, würde vor allem dem auf der Seite der Patienten ausgeprägten Bedürfnis nach Sicherheit vor missbräuchlichen Übergriffen und dem Bedürfnis nach Schutz vor Eigenmächtigkeit zu wenig gerecht.

Auch nachdem die niederländische Gesetzgebung zur Sterbehilfe rechtliche Klarheit gebracht hat, sind die in den Niederlanden geltenden Verfahrensregelungen wenig dazu angetan, die die Sterbehilfe weiterhin umgebende Grauzone aufzuhellen. Dem Arzt muss das Ansinnen, ausgeführte Akte aktiver Sterbehilfe zur Anzeige zu bringen und sich deren Unbedenklichkeit nach einer längeren Wartezeit durch eine Unbedenklichkeitserklärung bestätigen zu lassen, förmlich dazu einladen, es mit der Meldung nicht so ernst zu nehmen. Um ein höheres Maß an Gesetzeskonformität,

Durchsichtigkeit und Rechtssicherheit zu erreichen, wäre eine Verfahrensregelung vorzuziehen, bei der der Arzt eine richterliche Genehmigung vor der Ausführung der aktiven Sterbehilfe einholt, ähnlich wie bei Zwangsmaßnahmen bei unter Betreuung stehenden Patienten eine vormundschaftsrichterliche Genehmigung eingeholt werden muss.

Ein *grosso modo* - Vergleich

Vergleicht man den *status quo* in den Niederlanden und in Deutschland scheint mir die niederländische Praxis selbst dann, wenn man die ethisch inakzeptablen Fälle von Sterbehilfe ohne Verlangen berücksichtigt, insgesamt immer noch vorzugswürdig. Grundlage dieser Einschätzung ist die Überzeugung, dass es für eine ethische Beurteilung zuallererst auf die Sicht der aktuellen und potentiellen Patienten ankommt. Unter diesem Gesichtspunkt ist die Situation in den Niederlanden der in Deutschland in mehreren Hinsichten überlegen:

Erstens stehen in den Niederlanden mit der ärztlichen aktiven Sterbehilfe und dem ärztlich unterstützten Suizid einige Sterbehilfeoptionen mehr als in Deutschland zur Verfügung. Die Beruhigung, als schwer leidender unheilbar Kranker gegebenenfalls auf eine aktive Sterbehilfe oder auf ärztliche Beihilfe zu einem Suizid als *ultima ratio* hoffen zu können, dürfte die Furcht vor möglichen missbräuchlichen Anwendungen des dem Arzt damit zugestandenen Verhaltensspielraums mehr als aufwiegen. Auch wenn der assistierte Suizid in Deutschland anders als in den Niederlanden nicht strafrechtlich verboten ist, sind doch die Hindernisse zur Inanspruchnahme dieser Option in der Praxis so hoch, dass viele Patienten mittlerweile eher in die Schweiz fahren und sich einer dort operierenden Sterbehilfeorganisation anvertrauen, als auf einen deutschen Arzt zu hoffen.

Im Unterschied zu den Niederlanden – *zweitens* – lässt es die Rechtslage zur Sterbehilfe in Deutschland an der nötigen Rechtssicherheit für Ärzte, Patienten und Angehörige

fehlen. Verantwortlich dafür ist vor allem, dass die Rechtslage fast ausschließlich durch die Rechtsprechung statt durch gesetzliche Regelungen definiert und u.a. deshalb in der Praxis nur schwer einschätzbar ist. Die durch die Rechtsprechung geschaffene Rechtslage ist vor allem hinsichtlich der Sterbehilfe durch Beihilfe zum Suizid unbefriedigend.

Im internationalen Vergleich weist das deutsche Strafrecht das Paradox auf, dass es einerseits die Beihilfe zum Suizid selbst in vielen Fällen erlaubt, in denen der Suizid nicht auf eine freie und wohlinformierte Entscheidung des Suizidenten zurückgeht, dass es aber andererseits die Verhinderung des durch den Suizid eingetretenen Todes (d.h. die Wiederbelebung nach eingetretener Bewusstlosigkeit) von allen fordert, die – wie Ärzte und Angehörige – als „Garanten“ für den Suizidenten in besonderer Weise verantwortlich sind.

Auch wenn die Rechtsprechung mittlerweile dazu übergegangen ist, in Fällen eines „freiverantwortlichen“ Suizids die Verpflichtung zum rettenden Eingreifen fallenzulassen, kann bis heute kein Arzt oder Angehöriger sicher sein, dass er sich durch die Nichtverhinderung eines Suizids nicht strafbar macht. Der Bundesgerichtshof konnte sich bisher nicht dazu entschließen anzuerkennen, dass ein Patient dadurch, dass er den Suizid freiverantwortlich will, den Arzt oder seine Angehörigen aus ihrer Hilfsverpflichtung entlässt. Nur so könnten diese jedoch sicher sein, wegen des Verzichts auf lebensrettende Maßnahmen nicht wegen Tötung durch Unterlassen oder unterlassener Hilfeleistung belangt zu werden.

Auch die rechtliche Bewertung des Suizids selbst ist weiterhin unklar und moralisch dubios. Während in der Ethik und in der Öffentlichkeit (vgl. etwa die Reaktionen auf den Suizid der Kanzlergattin Hannelore Kohl) der freiverantwortliche Suizid in Sterbehilfesituationen seit längerem als Bestandteil des grundrechtlich verbürgten Freiheitsrechts gilt, hat der Bundesgerichtshof noch in einem Urteil von

2001 an seinen Grundsatz aus den fünfziger Jahren angeknüpft, nach dem „die Rechtsordnung eine Selbsttötung – von

äußersten Ausnahmefällen abgesehen – als rechtswidrig“ betrachtet.

Im Unterschied zu den Niederlanden – *drittens* – sterben in Deutschland immer weniger Sterbende (gegenwärtig nur noch ein Viertel) zu Hause. Der Wunsch der meisten Menschen, in ihrer vertrauten Umgebung zu sterben, bleibt immer öfter unerfüllt.

Viertens ist die Kommunikation über Tod und Sterben zwischen Ärzten und Patienten, Ärzten und Pflegenden, Patienten und Angehörigen in Deutschland vielfach gestört. Ärzte sind von ihrer Ausbildung und Aufgabe her zuallererst auf das Heilen ausgerichtet und nicht immer fähig oder willens, mit dem Sterbenskranken über sein bevorstehendes Sterben zu sprechen und ihn im Sterben zu begleiten.

Auch die standesethische Debatte leidet unter Kommunikationsstörungen. Bereits der Titel der letzten einschlägigen Richtlinien der Bundesärztekammer: *Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung* verweist auf eine – von der öffentlichen Debatte schon längst hinter sich gelassene – Berührungsangst dem Thema gegenüber. Tatsächlich geht es in diesen Richtlinien nur ganz am Rande um *Sterbebegleitung* im Sinne einer psychologisch-seelsorgerischen Hilfe im Sterben. In der Hauptsache geht es um *Sterbehilfe* im Sinne einer medizinischen Hilfe im und zum Sterben.

Insgesamt bleiben die Verhältnisse in *beiden* Ländern jedoch weit hinter dem Wünschenswerten zurück.

1. Der niederländischen Praxis der aktiven Sterbehilfe wäre eine Praxis vorzuziehen, in der das Selbstbestimmungsrecht der Patienten deutlicher zur Geltung käme. In Betracht käme dabei insbesondere eine Praxis der terminalen Sedierung, soweit möglich in vorheriger Absprache und mit Einwilligung des Patienten, und eine Praxis des ärztlich assistierten Suizids, die an ähnliche Bedingungen geknüpft wäre wie gegenwärtig die aktive Sterbehilfe in den Niederlanden. Erforderlich wären darüber hinaus Einschränkungen bei der aktiven Sterbehilfe ohne ausdrückliches Verlangen.

2. Unabhängig davon wäre zu fordern, in beiden Ländern die hinter den medizinischen

Möglichkeiten zurückbleibenden Angebote an Palliativmedizin und Hospizdiensten zu erweitern. Mit dem notwendigen Ausbau der Palliativmedizin würde wohl auch der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe sehr viel seltener aufkommen.

3. Die Schmerzbehandlung in der Endphase von Krebserkrankungen scheint noch längst

nicht überall zureichend. Die Bundesrepublik und die Niederlande liegen bei den Zahlen zur Verordnung von morphinhaltigen Schmerzmitteln – obwohl sich die Lage in den letzten Jahren deutlich verbessert hat – noch immer hinter vielen anderen europäischen Ländern. Schuld daran sind u.a. Bequemlichkeit und sachlich verfehlte Ängste vor Suchtgefahren.



Prof. Dr. Dieter Birnbacher, Medizinethiker und Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirates der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben, während seines Referats

Govert den Hartogh

Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung in den Niederlanden

Rechtsentwicklung und Praxis

Die Gesetzgebung hat in den Niederlanden die Sterbehilfe und die Beihilfe des Arztes zur Selbsttötung legalisiert. Das wird oft als ein Symptom der allgemein permissiveren Haltung betrachtet, die in der holländischen Gesellschaft herrscht, neben anderen derartigen Symptomen, wie der Legalisierung der Prostitution und die faktische legale Straflosigkeit des Gebrauchs und des Kleinhandels mit weichen Drogen. Diese Betrachtungsweise ist aber nur teilweise zutreffend. Denn in den Niederlanden bildet nicht nur „die Tötung einer Person auf deren ausdrückliches und authentisches Verlangen“ einen Straftatbestand, sondern auch die Beihilfe bei der Selbsttötung, die in Deutschland, in der Schweiz und in Schottland nicht verboten ist.

Die Ausnahmen zu dieser Strafbarkeit wurden seit 1984 durch Richterrecht eingeführt und durch das Gesetz von 2002 formell anerkannt. Sie gelten nur für Ärzte. Das Ergebnis ist *erstens*, dass sowohl die Sterbehilfe als auch die Beihilfe zur Selbsttötung „medikalisiert“ worden sind. *Zweitens* ist es zwar richtig, dass gegenwärtig die Sterbehilfe nur in den Niederlanden und in Belgien gesetzlich erlaubt ist und eine ärztliche Beihilfe bei der Selbsttötung nur in den Niederlanden und in Oregon – aber überall sonst, wo derartige Handlungen verboten sind, werden sie niemals oder nur sehr selten verfolgt, und wenn das geschieht, werden fast immer Vorwände dafür gefunden, nicht die volle Macht des Gesetzes zur Anwendung kommen zu lassen.

Nach meiner Einschätzung sind in keinem Land der Welt so viele Fälle, in denen es um derartige Handlungen geht, vor Gericht gekommen – und ein beträchtlicher Prozent-

satz hat dann auch zu Verurteilungen geführt. Wir können daher das holländische Experiment auch als einen Versuch betrachten, eine Praxis, die anderswo in einer weitgehend unregulierten und unkontrollierten Form existiert, überhaupt zu regulieren und unter Kontrolle zu bringen. Wie der holländische Rechtssoziologe John Griffiths behauptet, sind die Niederlande eher dabei, sich auf einer schlüpfrigen schiefen Ebene aufwärts zu bewegen als sie hinabzurutschen.

Die gesetzliche Ausnahmeregelung für Ärzte ist daran gebunden, dass eine ganze Reihe von substanziellen und prozeduralen Anforderungen für ein sorgfältiges Handeln erfüllt sein müssen. Die substanziellen Anforderungen beziehen sich – kurz gesagt – darauf, dass der Patient ein freiwilliges und wohlherwogenes Verlangen zum Ausdruck bringen und dass er sich in einem Zustand unerträglichen und hoffnungslosen Leidens befinden soll, der auf keine andere Weise ohne völlig überproportionale Nebenwirkungen wirksam erleichtert werden kann.

Dabei ist zu beachten: Es ist nicht erforderlich, dass sich der Patient in einer Sterbensphase seiner Krankheit befindet, nicht einmal, dass er eine infauste Prognose hat. Derartige zusätzliche Anforderungen sind 1995 vom *Obersten Gerichtshof* [Hoge Raad, holl. Terminus, d.R.] in seinem Urteil im Fall Chabot zurückgewiesen worden.

Zu den unabdingbaren prozeduralen Anforderungen gehört, dass der Arzt, der in Betracht zieht, ein derartiges Verlangen zu akzeptieren, einen unabhängigen Kollegen konsultiert, der sich dann in der Frage, ob die substanziellen Anforderungen erfüllt sind, ein eigenes Urteil bildet, indem er u.a. den Patienten persönlich trifft. Die zweite wichtige Verfahrensanforderung liegt darin, dass

der Arzt diesen Fall der Gerichtsmedizin als „unnatürlicher Todesfall“ zu melden hat. Danach wird diese Meldung mit den Berichten des handelnden Arztes und seines konsultierten Kollegen und anderem einschlägigen Material einer von fünf regionalen Überprüfungscommissionen vorgelegt.

Diese Kommissionen bestehen aus einem Rechtsanwalt, der den Vorsitz führt, einem Arzt und einem Ethikexperten (bzw. deren Stellvertretern). Sie erörtern auf monatlichen Sitzungen einzeln alle gemeldeten Fälle. Sie haben die Vollmacht, sowohl den meldenden Arzt als auch seinen konsultierten Kollegen darum zu bitten, ihnen zusätzliche Informationen zukommen zu lassen, in der Regel in schriftlicher Form, gelegentlich aber auch in Form einer Befragung durch die Kommission. Nur wenn die Kommission zu dem Ergebnis kommt, dass der meldende Arzt die Anforderungen an sorgfältiges Handeln nicht erfüllt hat, sendet es seinen Urteilsspruch an die Staatsanwaltschaft und an die Inspektion des Gesundheitswesens.

Ein derartiger Urteilsspruch wird sehr selten ausgesprochen – im Jahre 2002 beispielsweise nur fünf Mal bei 1.882 Berichtsfällen. Er bezieht sich meistens auf die formalen Erfordernisse, insbesondere auf die Anforderung einer unabhängigen Konsultation. Das heißt aber keineswegs, dass die substanziellen Anforderungen deswegen bloß toter Buchstabe blieben: Der größte Teil der Diskussionen, die in den Überprüfungscommissionen geführt werden, betrifft diese substanziellen Anforderungen und zwar ganz besonders das Erfordernis, dass ein „unerträgliches Leiden“ vorliegen muss. Wenn der Kommission in dieser Hinsicht irgendwelche Zweifel kommen, bittet sie den Arzt um zusätzliche Informationen und lädt ihn gelegentlich auch zu einer Befragung ein. Schließlich werden derartige Zweifel unter Umständen auch im Überprüfungsurteil formuliert oder in einem

Begleitbrief an den Arzt zum Ausdruck gebracht.

In der Tat sollte die hauptsächliche Funktion dieser Kommissionen nicht darin gesehen werden, Gesetzesbrechern auf die Spur zu kommen. Das Überprüfungsverfahren ist ohnehin nicht sehr gut für diese Funktion eingerichtet, da es vollständig auf eigenen Berichten von Ärzten beruht. Das ganze Verfahren sollte eher als ein Bestandteil eines Lernprozesses begriffen werden, in dem Ärzte eine systematische Rückmeldung zu ihren Entscheidungen erhalten.

Eine noch viel wichtigere Rolle in diesem Lernprozess wird von den Beratern wahrgenommen. Die *Königlich Niederländische Gesellschaft für Medizin* (KNMG) hat die Initiative ergriffen, ein Netzwerk von Beratern (SCEN) aufzubauen, die in einem bestimmten Gebiet abwechselnd zur Beratung zur Verfügung stehen und speziell für diese Aufgabe ausgebildet worden sind.¹ Das hat dazu geführt, dass sich die Qualität der Beratung und die der Berichte an die Kommissionen während der letzten Jahre deutlich verbessert hat. Beispielsweise sorgen die SCEN-Berater fast immer dafür, dass ein Teil ihres Gesprächs mit dem Patienten in Abwesenheit von dessen Verwandten stattfindet.

Beratung und Überprüfung sollten als sich wechselseitig bedingend betrachtet werden. Die SCEN-Ärzte werden von Mitgliedern der Kommissionen ausgebildet bzw. von Experten, die in enger Verbindung mit den Kommissionen stehen. Sie unterziehen oft sowohl den von ihnen erteilten Rat als auch die Entscheidungen der Überprüfungscommissionen einer gemeinsamen Diskussion. Daher haben sie die Tendenz, vorwegzunehmen, welche Fragen die Kommission stellen wird, insbesondere mit Bezug auf Fragen im Hinblick auf die Art des Leidens des Patienten.

Beispielsweise ist es verständlich, dass ein Patient, der zum ersten Mal erfährt, dass sei-

¹ Gegenwärtig ist die Fortsetzung dieses Programms wegen eines Konflikts zwischen der KNMG und dem Gesundheitsminister über die Beratungsgebühren gefährdet.

ne Krankheit zum Tode führen wird, sich dazu veranlasst sieht, Sterbehilfe zu verlangen. Wenn ihm aber die nötige Zeit dafür gelassen wird, in einen Trauerprozess einzutreten, wird er häufig sein Verlangen zurückziehen oder zumindest verschieben. Die hauptsächlichste Ursache dafür, dass jemand leidet, kann seine Antizipation künftigen Leidens sein, die oft von der Erfahrung des Totenbetts eines nahen Verwandten ausgelöst wird. Wenn derartige Befürchtungen hoch spekulativ sind und nicht von der konkreten Prognose einer Erkrankung gedeckt werden, dann neigen Berater und Kommissionen zur Annahme, dass es immer noch Alternativen gibt, wie diese Art von Leiden erleichtert werden kann. Wenn der Arzt klar stellt, dass er gegebenenfalls dazu bereit ist, dem Patienten einen Ausweg aus dem Leiden zu gewähren, dann kann das dazu beitragen, dass der Patient diese Furcht überwindet.

Die Anforderungen an ein sorgfältiges Handeln sind für die Fälle der Sterbehilfe und der Beihilfe zur Selbsttötung völlig gleich. Auch wenn die KNMG eine Präferenz für die Beihilfe zur Selbsttötung zum Ausdruck gebracht hat, wählen nur etwa zehn Prozent der Ärzte in den berichteten Fällen diese Möglichkeit. Tatsächlich sehen holländische Ärzte keinen beträchtlichen moralischen Unterschied zwischen beiden Arten von Handlungsweisen. Wenn Patient und Arzt sich gemeinsam für die Möglichkeit der Beihilfe zur Selbsttötung entscheiden, dann wird ohnehin erwartet, dass der Arzt bei dieser Selbsttötung anwesend ist und auch dazu bereit ist, tödliche Drogen zu verabreichen, falls der Selbsttötungsversuch aus irgendwelchen Gründen (etwa wegen Erbrechen) fehlschlägt.

Die Überprüfungscommissionen haben ihre Arbeit im Jahre 1998 aufgenommen. Bemerkenswert ist, dass die Anzahl der berichteten Fälle von Sterbehilfe und von Beihilfe zur Selbsttötung immer weiter zurückgegangen ist, von 2.216 Fällen im Jahr

1999 bis auf 1.882 in 2002. Über die Ursache dieses Rückganges sind einige Spekulationen angestellt worden. Vor einigen Monaten sind die Ergebnisse der dritten gesamtstaatlichen Erhebung über medizinische Entscheidungen am Lebensende veröffentlicht worden.²

Daraus ergibt sich, dass die meisten Ärzte gegenüber der Funktionsweise dieser Überprüfungscommissionen eine positive Haltung einnehmen, auch wenn sie es verständlicherweise nicht besonders gern haben, wenn ihnen Fragen gestellt oder wenn sie zu einer Befragung eingeladen werden. Damit konnte die Vermutung, dass die Ärzte das gesamte Beratungs- und Überprüfungsverfahren, wie es das Gesetz vorschreibt, als eine Belastung erleben, nicht bestätigt werden. Die wahrscheinlichste Erklärung für den Rückgang der Berichtszahlen ist daher ein tatsächlicher Abwärtstrend der Fälle von Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung, der seinerseits wieder am Besten dadurch erklärt wird, dass die Anzahl der Ärzte wächst, die eine terminale Sedierung als Alternative vorziehen.

Der jüngste Bericht schätzt den Prozentsatz der berichteten Fälle von Sterbehilfe für das Jahr 2001 auf 54 % der Gesamtzahl der Fälle. Dies ist eine überraschend niedrige Berichtsquote und es war daher vorhersehbar, dass die Medien darauf mit Enttäuschung oder sogar mit Bestürzung reagiert haben. Es ist aber erforderlich, diese niedrige Berichtsquote etwas genauer zu untersuchen.

Den Ausgangspunkt für die Analyse dieser Erhebung bildet eine ziemlich große, nach Zufallskriterien zusammengestellte Stichprobe von Todesfällen aus jüngerer Zeit, wobei plötzliche Todesfälle, etwa durch Unfall oder durch Schlaganfall, von der Betrachtung ausgeschlossen blieben. Zu jedem dieser Todesfälle wurde den damit befassten Ärzten eine Reihe von Fragen gestellt, zu denen die drei folgenden gehörten:

² Gerrit van der Wal, Agnes van der Heide u.a.: *Medische Besluitvorming aan het einde van het leven*. Utrecht 2003.

(1) Haben Sie dem Patienten ein Mittel verabreicht, das womöglich sein Leben verkürzt haben könnte?

(2) War es bei dieser Entscheidung ihre hauptsächliche Absicht, dieses Leben abzukürzen?

(3) Hat der Patient von Ihnen verlangt, etwas zu tun, um sein Leben abzukürzen?

Wenn die Antwort auf alle drei Fragen bejahend ausfiel, wurde der Fall als ein Fall von Sterbehilfe (bzw. von Beihilfe zur Selbsttötung, falls der Patient sich das Mittel selbst verabreichte) klassifiziert. In einigen Fällen handelte es sich bei dem dem Patienten verabreichten Mittel um Morphine. Wenn nicht die „hauptsächliche Absicht“ des Arztes hinzu gekommen wäre, hätte man einen derartigen Fall als eine Palliativbehandlung mit womöglich lebensverkürzenden Nebenwirkungen klassifiziert.

In anderen Fällen wird das verabreichte Mittel Valium oder Dormicum gewesen sein und derartige Fälle hätten auch als „terminale Sedierung“ klassifiziert werden können, wenn der Arzt gleichzeitig entschieden hätte, keine künstliche Ernährung zu beginnen. In allen derartigen Fällen, in denen Morphine oder Benzodiazepine eingesetzt worden sind, liegt die Berichtsquote bei Null Prozent.

Das ist auch gut verständlich, weil diese Arzneimittel nicht als akzeptable Mittel zur Sterbehilfe gelten und daher diese medizinischen Behandlungen, falls sie als Fälle von Sterbehilfe berichtet worden wären, kein einziges der Kriterien für ein sorgfältiges Handeln erfüllt hätten. In den übrigen Fällen sind angemessene Mittel zur Sterbehilfe eingesetzt worden (deren Wirkung auf der Muskelschlaffung beruht) – und wenn wir die berichteten Fälle von Sterbehilfe auf diese verbleibenden Fälle bezogen berechnen, dann liegt die Berichtsquote in der Größenordnung von achtzig Prozent, in den SCEN-Regionen wahrscheinlich noch höher. (Ich komme noch einmal darauf zurück.)

Der moralische Hintergrund des Gesetzes

Seit dem Beginn der Debatte über Sterbehilfe im Jahre 1969 haben sich die Argumente für eine Legalisierung zumeist – und den größten Teil der Zeit fast ausschließlich – auf das Prinzip der Achtung der Autonomie [Selbstbestimmung, d.R.] des Individuums berufen. Ein ganz typisches Beispiel dafür ist die Position von Henk Leenen, der fast im Alleingang in den Niederlanden die Disziplin des Gesundheitsrechts begründet hat und der seit den 1970er Jahren bis zum jüngst verabschiedeten Gesetz einen starken Einfluss auf die Rechtsentwicklung ausgeübt hat.

Nach Leenens Auffassung sollte das Gesundheitsrecht von Grund auf als eine Umsetzung grundlegender Menschenrechte betrachtet werden wie das Recht auf Leben und das Recht auf körperliche Unversehrtheit. Derartige Rechte sind aber selbst von dem Prinzip der Achtung der Autonomie abgeleitet. Denn dass durch diese Rechte geschützte Interesse ist gar nicht so sehr das Recht auf Leben oder die körperliche Unversehrtheit als solche, als vielmehr das Interesse daran, seine eigenen souveränen Entscheidungen in Bezug auf diese Interessen treffen zu können.³ Daher *übt* eine Person, die sich dafür entscheidet, ihr Leben beenden zu lassen, nur ihr Recht auf Leben *aus*, und von dem Arzt, der ihm dabei hilft, kann daher nicht behauptet werden, dass er dieses Recht verletzt.

In ähnlicher Weise, wenn auch mit weniger klar artikulierten Auffassungen, hat die *Niederländische Gesellschaft für freiwillige Sterbehilfe* [Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE), holl. Terminus, d.R.] immer argumentiert und die meiste Zeit auch die *Humanistische Allianz*. Und nach Meinungsumfragen teilt anscheinend auch eine Mehrheit der holländischen Bevölkerung derartige Auffassungen.

³ Im Hinblick auf das Recht auf Leben hat der *Europäische Gerichtshof für Menschenrechte* diese Interpretation in seiner Entscheidung des Falles *Dianne Pretty* vom 29. April 2002 ausdrücklich verworfen.

Es ist allerdings zu bezweifeln, wie konsistent hier die Auffassungen sind. Die NVVE setzt immer noch ihre dreißigjährige Praxis fort, in ihren Publikationen Fälle vorzustellen, in denen Personen den Wunsch äußern, sterben zu dürfen, die aber keinen Arzt finden können, der dazu bereit ist, ihnen dabei Hilfe zu gewähren. (Das passiert womöglich immer noch, selbst wenn alle rechtlichen Anforderungen sorgfältigen Handelns erfüllt sind. Denn das Gesetz erlaubt es Ärzten lediglich, dieses Verlangen eines Patienten zu erfüllen, und verpflichtet sie nicht etwa dazu, in derartigen Fällen dem Verlangen eines Patienten nachzukommen.)

Die Emotion, auf deren Erregung derartige Berichte vor allem zielen, ist aber das Mitleiden mit dem Leiden jener Patienten, und es ist nicht die Empörung darüber, dass sie an der Ausführung ihrer autonomen Entscheidungen gehindert werden. Die Bevölkerung insgesamt neigt dazu, auf Beschränkungen zu bestehen, die sich jedenfalls nicht leicht aus dem Prinzip der Achtung für die individuelle Autonomie ableiten lassen.

Eine wichtige Organisation hat diese Art von Argumentation zur Rechtfertigung von Sterbehilfe niemals akzeptiert – die bereits oben erwähnte *Königlich Niederländische Gesellschaft für Medizin* (KNMG). Schon früh in der öffentlichen Debatte, als sie gerade die Schlacht um die Abtreibung verloren hatte, hat diese Medizinervereinigung sich dazu entschlossen, im Prozess der Entkriminalisierung der Sterbehilfe, den sie für unabwendbar hielt, eine konstruktive Rolle zu spielen.

Nach der von der KNMG konsistent vertretenen Auffassung kann Sterbehilfe niemals als ein normaler Bestandteil ärztlicher Berufspraxis betrachtet werden, weil sie mit der Verpflichtung jeden Arztes zur Achtung des Lebens im Widerstreit steht. In dem Ausmaß, wie Sterbehilfe überhaupt gerechtfertigt

werden kann, ist dies nur als eine Art von Erweiterung einer anderen wichtigen ärztlichen Verpflichtung möglich, der Pflicht, so weit wie möglich das Leiden des Patienten zu lindern.

Diese Position der KNMG bietet zum Teil eine Erklärung für die Rechtsentwicklung. Denn als der *Oberste Gerichtshof* im Jahre 1984 in seiner bahnbrechenden Entscheidung im sogenannten Schoonheim-Fall entschied, dass Sterbehilfe – obwohl gesetzswidrig – doch gerechtfertigt werden könnte (jedenfalls wenn einige Bedingungen sorgfältigen Handelns erfüllt werden), berief sich der Gerichtshof in seiner Urteilsbegründung auf die Rechtsfigur der Notwendigkeit bzw. der „höheren Gewalt“ (*force majeure*).⁴

Höhere Gewalt kann in derartigen Fällen vorliegen, wenn es einen objektiven Pflichtenkonflikt gibt. In seinem Urteil von 1984 hat der Gerichtshof nicht näher spezifiziert, welche Pflichten hier miteinander in Konflikt lagen, aber im weiteren Verlauf wurde klar, dass es um den Widerspruch zwischen der gesetzlichen Pflicht zur Achtung des Lebens auf der einen und um die berufliche Verpflichtung auf der anderen Seite geht, Leiden zu beenden, zu vermeiden oder zu lindern.

So ist das jüngst in Kraft getretene Gesetz am besten als eine Kodifizierung des Rechts zu betrachten, wie es schon durch die Entscheidungen des *Obersten Gerichtshofs* seit 1984 geschaffen worden war. In der Tat hat die Regierung bei der parlamentarischen Debatte über den Gesetzentwurf ausdrücklich anerkannt, dass dieses Gesetz nicht ausschließlich auf dem Prinzip der Achtung vor der Autonomie gründet. Die beiden zuständigen Minister haben allerdings die moralischen Grundlagen nicht näher erläutert, auf denen dieses Gesetz beruht. Aber es ist ganz klar, dass die professionelle Verpflichtung der Ärzte zu Wohltätigkeit oder Barmherzigkeit

⁴ Die Annahme, dass Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung während dieser Zeit bloß „toleriert“ worden sind, stellt ein weit verbreitetes Missverständnis der rechtlichen Lage dar, wie sie in den Niederlanden zwischen 1984 und 2002 bestanden hat. Notwendigkeit in diesem Sinne ist ein Rechtfertigungsgrund, der sogar jede Rechtswidrigkeit ausschließt, nicht bloß die Strafbarkeit.

immer noch einen wichtigen Bestandteil dieser Grundlagen bildet.

Das lässt sich allein schon durch die Tatsache belegen, dass das Gesetz nicht allein auf ein freiwilliges und wohlwogenes Verlangen als Erfordernis abstellt, sondern auch die Existenz eines Zustandes unerträglichen und aussichtslosen Leidens für erforderlich erklärt, um das Verlangen des Patienten anzuerkennen. Und ganz gewiss ist dieses Kriterium nicht redundant, wie dies beim ähnlichen Kriterium eines „Zustandes der Bedürftigkeit“ im holländischen Abtreibungsrecht der Fall ist. (Eine Frau befindet sich genau dann in einem Zustand der Bedürftigkeit, wenn sie dies von sich selbst behauptet.)

Von allen nicht-bedingten Verlangen nach Sterbehilfe oder einer Beihilfe zur Selbsttötung, die sich jährlich an holländische Ärzte richten, wird nur ein Drittel angenommen und praktisch umgesetzt. Ein Drittel wird ausdrücklich zurückgewiesen und in einem weiteren Drittel der Fälle stirbt der Patient, bevor der Arzt zu einem klaren Entschluss gekommen ist. Und wie wir gesehen haben, bestehen die Überprüfungsausschüsse auf der Wichtigkeit dieses Kriteriums, auch wenn sie bis heute noch in keinem Fall zu dem Verdikt gekommen sind, dass ein Arzt ohne die erforderliche Sorgfalt gehandelt habe, weil er dieses Kriterium nicht erfüllt hat.

Oft wird gesagt, dass das Leiden des Patienten „unerträglich“ sein solle, sei letztlich eine persönliche Empfindung. *Einerseits* kann die Art und die Schwere des Leidens einer Person immer nur aus der Perspektive dieser Person bestimmt werden, aus ihrer Persönlichkeit, ihrer Biographie und ihren Überzeugungen und Werten. Daraus folgt aber *andererseits* keineswegs, dass ein Urteil aus dieser Perspektive allein von dieser Person selbst gefällt werden kann – und schon gar nicht mit absoluter Zuverlässigkeit. Im Gegenteil: Unsere Ansichten über unsere

eigenen Geisteszustände bedürfen genauso der Korrektur durch andere, wie dies bei irgend einem anderen Problem der Fall ist. Diese Ansicht wird von der empirischen Psychologie ganz klar bestätigt.⁵

Die aktuelle Rechtsentwicklung erklärt sich nur zum Teil aus der Rolle des Ärzteverbandes. Vielleicht ist hier der Umstand wichtiger, dass die Grundstruktur des Gesetzes es bereits unmöglich macht, sich exklusiv auf das Prinzip der Achtung der Autonomie zu berufen. Denn eine solche ausschließliche Berufung kann nur erfolgreich sein, wenn wir außer dem Prinzip dieser Achtung auch noch das sogenannte Volenti-Prinzip anerkennen: *volenti non fit iniuria*, einer zustimmenden Person kann kein Unrecht zugefügt werden.

Das ist ganz gewiss ein gutes Prinzip im Rahmen des Vertragsrechts, indem es das Sich-auf-den-guten-Glauben-Verlassen auf die ausdrückliche Zustimmung einer Person stützt. Aber das Recht erkennt dieses Prinzip nicht allgemein und nicht ohne Einschränkungen an, insbesondere nicht im Bereich der grundlegenden Menschenrechte. Derartige Rechte, insbesondere das Recht auf Leben, auf körperliche Unversehrtheit und auf persönliche Freiheit werden als unveräußerlich betrachtet – und das bedeutet unter anderem, dass ihre Verletzung nicht durch die Berufung auf die Zustimmung des Rechteinhabers begründet werden kann.

Meines Wissens wird diese Auffassung von allen liberaldemokratischen Rechtssystemen geteilt. In den Niederlanden gilt dies für das Recht auf Leben, das in eben dem Artikel 293 verankert ist, der es verbietet, jemanden auf sein authentisches Verlangen zu töten. Eine weitere Bestimmung des holländischen Strafrechts schließt es ausdrücklich aus, dass die Zustimmung einer Person zur Abwehr einer Anklage wegen persönlicher Freiheitsberaubung dienen kann.

Im Hinblick auf körperliche Unversehrtheit gibt es keine entsprechende ausdrückliche

⁵ Vgl. Henri Wijsbek: *Taking Lives Seriously. Philosophical Issues in the Dutch Euthanasia Debate*. Diss., Amsterdam 2001.

Bestimmung. Dass dieses Prinzip aber gilt, ergibt sich aus der gesamten Struktur des Gesundheitsrechts. Wenn eine zurechnungsfähige Person eine Behandlung *verweigert*, ist es dem Arzt nicht gestattet, sich über diese Entscheidung hinwegzusetzen – selbst wenn die Behandlung deren Leben ohne unverhältnismäßige Belastungen retten würde. Wenn aber eine zurechnungsfähige Person eine Behandlung *verlangt* oder ihr zustimmt, so rechtfertigt dies kein ärztliches Handeln (einschließlich medizinischer Experimente), das nach professioneller Betrachtungsweise ernsthaften Schaden verursachen würde und wofür der Arzt zur Verantwortung gezogen werden könnte – in disziplinarrechtlicher, schadenersatzrechtlicher oder sogar strafrechtlicher Hinsicht.

Es ist eine in die Tiefen der Ethik hineinreichende Frage, ob diese Einschränkungen des Volenti-Prinzips und der darin implizierte „indirekte Paternalismus“ sich moralisch rechtfertigen lassen. Ich kann diese Frage hier nicht angemessen behandeln. Nach meiner Ansicht ist aber der grundlegende Punkt darin zu sehen, dass ein Übergehen der Entscheidung einer zurechnungsfähigen Person durch ein Eingreifen in die Ausführung seiner Entscheidungen die Symmetrie zwischen Personen verletzt, die sich als Gleiche und als gleicher Achtung würdig begreifen – während eine Weigerung, einer anderen Person bei der Ausführung ihrer Entscheidungen zu helfen oder sogar ein tatsächliches Eingreifen, das andere daran hindert, ihr zu helfen, nicht in derselben Weise eine Missachtung zum Ausdruck bringt.⁶

Die laufende Debatte

Nach mehr als dreißig Jahren hitziger Debatte, Rechtssetzungen und Experimenten, hätte man vielleicht erwarten können,

dass das jüngst verabschiedete Gesetz den Kontroversen ein Ende bereitet – so wie es das Abtreibungsgesetz 1982 tat – nach einer sehr viel kürzeren Zeit in einer zumindest gleichermaßen intensiven Diskussion. Aber das ist keineswegs eingetreten.

Eine der wichtigen Fragen, die immer noch kontrovers diskutiert wird, betrifft Entscheidungen, die hinsichtlich zu früh geborener Kinder zu treffen sind, die noch einige Zeit unter Bedingungen äußersten Leidens am Leben bleiben, nachdem ihre Behandlung wegen ihrer Aussichtslosigkeit eingestellt wurde. Deren Situation stellt schon deswegen ein besonderes Problem dar, weil sie überhaupt nur leben, weil die medizinische Entscheidung getroffen wurde, in einem Zweifelsfall sich nicht der Behandlung zu enthalten.

Auch wenn in zwei Fällen vor Gericht, die Präzedenzfälle werden können, mit Erfolg die Berufung auf das Argument der „force majeure“ vorgebracht werden konnte, sind die genauen Grenzen vertretbaren medizinischen Handelns in diesen Fälle noch weitgehend unklar. Deswegen baut sich ein ganz erheblicher Druck auf, der den gesamten Prozess der Entscheidungsfindung in Bezug auf zu früh geborene Kinder betrifft und zwar vor allem im Hinblick auf die Kommunikation zwischen Ärzten und Eltern. – Ich greife im Folgenden aus der laufenden Debatte drei Fragen heraus:

Das Prinzip der Selbstbestimmung und die „Drion-Pille“

Im Jahre 1997 half ein Arzt namens Sutorius einem 88jährigen Patienten namens Brongersma bei der Selbsttötung. Während seines Berufslebens war Brongersma Senator für die Arbeitspartei gewesen und war auch dadurch bekannt geworden, dass er ein gewisses Maß an Dekriminalisierung von

⁶ Vgl. Govert den Hartogh: Euthanasia. Reflections on the Dutch discussion. In: Raphael Cohen-Almagor: Medical Ethics at the Dawn of the 21st Century (Annals of the New York Academy of Sciences, Vol. 913), New York 2000 (Dieser Text ist im Web verfügbar unter „<http://www.annalsnyas.org/conent/vol913/issue1/>“).

Pädophilie befürwortet hatte – und zwar in einer Zeit, wo eine solche Position noch nicht als ganz undenkbar schien.

Brongersma hatte das Gefühl, „der Tod habe ihn vergessen“: Er hatte seine Freunde verloren, er hatte keine nahen Verwandten, ihm wurde wegen seiner Positionen zur Pädophilie mit wachsender Feindseligkeit begegnet (seine Fenster waren eingeworfen worden), und er hatte einige weit verbreitete Behinderungen, die im hohen Alter auftraten – wie Inkontinenz, abnehmende Sehfähigkeit – welche, wenn sie auch weit verbreitet waren, dennoch seine Fähigkeiten erheblich beeinträchtigten, die Dinge zu tun, die er für sinnvoll hielt, wie Spazierengehen und Lesen. Sutorius hatte einige Kollegen zu Rate gezogen, darunter einen Psychiater, der zu dem Schluss gekommen war, dass Brongersma voll zurechnungsfähig sei. Auf dieser Grundlage hatte Sutorius die Erfordernisse der medizinischen Sorgfalt als erfüllt angesehen.

Ein Gericht in Haarlem hat ihm dann Recht gegeben. Das war in einem gewissen Ausmaß auch zu erwarten. Schon einige Jahre vorher hatte der *Oberste Gerichtshof* in einem anderen Präzedenzfall (*Chabot 1995*) das Verdikt gefällt, dass grundsätzlich diese Erfordernisse auch im Fall eines Psychiatriepatienten erfüllt werden könnten und sich zur Begründung darauf berufen, dass die grundlegende Frage, um deren Prüfung es ginge, die Art und Schwere des Leidens sei und nicht dessen Ursprung.

Der Staatsanwalt hat dann aber im Fall Brongersma bei einer höheren Gerichtsstanz in Amsterdam gegen das Urteil Berufung eingelegt. Dieses Gericht machte den ungewöhnlichen Schritt, zwei Experten, einen Professor für Gesundheitsrecht und einen Professor für Allgemeinmedizin (die in den Niederlanden als Medizin für Hausärzte / Familienärzte bezeichnet wird) um schriftliche Gutachten zu bitten. Beide erklärten darin, dass es nicht allgemein unter Medizinern akzeptiert werde, dass ein Arzt einer Person dabei helfen könnte, sich selbst zu töten, wenn das Leiden dieser Person nicht in erster Linie durch eine bekannte und eindeutig

zuzuordnenden somatische oder psychische Erkrankung verursacht sei.

Das Gericht folgte ihrer Auffassung und urteilte, dass in derartigen Fällen nicht davon ausgegangen werden könne, dass ein Arzt das zur Beurteilung der Schwere des Leidens bzw. der alternativen Möglichkeiten seiner Erleichterung erforderliche Fachwissen besitze. Diese Entscheidung ist dann vom Obersten Gerichtshof bestätigt worden.

Vom Standpunkt all derjenigen, welche im Hinblick auf das Prinzip der Achtung vor der Autonomie argumentieren, liegt die Sache ganz klar: Niemand bestreitet, dass Brongersmas Tötungsverlangen wohl erwogen war, freiwillig zustande kam und von einem zurechnungsfähigen Menschen ausging. Deswegen sollte es zulässig sein, ihm die eingeforderte Hilfe zu gewähren. Der einzige mögliche Einwand lag darin, dass diese Hilfe nicht Bestandteil der beruflichen Aufgaben gerade von *Ärzten* ist. Aber in diesem Fall ergab sich die Schlussfolgerung, dass es für einen Laien möglich sein sollte, Brongersma die benötigte Hilfestellung zu leisten.

Der frühere Richter am *Obersten Gerichtshof* Drion hatte schon einige Jahre zuvor in einem sehr einflussreichen Papier dahingehend argumentiert, dass alten Menschen, die des Lebens müde sind, auf Verlangen die Mittel zur Selbsttötung zu gewähren sind – und sei es auch nur, um ihnen die Sicherheit zu geben, dass sie keinen Prozess des Verfalls und des Leidens auf sich zu nehmen hätten, vor dem sie sich fürchten und den sie schrecklich finden. In derartigen Fällen käme nach Drions Argumentation den Ärzten keine weitere Aufgabe zu als die, die Zurechnungsfähigkeit der alten Person zu beurteilen.

Eine knappe Mehrheit der holländischen Bevölkerung stimmt dieser Idee einer „Drion-Pille“ – wie sie genannt worden ist – nicht zu (was zeigt, dass sie, wie ich das oben vertreten habe, nicht vollständig konsistent dabei sind, sich auf das Prinzip der Achtung für die Autonomie zu berufen, um ihre Auffassung zur Sterbehilfe und zur Hilfe zur Selbsttötung zu begründen). Aber eine große

Minderheit, die vor allem aus älteren Leuten besteht, begrüßt diesen Gedanken, und die NVVE, die sonst mit der Verabschiedung des jüngsten Sterbehilfegesetzes den Grund für ihre Existenz verloren hätte, leitete eine Kampagne dafür ein.

Bedenklich bei diesen Vorschlägen ist vor allem, dass sie auf der Voraussetzung zu beruhen scheinen, dass es möglich ist, dem bestehenden System an rechtlichen Regelungen mit seinen substanzialen und formalen Anforderungen an ein sorgfältiges Handeln einfach eine weitere Möglichkeit hinzuzufügen, wie ein Todeswunsch erfüllt werden kann. Es wird doch sicherlich schwierig für einen Arzt werden, darauf zu bestehen, dass ein Patient sich im Zustand eines unerträglichen und unheilbaren Leidens befinden muss; oder einen beratenden Arzt konsultieren muss, bevor ihm bei der Erfüllung seines Todeswunsches geholfen werden kann – wenn derselbe Patient sowieso den Zugang zu Todespillen hat, auch ohne diese Bedingungen zu erfüllen.

Wenn man glaubt, dass derartige Anforderungen in allen Fällen zu erfüllen sind, dann wird es schwieriger, im Fall Brongersma zu einem Urteil zu gelangen. Man kann durchaus Sympathie mit den Ärzten empfinden, die befürchten, dass derartige Fälle sie mit Problemen überlasten, die nicht eigentlich zum medizinischen Bereich gehören. Aber das Verdikt des *Obersten Gerichtshofs* im *Fall Chabot*, dass es auf die Art und die Schwere des Leidens ankommt und nicht auf dessen Ursache, erscheint mir ebenfalls hochgradig relevant – insbesondere wenn es keinen gangbaren Weg zur Erkenntnis gibt, wie weit dieses Konzept außerhalb des medizinischen Bereichs als relevant erkannt werden kann.

Im Übrigen ist es sehr fragwürdig, ob der Begriff der „Krankheit“ überhaupt so klar definiert ist, dass wir eindeutig entscheiden können, in welchen Fällen das Leiden einer Person in erster Linie von einer Krankheit

verursacht wird – und der Einsatz von Klassifikationssystemen für Krankheiten wie das DSM IV⁷, um eine derartige Entscheidung zu treffen, ist sicherlich missbräuchlich.

Schließlich scheint mir auch, dass sowohl der Amsterdamer Gerichtshof und der Oberste Gerichtshof in ihren Entscheidungen zum Fall Brongersma die Annahme voraussetzen, dass wir, wenn ein Krebspatient mit Todesprognose nach Sterbehilfe verlangt, immer annehmen können, dass sein Leiden unmittelbar durch seine medizinische Lage verursacht ist. Diese Annahme ist aber sicherlich falsch.

Eine Person ringt womöglich mit existenziellen Problemen, hegt Zweifel am Wert ihres gesamten Lebens, wird von Bedauern, Reue oder sogar Ressentiments heimgesucht und derartige Gefühle bekommen dann angesichts des Todes eine neue Dringlichkeit. Angesichts des multidimensionalen Charakters des Leidens einer Person kann es für einen externen Beobachter durchaus unmöglich sein, klar zu unterscheiden, welche Momente sich auf derartige existenzielle Probleme zurückführen lassen und welche dagegen Symptome der medizinischen Situation einer Person sind. – Die Entscheidung im Fall Brongersma hat die unglückliche Folgewirkung, dass Ärzte und Berater stark versucht sein werden, die somatischen Aspekte des Leidens eines Patienten über zu betonen.

Letztendlich geht es in dieser Diskussion um die Frage der Vor- und Nachteile eines medikalierten Regimes – also etwa des „holländischen“ im Vergleich zum „schweizer“ Modell. Ein derartiges medikaliertes Regime bietet womöglich bessere Chancen, gut gemeinte Gnadenhandlungen zu vermeiden, die nicht wirklich im wohlverstandenen besten Interesse leidender Menschen sind und die auch nicht wirklich deren informierten eigenen Entscheidungen entsprechen.

Gleichzeitig vertraut es aber Ärzten die Aufgabe an, Entscheidungen darüber zu treffen, worin das wohlverstandene beste Inter-

⁷ Die offizielle Liste der psychischen Erkrankungen der *Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft*.

esse und die informierte eigene Entscheidung ihrer Patienten liegen: In welchem Ausmaß können wir von Ärzten erwarten, dass sie sich die persönliche Perspektive eines Patienten überhaupt zu eigen machen können?

Grenzen einer Patientenverfügungen

Bei ihrer Amtsübernahme im Jahre 1993 hat unsere ehemalige Ministerin für das Gesundheitswesen Els Borst in einem ihrer ersten Interviews erklärt, dass sie sich entschieden hätte, niemals zuzulassen, dass sie selbst die letzten Phasen der Alzheimer-Krankheit erleben müsse. Sie setzte eine entsprechende Patientenverfügung auf.

Ihr wurde rasch klar gemacht, dass sie zwar verlangen könne, dass Ärzte sie in diesem Stadium nicht gegen Lungenentzündung oder irgendeine andere lebensbedrohliche Krankheit behandeln. Sie könne aber nur darum bitten, aber nicht verlangen, dass ihrem Leben ein Ende gesetzt würde. Darüber hinaus sei es Ärzten normalerweise nicht erlaubt, ihrem Todesverlangen nachzukommen. Man könne nun einmal nicht sagen, dass sich ein Alzheimerpatient im Endstadium der Erkrankung in einem Zustand sehr schweren Leidens befinde.

Als Frau Borst dann acht Jahre später den Gesetzentwurf zur Überprüfung der Sterbehilfe im Parlament vorlegte, sah es so aus, als ob dieser Entwurf nur die rechtliche Situation kodifiziert, wie sie sich inzwischen herausgebildet hatte. Aber in einem wichtigen Punkt wich dann das Gesetz davon ab: Es sieht vor, dass in dem Fall, dass eine Person unfähig geworden ist, ein freiwilliges und wohlervogenes Verlangen zum Ausdruck zu bringen, eine von ihr vor dem Zeitpunkt dieser ihrer Unfähigkeit gemachte Erklärung ein derartiges Verlangen ausdrücken kann. (Auch wenn weder der vor dieser Situation beratende Arzt noch auch der gegenwärtig behandelnde Arzt jemals überprüfen kann, ob diese Erklärung wirklich freiwillig und nach gründlicher Überlegung gemacht wurde.)

Es ist auch heute noch so, dass in den (seltenen) Fällen, in denen Menschen derartige Dokumente bei sich tragen, sie dabei fast ausschließlich an den Fall der Demenz denken. Aber es ist auch heute noch wahr, dass ein Arzt sich ganz einfach weigern kann, ein derartiges Verlangen überhaupt nur in Erwägung zu ziehen, und dass es ihm sogar überhaupt nur erlaubt ist, es überhaupt zu erwägen, wenn die anderen Bedingungen sorgfältigen Handelns erfüllt sind, und zwar insbesondere nur dann, wenn sich der Alzheimerpatient in einem Zustand unerträglichen Leidens befindet.

In Pflegeheimen tätige Ärzte haben es mehr als deutlich gemacht, dass sie Patienten, die an Demenz erkrankt sind, nicht als derart Leidende betrachten, wenn sie nicht noch andere Krankheiten haben, welche ein derartiges Leiden verursachen.

Das gegenwärtige Gesetz ist also insofern unglücklich, als es Menschen zu rechtlichen Schritten veranlasst, die kaum jemals wirksam werden können. Natürlich stehen wir damit erst am Anfang der Debatte. Denn für viele Menschen ist die Aussicht auf Demenz als möglicher Grund für einen Todeswunsch zumindest so wichtig wie ein Zustand somatischen Leidens. Und das liegt keineswegs daran, dass sie fälschlich antizipieren, dass ihr Leiden schwer sein wird, wie die Pflegeheimärzte das anzunehmen schienen. Es liegt vielmehr daran, dass sie davon überzeugt sind, dass ein solcher Zustand eine Negation alles dessen darstellen würde, wofür sie im Leben gestanden haben. Vor allem neigen sie dazu, dass sie nicht wollen, dass ihre Kinder und Enkel sie in dieser Lage in Erinnerung behalten.

Das führt – selbst bei Menschen, die ihre Position nicht allein auf das Prinzip der Achtung der Autonomie gründen – zu der grundlegenden Frage: Liegt die einzige Bedingung, die zusätzlich zum freiwilligen Verlangen noch erfüllt sein muss, in dem Vorliegen eines Zustandes unerträglichen Leidens? Sollten wir nicht alternativ auch den Verlust der Würde als eine solche Bedingung anerkennen – auch wenn die betroffene Per-

son selbst nicht mehr in der Lage ist, diesen Verlust als solchen zu erleben und daher daran zu leiden?

Aus der Perspektive einer Person, die ihre Zukunft betrachtet, ist dies ein ganz verständlicher Standpunkt. (Tatsächlich teile ich ihn selber.) Aber können wir wirklich von einem Arzt erwarten, dass er sich diese Perspektive zu eigen macht? Würden wir nicht sogar einem Doktor misstrauen, der bereit ist, eine Person zu töten, die ganz zufrieden in ihrem Stuhl sitzt, bloß weil sie vor einigen Jahren ihre Abscheu davor erklärte, jemals in einem derartigen Zustand zu sein? Es scheint ganz unmöglich zu sein, diese beiden Perspektiven in Übereinstimmung zu bringen, nämlich die ex ante-Perspektive der betroffenen Person früher und die gegenwärtige Perspektive des Arztes, der womöglich nicht einmal diese frühere Person gekannt hat. Vielleicht ist das wirklich ein Beispiel dafür, was Moralphilosophen gelegentlich unter dem Titel eines unauflösbaren moralischen Dilemmas diskutieren.

Grauzone zwischen Sterbehilfe und Palliativmedizin

Eine Plage unserer heutigen Zeit sind Journalisten, die durch Aufdeckung von Skandalen ihre Konkurrenten schlagen wollen. Zu Anfang dieses Jahres gab es eine Fernsehsendung, die den totalen Bankrott des holländischen Rechtsregimes in Bezug auf die Sterbehilfe verkündete. Die Ärzte würden in wachsender Anzahl ihre gesetzlichen Verpflichtungen vernachlässigen, indem sie sich für die Möglichkeit der terminalen Sedierung entscheiden und dies dann nicht, wie sie es tun sollten, als Sterbehilfefall melden.

Wahr ist, dass es eine Grauzone gibt zwischen Sterbehilfe auf der einen und dem Einsatz von Morphin und Dormicum zu palliativen Zwecken auf der anderen Seite – auch wenn es äußerst merkwürdig ist zu behaupten, es handele sich dabei um ein neues oder um ein spezifisch holländisches Problem. Wahr ist auch, dass das Problem eine neue

Form annimmt und vielleicht auch eine neue Dringlichkeit gewinnt – aufgrund des Trends zur Wahl der terminalen Sedierung *an Stelle von Sterbehilfe*.

Diese Fernsehsendung bestritt aber die Existenz einer solchen Grauzone, indem es alle palliativen Behandlungen mit einem möglichen lebensverkürzenden Nebeneffekt und selbst alle Formen der terminalen Sedierung – selbst wenn damit gar keine lebensverkürzenden Wirkungen verbunden sind – einfach als Handlungen der Sterbehilfe zählte.

Auch hier ist zuzugeben, dass in dieser Ansicht ein Moment von Wahrheit liegt. Aus der subjektiven Perspektive des Patienten macht es jedenfalls keinen großen Unterschied – wenn es überhaupt einen macht –, ob er stirbt oder ob ein Zustand der Bewusstlosigkeit beginnt, der bis zu seinem Tode dauern soll. In beiden Fällen endet sein Leben im biographischen Sinne.

Das bedeutet, dass auch die terminale Sedierung – ganz wie die Sterbehilfe – nur als ein allerletztes Mittel betrachtet werden sollte, wenn alle anderen Möglichkeiten erschöpft sind, das Leiden des sterbenden Patienten zu lindern. Daher sollte der Patient, so lange er überhaupt noch dazu in der Lage ist, eine Entscheidung zu fällen und zum Ausdruck zu bringen, vorher seine informelle Zustimmung zur terminalen Sedierung erteilen, und zusätzlich sollte der Arzt davon überzeugt sein, dass die Belastung für den Patienten (und nicht nur für seine Familie) durch die Krankheit derart hoch ist, das ein kürzeres biographisches Leben den Vorzug vor einem längeren verdient.

Es gibt viele Argumente, die für eine berufliche Regel sprechen, die vom Arzt verlangt, zumindest einen anderen Kollegen zu dieser Entscheidung zu konsultieren, der den Patienten selber persönlich untersuchen sollte.

Aber dazu ist noch mehr zu sagen: Es gibt etwas, was mit dem Töten verbunden ist, eine Art von moralischem Tabu, das nicht darin aufgeht, die subjektiven Interessen der lebenden Person in Betracht zu ziehen. Moralphilosophen haben sich immer schwer damit getan, dieses zusätzliche Moment zu

erläutern⁸, aber seine Existenz lässt sich nicht leugnen. Sonst würden wir auch nicht unterscheiden zwischen einer Tötung und dem Unterlassen von lebensverlängernden Maßnahmen. (Hier ist zu beachten, dass eine solche Enthaltung vom Handeln oft selber Handlungen mit umfasst – wie etwa das Herausziehen eines Steckers.)

Dieses besondere Tabu erklärt es, warum sich rechtliche Regelungen für Sterbehilfe und die Beihilfe zur Selbsttötung deutlich von allen anderen medizinrechtlichen Regelungen für Handlungen mit einem möglicherweise lebensverkürzenden Effekt unterscheiden – und zwar selbst in den Niederlanden. Es erklärt auch, warum fast kein Arzt – ganz unabhängig von seiner persönlichen Überzeugung in dieser Frage – ein Verfahren der Sterbehilfe als einen normalen Bestandteil seiner Berufstätigkeit erfährt.

Wenn also nicht jede terminale Sedierung gleichbedeutend mit Sterbehilfe ist, wo sollten wir hier die Grenze ziehen? Wir haben uns dran gewöhnt, diese Abgrenzung unter Bezugnahme auf die vom Arzt dabei verfolgte Absicht zu ziehen – obwohl keineswegs geklärt ist, dass dies zu den vorherrschenden rechtlichen Vorstellungen von Verantwortlichkeit passt.

Die Relevanz der Absicht hängt davon ab, dass die sogenannte Lehre von der doppelten Wirkung als überzeugend gilt bzw. auf den gegebenen Fall anwendbar ist. Gemäß dieser Lehre gibt es einige Wirkungen, die so beschaffen sind, dass es niemals erlaubt ist, sie mit Absicht als Ergebnis seines Handelns herbeizuführen, es aber unter gewissen Voraussetzungen dennoch zulässig sein kann, sie herbeizuführen, nämlich als unbeabsichtigte, wenn auch vorhersehbare Nebenwirkungen des eigenen Handelns.

Diese Lehre ist vielleicht in Fällen plausibel, in denen die beabsichtigten und die nicht-beabsichtigten (sondern nur vorhergesehenen) Wirkungen (der „Kollateralschaden“) verschiedene Personen betreffen. In derarti-

gen Fällen ist diese Lehre mehr oder weniger mit dem kantschen Gebot gleichbedeutend, eine Person niemals als bloßes Mittel zu behandeln, sondern immer auch als einen Selbstzweck. Wenn aber eine Handlung für dieselbe Person zwei Wirkungen herbeiführt, ist es schwer einzusehen, warum wir nicht einfach die guten und die schlechten Wirkungen gegeneinander abwägen sollen und dann die Erlaubnis hätten, unsere Absicht auf denjenigen Gesamterfolg zu richten, der insgesamt die besten Wirkungen beinhaltet.

Meines Wissens ist der Fall palliativen ärztlichen Handelns mit einer möglicherweise lebensverkürzenden Wirkung der einzige Fall mehrerer Wirkungen auf ein und dieselbe Person, in dem es üblich ist, sich auf die Lehre von der doppelten Wirkung zu berufen. Allein das schon sollte uns dazu veranlassen zu hinterfragen, ob diese Berufung auch der Sache angemessen ist.

In der Tat ist es unklar, ob der Tod des Patienten immer als eine schlechte Wirkung in die Abwägung eingehen sollte. Allgemein wird akzeptiert, dass die Entscheidung für ein Unterlassen von (weiterer) Behandlung entweder durch die Tatsache begründet werden kann, dass eine Behandlung belastend wäre, oder aber durch die Tatsache, dass sie aussichtslos wäre. Aussichtslosigkeit bedeutet dabei auch, dass selbst bei einer Lebensverlängerung durch die Behandlung der Patient davon keinen Vorteil hätte, eben wegen des Leidens, das ein unvermeidlicher Bestandteil dieses verlängerten Lebens wäre.

Es ist in den Niederlanden eine übliche Praxis, in Fällen, in denen der Arzt beschließt, eine terminale Sedierung einzuleiten, parallel dazu die künstliche Ernährung gar nicht erst zu beginnen bzw. nicht weiter fort zu setzen, weil sie unter diesen Voraussetzungen als eine aussichtslose Behandlung angesehen wird.

Dies erwägend, ist also das Urteil gestattet, dass der Eintritt des Todes willkommen ist. Wenn dies in diesem Fall wahr ist, dann

⁸ Einen sehr interessanten Versuch dazu bietet Dieter Birnbacher: *Tun und Lassen*. Stuttgart 1995, Kap. 6.

kann dies auch für eine Situation gelten, in der das Leiden des Patienten durch einen ärztlichen Eingriff gelindert werden kann, der zugleich auch sein Leben verkürzen würde. Wenn aber eine Wirkung willkommen ist, wie kann es dann noch verboten sein, sie mit Absicht zu verfolgen? Wie könnten wir es sogar überhaupt unterlassen, sie mit Absicht zu verfolgen, sobald wir beschlossen haben, diesen Eingriff vorzunehmen und uns dessen bewusst sind, was er bewirkt?

Hier kann nun eingewandt werden, dass die Tötung eben etwas Besonderes ist, wie ich dies bereits eingeräumt habe. Aber ganz unabhängig davon, welcher Grund für diese Besonderheit sich schließlich als tragfähig erweisen sollte, es kann einfach nicht zutreffen, dass der Tod, wenn wir alle Gesichtspunkte einbeziehen, immer etwas Schlechtes ist.

Daraus ergibt sich, dass wir unterscheiden sollten zwischen Sterbehilfe und Schmerzbekämpfung mit tödlicher Nebenwirkung (pain-killing) – und zwar nicht unter Bezugnahme auf die Absicht des Arztes, sondern in Bezug auf andere Merkmale seines Handelns. Ein grundlegendes Interesse des Patienten, das von den Patientenrechten geschützt wird, liegt in jedem Fall darin, dass der Arzt tut, was er als berufener Fachmann zu tun hat – und zwar ganz unabhängig von seinen dabei verfolgten Absichten. Wir sollten daher untersuchen, ob die verabreichte Dosis von Morphin oder Dormicum dem Zweck der Schmerzbekämpfung angemessen ist oder ob sie als eine Überdosis zu betrachten ist, deren Angemessenheit sich allein aus dem Zweck begründen lässt, das Leben des Patienten zu beenden.

Dies ist eindeutig auch der einzig gangbare Weg, auf dem wir für rechtliche Zwecke eine Abgrenzung zwischen Sterbehilfe und Palliativbehandlung vornehmen können. Aber es ist nicht einmal eindeutig klar, ob zwei Ärzte wirklich unterschiedliche Absichten verfolgt haben, und der eine hinterher berichtet, seine primäre Absicht sei die Leidensminderung gewesen, während der andere seine primär verfolgte Absicht als die Beendigung des Lebens des Patienten

angibt, wobei in beiden Fällen der Tod willkommen geheißen wird.

Wenn wir zwischen derartigen Handlungsweisen auf die von mir angedeutete Art und Weise unterscheiden, dann wird es hochgradig relevant, dass sich der medizinische Erkenntnisstand über die Wirkungen von Morphingaben in jüngster Zeit verändert hat. Jetzt ist man davon überzeugt, dass in Fällen, in denen bereits seit einiger Zeit Morphin verabreicht worden ist, selbst aufgrund einer substanzialen Erhöhung der Dosis nicht die lebensverkürzende Wirkung (durch Atmungsdepression) eintritt, welche man immer dieser Behandlung zugeschrieben hat. Eher im Gegenteil.

Daraus folgt, dass in einer unbekannt Anzahl von Fällen die Ärzte überzeugt sein mögen, dass sie das Leben ihrer Patienten verkürzt haben, und dies sogar beabsichtigt haben, während in Wirklichkeit der Patient nur aufgrund des „natürlichen“ Verlaufs seiner Erkrankung verstorben ist.

Um also wieder auf die Ergebnisse des jüngst veröffentlichten Van der Wal-Berichts zurückzukommen: Wir sind gegenwärtig nicht dazu in der Lage, verlässlich die wirkliche Zahl der Fälle von Sterbehilfe zu bestimmen, und können daher auch den Prozentsatz der berichteten Fälle nicht ermitteln. Denn wir wissen (*erstens*) nicht, in welchem Ausmaß bei denjenigen Handlungen, von denen Ärzte berichten, dass sie mit der Absicht ausgeführt worden sind, das Leben ihrer Patienten zu verkürzen, auch plausiblerweise davon ausgegangen werden kann, dass sie wahrscheinlich diese Wirkung gehabt haben; und (*zweitens*) auch nicht, welche dieser Handlungen sich, unabhängig von den von den Ärzten dabei verfolgten Absichten, aus palliativen Zwecken rechtfertigen lassen.

Wir sollten daher bei der Beurteilung des gegenwärtigen holländischen Systems nicht so sehr die Frage der Berichtsquote in den Vordergrund rücken. Denn wir kennen bloß wirklich den Nenner des Verhältnisses, aber wir kennen seinen Zähler einfach nicht wirklich. Und was die unbekannt Anzahl von Fällen angeht, in denen Ärzte Morphin oder

Benzodiazepine in wirklich tödlichem Dosierungen verabreichen, sollte unser Ziel doch nicht sein, dass die Ärzte damit anfangen, derartige Fälle zu berichten. Sie sollten doch wohl besser damit aufhören, auf diese Art und Weise zu handeln.

Es ist nicht zu bestreiten, dass es eine Grauzone zwischen der Palliativmedizin (einschließlich der terminalen Sedierung) einerseits und der aktiven Beendigung des Lebens andererseits gibt – auch wenn wir gegenwärtig nicht gut darüber informiert sind, welchen Umfang diese Grauzone hat. Was wir immerhin ganz eindeutig *wissen*, ist, dass es sich dabei nicht um ein spezifisch holländisches Problem handelt. Wir sollten die Existenz dieser Grauzone nicht als eine Folgewirkung des holländischen Regulierungssystems sehen, sondern eher als ein Moment der medizinischen Praxis, das einer Regulierung widerstrebt. Ihr Fortexistieren sollte daher nicht als ein Argument gegen eine Regulierung betrachtet werden, sondern bloß als ein Grund dafür, in den Erwartungen realistisch zu bleiben.

Eine ähnliche Kommentierung verdient die Anzahl der Fälle (unter Ausschluss der Fälle von Neugeborenen), in denen das Leben von Patienten ohne deren ausdrückliches Verlan-

gen beendet worden ist. Seit der ersten gesamtstaatlichen Erhebung von 1991 liegt deren Zahl konstant bei etwa 900 bis eintausend. Diese Zahl wird gewöhnlich (etwa vom Obersten Gerichtshof der USA) als ein Beleg dafür angeführt, dass die Niederlande sich auf einer schiefen Ebene befänden. Eine jüngst veröffentlichte Untersuchung⁹ hat gezeigt, dass es in allen untersuchten Ländern – außer in den Niederlanden – öfter vorkommt, dass ein Leben ohne das Verlangen des Patienten beendet wird als umgekehrt. Dies legt den Gedanken nahe, dass die cirka 900 Fälle nicht als eine Auswirkung der Legalisierung aktiver Sterbehilfe zu betrachten sind, sondern ebenfalls als ein Beispiel für eine Praxis, welche sich ihrer Regulierung widersetzt.

Sicherlich kann ein Patient nicht dazu in der Lage sein, irgendeinem Verlangen Ausdruck zu geben und sich doch in einem Zustand unerträglichen Leidens befinden, der durch spezifisch palliative Mittel nicht mehr zu lindern ist. Aber in derartigen Fällen sollte die terminale Sedierung spätestens von jetzt an die vorzuziehende Möglichkeit darstellen.

Ins Deutsche übertragen von F. O. Wolf.

⁹ Vgl. Agnes van der Heide, Luc Deliens u.a.: End-of-life decision-making in six European countries. A descriptive study. In: *The Lancet*, June 17, 2003.

Uwe Körner

Ethische und rechtliche Grenzen der ärztlichen Lebensverlängerung und Sterbebeschleunigung

Zur Fragestellung

Der Arzt wirkt grundsätzlich für die Lebenserhaltung und die Lebensqualität, aber er muss ebenso ein Leben zu Ende gehen lassen und Sterbende helfend begleiten. Jedes hat seinen Platz in der ärztlichen Pflicht. Aber wo ist das sichere Kriterium für den Grenzübergang und den Perspektivwechsel?

Wie Patienten angesichts der modernen Medizin über Umstände des eigenen Sterbens bestimmen und entscheiden können, steht im Mittelpunkt dieser Tagung. Die Verbände debattieren um politische Forderungen und Rechtsregeln, durch die Patientenautonomie am Lebensende zu realisieren ist. Ich wende mich folgend eher Hintergrundinformationen für diese politischen Positionierungen zu. In den Mittelpunkt stelle ich das Pflichtengefüge des ärztlichen Berufs, das in der politischen Debatte wenig oder simplifiziert wahrgenommen wird; wobei man dann gern Wohlklingendes aber Unzutreffendes über den Eid des Hippokrates erzählt. Doch freilich spielen ethische Traditionen auch eine Rolle, teils weil sie wert sind, hochgehalten zu werden; oder teils weil es gilt, sie zu überwinden.

Zum Anspruch des Patienten auf Gewährleistung seiner Autonomie und Sicherung seines Wohls gehört, dass komplementär dem Arzt durch ethische und rechtliche Regeln ermöglicht ist, entsprechend die der ärztlichen Berufsaufgabe eingeborene Sorge für den Patienten wahrzunehmen. Was am Lebensende zulässig sein soll, muss auch in das moralische und rechtliche Pflichten- und Wertgefüge des Arztberufs eingefügt sein. Für Forderungen zur Patientenselbstbestimmung ist es also zweckdienlich, die Bedingungen mitzudenken, die ein dementsprechendes ärztliches Engagement zulassen.

Das Problem

Nicht zuletzt durch die immer wirksameren medizinischen Hilfen gegen lebensgefährdende Krankheitszustände ist es in unserer Wohlstandsgesellschaft selbstverständlich geworden, dass viele Menschen ein hohes Alter in körperlicher und geistiger Aktivität erreichen. An der Endlichkeit des individuellen Daseins und am Todeseintritt durch Krankheit und Unfall ändert das grundsätzlich nichts.

Die inzwischen allbekannte Kehrseite des medizinischen Fortschritts ist jedoch, dass auch bei manchen schweren Defektzuständen, an denen man noch vor nicht allzu vielen Jahren bald nach ihrem Eintreten verstarb, das Weiterfunktionieren des Organismus aufrechterhalten werden kann, was aber gegebenenfalls für die Betroffenen kein psychosozial relevantes Leben, sondern manchmal nur ein bis auf Jahre hinauszuzögerndes Sterben bedeutet. Das Vertrauen in das Vermögen der modernen Medizin ist infolgedessen zunehmend von einer Angst vor dieser Grenzüberschreitung begleitet, dass das Sterben nicht mehr „zu seiner Zeit“ zugelassen wird.

Schon in den 1970er Jahren tauchte der Gedanke der schriftlichen Vorabklärung des Willens als Mittel gegen solches Ausgeliefertsein auf. Als umsichtiger Jurist entwarf Wilhelm Uhlenbruck zunächst für den Eigenbedarf als Patient vor einem chirurgischen Eingriff einen „Patientenbrief“, publizierte dieses Muster dann auch – und es wurde eine gute Vorlage für später folgende „Patiententestamente“ (Uhlenbruck 1978).

Erst Mitte der 1990er Jahre gewann die – noch bis etwa 1998 überwiegend als Patiententestament bezeichnete – Patientenverfügung größeres öffentliches Interesse. Bis dahin standen sich zwei Positionen gegen-

über: *einerseits* forderten engagierte Befürworter den im Patiententestament niedergelegten Willen als schlicht vom Arzt zu befolgendes Patientenrecht ein, *andererseits* wurde in ärztlichen Stellungnahmen das Patiententestament bestenfalls als ein Anhaltspunkt für die Bestimmung des mutmaßlichen Willens des Patienten angesehen.

Für den Umschwung Ende der 1990er Jahre war entscheidend, dass nun auch aktiv von ärztlicher Seite die Patientenverfügung als Mittel der Kommunikation von Patient und Arzt entwickelt und die Bedingungen für ihre Verbindlichkeit geklärt wurden, und dass sich für die sinnvolle Abfassung von Verfügungen auch Ärzte verantwortlich sahen und engagierten, wie z.B. mit den von der Landesärztekammer Berlin 1998 publizierten Anleitungen und Formularen (Becker u.a. 1999; Mattheis 1999). Auch im Wortwechsel vom „-testament“ zur „-verfügung“ drückte sich ein Stückweit das Auflösen der Konfrontation von *einerseits* spitzem Fördern gegen Ärzte und *andererseits* ärztlicher Abwehrideologie aus.

Schließlich steht heute aufgrund des einschlägigen BGH-Urteils vom 17. März 2003 die Verbindlichkeit der Patientenverfügung außer Frage: Eine Patientenverfügung ist rechtsverbindlich und darf nicht unter Berufung auf eine mutmaßliche Willensänderung nach Niederschrift der Verfügung unterlaufen werden.

Auch besteht heute Klarheit darüber, dass eine Patientenverfügung wie jede schriftliche Willenserklärung der Auslegung in konkreter Prüfung und Interpretation bedarf, um die Geltung für die aktuelle Situation festzustellen. Hat beispielsweise ein Betroffener in einer Verfügung die Anwendung von Sondernahrung bei irreversibler Bewusstlosigkeit untersagt, kann gelten: „Wenn erkennbar ist, dass der Patient (z.B. aufgrund vorangegangener eigener oder familiärer Krankheits- und Therapieerfahrung oder aufgrund eines Hinweises auf ärztliche Beratung beim Abfassen der Verfügung) die Chancen, Risiken und Konsequenzen der Ernährungstherapie mittels einer Sonde (PEG) und ihres Unterlassens verstanden hat, so ist dieser

schriftlich vorliegenden Willensäußerung wie einem gegenwärtig bewusst geäußerten Willen zu folgen“ (Körner u.a. 2003).

Und schließlich ist im Kernpunkt der BGH-Entscheidung vom 17. März 2003 bestimmt, dass bei unumkehrbar tödlichem Krankheitsverlauf in den Ausnahmefällen die Anrufung des Vormundschaftsgerichtes zur Prüfung einer Betreuerentscheidung erforderlich ist, bei denen *erstens* medizinische Maßnahmen zwar noch über einen unbestimmbaren Zeitraum im Sinne einer Verzögerung des Sterbens das Leben erhalten, jedoch keine grundsätzliche Besserung mehr herbeiführen können; und *zweitens* der Arzt dem vom Betreuer vorgetragenen Patientenwillen auf Therapiebeendigung nicht folgt, weil er vielleicht die Willenserklärung des Betroffenen nicht als gegeben ansieht oder von einer Behandlung noch deutliche Besserungschancen erwartet.

Den Umgang mit Patientenverfügungen als Mittler des Willens eines nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten kann man damit als hinreichend grundsätzlich geklärt ansehen. Die Diskussion ist nun wieder ganz auf die Frage konzentriert: Was kann der Patient an Grenzen der Lebensfähigkeit und des Lebenswillens berechtigt erwarten und fordern? Oder was – andersherum – darf der Arzt im Grenzbereich des für das gesellschaftliche Zusammenleben grundlegenden gesetzlichen Tötungsverbots tun oder nicht tun, wenn der Patient das Beenden einer lebenserhaltenden Therapie oder andere Handlungen zum Beenden seines Lebens fordert? – Dazu folgend kurze historische Anmerkungen und einige Aspekte der ethischen Motivation und der rechtlichen Regulierung ärztlichen Handelns im Grenzbereich vom Leben zum Tod.

Historischer Wandel ärztlicher Pflichten

Der Arzt erkennt das Befinden des Patienten, schätzt die Möglichkeiten ein, dieses zu beeinflussen, und ergründet, was von den verfügbaren medizinischen Mitteln in der

konkreten Lebenssituation dem Patienten helfen kann. Der Patient entscheidet dann, in welche Behandlung er einwilligt oder nicht einwilligt.

Die mit diesen zwei Sätzen charakterisierte Struktur der Arzt-Patient-Beziehung ist jüngerer Datums. Sie erfuhr zwar in Deutschland schon Ende des 19. Jahrhunderts mit einem Spruch des Reichsgerichtes eine rechtliche Grundlegung, entwickelte sich aber erst seit den 1970er Jahren zu einer allgemeinen Praxis. Allerdings ist der erste Satz eine historische „zeitlos“ gültige Beschreibung der die Behandlung vorbereitenden ärztlichen Entscheidungsfindung, wie sie schon in der griechischen Antike bei den hippokratischen Ärzten üblich war. Doch der zweite Satz hat erst in der modernen Medizin mit dem Aufkommen des Prinzips der Patientenautonomie praktische Bedeutung. Dies wird noch näher zu besprechen sein als ein Beispiel für den Einfluss von Neuerungen wissenschaftlich-technischer Grundlagen und sozialer Anwendungsbedingungen der Heilkunde auf die ärztliche Ethik.

Zwar existieren also bestimmte konstitutive Grundregeln für ärztliches Handeln seit den Anfängen der auf wissenschaftlichem Herangehen basierenden Medizin in der Antike. Zu diesem „zeitlosen“ Grundbestand an charakteristischen Pflichtbestimmungen des Arztberufs gehören jedoch – neben der Grundbestimmung des Arztseins, kranken Menschen für Gesundheit und Leben helfen – allein solche Verpflichtungen, die abstrakt das Erwartungs- und Leistungsverhältnis von Patient und Arzt betreffen, wie: helfen, nicht schaden, verschwiegen sein. Dagegen alle Regeln, die das Anwenden und Nichtanwenden ärztlicher Künste und Instrumente beinhalten, pflegten sich historisch mit dem medizinischen Erkenntnisstand und der sozialen Rolle des Arztes zu wandeln. So auch speziell die Regeln für das Erhalten oder Beenden individuellen Lebens, also die Bestimmungen zur ärztlichen Lebensbewahrungspflicht. Einen hippokratischen Ursprung der aktuellen ärztlichen Lebensbewahrungspflicht beispielsweise gibt es also nicht – im

Unterschied zu der selbst in Ärztekreisen noch vorkommenden gegenteiligen Ansicht.

Bei Hippokrates lesen wir, dass es seinerzeit nicht zum Aufgabenbereich des Arztes gehörte, sich um Sterbensranke und Sterbende zu kümmern: „Der Arzt befasse sich mit der völligen Beseitigung der Leiden der Kranken und mit dem Lindern der Heftigkeit der Leiden. Aber er wage sich nicht heran an jene, die von der Krankheit schon überwältigt sind“ (Hippokrates 1910). Neben unzureichenden therapeutischen Möglichkeiten lagen Gründe für diese Zurückhaltung in der noch ausgeprägten Unsicherheit des sozialen Status der Ärzte, wo Misserfolge und Versagen bei der Ausübung der Heilkunst, insbesondere also die Nichtabwendung des Todes eines Patienten, unmittelbar die soziale Existenz bedrohten.

Der Beginn der Behandlung bedeutete ein Versprechen auf Gesundheit und Lebenserhalt, der Misserfolg ein Verschulden des Arztes. Die Prognostik war bei dieser Sachlage der wichtigste Teil der ärztlichen Kunst. Es kam vor allem auf das Gewinnen von Anzeichen für die Erfolgchance von ärztlichen Maßnahmen an, die letztendlich nicht viel mehr vermochten, als den natürlichen Heilungsverlauf zu begleiten und lindernd das Befinden des Patienten zu verbessern.

Über einen Zeitraum von vielen Jahrhunderten gab es in Europa keine Fortsetzung der in Griechenland begonnenen Entwicklung einer nach wissenschaftlichen Kriterien betriebenen Medizin. Im europäischen Mittelalter waren Ärzte eher selten, die therapeutischen Kenntnisse blieben gering. Verheerende Epidemien, tiefe Armut und Willkürherrschaft prägten das Leben der meisten Menschen. Häufiges Erlebnis des Sterbens anderer Menschen schuf auch eine nahe Vertrautheit mit dem Tode. Es war nicht der Arzt, der gerufen wurde, wenn jemand schwer krank war und im Sterben lag.

Die Sorge um die nicht zu heilenden Kranken und Sterbenden lag in der Hand von Priestern und Ordensgemeinschaften. Es galt als Pflicht eines guten Christen, dem Leidenden zu helfen und Leiden zu lindern, wo er

ihm begegnete. Doch oft war die dominierende christliche Tendenz, das Leiden als göttliche Prüfung zu erklären, vielleicht noch die wirksamste Hilfe, es bis in den Tod durchzustehen.

In der Renaissance begann neben der charakteristischen Rückbesinnung auf antike Traditionen und einer Neubestimmung der Würde des Menschen auch eine neue Formierung wissenschaftlicher Rationalität, die den Anspruch an die Wissenschaft einschloss, menschliche Lebensbedingungen verbessern zu helfen. Das führte bis zur Forderung, dass auch die Betreuung unheilbar Kranker und Sterbender zu den direkten Verpflichtungen des ärztlichen Berufes gehöre.

So formulierte der englische Philosoph Francis Bacon (1561-1626): „Ferner halte ich es der Pflicht des Arztes gemäß, dass er auch die Schmerzen und Qualen der Kranken lindere; und das nicht nur, wenn jene Linderung der Schmerzen zur Wiederherstellung der Gesundheit dienet und beiträgt; sondern auch dann, wenn ganz und gar keine Hoffnung mehr vorhanden, und doch aber durch die Linderung der Qualen ein mehr sanfter und ruhiger Übergang aus diesem zu jenem Leben verschafft werden kann. Denn es ist fürwahr kein kleiner Teil der menschlichen Glückseligkeit ..., dass man nämlich ein sanftes Ende habe“ (Bacon 1783). Bacon sprach von „euthanasia“, sich dabei auf den in der griechischen Antike geprägten Sinn dieses Begriffs beziehend.

Nach allmählichem Fortgang der Debatte begannen – gemäß literarischen Zeugnissen – seit der Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert sich verstärkt Ärzte dafür zu engagieren, dass ihr Berufsstand etwas für die (mit heutigem Wort) Lebensqualität von Sterbenskranken und Sterbenden tue. Bei seinen Erörterungen über die „euthanasia medica“ ging der Hallenser Arzt Johann Christian Reil (1759-1813) von der Feststellung aus: „Um den Menschen ins Leben hineinzuhelfen, dazu gibt es eine eigene Kunst, die Hebammenkunst, aber dafür, dass man erträglich wieder hinauskomme, ist fast nichts getan“.

Auch meinte Reil, da der natürliche Tod oder der Tod im Alter immer leicht sei, tue derjenige indirekt am meisten für die Euthanasie, der dafür Sorge, dass seine Patienten nicht vorzeitig, sondern erst im hohen Alter sterben. Da viele Einwirkungen der Zivilisation Krankheiten erzeugen und zu vorzeitigem Tod führen, müsse auch der Staat eingreifen, um Abhilfe zu schaffen (Reil 1816).

Der Arzt konnte oft lindern und erleichtern, aber nichts zuverlässig gegen akut tödliche Erkrankungen tun. Eng an den Grenzen der Selbstheilungskraft des Patientenleibes begann seine Machtlosigkeit, die „Unheilbarkeit“. Die zutreffend von Voltaire (1694-1778) formulierte Charakterisierung der Funktion des Arztes – nämlich „den Kranken bei Laune zu halten, bis die Natur die Krankheit geheilt hat“ – war wohl zu ergänzen mit: „oder bis die Natur dessen Leben zu Ende gebracht hat.“

Man kann *einerseits* vermuten, dass mit häufigerer Zuwendung zu Sterbenden bei Ärzten auch die Versuchung aufkam, einem schwer leidenden auf den Tod Kranken sein Leiden zu verkürzen und den Tod herbeizuführen. *Andererseits* – bei der oft bis zuletzt verbleibenden Ungewissheit des Ausgangs in Genesung oder Tod – vermochte der Arzt an sich mit allen Behandlungen nur der gegen den Tod machtlose Begleiter des Genesenden wie des Sterbenden zu sein. Unter den gegebenen Umständen bedeutete jedes lebensverkürzende „den Tod geben“, diese ärztliche Funktion aufzugeben und gar schlechthin das „Arztsein“ aufzuheben.

Schließlich formulierte Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836) anfangs des 19. Jahrhunderts den Grundsatz, der noch für die nächsten 150 Jahre die bestimmende Maxime ärztlichen Handelns im Grenzbereich von Leben und Tod bleiben sollte:

„Das Leben der Menschen zu erhalten und womöglich zu verlängern, ist das höchste Ziel der Heilkunst, und jeder Arzt hat geschworen, nichts zu tun, wodurch das Leben eines Menschen verkürzt werden könnte ... Wenn ein kranker von unheilbaren Übeln gepeinigt wird, wenn er sich selbst den Tod wünscht, wenn Schwangerschaft Krankheit und Lebensgefahr

erzeugt ...: Sollte es nicht erlaubt, ja sogar Pflicht sein, jenen Elenden etwas früher von seiner Bürde zu befreien, oder das Leben der Frucht dem Wohle der Mutter aufzuopfern? So viel Scheinbares ein solches Räsonnement für sich hat, so sehr es selbst durch die Stimme des Herzens unterstützt werden kann, so ist es doch falsch, und eine darauf gegründete Handlungsweise ... hebt geradezu das Wesen des Arztes auf. Er soll nichts anderes tun, als Leben erhalten; ob es ein Glück oder Unglück sei, ob es Wert habe oder nicht – dies geht ihn nichts an, und maßt er sich einmal an, diese Rücksicht mit in sein Geschäft aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar, und der Arzt wird der gefährlichste Mensch im Staate ...“ (Hufeland 1836).

Damit hatte Hufeland die *Maxime* formuliert, die das Leben gegen jede ärztliche Verfügung heiligte. Dem damaligen Stand der Medizin war das offensichtlich angemessen, was auch an den von ihm genannten Beispielen klar erkennbar ist, insbesondere an der lebensgefährdenden Komplikation bei der Schwangerschaft: Wie hätte der Arzt – angesichts der damals hohen Geburtssterblichkeit der Gebärenden wie der Neugeborenen – meinen können, gerade das von ihm bevorzugte Leben zu retten? Er hätte gar keine Chance gehabt, mit einiger Sicherheit das Leben, für das er entschied, tatsächlich zu retten. Es blieb ihm vernünftigerweise nichts anderes, als „die Entscheidung der Natur“ abzuwarten. Es gab also – *einerseits* – keine praktische Basis, eine auf sozialer Wertentscheidung basierende Wahl vorzunehmen und eines der beiden Leben bevorzugt zu erhalten.

Andererseits bestand die verpflichtende Vorschrift der katholischen Kirchenlehre, die heute zwar relativiert aber nicht aufgehoben ist, das Leben des Kindes bevorzugt zu retten, damit es getauft werden könne, um des ewigen Seelenheils teilhaftig zu werden. Gegen diese theologische Wertungsvorschrift richtete sich die Hufelandsche Norm implizit durchaus; denn zweifellos hätte ein Arzt – der katholischen Wertvorgabe folgend und das Leben der Frau nicht schonend – das Kind noch lebend zur Welt bringen, es der

Taufe zuführen und dann gegebenenfalls zusammen mit der Frau dem Totengräber überlassen können.

Doch im Zuge medizinischen Fortschritts war wenige Jahrzehnte später die praktische Sachlage zum Problem der lebensbedrohlichen Geburtskomplikation völlig verändert und schon vor der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert war entsprechend in der geburts-hilflichen Medizin fest die Regel eingebürgert, im Notfall einer beide Leben gefährdenden Schwangerschafts- oder Geburtskomplikation das Leben der Mutter unter Opferung des Lebens des Kindes zu erhalten.

Die grundsätzliche, von Hufeland so zuge-spitzt formulierte Regel jedoch, der Arzt habe alles für die Erhaltung und Verlängerung eines Lebens zu tun, ohne zu fragen, ob es ein Glück oder Unglück sei, bestimmte das Denken bis in den Beginn des High-Tech-Zeitalters der Medizin in den 1960er und 1970er Jahren.

Intensivmedizin – Technik gegen den Tod?

Beim Eintritt des Todes gibt es immer einen letzten Atemzug und einen letzten Herzschlag. Seit je galten die Vitalorgane Herz, Lunge und Hirn als die drei Eintrittsporten des Todes. Welches auch zuerst von Zerstörung oder Versagen betroffen war, zog den Ausfall der beiden anderen unmittelbar nach sich. Fällt zuerst das Gehirn aus und ist dabei das Atemzentrum betroffen, so hört spätestens zwanzig Minuten nach der Atmung, wenn aller Sauerstoff im Blut aufgebraucht ist, auch das Herz endgültig auf zu schlagen. Fällt zuerst das Herz aus, sterben nach wenigen Minuten die Hirnzellen wegen Sauerstoffmangels und versagt auch die Atmung.

Das konnte zusammengefasst bedeuteten: Wenn man einen Betroffenen etwa zwanzig Minuten nach einem tödlichen Ausfall seines Gehirns künstlich zu beatmen begann, kam sein Herz vielleicht wieder in Gang und unter fortgesetzter künstlicher Beatmung konnte es in dem eigentlich schon Toten weiter

schlagen. Wohl niemand hatte das vorausschauend so bedacht, es ergab sich praktisch im Gefolge der neuen intensivmedizinischen Technik.

1959 beschrieben zwei französische Ärzte erstmals das in der Intensivmedizin auftretende, zuvor nicht bekannte Phänomen, das sie *Coma dépassé* (überschrittenes Koma) nannten, und das später allgemein als (intravitale bzw. dissoziierter) „Hirntod“ bekannt wurde. Sie beobachteten bei einzelnen reanimierten Patienten, dass nach etwa sieben bis zehn Tagen der Beatmung und Intensivbehandlung die Wärmeregulation ganz versagte, die über Infusionen normalerweise zu steuernden physiologischen Funktionen unbeeinflussbar außer Kontrolle gerieten und schließlich trotz aller Behandlungsversuche das organismische System zusammenbrach. Bei der Obduktion fand man dann ein in fortgeschrittener Autolyse erweichtes, teils schon verflüssigtes Gehirn.

Der intravitale Hirntod oder auch die mit ihm verknüpfte Problematik der Organtransplantation ist an dieser Stelle nicht zu besprechen. Sie soll hier nur veranschaulichen: Die Ärzte waren in einem relativ kurzen Zeitverlauf in den 1950er und 1960er Jahren mit ganz neuen Handlungsmöglichkeiten im Grenzbereich von Leben und Tod ausgerüstet, konnten sogar über den Tod hinaus zentrale Lebensfunktion im menschlichen Körpers in Gang halten. Schon in den 1970er Jahren arbeiteten in allen größeren Krankenhäusern Intensivtherapiestationen. Aber als Handlungsorientierung gab es zunächst allein die traditionelle Lebensbewahrungsmaxime, etwa wie von Hufeland formuliert, auch als Prinzip der Heiligkeit des Lebens bekannt. Damit waren die Ärzte in der Praxis der Intensivmedizin zunehmend ratlos und verunsichert.

Das Beginnen der Wiederbelebung und Intensivbehandlung schien unproblematisch. Aber das Beenden der Therapie wurde zum Problem. Zwar nicht, wenn mit der Reanimation und Therapie erfolgreich eine tödliche Komplikation überbrückt wurde, oder wenn der Reanimations- und Therapieversuch von

Anbeginn ganz vergeblich blieb. Aber was war zu tun und zu entscheiden, wenn die Intensivtherapie Teileffekte zeitigte, wenn sie nicht als Brücke zu einem anderen Ufer führte, an dem das Leben des Patienten weiter gehen konnte, sondern wie ein halber Brückenbogen mit dem Patienten über dem Abgrund stand?

„Ihr müsst uns sagen, wann wir aufhören sollen!“ Das war die kategorische Forderung eines Arztes aus der internistischen Intensivmedizin an die Philosophen, als sich in Leipzig Mitte der 1970er Jahre eine kleine Gruppe von drei Ärzten, zwei Philosophen und einem Juristen zur Diskussion dieser Problematik zusammenfand. Den Autor verschlug es bei dieser Gelegenheit in die Medizinethik als seinem zukünftigen Arbeitsgebiet.

Wiederbelebung und Intensivbehandlung zu beginnen, entsprach eigentlich problemlos ärztlichem Gebot. Aber wenn das Ziel der Wiederherstellung personaler Lebensfunktion nicht erreicht wurde, wie könnte man aufhören, solange noch Organe des Betroffenen funktionierten? Oder wie sollte ein Arzt rechtfertigen, dass er beim Kreislaufzusammenbruch eines Krebskranken im Endstadium, wo man mit der nebenan verfügbaren Intensivtechnik zweifellos das Leben, wenn auch nur als Leidenszustand, noch um einiges verlängern könnte, die Herz-Kreislauf-Wiederbelebung und -Intensivbehandlung nicht anwenden möchte? Denn die damals noch geltenden Maßstäbe waren ja nicht nur die berufsethische Maxime, dass ein Arzt für die Erhaltung eines Lebens unbedingt alles nur Mögliche tun müsse, sondern ein vorm Eintritt des Todes gefolgtetes Unterlassen einer verfügbaren lebenserhaltenden Maßnahme erfüllte auch den rechtlichen Straftatbestand der „unterlassenen Hilfeleistung mit Todesfolge“.

Es bedurfte also differenzierender Kriterien dafür, den Tod zuzulassen, obgleich man ihn noch durch medizinischen Widerstand aufhalten konnte. Welches Nichtanwenden und welches Beenden von lebenserhaltender Therapie sollte gerechtfertigt werden können und nicht als strafwürdiges Unterlassen gelten?

Die genannte Arbeitsgruppe formulierte Regeln, wie die folgende: „Intensivtherapie dient der zeitweiligen Überbrückung des Ausfalls lebenswichtiger Organfunktionen bei einem insgesamt besserungsfähigen Grundleiden. Die Einleitung von Reanimations- und anderen intensivtherapeutischen Maßnahmen ist nicht indiziert, wenn das eingetretene Versagen zentraler Lebensfunktionen Anzeichen eines fortgeschrittenen unabänderlich zum Tode führenden Krankheitsprozesses ist. Stellt sich dies erst nach der Einleitung der intensivtherapeutischen Maßnahmen heraus, so können diese nach konsiliarischer Beratung beendet werden.“

Aufgrund des prozessualen Krankheitsgeschehens befinden sich oft Patienten für bestimmte Zeit in einem hinsichtlich möglicher Behandlungsalternativen nicht eindeutig entscheidbarem Zustand. Doch auch für diese Situation bedurfte es eines Sicherheit gebenden handlungsleitenden Prinzips, das für diesen Fall nur lauten konnte „im Zweifel für das Leben“. Solange nicht klar begründet eine Entscheidung über alternative Behandlungsmöglichkeiten zu treffen ist, gilt nach wie vor an Grenzen der Lebenserhaltung grundsätzlich das Hilfsprinzip „in dubio pro vita“, was auch bedeutet im Zweifel den Versuch der lebenserhaltenden Behandlung zu beginnen. Die vorläufige Anwendung dieses Prinzips schließt aber die unbedingte Verpflichtung ein, den Zweifel durch diagnostische und sonstige geeignete Bemühung zu beseitigen.

Es setzte sich in der Folge die Ansicht durch, dass es grundsätzlich nicht Ziel und Zweck der ärztlichen Lebensbewahrung sein soll, das biologische Funktionieren eines Organismus solange wie möglich aufrechtzuerhalten. Vielmehr soll das Ziel die Erhaltung positiv erlebbaren oder doch wenigstens relativ ertragbaren Lebens für den Betroffenen sein. Bei schweren Krankheitszuständen und im Sterben kann demnach die Sicherung von Lebensqualität zum alleinigen Behandlungsziel werden und tritt die Lebensdauer und das Überleben als therapeutisches Ziel zurück.

Zur möglichen Lebensverkürzung durch schmerzlindernde Maßnahmen, einem anfangs auch stark umstrittenen Problem, wurde der Grundsatz formuliert: „Der Arzt ist bei unabwendbar verlaufendem Sterbeprozess verpflichtet, wenn die Linderung von Leiden und Schmerzen auf andere Art und Weise nicht erreicht werden kann, wirksame Mittel im erforderlichen Maß einzusetzen, auch wenn ein hierdurch früherer Eintritt des Todes nicht auszuschließen ist“.

Unterschiedliche Positionen wurden in den 1980er Jahren zu diesem Punkt vertreten, *einerseits*, dass aus verfassungsrechtlicher Sicht jede bewusst in Kauf genommene Lebensverkürzung als strafbares Tötungsdelikt angesehen werden müsse. *Andererseits* erkannte man, dass der lebensverkürzende Effekt von Schmerzlinderung nicht genau bestimmbar ist, dass vielmehr gute Schmerzmedikation auch lebensverlängernd sein kann. Eine vorherrschend verbreitete Ansicht war auch, dass ein lebensverkürzender Effekt der Schmerzlinderung nur als unvermeidbare und ungewollte Nebenwirkung zu tolerieren sei, keinesfalls aber ein beabsichtigter Zweck der Schmerzmittelgabe sein dürfe. Justiziabel war dieses Kriterium der Zulässigkeit des Schmerzlinderungs-Lebensverkürzungseffektes nicht, aber doch wirksamer Bestandteil einer die Entwicklung angemessener Schmerzlinderungskultur in der deutschen Medizin hemmenden Ideologie.

Zwar gilt die hinreichende Schmerzlinderung bei auf den Tod Kranken in jüngerer Zeit nicht allein als ethische ärztliche Pflicht, sondern deren Unterlassen wird auch als strafwürdige Körperverletzung interpretiert. Dennoch kann man in der medizinischen Praxis bis in jüngste Zeit der Ansicht begegnen, Lebensverkürzung durch Schmerzlinderung sei nicht erlaubt, während aber mit dem Prinzip der terminalen Sedierung schon gegenwärtig eine gewissermaßen höhere Form dieser Praxis propagiert wird. Aufgrund der Komplexität und biopsychosozialen Vielschichtigkeit menschlichen Lebens und Sterbens sind eindeutig abgrenzende ethische und rechtliche Regeln grundsätzlich schwer zu erreichen.

Fazit

Die moderne Medizin hat vieles verändert. Man war ja vor wenigen Jahrzehnten noch bei schwerer Erkrankung nach fünf Tagen Krankenhaus entweder tot oder wieder gesund. Die früher für ärztliches Handeln klare Grenze von Leben und Tod ist zu einem ausgedehnten Grenzbereich und Handlungsfeld mit differenzierten Abwägungs- und Entscheidungserfordernissen geworden.

Der in den 1970er Jahren erfolgte Umbruch der Prinzipien ist offensichtlich: Die Grenzen der ärztlichen Lebensbewahrungspflicht unterliegen seither der Bewertung nach Kriterien der Lebensqualität. Es war genau das unumgänglich geworden, was Christoph Wilhelm Hufeland so strikt verneint hatte: nämlich an Grenzen der Lebensfähigkeit und Lebenserhaltungsmöglichkeit zu fragen, „ob es Wert habe oder nicht“. Es blieb bei der Grundverpflichtung: Der Arzt soll Gesundheit und Leben erhalten! Aber er soll heute mehr denn je nicht „alles erdenklich Mögliche“ tun, sondern differenziert nach Kriterien der Lebensqualität und gemäß dem Willen des Patienten.

Von praktischen, den Patienten wie den Arzt betreffenden Erfordernissen innerhalb der Medizin her war anfangs der 1970er Jahre die komplexe und ethisch schwierige Problematik der ärztlichen Sterbehilfe aufgeworfen, und es begann die gesellschaftliche Diskussion und Auseinandersetzung um die „Euthanasie“, das „Recht auf den Tod“ und die „Sterbehilfe“. Diese Thematik erforderte insbesondere auch die Auseinandersetzung mit der in der Nazizeit erfolgten Vernichtung sogenannten „lebensunwerten Lebens“, und sie wurde vor allem zu einem Kampffeld der religiösen und anderen weltanschaulichen Strömungen und Institutionen, die an dieser Stelle ihre verschiedenen Menschenbilder zu verankern bestrebt waren und noch vehement bestrebt sind.

Die in einer sehr heftigen öffentlichen Debatte um das „Recht auf den Tod“ in den 1970er Jahren aufgebrochene gesellschaftliche Diskussion, die sich damals auf die Anwendung lebensverlängernder Intensivmedizin bei Krebskranken fokussierte, die ihr thematisches Gesicht immer wieder wandelte und bis heute andauert, wird auch in aller Zukunft keinen Schluss finden.

Literatur

- F. Bacon: Über die Würde und den Fortgang der Wissenschaft. Pest 1783.
- H. Becker, R. Mattheis, G. Hennies u. T. Schirop: Behandlungsabbruch, Patientenverfügung (Patiententestament), Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht. Empfehlungen der Ethikkommission der Ärztekammer Berlin. Intensivmedizin 1999, 36, S.71-81.
- Grenzsituationen ärztlichen Handelns. Hg. von U. Körner, K. Seidel u. A. Thom. Jena 1981.
- Hippokrates: Die Apologie der Heilkunst. Leipzig 1910.
- Chr. W. Hufeland: Enchiridion medicum oder Anleitung zur medizinischen Praxis. Vermächtnis einer fünfzigjährigen Erfahrung. Berlin 1836.
- U. Körner, E. Biermann, E. Bühler, F. Oehmichen, S. Rothärmel, G. Schneider u. W. Schweidtmann: DGEM-Leitlinie Enterale Ernährung. Ethische und rechtliche Gesichtspunkte. Aktuelle Ernährungsmedizin 2003 / Supplement 1, S.36-41.
- R. Mattheis: Patientenverfügung für Ärzte verbindlich. Neuer § 16 in Berliner Berufsordnung. Berliner Ärzte 1999, 37/6, S.23-24.
- J. Chr. Reil: Entwurf einer allgemeinen Therapie. Halle/Sa. 1816.
- W. Uhlenbruck: Der Patientenbrief – die privatautonome Gestaltung des Rechts auf einen menschenwürdigen Tod. Neue Juristische Wochenschrift 1978, S.566-570.



Prof. Dr. Uwe Körner, Medizinethiker und Mitglied der Humanistischen Akademie, in seinem Arbeitskreis.



Dipl. Psych. Gita Neumann, Bundesbeauftragte des Humanistischen Verbandes für Patientenverfügungen und humanes Sterben, in der Diskussion am zweiten Tag.

Gita Neumann

Patientenverfügung und Sterbehilfe

Interdisziplinäres Modell, Praxiserfahrungen, ethische Reflexionen und Vorschläge des Humanistischen Verbandes für eine gesetzliche Regelung

Vorbemerkung

Strafbar macht sich, wer – auch auf dessen Verlangen hin – einen Schwerkranken tötet, um sein Leiden zu beenden. Nach den Vorstellungen von traditionsreichen Bürgerrechtsorganisationen aus dem humanistischen Spektrum wie der *Humanistischen Union* (HU) und der *Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben* (DGHS) liegt in einer Änderung des Strafrechtsparagraphen 216, die Kernfrage der Sicherstellung der Patientenselbstbestimmung. Rigorose Lebensschützer sehen – genau umgekehrt – eben hier den Dambruch zur Barbarei und Menschenverachtung.

Seit Beginn der 1980er Jahre wurde die Auseinandersetzung über ein selbstbestimmtes, humanes Lebensende vor allem geführt, indem man das Verfassungsrecht bemüht und eine Gegenüberstellung kontroverser Auslegungen desselben abhandelt. Von dezidiert kirchenkritischen Stimmen humanistisch-atheistischer Sichtweisen wird darüber hinaus – im Tonfall nicht selten ihrerseits als Eiferer auftretend – das christlich begründete absolute Lebensschutzgebot verächtlich gemacht.

Als völlig abwegig wird von entschiedenen Sterbehilfebefürwortern zudem der Bezug auf das nationalsozialistische Deutschland zurückgewiesen: Schließlich sei es damals um Mord gegangen, heute ginge es ausschließlich um das Recht auf Autonomie. Lösungen für konkrete Behandlungsentscheidungen und zur Verbesserung der Situation hilfsbedürftiger Patienten bleiben demgegenüber weitgehend ausgeblendet.

Der *Humanistische Verband Deutschland* (HVD) hat mit seiner Gründung Anfang 1993 eine andere Richtung als die angedeuteten eingeschlagen und der folgende Bei-

trag ist aus der Perspektive der *Bundesbeauftragten für Patientenverfügung, Hospiz und Humanes Sterben* dieser Organisation geschrieben. Der HVD ist nicht denselben Weg wie die HU und die DGHS gegangen, obwohl es auch für ihn nahe gelegen hätte, ebenfalls die Freigabe der Tötung auf Verlangen unter geregelten Voraussetzungen zu fordern. Dies hätte seinem weltanschaulichen Hintergrund durchaus entsprochen, der sich auf Werte der Aufklärung und Selbstbestimmung in sozialer Verantwortung stützt. Warum hat es sich der HVD hier bedeutend schwerer gemacht? Warum bietet er nicht einfach auch nur streng juristisch abgefasste Mustervordrucke für Patientenverfügungen an, mit denen sowohl die HU wie auch die DGHS meint auskommen zu können?

Diese Fragen sollen Gegenstand der folgenden Überlegungen und Erläuterungen sein. Sie sind von der Überzeugung getragen, dass die eigentliche Bewegung in der Praxis stattfindet, die sich verändert und von uns mitgestaltet wird. Diese tritt in ein dialektisches Verhältnis zur theoretischen, juristischen und ethischen Reflexion. Auf dieser Ebene setzt sich die Auseinandersetzung fort im Kampf um die Begriffe. Wer diese zu definieren, abzugrenzen und positiv oder negativ zu besetzen vermag, bekommt – zugespitzt ausgedrückt – die Deutungshoheit in dieser Debatte. Dabei liegt die Zukunft des selbstbestimmten, humanen Lebensendes – anders als vor zwanzig Jahren – nicht mehr maßgeblich in juristischen Abhandlungen, sondern in interdisziplinären und praxisorientierten Lösungen.

Diese Thesen voraussetzend, widmet sich der Text folgenden Fragen: Was kann und muss eine Patientenverfügung leisten? Wie kann man die jetzige Regelung der Tötung auf Verlangen unangetastet lassen und den-

noch Sterbehilfe erlauben? Gibt es zwischen Sterbenlassen und Töten gravierende ethische Unterschiede? Wer definiert, was erlaubte und gewünschte Sterbehilfe ist?

Standards bei Patientenverfügungen

Die folgende Definition stammt aus dem *Ratgeber Patientenverfügung – vorgedacht oder selbst verfasst*, herausgegeben in der Reihe *Ethik in der Praxis* von Hans-Martin Sass: „In einer Patientenverfügung äußert sich ein einwilligungsfähiger Patient in Ausübung seines Selbstbestimmungsrechtes zu der Frage, wie er in einer Situation behandelt werden möchte, in der er selbst nicht mehr entscheiden kann. Eine Patientenverfügung enthält Angaben zu Art und Umfang medizinischer Maßnahmen, die von einer vollständigen Ablehnung einer Therapie bis zum Wunsch einer eventuell noch nicht etablierten Therapie reichen können.“¹

Das Buch enthält eine Übersicht über verschiedene Modelle und Formen von Patientenverfügungen und verwandten Instrumenten.² Es möchte „Wege durch den Verfügungswald“ ebnen, denn die Zahl der Anbieter und Vorschläge ist in den letzten Jahren unübersehbar geworden. Sie wird mit weit über 150 angegeben.³ Der *Ratgeber Patientenverfügung* diente mit seiner Übersicht verschiedener Formulierungsmuster und

Textbausteinen auch der Kommission des Bundesjustizministeriums *Patientenautonomie am Lebensende* (unter dem Vorsitzenden Richter am BGH a.D. Klaus Kutzer) zur Orientierung.⁴

Nach den von der Bundesärztekammer 1999 veröffentlichten *Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen* soll eine Patientenverfügung „Aussagen zu den Situationen enthalten, für die sie gelten sollen, z.B.: Sterbephase, nicht aufhaltbare schwere Leiden, dauernder Verlust der Kommunikationsfähigkeit, Notwendigkeit andauernder schwerwiegender Eingriffe (z.B. Beatmung, Dialyse, künstliche Ernährung, Organersatz). In einer Patientenverfügung sollen möglichst genau „Aussagen zur Einleitung, zum Umfang und zur Beendigung ärztlicher Maßnahmen formuliert werden, insbesondere für folgende Maßnahmen: Künstliche Ernährung, Beatmung, Dialysebehandlung, Verabreichung von Medikamenten ..., Schmerzbehandlung, Art der Unterbringung und Pflege, Hinzuziehung eines oder mehrerer Ärzte.“ Die Bundesärztekammer empfiehlt ergänzende persönliche Angaben, die „Lebenseinstellungen, religiöse Überzeugungen sowie die Bewertung von Schmerzen und schweren Schäden“ usw. zu treffen. Rechtlich sei es nicht erforderlich, etwa „eine notarielle Beglaubigung der Unterschrift herbeizuführen“. Um möglichen Zweifeln zu begegnen, wird eine Bezeugung, eine Bera-

¹ Th. Jacobi, A. T. May, R. Kielstein u. W. Bienwald: *Ratgeber Patientenverfügung – vorgedacht oder selbst verfasst?* Hg. von H.-M. Sass, 3. Aufl., Münster 2002, S.7 (*Ethik in der Praxis / Practical Ethics*).

² *Ratgeber Patientenverfügung*.

³ Das Zentrum für Medizinische Ethik der Ruhr-Universität Bochum hat sich – Stichwort: Verfügungssammlung – hier verdient gemacht, um einen Überblick zu geben. Dies ist dringend erforderlich. Denn neben der hohen Zahl verwirren auch unterschiedliche Bezeichnungen den Interessenten: Patientenanzwaltschaft, -anzwaltschaftsverfügung, -schutzbrief, -testament, Vorausverfügung, Willenserklärung, Euthanasie-, Schwerstverletzten- oder Lebensverfügung usw. Vgl. dazu im Internet unter: www.Medizinethik-Bochum.de/verfuegungen.htm – Alle genannten Instrumente wenden sich unmittelbar an den Arzt, das Krankenhaus, evntl. das Pflegeheim. Es handelt sich also nicht um eine Betreuungsverfügung, die sich an das Amtsgericht wendet.

⁴ Berufen in diese Kommission, die in Folge des umstrittenen BGH-Beschlusses vom 17.03.2003 zur Patientenverfügung vom BMJ ins Leben gerufen wurde, sind Vertreter/innen der Kirchen, des HVD, der Bundesärztekammer, der Wohlfahrtsverbände, der Ministerien u.a.

tung und/oder regelmäßige Aktualisierung empfohlen.⁵

Einen ähnlichen, wenngleich in Fragen der möglichen Sterbehilfe noch weitergehenden Ansatz bietet der *Humanistische Verband* mit seinem Modell zur Abfassung einer individuellen Patientenverfügung. Zur näheren Beschäftigung hiermit, insbesondere zur *Bundeszentralstelle für Patientenverfügungen* des HVD, wo diese auch hinterlegt werden können mit Änderungsmöglichkeit und regelmäßiger Aktualisierung, sei auf bestehende Publikationen und Informationsmöglichkeiten im Internet verwiesen.⁶ Als einzige zu empfehlende Organisation wird der HVD im renommierten Beck-Rechtsberater im dtv zum Thema *Patientenrechte am Ende des Lebens* ausdrücklich hervorgehoben. Es heißt dort über den *Humanistischen Verband*: „Dieser Organisation geht es um eine möglichst individuell formulierte Patientenverfügung. Damit diese dennoch rechtlich korrekt ist, wird den Interessenten gegen Erhebung einer Gebühr ein umfassender Fragebogen zur individuellen Wertanamnese zugesandt. Die Antworten werden vom Humanistischen Verband in eine juristisch korrekt formulierte Patientenverfügung eingearbeitet und fälschungssicher als Dokument erstellt.“⁷

Als Negativbeispiel wird an gleicher Stelle die christliche Patientenverfügung der katholischen und evangelischen Kirche in Deutschland aufgeführt. Fälle schwerst- oder chronischkranker Patienten, die keine Sterbenden seien, sollen darin gerade nicht geregelt werden – weil die Kirche bei diesen ein Sterbenlassen ablehnt. Die Autoren des Beck-

Rechtsberaters kritisieren daran: „Hunderttausende von Benutzern dieser ‘christlichen’ Patientenverfügung in Deutschland ahnen nicht, dass sie gerade das, was sie dringend regeln wollen, mit diesen Formularen gerade nicht geregelt haben.“⁸

Geschichtlicher Aufriss: Juristische Standards der 1980er Jahre

Im *Ratgeber Patientenverfügung* findet sich ein geschichtlicher Aufriss, der die allgemeine Entwicklung von Verfügungsmustern und -modellen der letzten 25 Jahre nachzeichnet. Deutlich wird der Weg „vom juristisch aufgesetzten Patientenbrief zur individuell verfassten Verfügung“.⁹ Zu ersteren, welche aus dem Geist der 1980er Jahre stammen, wird z.B. der DGHS-Patientenschutzbrief nur für Mitglieder genannt mit DGHS-Freitodverfügung (und zeitweilig auch geleisteter, inzwischen aber eingestellter praktischer Anleitung und Hilfe zur Selbsttötung). Diese Dokumente der ersten Stunde ließen „deutlich die Absicht erkennen, den Patienten zunächst vor von ihm nicht mehr gewünschten Behandlungsmaßnahmen zu schützen. Aus diesem Grund dominieren juristische Verwahrungsformulierungen.“¹⁰

Diese Art von Verfügungen dienten als Ersatz – wenn an der Rechtswidrigkeit der Tötung auf Verlangen schon nicht zu rütteln war. Sie werden, da die persönliche Auseinandersetzung um mögliche Behandlungsoptionen im Glauben an einen juristisch vorge-

⁵ Bundesärztekammer: Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen. Deutsches Ärzteblatt 96:1999, A 2720-2721.

⁶ Vgl. G. Neumann: Entscheidungsqualität, Patientenautonomie und Sterbehilfe. In: AIDS-Forumband der DAH, Bd. 46, 2004, Grenzwanderungen zwischen Aids- und Hospizbewegung(en), 2004. – Vgl. unter www.patientenverfuegung.de

⁷ B. Steldinger u. W. Putz: Patientenrechte am Ende des Lebens, Vorsorgevollmacht – Patientenverfügung – Selbstbestimmtes Sterben. München 2003, S.111 (Beck-Rechtsberater im dtv).

⁸ Patientenrechte am Ende des Lebens, S.113.

⁹ Ratgeber Patientenverfügung, S.10f.

¹⁰ Ratgeber Patientenverfügung, S.10f.

gebenen Text eher verhindert als befördert wird, im medizinethischen Jargon auch „Autonomie-Placebos“ genannt. Für die Patientenverfügungsmuster nach den Standards der 1980 Jahre, wie sie von der DGHS¹¹ und der HU angeboten werden, gilt paradoxerweise, das sie zumindest für Fälle von absolutem Behandlungsverbot im Reanimationsfall oder einer Vielzahl von unheilbar-chronischen Erkrankungen ebenso wenig gelten wie die christliche Verfügung.

Das juristische Diktum, dass die Unterlassung oder der Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen in Sterben verbindlich zu befolgen sei, wenn in einer Patientenverfügung gefordert, ist zweifellos richtig. Jedoch erscheint es in seiner Unbedarftheit und Praxisabgehobenheit beinahe lächerlich gegenüber den ernsthaften Abwägungen, die in konkreten Behandlungssituationen zu treffen sind. Der Alltag in den Altenheimen sieht folgendermaßen aus: Bedingt durch schwere Stoffwechselerkrankung, Blutgefäßstörungen, Demenzsymptome usw. sind hochbetagte Patienten mehr oder weniger verwirrt, kommunikationsgestört oder auch lebensbedrohlich gefährdet. Ihr Zustand kann durch künstliche Ernährung entweder stabilisiert, vielleicht sogar verbessert, oder aber nur noch „künstlich“ bis zum bald eintretenden Tod hinausgezögert werden (dies lässt sich wegen prinzipieller Prognoseunsicherheiten definitiv jedoch erst im Nachhinein sagen).

Eine pauschale Patientenverfügung lautet sinngemäß: Keine lebensverlängernden Maßnahmen bei schweren Dauerschädigungen mehr, die ein sinnlos gewordenes Leiden oder Sterben nur noch verlängern würden. Wie hätten Sie nun als Verantwortlicher entschieden: Die künstliche Ernährung gar nicht erst beginnen, sie zeit-

lich begrenzen, zu einem bestimmten Zeitpunkt (welchem?) abbrechen? Eine zum Grundeiden hinzutretende Lungenentzündung nicht mehr mit Antibiotika behandeln lassen? Zwei Ärzte – gar unabhängig voneinander – um „Feststellungen“ bitten? Eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung zum Behandlungsverzicht einholen? Nach dem Gesetzgeber rufen, der die auftretenden Fragen doch endlich (wie?) lösen soll? Oder aber die individuelle Einstellung und Ausgangsposition des Patienten berücksichtigen, ob er sowieso schon lebensüberdrüssig gewesen ist und sterben wollte oder umgekehrt noch stark am Leben hängt?

Aktuelle Patientenverfügungsmodelle – Inhalte und Verbindlichkeit

In diesem Sinne stellt der *Ratgeber* „aktuelle Patientenverfügungsmodelle als Antwort auf grundsätzliche Fragen“ als neue Generation seit Mitte der 1990er Jahre vor. Diese „fordern ausdrücklich zur Bearbeitung und persönlichen Anpassung auf. Sie fordern damit zur intensiven Beschäftigung mit möglichen Entscheidungskonflikten auf.“

Zu diesen Modellen – die auch Formulare mit enthalten können – werden u.a. gezählt: a) *Esslinger Initiative*; b) *Humanistischer Verband Deutschlands*; c) Rita Kielstein und Hans-Martin Sass: *Die persönliche Patientenverfügung. Ein Arbeitsbuch*; d) Bayerisches Staatsministerium der Justiz: *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter* (verfasst durch ein interdisziplinäres Team).

Erwähnt sei hier, dass darunter der *Humanistische Verband Deutschlands* die bisher einzige Organisation ist, welche Interessenten nicht nur mit Formularen und Materialien versorgt, sondern ihnen auch – aufgrund

¹¹ Die DGHS hat in letzter Zeit die Schlussfolgerung daraus gezogen, ihren sehr umfangreichen Patientenschutzbrief-Unterlagen zusätzlich Material zur „narrativen Wertanamnese“ von Kielstein u. Sass beizufügen. Dies dürfte es Interessenten und DGHS-Mitgliedern aber nicht eben einfacher machen – zumindest wird ihnen eine auf sie zugeschnittene Patientenverfügung damit nicht in Aussicht gestellt.

einer Wertanamnese per Fragebogen oder eines Beratungsgesprächs – die kompetente Abfassung einer individuellen Patientenverfügung bis zur Unterschriftsreife anbietet. Der Vorsorgewillige – und später der Arzt bzw. Bevollmächtigte – hat am Ende statt einer unüberschaubaren Fülle von Papieren, die u.U. einen ganzen Hefter füllen, nur ein einziges maßgeschneidertes Dokument in der Hand.

Entscheidend ist, dass persönliche Beratung, Aufklärung und Nachsorge fachkompetent gewährleistet ist. So hat die *Bundeszentralstelle für Patientenverfügung* des HVD seit über zehn Jahren Erfahrungen sammeln können, was die Ermittlung individueller Wertvorstellungen und was die spätere Durchsetzung einer bei ihr hinterlegten Patientenverfügung betrifft. Unterstützt werden dabei auch die Angehörigen – teilweise bis über den Tod des Betroffenen hinaus in der Trauerarbeit.

Grundsätzliche Fragen im Umfeld der Patientenverfügung betreffen etwa die nach der Reichweite (wie sehen die Schaltstellen in kritischen Entscheidungssituationen aus), nach der praktischen Durchsetzungsfähigkeit (was verschafft Beachtung bei der Ärzteschaft und ggf. bei Gericht), nach der Absehbarkeit (wie präzise kann eine Vorausverfügung den möglicherweise viel später eintretenden Ernstfall erfassen).¹²

Laut *Ratgeber Patientenverfügung* würden dabei, um zu befriedigenden Antworten zu gelangen, die folgenden Strategien als besonders wirksam angesehen: Wenn in einer Patientenverfügung die gewünschten oder nicht gewünschten Maßnahmen „besonders konkret benannt werden“ oder

wenn „ein überzeugendes Persönlichkeitsprofil erkennbar wird“ und / oder „die Person des Fürsprechers über ihre Bevollmächtigung umfassend informiert wird“.¹³ Eine einheitlich ideale Lösung für jedermann gibt es dabei mit Sicherheit nicht.

In der einschlägigen medizinrechtlichen und -ethischen Fachliteratur besteht kein Dissens darüber, dass vorgefertigte, nur noch zu unterschreibende Muster in aller Regel untauglich sind.¹⁴ Auch das im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erstellte Gutachten *Möglichkeiten einer standardisierten Patientenverfügung* (Vorwort: Ulla Schmidt) kommt nach gut hundert Seiten schließlich zu dem Ergebnis:

„Die Probleme bei der Abfassung und Anwendung einer Patientenverfügung resultieren aus der besonderen Entscheidungssituation zum Zeitpunkt, in dem der Verfügende nicht mehr zu seinen Festlegungen gefragt werden kann. Somit muss eine Patientenverfügung die vorab geäußerten individuellen Wünsche und Werte nachvollziehbar zum Ausdruck bringen. Bei der Umsetzung einer Patientenverfügung stellt sich die Frage nach deren Verbindlichkeit. Der Grad der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen ist abhängig von Klarheit, Genauigkeit und Präzision der geäußerten Wünsche des Patienten einerseits und der tatsächlichen Situation andererseits. ... Aufgrund der Vielzahl von individuellen Situationen und heterogenen weltanschaulichen Positionen kann es eine standardisierte, allgemeingültige Verfügung nicht geben. ... Aus der Patientenverfügung sollten die Ausgangssituation, die Vorerfahrungen und die gewünschten Ziele hervorgehen.“¹⁵

¹² Ratgeber Patientenverfügung, S.12ff.

¹³ Ratgeber Patientenverfügung, S.14.

¹⁴ Die Zahl der medizinethisch-wissenschaftlichen Begleitliteratur zum Thema wächst ebenso wie der „Verfügungswald“ selbst beständig an. Dabei handelt es sich ausschließlich um interdisziplinäre bzw. medizinrechtliche Ansätze, vor allem auch im internationalen Rahmen. – Vgl. zwei Beispiele von vielen: Th. Klie u. J.-C. Student: *Die Patientenverfügung*. Freiburg 2001 sowie J. G. Meran u. H. Poliwođa: *Clinical Perspectives on Advance Directives and Surrogate Decision Making in Transcultural perspective*. Ed. by R. Veatch and H. M. Sass. Johns Hopkins University Press 1998.

Zu empfehlen sei vorangehende Beratung durch Ärzte des Vertrauens, fachkundige Personen mit sozialer Kompetenz und Einfühlungsvermögen bzw. „lokale interdisziplinäre Beratungsstellen, in denen medizinisches Fachwissen vorhanden ist.“ Die Beratung zu Patientenverfügungen falle keinesfalls unter das Rechtsberatungsgesetz. Rechtsanwälte und Notare sind in aller Regel – es sei denn sie verfügten über eine Zusatzqualifikation – gerade nicht die richtigen Ansprechpartner, wenn es um medizinische Angelegenheiten geht.¹⁶

Tötung auf Verlangen unangetastet lassen und Sterbehilfe erlauben

Es ist für die Konzeptionsbildung von einiger Bedeutung, dass der *Humanistische Verband Deutschlands* – anders als eine rein oder doch überwiegend theoretisch bzw. juristisch argumentierende Bewegung – in Praxisfeldern der Wohlfahrtspflege tätig ist (wie im Betreuungswesen, Hospizdienst, in der Pflege, Kinder- und Jugendarbeit, Trauerhilfe usw.) Der HVD hält, vor allem in Berlin, eine breite Angebotspalette bereit für Menschen mit psychischen Störungen, Demenz, vielfältigen Krankheitsbildern und Altersbeschwerden.

Ein wichtiger Ausgangspunkt unserer Überlegungen ist demzufolge, wie eine Verbesserung der Entscheidungsqualität für die konkrete Praxis und damit für alle Beteiligten in ihr zu erreichen ist.¹⁷ Die Forderung nach einer legalisierten Tötung auf Verlangen würde hier in zweierlei Hinsicht nichts bringen: *Zum einen* hat sie wohl nicht die geringste Chance auf Realisierung, blockiert vielleicht

sogar, dass eine gesetzliche Regelung überhaupt in Gang kommt; *zum anderen*, auch wenn theoretisch die Tötung eines sterbewilligen Schwerstkranken hierzulande rechtlich zulässig wäre: unsere verfasste Ärzteschaft weigert sich bekanntlich hartnäckig, sogar von der in Deutschland bereits heute bestehenden straffreien Freitodhilfe Gebrauch zu machen. Sie lässt nicht den geringsten Zweifel daran, dass deutsche Ärzte nie und nimmer für die Tötung von Patienten zur Verfügung stehen.¹⁸

Gesetzesvorschlag des HVD zur Patientenautonomie und der Sterbehilfe

Als alternative, durchaus auch „aktive“ Form der Sterbehilfe kommt hingegen – sowohl in der Debatte wie auch in der Praxis z.B. der Palliativmedizin – immer häufiger die sogenannte terminale Sedierung vor. Mit einer gesteigerten Dosis z.B. von Morphin in Kombination mit starken Sedativa (Beruhigungs- bzw. Schlafmitteln) kann damit beim unheilbar schwerkranken Patienten ein „friedliches Hinüberdämmern“ bewirkt werden. Gleichwohl ist hier wie in jedem Spannungsfeld von Leben und Tod – vor allem auch bei der Unterlassung von lebensverlängernden Maßnahmen – ein Missbrauch nicht ausgeschlossen. Deshalb gehört es zu der zentralen Forderung des HVD, auch die Grauzone der sogenannten aktiven indirekten Sterbehilfe und des Behandlungsverzichtes (bzw. der passiven Sterbehilfe) in einem umfassenden Gesetz zu Patientenrechten am Lebensende zu regeln.¹⁹

¹⁵ Gutachten im Auftrag des Bundesministerium der Gesundheit: Möglichkeiten einer standardisierten Patientenverfügung, erstellt von G. Meran, S. E. Geissendörfer, A. T. May u. A. Simon. Münster 2002, S.107f., unter Mitarbeit eines interdisziplinären Expertenteams.

¹⁶ Gutachten, S.82ff.

¹⁷ Das zentrale Anliegen der Verbesserung von Entscheidungsqualität in Praxisprozessen wird ausführlich behandelt in G. Neumann: Entscheidungsqualität.

¹⁸ „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos ...“. Vgl. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung, Deutsches Ärzteblatt, 95:1998, A 2365-2367.

Eine besondere Beachtung findet dabei die mögliche Absehung von Strafe, wenn bei einer Tötung auf Verlangen nachweislich ein rechtfertigender Notstand vorliegt. Der HVD Entwurf differenziert *einerseits* zwischen den Selbstbestimmungsrechten mündiger BürgerInnen (einschließlich der Freitodmöglichkeit bei unerträglichem Leiden, siehe Punkt 6) und *andererseits* den Lebensschutzinteressen hilfloser und willensunfähig gewordener Patienten (siehe Punkt 4). Ein weiterer zentraler Handlungsbedarf besteht – ebenfalls nicht nur aus Sicht des *Humanistischen Verbandes* – in der verbindlichen Regelung des vorsorglichen Selbstbestimmungsrechtes durch gültige Patientenverfügungen (Punkt 2). Schließlich soll eine umfassende gesetzliche Regelung gemäß dem Vorschlag des HVD auch im Sozialgesetzbuch die Sicherstellung und den Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung einbeziehen (Punkt 3), denn diese ist bei aller Anerkennung in der Öffentlichkeit und Fachwelt massiv bedroht. Der übrige Regelungsbedarf bezieht sich auf Fragen des Betreuungsrechtes und den Sonderstatus eines Bevollmächtigten (Punkt 8, 9 und 10).²⁰

Der HVD ruft Einzelpersonlichkeiten, Organisationen und Medienvertreter dazu auf, diese zu diskutieren, zu kommentieren und an ihrer Verbreitung mitzuwirken. Er geht davon aus, dass bei der vorgeschlagenen umfassenden Gesamtregelung ein Konsens mit anderen gesellschaftlichen Gruppen und weltanschaulich-religiösen Positionen möglich ist. In der Ärztezeitung vom Januar 2004 werden das Anliegen und die Position des HVD in diesem Zusammenhang wie folgt wiedergegeben:

„In Deutschland fordern einzelne Gruppen, so etwa der *Humanistische Verband*

Deutschlands, seit Jahren ein 'umfassendes Sterbehilfegesetz, in dem geregelt und zusammengefasst werden soll, was unter konkreten Bedingungen ärztlicherseits getan oder unterlassen werden darf, soll oder muss'. ... Doch die erbitterten Gegner der aktiven Sterbehilfe – unter ihnen die Deutsche Bischofskonferenz, die Hospizstiftung und Spitzenpolitiker aller Parteien – haben sich wiederholt strikt gegen eine Legalisierung ausgesprochen. Vom Votum des Europarates könnte eine Signalwirkung ausgehen, die die Diskussion in Deutschland neu entfacht.“

Es scheint an der Zeit, dass sich die Debatte weg von fruchtlosen Grundsatzfragen und Appellen hin zu konkreten Regelungsvorschlägen bewegt. Dazu sollen die Eckpunkte des HVD zur Patientenautonomie am Lebenden als Anregung und Grundlage dienen. Sie sind im September 2003 nach einer langen, internen und mit Hilfe von unabhängigen Experten geführten Debatte von der Bundesdelegiertenversammlung des HVD einstimmig verabschiedet worden.

Frühere Pionierleistung zum humanen Sterben – heute scheinradikal und unzeitgemäß

Mit der Forderung nach Strafbefreiung der Tötung auf Verlangen scheint hingegen dem Patienten ebenso wenig weitergeholfen wie dem Arzt, der vor einem medizinischen Entscheidungskonflikt steht. Unabhängig von diesen pragmatischen oder vielleicht sogar taktisch anmutenden Überlegungen versucht eine humanistische Ethik, sich der Fragestellung von einer theoretischen Seite her

¹⁹ Siehe Punkte 1, 5 und teilweise 7 des HVD-Entwurfs für eine gesetzliche Regelung im Dokumentations-Teil dieser Ausgabe.

²⁰ In *diesseits* 18(Berlin 2004: 66)1, der Zeitschrift des Humanistischen Verbandes, findet sich eine Kurzfassung der ausführlicheren zehn Eckpunkte zur Regelung der Patientenrechte und Sterbehilfe. Die ausführliche Version, wie sie im Herbst 2003 auf der Bundesdelegiertenversammlung des Humanistischen Verbandes Deutschlands beschlossen wurde, findet sich außerdem in: *diesseits* 17(Berlin 2003: 65)4, S.12 f. oder unter www.patientenverfuegung.de

zu nähern. Wäre die Freigabe der Tötung auf Verlangen wirklich das geeignete und wünschenswerte Mittel, um körperliches und seelisches Leiden z.B. von krebserkrankten oder hochbetagten Menschen wirksam zu beseitigen?

Es muss natürlich gewährleistet sein, dass diese Möglichkeit nur für extreme Ausnahmefällen unerträglichen Leidens gilt, antworten die Befürworter eines solchen Weges, z.B. die *Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben* in ihren *Rechtspolitischen Leitsätzen zu einer gesetzlichen Regelung der Sterbehilfe und -begleitung*.²¹ Die DGHS möchte, dass definitiv von Bestrafung abgesehen wird, „wenn eine schriftliche Erklärung des Patienten vorliegt, dass er getötet zu werden wünscht“ und wenn ein zweiter Arzt das Vorliegen bestimmter Voraussetzungen bestätigt. Es handelt sich also um den Vorschlag für eine Verfahrensregelung, ähnlich wie die in den Niederlanden. Das Denken, Fordern und Argumentieren scheint sich, obwohl nur für vielleicht ein bis fünf Prozent aller Sterbefälle relevant, seltsamerweise doch um ein vermeintliches Bedürfnis nach genereller Zulassung dieser Form der „aktiven Sterbehilfe“ zu drehen.

Solche Forderungen waren zweifellos vor etwa zwanzig Jahren, als entsprechende Strafrechtsänderungen erstmals von angesehenen Rechts- und Medizinwissenschaftler vorgeschlagen wurden, eine Pionierleistung. Die Hospizbewegung und Palliativmedizin gab es damals noch nicht, dank derer sich große Leistungen und Verbesserungen bei der Schmerztherapie, Beschwerdelinderung und Sterbegleitung vollzogen haben.

Dabei kann allerdings das Recht auf den eigenen Tod laut sogenanntem Alternativentwurf²² von 1986, auf den sich bis heute die DGHS ausdrücklich beruft, lediglich als strafrechtliche „Darfbestimmungen“ verankert werden. Das heißt, ein gutwilliger Arzt oder Helfer hätte sich freiwillig zur Tötung bereit

zu erklären und dürfte dies dann straflos tun. Der Sterbewillige bliebe aber Bittsteller.

Von einem allgemeinen „Recht auf Selbstbestimmung“ kann also in diesem Zusammenhang nicht die Rede sein. Denn selbstverständlich wird ein Getötet-Werden oder eine Suizidhilfe allenfalls erlaubt sein, ohne dass es – selbst im Extremfall – einen Rechtsanspruch darauf gibt. Wäre es dann nicht für eine humane und vernünftige Regelung aller übrigen Fälle sinnvoll und vorrangig, einen solchen gesetzlich zu verankern? Eben dies strebt der *Humanistische Verband* an. D.h. umgekehrt, zu einer Straflosigkeit im extremen Ausnahmefall soll eine allgemeine Strafbarkeit gelten für ein Zuwiderhandeln gegen den Patientenwillen. Demgegenüber erscheint die herkömmliche Forderung zum humanen Sterben, ein Getötet-Werden (von dem alle hoffen, dass es nur sehr selten vorkommen möge) zu erlauben, gewissermaßen scheinradikal.

Der Vorschlag des HVD geht konsequent vom Patientenrecht aus und sieht ärztliche „Mussbestimmungen“ vor: dem Recht auf Abwehr unerwünschter Behandlungen muss (!) nach dem HVD-Entwurf – bei Strafandrohung wegen Körperverletzung – in jedem Fall entsprochen werden. Hier ist der – leider auch bei „fortschrittlichen“ Juristen – weitverbreiteten Auffassung entgegen zu wirken, dass der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen nur in unmittelbarer Todesnähe erlaubt sein soll.

Einen Regelungsbedarf unterhalb der Grenze der direkten Tötung und vor dem unmittelbaren Sterbeprozess gibt es für unzählige Entscheidungskonflikte. Hier ist nicht zuletzt deshalb eine zunehmende Tendenz zu verzeichnen, weil die moderne Medizin namentlich in den letzten Jahrzehnten eine fast unübersehbare Vielfalt an Behandlungsoptionen eröffnet hat. Neben die allein auf Heilung abzielende kurative Medizin, bei der es früher allein um die Fra-

²¹ Vgl. www.dghs.de sowie Dokumentations-Teil dieser Ausgabe.

²² Baumann u.a.: Alternativentwurf eines Gesetzes über die Sterbehilfe (AE-Sterbehilfe), 1986.

ge ging, noch weiterbehandeln oder sterben lassen, ist heute die palliative Medizin getreten. Diese bietet ein breites Spektrum lindernder Maßnahmen, insbesondere im Bereich der Schmerzbekämpfung.

In unserer Zeit geht es oft um schwierige Abwägungen zwischen Linderung, Besserungsmöglichkeiten, Leben mit chronisch-unheilbaren Krankheiten, konsequentem Sterbenlassen, Förderung der Lebensqualität bis zuletzt und Sterbebegleitung. Dazu muss man sich in Erinnerung rufen, dass die palliativmedizinischen Maßnahmen bei unheilbar Schwerkranken normalerweise lebensverlängernd wirken – auch die Schmerztherapie mit fachgerecht dosiertem Morphin führt im Regelfall keineswegs zu einer Todesbeschleunigung, sondern zu mehr Lebensqualität.

Damit verliert die in vielen früheren Patientenverfügungen nach dem Standard der 1980er Jahre zugrundeliegende Formel „Passive Sterbehilfe und Schmerzlinderung statt aufgezwungener Lebensverlängerung“ zumindest weitgehend an Bedeutung. Stattdessen haben die gewaltigen Fortschritte in der Medizin und Pflorgetechnik dazu geführt, dass der Tod in der Regel heute am Ende einer längeren, oft chronischen Krankheit steht. Der hauptsächliche Vorsorgebedarf besteht heute darin, eine zum Teil dem Sterben weit vorgelagerte Phase der Pflegebedürftigkeit und Hinfälligkeit zu regeln.

„Lebensunwert-Problematik“ – wirklich kein Thema mehr?

Also geht es vor allem um die „Lebenswert-Frage“ schwer behinderten, altersschwachen und geistig eingeschränkten Lebens. Sollten wir hier so tun, als hätte es die jüngere deutsche Vergangenheit nie gegeben? Oder – besser gefragt – haben die heimtückische Morde an Behinderten, Sinti, Roma und

Juden wirklich ganz und gar nichts mit einer Sterbehilfe zu tun, die von Schwerstkranken selbst erbeten wird? Beide – sowohl Sterbehilfebefürworter wie -gegner – haben dazu beigetragen, dass diese Frage zu einem abgenutzten Schlagabtausch verkommen ist.

Unmöglich scheint ein gleichsam unbefangenes, „originelles“ Herangehen, welches von der eigenen Positionsbestimmung in der aktuellen Sterbehilfe-Debatte absieht – und welches auch eine Anerkennung des Irrwegs in der eigenen Denktradition eröffnen würde.²³ Hier soll es dennoch einmal versucht werden. Zunächst muss die Tatsache benannt werden, dass in den der Wirtschaftskrise nach 1929 folgenden Jahren keinesfalls nur Deutschland, sondern auch zahlreiche andere Länder ähnliche Gesetze zur Verhütung erbkranken Nachwuchses verabschiedeten.

Die perversen Tötungsmaschinerien der Nazis setzten das aufgegriffene, weit verbreitete zeitgenössische Gedankengut allerdings skrupellos und brutal um, aber – und dies unterschied sie grundsätzlich von vorherigen wie parallelen Überlegungen mit ähnlichen oder gleichen Begriffen – sie interpretierten es rassistisch. Dabei waren nicht einmal direkte Tötungen das Schlimmste und Qualvollste (so unangebracht hier die Meiststufe ist), sondern grausame und heimtückische Maßnahmen wie das u.a. aus Vertuschungsgründen vorgenommene langsame „Sterbenlassen“ durch Hungerkost – also Mord durch Unterlassen.

Ist es nicht vor allem das Wissen darum, welches uns heute mit so tiefem Abscheu erfüllt über das – von den Nazis vorgefundene! – menschenverachtende Vokabular? Da war von „Ballastexistenzen“, „leeren Menschenhülsen“ und „unnützen Essern“ die Rede, deren Freigabe zur Vernichtung²⁴ von angesehenen bürgerlichen Wissenschaftlern vorgeschlagen wurde. Auch Freidenkerisch-

²³ Vgl. H. Groschopp: „Selbstmord ist Auflehnung gegen Gott ...“. In: humanismus aktuell, Berlin 5(2001)9.

²⁴ Vgl. K. Binding u. A. Hoche: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, ihr Maß und ihre Form. Leipzig 1920, 2. Auflage 1922.

monistische Forderungen nach möglicher „Selbsterlösung“ hatten sich unter der Hand mit sozialdarwinistischem und rassehygienischem Gedankengut verbunden.²⁵

Eine gewissermaßen innere Logik ist im Folgenden nicht zu verkennen. Wenn ein Leben, das nicht mehr durch selbstbestimmte Interessen bzw. ein personales Dasein charakterisiert ist, menschenunwürdig sein soll, hat dies rational gesehen folgende Konsequenz: Dann käme es der Missachtung der Menschenwürde gleich, Kranke und geistig Behinderte in einem derartigen Dasein „dahinvegetieren“ zu lassen. Im Grunde ergäbe sich daraus sogar eine moralische Pflicht, auch Sieche, Komatöse und Demente, die vorher nicht ausdrücklich darum gebeten haben, durch einen mutmaßlich von diesen gewünschten „Gnadentod“ zu erlösen. Ist es da nicht ein ungeheurer zivilisatorischer Fortschritt, wenn von Staats wegen eine Abstufung oder gar Aufhebung des Lebensschutzes verworfen wird und der strafrechtliche Schutz vor Tötungen zunächst absolut jedem Menschen in gleicher Weise zusteht?²⁶

Sterbenlassen oder Töten – (k)ein ethischer Unterschied?

Doch trotz dieser wesentlichen Bedenken lautet die Pointe des Versuches, sich vorur-

teilsfrei und unbefangen der historischen Dimension der Ausrottung „unwerten Lebens“ anzunähern: Dieses „Argument“ taugt gar nichts, um einseitig nur die „aktive“ Sterbehilfe bzw. Euthanasie zu verteideln.²⁷ Im Gegenteil: Es geht – unter heutigen gesellschaftlichen Verhältnissen – von einem Behandlungsverzicht (nämlich einem Vorenthalten gewünschter und notwendiger Medizin- und Pflegemaßnahmen) eine viel größere Gefahr für Leib und Leben hilfloser Menschen aus. Dies gilt gerade auch dann, wenn ein sehr pessimistisches Menschen- und Gesellschaftsbild dem Urteil zugrunde gelegt wird. Dieses unterstellt Krankenkassen, Ärzten und Angehörigen, es nur darauf abgesehen haben sollen, sich hilfloser und alter Schwerkranker zu entledigen. Ein Morden oder direktes Töten dürfte dabei am wenigsten wahrscheinlich sein. Ein sehr ernst zu nehmendes Problem ist hingegen die nicht-freiwillige Euthanasie aufgrund gesundheitspolitischer Rationierungsmaßnahmen.

Heute sind es nicht Überlegungen zur Rassehygiene, sondern der Anteil des Bruttosozialproduktes, der für die ständig expandierenden medizinischen Technologien aufgebracht werden muss, wobei die Aufwendungen der Gesundheits- und Sozialleistungen für die allerletzte Lebensphase unverhältnismäßig hoch sind. Entscheidungen zu Sparmaßnahmen, die für den betroffenen Personenkreis

²⁵ „Welche ungeheure Summe von Schmerz und Leid“, so fragt der Monist Erich Haeckel, nachdem er die Zahl der Geisteskranken in Deutschland genannt hat, „bedeuten diese entsetzlichen Zahlen für die unglücklichen Kranken selbst, welche namenslose Fülle von Trauer und Sorge für ihre Familien, welchen Verlust an Privatvermögen und Staatskosten für die Gesamtheit.“ In einer monistischen, naturwissenschaftlich begründeten Moral sollte der Einklang von Eigen- und Nächstenliebe oberstes Gebot sein und erschien eine biologische Auslese – nach dem Modell des alten Sparta – durchaus als vernünftig. Siehe: E. Haeckel: *Natürliche Schöpfungsgeschichte*. In: Ders., *Gemeinverständliche Werke*, Bd. 2, Leipzig u. Berlin 1924, S.177.

²⁶ Diese Fragen wirft der Bundesrichter a.D. Klaus Kutzer auf. Auch wenn ein Arzt den Tatbestand eines Tötungsdeliktes erfülle, könne es jedoch nach der Notstandsregelung des § 34 StGB gerechtfertigt sein. Siehe: K. Kutzer: *Die Auseinandersetzung mit der aktiven Sterbehilfe*, in: *Zeitschrift für Rechtspolitik*, Juni 2003, S.211.

²⁷ Das Fremdwort „Euthanasie“ benutzten die Nazis selbst gar nicht. Um den Nachkriegsmythos um diesen verharmlosenden Begriff der Nürnberger Prozesse aufzuzeigen, bedarf es einer gesonderten Abhandlung.

mit erheblicher Lebensverkürzung einher gehen können, werden aber z.B. mit einem angeblich viel schlechteren Therapieerfolg bei älteren Menschen begründet.

Gerade Lebensschützer, die einen sogenannten Dammbbruch fürchten, müssten deshalb die weitgehend geduldete „passive Sterbehilfe“ und die Behandlungsbeschränkung viel schärfer kritisieren als den selten „aktiv“ herbeigeführten, vom Patienten verlangten Tod.

Warum passiert das jedoch nicht? In Wirklichkeit geht es der Lebensschutz-Ideologie um eine vorwiegend durch religiöse Ethik geprägte Norm, derzufolge das Unterlassen von lebensverlängernden Maßnahmen in jedem Fall weniger verwerflich sein soll als eine vom Todkranken gewünschte und zielgerichtete Lebensverkürzung.

Zwar erkennt auch eine humanistische Ethikauffassung den intuitiv-moralischen und psychologischen Unterschied an zwischen „Sterben-Lassen“ und Töten. Andernfalls würde (was heute im gesamten humanistisch-freigeistigen Spektrum der Fall ist), eine direkte Tötung nicht an die unbedingte Voraussetzung geknüpft werden, dass der Betroffene selbst ausdrücklich zugestimmt haben muss.²⁸ Dies ist bei einem Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen zumindest in todesnaher Situation nicht im gleichen Maße erforderlich, hierzu würde die Ermittlung des mutmaßlichen Willens hinreichend sein. Doch anders als eine traditionelle, christlich geprägte Ethik sehen Humanisten in der Abgrenzung von „aktiver“ und „passiver“ Sterbehilfe nicht einen alles entscheidenden Unterschied, keinesfalls einen moralischen Abgrund, der sich angeblich zwischen

„böser Sterbehilfe“ und „guter Sterbebegleitung“, zwischen barbarischer und zivilisierter Gesellschaft auf tun soll.

Eine humanistische Ethik ist vielmehr differenziert am konkreten Einzelfall orientiert sowie an der Nachvollziehbarkeit einer Entscheidung, die möglichst im Konsens mit allen Beteiligten getroffen werden sollte. Schließlich geht sie von der empirischen Tatsache aus, dass zwischen allen Formen der Sterbehilfe und -begleitung – einschließlich des Behandlungsverzichts und der Freitodhilfe – fließende Übergänge bestehen und keine klar abgrenzbaren Unterschiede.

Kant und die Autonomie – an der Wende zur Moderne

Zurück zur Ausgangsfrage: Warum vertritt der *Humanistische Verband Deutschlands* nicht die zentrale Forderung nach Legalisierung der Tötung auf Verlangen bzw. der ärztlichen Euthanasie ähnlich dem niederländischen oder belgischen Modell? In der Tat erscheint dies rechtfertigungsbedürftig, wenn, wie deutlich geworden sein dürfte, diese Lösung unserer Nachbarn keineswegs verdammt oder auch nur missbilligt wird.

Zunächst ist festzustellen, dass z.B. auch die Schweiz ein ganz anderes Modell bevorzugt, in dem nämlich die dort großzügig praktizierte Freitodhilfe in den Händen von Laien – und ausdrücklich nicht von Ärzten – liegt. Es zeigt sich, dass hier nationale Besonderheiten und Mentalitäten eine nicht unerheblichen Rolle spielen. Erscheint es da nicht sinnvoll, auch einen eigenen, spezifisch deutschen Weg einzuschlagen²⁹, der von beson-

²⁸ Hierzu gibt es freilich abweichende Auffassungen, die, wenngleich zu recht sehr umstritten, nicht indiskutabel sein sollten. So bei dem australischen Bioethiker Peter Singer und dem deutschen Rechtsphilosophen Norbert Hoerster. Diese gehen davon aus, dass auch Menschen, die nicht gefragt werden können, in der Regel der „Erlösung“ von einem „menschenunwürdigen Dasein“, also dem sogenannten „Gnadentod“, zustimmen würden. Vgl. P. Singer: *Leben und Tod. Der Zusammenbruch der traditionellen Ethik*. Erlangen 1998 sowie N. Hoerster: *Sterbehilfe im säkularen Staat*. Frankfurt a.M. 1998.

²⁹ Vgl. G. Neumann: *Deutschland braucht ein eigenes Sterbehilfe-Modell*. In: *humanismus aktuell*, Berlin 5(2001)9, S.55ff.

deren Sensibilitäten bestimmt ist und das Recht auf Selbstbestimmung, gepaart mit Verantwortung und Fürsorge, ins Zentrum stellt? Der HVD sieht in seinem Entwurf auch einen moderaten Beitrag zur vorgesehenen Sterbehilfe-Debatte im 1949 gegründeten *Europarat* – die dort freilich „Euthanasie“-Debatte heißt.

Stellen wir uns ethisch und philosophisch gesehen die folgende Ausgangsposition und die zwangsläufigen Konsequenzen vor: Seit der Renaissance und der Aufklärung, vor allem seit ihrem „Vollender“ Immanuel Kant³⁰, wurde die Autonomie als das entscheidende Kriterium der Menschenwürde begriffen. Das heißt aber nicht, dass das Freiheitsverständnis sich als verabsolutiertes Verfügungsrecht über den eigenen Körper im Sinne eines Besitzgutes darstellt. Vielmehr bleibt die Autonomie im Sinne Kants an ein allgemeines „Sittengesetz“ gebunden.

Wir würden heute lieber sagen: Das Individuum steht nicht für sich isoliert als Eigentümer seiner selbst in der Welt, sondern ist aufgehoben in Gemeinschaft, Gesellschaftlichkeit, Begegnung und Zwischenmenschlichkeit. Weltanschaulicher Pluralismus, Individualisierung und subjektive, empirische Leiderfahrung spielen zudem heute eine ganz andere Rolle als in der „idealistischen“ Vernunft- und allgemeinen Sittenlehre Kants.

Für diejenigen, die sich einer kirchenfernen, konfessionslosen, agnostischen oder weltlich-humanistischen Weltanschauung zugehörig fühlen, gehören Selbstbestimmung, Verantwortung und Mitgefühl zusammen. Insofern werden sie auch kaum mit Nietzsche den „freien Tod“ überschwänglich loben, „der kommt, weil ich will“ und nicht, weil die „Natur“ oder „Gott“ es will. Auch ist es nicht ihr Ziel, an der Zerstörung der traditionellen Ethik mitzuwirken, nur weil diese das Recht, von einem anderen erlöst zu werden, nicht

kennt – ein Ziel, welches z.B. dem Bioethiker Peter Singer vorschwebt. Die Alternative einer rein rational-naturwissenschaftlichen Ethik erscheint nicht gerade wünschenswert, selbst wenn eine darwinistische Beimischung bzw. aktuell ein Rückbezug auf das Bruttosozialprodukt garantiert ausgeschlossen bliebe.

Letztlich nur ein kleiner Unterschied

Aus all dem folgt: Der *Humanistische Verband* verfolgt einen moderaten, dabei durchaus erfolgversprechenden, praxisorientierten Weg, der auf Konsens zielt, wenn dies möglich und sachgerecht ist. Ohne Not sollte das „Tötungstabu“ nicht über Bord geworfen werden. Stattdessen sollten alle Alternativmöglichkeiten – einschließlich weitgehender Formen der „aktiven“ Hilfe zum Sterben (indirekte Todesbeschleunigung, terminale Sedierung, ärztlich assistierter Suizid) – ausgeschöpft werden. Ganz selten wird es dann immer noch extreme Einzelfälle auch von ärztlichen Tötungsdelikten geben, die sich rechtfertigen lassen. Wer eine Strafbefreiung darauf einschränken möchte, wird eine solche mit Hilfe der Notstandsregelung des § 34 StGB befürworten können.

Würde die Tötung auf Verlangen nämlich durch verfahrensmäßige Regelungen legalisiert, erfolgte zwangsläufig eine schrittweise Erweiterung des Kreises von „Anspruchsberechtigten“. Hierbei sollte auch die Zumutbarkeit für die Ärzte nicht außer Acht gelassen werden. Es geht also letztlich nur um den „kleinen Unterschied“, wie eng der Kreis der Ausnahmefälle, die eine direkte Tötung im Rahmen der Sterbehilfe rechtfertigen, gezogen werden soll. Darüber wird man verschiedener Auffassung sein können – mit u.U. erheblichen Folgen.

³⁰ Vgl. I. Kant: *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Akademie Ausgabe Bd. IV.

³¹ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, *Sterbebegleitung* Heft 01/01, Robert Koch Institut in Zusammenhang mit dem Statistischen Bundesamt, S.3.

³² Eine Darstellung und ausführliche Kritik dieses Schemas vgl. G. Neumann: *Entscheidungsqualität*.

Wer definiert erlaubte und gewünschte Sterbehilfe?

Die bisherige Argumentation läuft darauf hinaus, begrifflich zu trennen zwischen Töten durch fremde Hand – auch auf Verlangen eines Schwerstkranken – und einer möglichen (durchaus auch aktiven) Sterbe- oder Suizidhilfe für diesen. Ferner soll strikt getrennt werden zwischen Totschlag (oder sogar Mord) durch Unterlassen einerseits und einem Behandlungsverzicht auf Wunsch und Verlangen des Patienten andererseits – auch wenn er kein Sterbender ist. Dies mag gewöhnungsbedürftig erscheinen, wird doch sonst weitgehend die aktive Sterbehilfe mit der Tötung auf Verlangen in eins gesetzt und demgegenüber die „passive Sterbehilfe“ als allgemein anerkannt und tolerabel dargestellt.

Der Begriff Sterbehilfe kommt in keinem einzigen Gesetz vor, allerdings wird durch die Rechtsprechung und vor allem die Fachliteratur eine bestimmte Begriffsregelung transportiert. Demgegenüber wird in der *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* zum Thema „Sterbebegleitung“ im hier vertretenen Sinne darauf hingewiesen, dass der Sterbehilfebegriff in hohem Maße ideologisch geprägt und emotional aufgeladen ist. Dazu heißt es in der *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*: „Durch eine einengende Begriffswahl können moralische Vorentscheidungen getroffen werden, ohne diese offen zu legen. In Deutschland wird im Gegensatz zur neueren englischsprachigen Fachliteratur zwischen sog. 'aktiver' und 'passiver' Sterbehilfe unterschieden ... Aus medizinethischer Sicht ist diese Unterscheidung jedoch fragwürdig, da sie suggeriert, dass 'aktives' Tun im Bereich der Sterbehilfe stets verwerflich, dagegen 'passives' Unterlassen erlaubt sei. In der medizinischen Praxis führt dies zu Missverständnissen und Verwirrung. Z.B. bezeichnen viele Ärzte den Abbruch einer

mechanischen Beatmung als aktives Tun und damit als moralisch verwerfliche 'aktive' Sterbehilfe.“³¹ Sie verweigern den Abbruch von lebensverlängernden Maßnahmen auch dann, wenn dies vom Patienten z.B. in einer Patientenverfügung ausdrücklich gewollt wurde.

Solche Folgen und auch Probleme bei einer hochdosierten Morphiumtherapie sind der herrschenden Atmosphäre geschuldet, in der rigorose Lebensschützer und auch Juristen es definitorisch (fast) durchgesetzt haben, „aktive Sterbehilfe“ als unter allen Umständen für verboten zu erklären. In Wirklichkeit ist in Deutschland ausschließlich die Tötung auf Verlangen (selbstverständlich neben sonstiger Tötungsdelikte wie Totschlag oder Mord) im Strafrecht ausdrücklich aufgeführt.

Die Bedeutsamkeit der Definitionsmacht in der öffentlichen Debatte scheint bisher nur wenigen klar geworden zu sein – außer den Ideologen etwa der *Deutschen Hospiz-Stiftung*. Diese versuchte im letzten Jahr in einer beispiellosen Kampagne mit großformatigen Straßenplakaten der Bevölkerung klarzumachen, dass zwischen „passiver“, „indirekter“ und „aktiver“ Sterbehilfe angeblich ganz klar abzugrenzende moralische und juristische Gegensätze bestehen sollen.³² In Wirklichkeit ist zumindest auch die „indirekte“ Sterbehilfe, welche meist im Rahmen einer Schmerztherapie eine lebensverkürzende Nebenwirkung in Kauf nimmt, selbstverständlich eine Form aktiven Tuns und Helfens.

Terminale Sedierung – eine aktive Alternative?

Dies gilt erst recht für die neuerdings häufig diskutierte und auch zunehmend in der Palliativmedizin praktizierte „terminale Sedierung“.³³ Dabei kann durch Einsatz von beru-

³³ Vgl. H. C. Müller-Busch u. T. A. Jehser: Sedation in palliative care – a critical analysis of 7 years. In: *BMC Palliative Care*, 2003 May 13 /2, 2.

higenden und einschläfernden Medikamenten die Bewusstseinslage von Patienten mit weit fortgeschrittenen tödlichen Erkrankungen so weit eingeschränkt werden, dass sie quälende Symptome nicht mehr erleiden müssen.

Eine Umfrage der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin* im Jahr 2002 ergab, dass über neunzig Prozent der Palliativärzte aber auch andere Ärzte diese Möglichkeit des „Tiefschlafs“ bei sonst nicht mehr zu lindern-dem, unerträglichem Leiden befürworten.³⁴ Wie gezielt, vorsätzlich und wie schnell dabei eine sterbebeschleunigende Wirkung sein darf, darüber wird in Zukunft gerungen werden müssen.

Unterschieden wird auch zwischen einer „milden“ und einer „tiefen“ bzw. „totalen“ Sedierung, wobei letztere wiederum extremen Ausnahmefällen vorbehalten sein soll. Provozierend könnte man fragen, ob denn unheilbar Schwerstkranke erst bis zum Sterben in einen Tiefschlaf versetzt werden müssen – statt ihnen direkte und schnelle Euthanasie zuteil werden zu lassen. Im Sinne einer rein rational argumentierenden Ethik ist dieser Einwand berechtigt. Doch sollten wir, wie oben ausführlich dargelegt, bei der moralischen Bewertung unsere Intuition in Bezug auf ein Tötungsverbot und psychologisch-subjektive Motive durchaus beachten – auch wenn dies manchmal im Sinne der Logik als nicht völlig widerspruchsfrei erscheint.

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass auch in den Niederlanden die terminale Sedierung stark in den Blick geraten ist. Sie wird zunehmend bei Schwerstkranken eingesetzt – sei es, um den strengen Formalien der dortigen Euthanasiegenehmigungsverfahren zu entgehen, sei es um die eigene Belastung zu reduzieren, denen Ärzte bei der direkten, schnellen Tötung ausgesetzt sind.³⁵

Ausblick: Klärung und Verschiebung von Bedeutungshorizonten statt Konfrontation

Wer hingegen – unabhängig von den fraglos bestehenden und wahrscheinlich immer bleibenden Schwierigkeiten im Einzelnen – den Begriff der Sterbehilfe bewusst ideologisch und weltanschaulich auflädt, führt in Wirklichkeit einen Kulturkampf. Im Sinne der radikalen Sterbehilfegegner aus kirchlichen Kreisen richtet sich dieser gegen eine immer egoistischer und gottloser werdende Gesellschaft. Die Unschärfe des Begriffs der „aktiven Sterbehilfe“ und die Grauzone wird propagandistisch eingesetzt gegen die Autonomie am Lebensende. Bei diesen anti-emanzipatorischen Tendenzen geht es nicht zuletzt um die Definitionsmacht über die Begriffe. Hier tut sich leider auch die Hospizbewegung hervor, die sich nur allzu gern einen Absolutheitsanspruch über ein selbstbestimmtes Sterben in Würde anmaßt. Jede Form der aktiven Sterbehilfe wird von ihr abgelehnt, ob darunter auch die – strafrechtlich ja nicht verbotene – Suizidhilfe zu verstehen ist, bleibt im Unklaren.³⁶

Für Aufklärung und für eine differenzierte Regelung von Patientenautonomie und Sterbehilfe wird am Besten beigetragen, indem für bestimmte Sachverhalte möglichst eindeutig zu verstehende Begriffe verwendet werden (wenngleich man auf die Begriffe der sogenannten aktiven und passiven Sterbehilfe freilich nicht immer wird verzichten können). So schlägt auch die *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* vor, sich dieser interdisziplinären Aufgabe zu widmen: „Statt 'aktiver' Sterbehilfe wird eindeutiger von Tötung auf Verlangen des Patienten oder ärztliche Beihilfe zum Suizid gesprochen werden, während der Begriff 'passive' Sterbehilfe“

³⁴ Studie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Thema Sterbehilfe im Jahre 2002, H. C. Müller-Busch, E. Klaschik u.a. in: *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 2003.

³⁵ F. van Kolschooten: Dutch television report: Euthanasia controversy. *The Lancet* 2003; 361: 1352f.

³⁶ Ausführlich dazu: G. Neumann: *Entscheidungsqualität*.

³⁷ *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, S.5ff.

fe durch eine genaue Beschreibung des Sachverhalts, z.B. Abbruch / Einstellung, Begrenzung / Limitierung oder Unterlassung von Therapie, Schmerzbehandlung mit eventueller Lebensverkürzung etc., ersetzt wird.“³⁷

Dies ist ein kleiner, aber notwendiger Schritt auf dem langen Weg, der noch vor uns liegt. Eine frontale Konfrontation ist kontraproduktiv, wird auch jeden Gesetzgeber um so mehr davon abhalten, sich in dieses „Minenfeld“ zu begeben. Vielmehr geht es um Gratwanderungen beim Verschieben von Bedeutungen und um ein zähes Ringen dar-

um, an welcher Stelle die Grenzen zwischen „strafbar“, „erlaubt“ und „geboten“ zu ziehen sein werden.

Ein positiver Bedeutungshorizont der Sterbehilfe scheint am ehesten möglich, wenn er vom Begriff der Tötung abgegrenzt wird. Schließlich sollten wir uns und anderen das kritische Nachdenken über sensible ethische Fragen nicht ersparen, und gerade damit BündnispartnerInnen überzeugen und gewinnen – in der konkreten Praxis, im medizinethischen Kontext und vielleicht auch einmal in der Politik.



Blick ins Auditorium am zweiten Tag (Penthouse Wallstr. 65).

Christian Arnold

Sterbehilfe aus ärztlicher Sicht

Gründe für ärztliche Zurückhaltung in der Debatte

Seit vielen Jahren beschäftigt sich der Autor mit dem Thema Sterbehilfe. Wie sich die verschiedenen Formen nennen – aktiv oder passiv etc. – soll vorausgesetzt sein.

Leider gibt es kaum Ärzte, die dazu eine klare positive Position einnehmen oder sogar von eigenen Erfahrungen berichten. Obwohl Selbsttötung und die Beihilfe dazu straffrei sind, scheinen die meisten Ärzte zu diesem Thema nichts sagen zu wollen oder zu können.

Ein wichtiger Grund dafür liegt in einer von ihnen traditionell eingenommenen Rolle (Hippokratischer Eid, Genfer Konvention), in der immer an vorderster Stelle das Leben ihrer Patienten steht (*salus aegroti suprema lex*). Ein weiterer Grund besteht in dem verständlichen, aber unberechtigten Schuldgefühl in Verbindung mit der Euthanasiepolitik der Nazis bzw. mit dem, was für deren Mordtaten so bezeichnet wurde. Nicht zuletzt besteht nicht unberechtigt eine gehörige Portion Angst vor Repressalien seitens der ärztlichen Standesorganisationen.

Dabei sollte es vornehmliche Aufgabe des Arztes sein, beim Leben, beim Kranksein und Gesundwerden sowie beim Sterben zu helfen. Das Leben besteht nun einmal aus dem Geboren werden, dem Leben und Sterben. Wer anders als die Ärzte kann und soll diese Abschnitte begleiten?

Die Medizin hat in den letzten fünfzig Jahren unglaubliche Fortschritte gemacht. In vorher nie erahnter Weise kann sie massiv in pränatale, ja mittlerweile in präfertile Vorgänge eingreifen, kann das Leben am Ende fast beliebig verlängern. Die Grenze, wann Leben beginnt oder endet, ist häufig schwer zu definieren. Selbst bei eindeutig festgestelltem Hirntod können vitale Körperfunktionen

mit Maschinen aufrecht erhalten werden (z.B. zum Zweck der Organentnahme). Dabei wird oft in grausamer und unverantwortlicher Weise Leben und Leiden verlängert.

Die meisten Ärzte sind für die Probleme und Herausforderungen am Ende des Lebens schlecht ausgebildet. Insbesondere bei ethischen und juristischen Fragen herrscht meist große Unkenntnis. Der Tod eines Patienten bzw. die Aussichtslosigkeit einer terminalen Situation wird als Versagen, als Ohnmacht empfunden. Es wird eine Tabuzone berührt und Tabus sollten besser vermieden werden. Um Sterbende kümmert man sich möglichst nicht; sie werden im günstigen Fall in einem Sterberaum abgestellt und allein gelassen.

„Zyprinismus“

Viele Menschen haben einschlägige Erfahrungen gemacht, vielleicht das qualvolle Sterben eines Nächsten erlebt und wollen so nicht sterben. Dies hat ab den 1980er Jahren bereits zu Initiativen zur Erleichterung der Sterbehilfe geführt (Prof. Dr. U. Klug u.a.).

Bis heute wurde lediglich erreicht, dass wenigstens Patientenverfügungen, in denen die Betroffenen in klarer und eindeutiger Weise ihren Willen zu ihrem Ende im Falle einer zum Tode führenden Situation niederlegen können, von Ärzten und Juristen verbindlich zu akzeptieren sind (BGH-Beschluss vom März 2003). Mittlerweile haben einige Nachbarländer gesetzliche Möglichkeiten für die Sterbehilfe geschaffen.

Dies hat teilweise zu einem Sterbetourismus geführt, den auch der Autor für unwürdig und unmenschlich hält. Dieser wäre nicht notwendig, wenn die gesetzlichen Grundlagen in der Bundesrepublik endlich angepasst werden würden. Immerhin stehen laut einer

Umfrage siebzig Prozent der Bevölkerung einer Sterbehilfe positiv gegenüber.

In den Medien kann man immer wieder interessante Beiträge zu diesem Thema verfolgen, so zuletzt im Dezember 2003 in der Sendung *Hart aber Fair*. Darin sagte die Justizministerin Frau Brigitte Zypis mit großer Deutlichkeit und Härte, dass Selbstmord und die Beihilfe dazu in unserem Land nicht strafbar seien. Niemand brauche in die Schweiz zu fahren; jeder kann sich auch in Deutschland umbringen. Da sträubten sich nicht nur bei dem Moderator die Haare.

Die Frage tauchte sofort auf, wie das zu bewerkstelligen sei? Soll man ins Wasser gehen, vom Hochhaus springen oder sich vor einen Zug werfen? Das sind doch die Alternativen für den normalen Sterblichen. Wer hat schon die geeigneten Kontakte und kennt einen hilfsbereiten Arzt, der ihm beim Sterben behilflich ist? Abgesehen davon unterliegen Ärzte und Angehörige der Garantenpflicht, von Frau Zypis mit keinem Wort erwähnt. Wird diese nämlich nicht gewährleistet, befinden sich Ärzte und Angehörige auf einer höchst gefährlichen Gratwanderung, die rasch unangenehme staatsanwaltliche Ermittlungen nach sich ziehen kann. Dies führt zwangsläufig zu einer weiteren Verunsicherung.

Eigene Erfahrungen

Seit vielen Jahren führt der Autor Gespräche mit Menschen, die sich konkret mit einem Sterbehilfeersuchen an ihn wenden. Er bittet um Verständnis, dass intime Einzelheiten oder etwa konkrete Hilfen nicht Gegenstand der Berichterstattung sein können. Von einigen ganz typischen Begebenheiten soll dennoch berichtet werden:

1. Immer wieder fällt der starke Willen und die Determiniertheit der Ratsuchenden auf. Es besteht weniger Verzweiflung über den unausweichlichen Tod, als über einen qualvollen, nicht selbst bestimmten Tod und die Ohnmacht darüber, wie man diesen am besten herbeiführen könnte.

2. Die Begegnung mit einem Arzt, der sich diesem schwierigen Thema nicht verschließt, ruhig und mit viel Zeit zuhört und gegebenenfalls durchaus vorhandene Möglichkeiten eröffnet, führt in der Regel zu einem erstaunlichen Stimmungswandel. Die Betroffenen verlassen das Treffen wie befreit und sind voll guten Mutes für die schwere Zeit, die vor ihnen liegt. Dies ist auch als Türcheneffekt bekannt. Es kommen nicht nur Menschen mit akuten Problemen, sondern oft liegt das Sterben in weiter Ferne; aus den unterschiedlichsten Gründen beschäftigt man sich nur intensiv damit.

3. Da Sterben ein Tabuthema ist, noch mehr die Hilfe dazu, verschließen sich viele Menschen völlig. Oft stellt sich überraschend heraus, dass nicht einmal alle therapeutischen Möglichkeiten ausgenutzt worden sind. Spezielle ärztliche Abteilungen bzw. Kontakte zu sich mit Schwerstkranken beschäftigenden Betreuungseinrichtungen wie Home Care, Hospize oder Palliativabteilungen können vermittelt werden.

4. Viele Menschen haben in der Vorbereitung der Selbsttötung Sammlungen von den verschiedensten Medikamenten, Insulinpumpen, Giften etc. angelegt. Hier kann von ungeeigneten Methoden abgeraten werden.

Ein beispielhafter Fall

Eine Patientin Anfang fünfzig sprach mich anlässlich eines Hausbesuches ganz konkret auf das Thema Sterbehilfe an. Sie war im Besitz von Medikamenten und wollte sicher gehen, dass sie damit ein sicheres und sanftes Einschlafen herbeiführen könnte. Beruflich hatte sie Fachkenntnisse und Möglichkeiten, sich geeignete Medikamente und technische Hilfsmittel zu besorgen. Wegen einer Unterleibserkrankung waren mehrere Operationen, Bestrahlungen und Chemotherapien erfolgt.

Der Unterleib war ein großer Wundkrater, der nur umständlich mit Verbänden und einer Windel abgedeckt werden konnte. Darm und Nieren waren über entsprechende

Schläuche und Beutel abgeleitet. Der Verwesungsgeruch war überall. Gegen die Schmerzen führte sie sich Morphium mittels einer Pumpe zu; über einen sogenannten Port bestand ein venöser Zugang. Die Beziehung zum Ehemann war zwar zerbrochen. Er wohnte aber noch mit ihr zusammen und kümmerte sich rührend um sie.

Psychisch war die Patientin völlig stabil und klar. Sie wollte auf keinen Fall dem Verfaulen bis zum bitteren Ende zusehen. Nachdem wir die Verlässlichkeit ihrer tödlichen Medikamentenkombination und technische Abläufe besprochen hatten, hörte ich einige Wochen nichts von ihr. Dann rief sie plötzlich an und kündigte mir ihren Entschluss an, nunmehr ihr Leben aus akutem Anlass beenden zu wollen. Es war zum sogenannten „Miserere“ gekommen, dem Schlimmsten, was man sich überhaupt vorstellen kann: dem Koterbrechen.

Die Krankheit hatte von unten her so weit um sich gegriffen, dass der Kot nur noch diesen Weg nehmen konnte. Ich denke, es ist nachvollziehbar, dass die Patientin bis hier hin und nicht weiter wollte und konnte. Mit der Garantenpflicht wäre ich verpflichtet gewesen, Feuerwehr, Notarzt, den sozialpsychiatrischen Dienst oder die Polizei zu benachrichtigen. Die Patientin war allein und hatte auch geplant, die Selbsttötung allein vorzunehmen. Welche Rolle der Partner spielte, ist mir nicht bekannt.

Dieser Fall mag zeigen, in welcher verzweifelten Lage ein Mensch am Ende seines Lebens geraten kann und welche rechtlichen und psychischen Probleme sich für die Garanten ergeben, abgesehen von ärztlicher Ethik, der Verpflichtung, Leben um jeden Preis zu erhalten, und möglicher unterlassener Hilfeleistung. In einem ähnlich gelagerten Fall hat das OLG München seinerzeit nicht auf den Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung erkannt (Fall Prof. Hackethal).

Der geschilderte Fall war nur möglich, weil die Patientin die entsprechenden intellektuellen und technischen Voraussetzungen hatte,

relativ würdig und sicher aus dem Leben zu scheiden. Dies kann aber nicht das Privileg einzelner Glücklicher sein. Insbesondere ist es erforderlich, solches Geschehen aus der Grauzone zu führen.

Schlussbetrachtungen und Forderungen

In der o.g. Fernsehsendung sagte die besonders in der Schmerzbehandlung und Hospizbewegung hoch engagierte und bekannte Ärztin Marianne Koch, dass Ärzte keine Antwort geben könnten, wie man human und würdig sterben kann. Ich denke, sie können es doch und wer, wenn nicht sie, sollte es denn können?

Der hohen Verantwortung bewusst, könnten sich Ärzte, die die schwere Aufgabe der Suizidbegleitung übernehmen, zusammen mit Pharmakologen und Anaesthesisten an einen Tisch setzen, um geeignete Medikamente zusammen zu stellen und geeignete und verlässliche Methoden entwickeln.

Es ist doch *einerseits* in höchstem Maße höhnisch und pervers, dass es für den geliebten Hund oder die geliebte Katze am Ende ihres Lebens die Methode des Einschläfern gibt (jeder, der das einmal erlebt hat, weiß, wie einfach der Ablauf ist und welche Erlösung und große Erleichterung aufkommt, dem Tier furchtbare Qualen erspart gehabt zu haben), *andererseits* dem Menschen diese Möglichkeit völlig zu versagen. Ärztliche Standesorganisationen sollten sich dem Thema aktiver widmen und sich nicht hinter einem falsch verstandenen Hippokratischen Eid verstecken.

Ärztlich assistierter Suizid, wie in den Niederlanden praktiziert, sollte gesetzlich erlaubt sein. Die verfassungsmäßig garantierte unantastbare Würde des Menschen, als freier, sich selbst bestimmender Person, sollte praktisch umgesetzt werden. Der Strafgesetzbuchparagraph 216 – Tötung auf Verlangen – ist endlich zu reformieren.

Johann Friedrich Spittler

Die Entwicklung zu einem assistierten Suizid – psychiatrische und medizinethische Aspekte

Nach monatelanger planvoller Vorbereitung fahren Menschen zu einem assistierten Suizid in die Schweiz, um die notwendige Hilfe zu dem entscheidenden eigenen Handgriff zu erhalten. Von der juristischen Seite her ist die Suizid-Assistenz auch in Deutschland straf-frei, sofern die Tatherrschaft bei dem Suizidenten verbleibt – etwas ungeklärt ist dabei noch die Garantenpflicht der Angehörigen bzw. eines assistierenden Arztes (20).

Vergleichbare gesetzliche und organisatorische Voraussetzungen wie in einigen Nachbarländern sind nicht gegeben (5, 21). Teile der Hospiz-Bewegung üben vehement Kritik und empfehlen das Hospiz als einzig menschenwürdige Lösung aller zugrundeliegenden Probleme (1). Juristische, philosophische und theologische Publikationen ventilieren Rechte, Pflichten und Statistiken und versuchen, die moralischen Urteile allgemeingültig und verbindlich zu begründen (8, 11, 15). Die Politik hält sich bedeckt. Meinungsumfragen belegen, dass je nach Formulierung der Frage 61 – 85 % der Bevölkerung sogar der aktiven direkten Sterbehilfe aufgeschlossen gegenüber stehen (6).

Über der häufig mit demagogischen und ächtenden Argumenten geführten Auseinandersetzung um Zustimmung oder Verbot wird nur wenig nach dem Erleben der Menschen selbst gefragt (7). Wenn man sich dem Wunsch eines einen Suizid planenden Menschen öffnet, gerät man in eine für unser gesellschaftliches Bewusstsein besondere Situation. Insgesamt drei Begegnungen lösten ein eingehenderes Nachdenken aus und regen zu einem Vergleich mit der psychiatrischen Suizidliteratur an (9, 18). In der Genese der dort betrachteten Suizidversuche und der hier betrachteten, geplanten assistierten Suizide finden sich Ähnlichkeiten und Unterschiede. Damit stellt sich die Frage

nach der Berechtigung eines solchen Weges nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Autonomie, sondern auch unter einem psychodynamischen Aspekt (23).

Drei Schicksale

(I.S.): Vom 5. bis zum 45. Lebensjahr fortschreitende spinale Muskelatrophie (zunehmender Untergang der die Muskeln ansteuernden Zellen im Rückenmark) mit vollständiger Lähmung der Bein- und Rumpfmuskulatur und nur noch geringer Beweglichkeit der Unterarme sowie der Finger. Bei einer die verkrümmte Wirbelsäule aufrichtenden Operation Splitters eines Wirbels mit Verletzung von Rückenmarksbahnen mit Auslösung schmerzhafter Missempfindungen in den untersten vom Rückenmark innervierten Körperregionen (perigenital und perianal). Keine Beeinträchtigung von Atmen, Essen und Sprechen, vollständige geistige Klarheit. Nach dem Tod der Mutter häusliche Pflege durch die Schwägerin unter Mithilfe beider Nichten. Zentrale kommunikative Bezugsperson der Familie. Selbständige Organisation aller zu bedenkenden Einzelheiten durch die Patientin bis zum assistierten Suizid in der Schweiz.

Begleitung nach der dringlichen Wiederholung des Wunsches nach einem assistierten Suizid mit Besuchen in vierwöchentlichen Abständen über 14 Monate, filmische Dokumentation über neun Monate (*Isoldes letzter Sommer*, ZDF, 21. Januar 2003). Ärztliche Rolle: Lösung der familiären Konfliktsituation zu einer verständnisvollen Kommunikation bis zu einem schmerzlich-liebevollen Abschied, Begleitung der Patientin auf deren Bitte bis zum Tod.

(K.R.): Eineinhalb Jahre zuvor im Alter von 65 Jahren Schlaganfall im Hirnstamm mit Ausbildung eines weitgehend kompletten Locked-In-Syndroms (23): Fast vollständige Lähmung des gesamten Körpers mit Verlust von Sprechen, Kauen und Schlucken. Ernährung über Bauchdeckensonde. Grobes Augenwackeln mit Schwindelgefühl bei dem Versuch gezielten Blickens. Spontane Atmung, minimale Restbeweglichkeit des rechten Daumens, minimales, eindeutig bejahendes bzw. verneinendes Kopfnicken bzw. -schütteln; vollständig klar wach, in den gegebenen körperlichen Grenzen sicher erinnerungs-, erlebens- und willensmitteilungsfähig. Versorgung in einem Altenpflegeheim, kontinuierliche Mitbetreuung durch die Ehefrau, regelmäßige Besuche durch zwei erwachsene Kinder. Kontaktaufnahme in die Schweiz durch die verzweifelt mitleidende Ehefrau.

Voraussetzung für den assistierten Suizid wäre gewesen, mit der verbleibenden willentlichen Restbeweglichkeit des Patienten entweder den Schalter der Bauchdeckensonden-Pumpe oder den Verschluss einer Infusion zu betätigen. Alle von der Familie vorgenommenen Versuche, dies zuverlässig zu erproben, scheiterten. Versterben zweieinhalb Monate nach dem Erstkontakt in der Verschlechterung einer Lungenentzündung.

Begleitung der Ehefrau nach der Bitte um eine neuropsychiatrische Begutachtung zur Frage der Willensfähigkeit über drei Monate. Zur Information über die Dringlichkeit des Sterbewunsches wurde nach der vom Patienten noch zugestandenen weiteren Wartezeit in Wochen gefragt. Mit Kopfnicken bzw. Kopfschütteln erfolgte die eindeutige Antwort: 1 Woche: Nicken, 2 Wochen: Nicken, 3 Wochen: verzögertes Nicken, 4 Wochen: nachdrückliches Kopfschütteln. Ärztliche Rolle: Akzeptieren und Auffangen der Verzweiflung der Ehefrau.

(S.R.): Seit dem 29. Lebensjahr bis zum aktuellen 36. Lebensjahr fortschreitende Multiple Sklerose. Weitgehende Lähmung beider Beine, nur noch mühsamste Gehfähigkeit in der

Wohnung mit hochgradiger Erschöpfbarkeit; grober, unter Anspannung erheblich zunehmender Intentionstremor (Zielbewegungswackeln) der linken, geringer der rechten Hand z.B. bei Besteckbenutzung beim Essen. Zehn Jahre Psychotherapie wegen traumatischer Kindheit und früherer Bulimie. Abschluss eines Studiums der Heilpädagogik und Kunsttherapie. Anschließend Berufsausübung krankheitsbedingt gescheitert. Unterhalt durch Sozialhilfe, Versorgung mit Zivildienstleistenden und Haushaltshilfe im Rahmen der Grundpflege gemäß Pflegeversicherung. Eigentätige Kontaktaufnahme in die Schweiz.

Begleitung über neun Wochen, initiiert durch die Bitte aus der Schweiz um Erstellung eines für die Durchführung des assistierten Suizides benötigten, vom behandelnden Neurologen verweigerten aktuellen neurologischen Befundes. Bei außergewöhnlich introspektions- und reflexionsfähiger Persönlichkeit intensiv offenes Betrachten der Argumente und Motive der Suizidabsicht und Ausloten eventueller, das Überleben ermöglichender Bedingungen; Begleiten bei letztgewünschten kleinen Unternehmungen bis zum Suizid.

Analyse und Verstehen

Über das anfängliche Empfinden von Abwehr und Irritation hinaus ermöglicht die rationale Analyse ein Verständnis der individuellen, wie der gesellschaftlichen Situation. Im Miterleben wachsen hoher Respekt und intensive Zuneigung.

Ein Verständnis in Entwicklungsphasen

E. Kübler-Ross hat Phasen des Coping-Prozesses herausgestellt, die für das Verständnis des Befindens und aktueller Reaktionen (der Phänomenologie) der Patienten hilfreich sind (12, 13), deren zu starre Betrachtung aber auch die Vielfalt möglicher Wege missverstehen lassen kann (3). In der Zusammenschau der geschilderten geplanten assistierten Sui-

zide ist eine Betrachtung in sechs Phasen möglich:

Die Phase der Therapie-Orientierung ist aus der Behandlung vom Patienten mit chronisch fortschreitenden, letztlich zum Tod führenden Erkrankungen gut bekannt. Nach einer initialen, immer wieder aufscheinenden Verunsicherung ist diese Phase durch eine relative emotionale Stabilität unter der Therapie gekennzeichnet. In der Phase der Verunsicherung / Beunruhigung wird diese vorläufige Stabilität anlässlich von Krankheitsrezidiven, Therapieversagen und weiterer Verschlechterung irritiert. Wegen der unvorhersehbaren schubförmigen Verschlechterungen induziert besonders die Multiple Sklerose oft magische Vorstellungen über vermeintlich negative Einflüsse oder über die Wirksamkeit objektiv unwirksamer Maßnahmen (19).

In der Interaktion mit der Umgebung entstehen wechselseitig vorwurfsvolle Konflikte. Die Depressions-Phase ist nach dem weiteren Fortschreiten der Krankheit und der Behinderung durch Rückzugs- und Abgrenzungsbedürfnisse gekennzeichnet. Die Planungs- / Handlungs-Phase ist von eher abnehmender Depressivität und zunehmend gezielterem Beachten einschlägiger Fernsehsendungen und Kontakten zu Persönlichkeiten in Holland, Belgien und der Schweiz gekennzeichnet. Die entsprechende Vereinsmitgliedschaft wird erworben; notwendige Unterlagen werden beschafft und die Finanzierung der Fahrt und die Regelung der Hinterlassenschaften in dieser Phase konkret organisiert.

Die damit versetzt parallel gehende spirituelle Phase beinhaltet eine Auseinandersetzung mit Sterblichkeit, Auferstehung oder Wiedergeburt und Sinnlosigkeit oder Sinn des eigenen Lebens zu einer reifenden Konzentration auf diesen individuellen sinnstiftenden Weg. Die finale Präsuizid-Phase des oder der letzten Tage ist von einer beeindruckenden Klarheit und der Aufmerksamkeit für die letzten Erlebnisse geprägt. Mit den Begleitern werden letzte wichtige Botschaften getauscht, der finale Ablauf wird antizipiert und für die Wahrung letzter

Bedürfnisse nach Bequemlichkeit und endgültigem Rückzug geordnet. Die Nachverarbeitungsphase durchleben nur noch die Begleitenden. Der Schmerz über die abgründige Endgültigkeit des Verlustes steht in heftiger Dissonanz gegen das Wissen um die Richtigkeit des Respektes vor dem Weg des Anderen.

Diese Phasen dürfen nicht als gesetzmäßig abgrenzbar aufeinander folgend verstanden werden, sondern variieren sowohl inhaltlich in Abhängigkeit von persönlichen biographischen Voraussetzungen, in der individuellen Ausgestaltung, z.B. im Ausmaß des Zögerns, als auch formal in der Dauer, im Sinne von Vorwegnahmen, Überlappungen und Wiederaufleben sowie in der interpersonellen Asynchronie. Angesichts dieser vielfältigen, hiermit sicherlich keineswegs erschöpfend beschriebenen Variabilität ist die Kritik an der Starre eines Phasen-Modells wichtig (3).

Trotzdem ist diese Betrachtung für den verständnisvollen Umgang mit Äußerungen oder Reaktionen des Patienten wie der Umgebung hilfreich, um Missverständnisse und unnötige Konflikte zu verstehen und zu vermeiden. Unverzichtbar ist auf Seiten der umgebenden Personen, insbesondere etwaiger professioneller Begleiter, die Aufmerksamkeit für die Verschiedenartigkeit und ein antwortendes Mitgestalten der individuellen Wege.

Weiteres lebenswertes Leben?

In Diskussionen solcher Verläufe werden oft alternative Lösungen gefordert. Wenn man nach Bedingungen für ein subjektiv lebenswertes Weiterleben fragt, wird man sich für K.R. keine Perspektive vorstellen können. Die Situation von I.S. zeigt die Kompliziertheit der verschiedenen Gesichtspunkte und Motive. Eine alternative Unterbringung in einem Pflegeheim wurde vehement abgelehnt und ist unter den heutigen Arbeits- und Pflegebedingungen im Verhältnis zu einer familiären Pflege nicht attraktiv. Intensive freundschaftliche Kontakte, inhaltliche Anre-

gungen und eine Sinnhaftigkeit waren unter der ärztlichen und filmischen Begleitung gegeben.

Entwaffnend klarsichtig hat I.S. selbst artikuliert, dass diese anregende Situation ja nicht von Dauer sein würde. Deshalb hat sie trotz aller Ambivalenz an dem noch selbst durchführbaren Plan festgehalten. Deutlicher als I.S. befand S.R. sich in einer Schwellensituation. Das noch weitgehend selbstbestimmte Leben in der eigenen Wohnung war durch die fortgeschrittene Behinderung nur noch unter äußerster Anstrengung aufrecht zu erhalten, die partielle Inkontinenz hätte eigentlich die Anlage eines Blasenfistelkatheters erforderlich gemacht und die zunehmende Isolierung hätte ein von außen unterstützendes soziales Netz gebraucht.

Die Frustrationstoleranz war in dieser Situation sicherlich zugleich krankheitsbedingt eingeschränkt und der Verlust der nach der Berufsausbildung hoffnungsvollen Lebensperspektive unerträglich. Somit ist die Situation aller drei Patienten wesentlich durch die Aussichtslosigkeit bei klarer Kritikfähigkeit gekennzeichnet, der mit den zur Verfügung stehenden sozialen und administrativen Ressourcen nichts entgegengesetzt werden konnte.

Wenn man zu diesen Patienten eine persönliche Beziehung aufbaut, steht man vor der unerbittlichen Frage, ob man einen dauerhaften, sehr hohen persönlichen Einsatz erbringen sollte, um die intensiven Begegnungen – auch für sich selbst – zu erhalten. Ob der therapeutische Rat, diese Last auf mehrere Schultern zu verteilen, realisierbar und für diese Menschen hinreichend den Lebenswert erhaltend ist, muss in jeder Begegnung geprüft werden.

Zumindest zeigt dieser Gedanke den dringenden Bedarf, Strukturen aufzubauen, die etwa nach Art eines ambulanten Hospizdienstes eine Begleitung anbieten könnten. Für einige der Suizidwilligen würde sich damit vielleicht eine Perspektive entwickeln lassen. Inwieweit unsere Gesellschaft willens ist, hierfür materielle Ressourcen bereitzustellen, bleibt wohl ebenso eine bedrückende Frage

wie die nach einer genügenden Zahl hinreichend qualifizierter und einsatzwilliger Ehrenamtlicher.

Die Gründe und die Motive

Die von den Betroffenen angegebenen Begründungen für die Suizidabsicht bedürfen auch einer psychodynamischen Betrachtung, um nicht wesentliche, hinter den Gründen verborgene Motive zu übersehen.

Im Falle von K.R. war die Motivation nicht in einem Gespräch zu klären. Über die fast vollständige Lähmung des gesamten Körpers hinaus war auch das Sehen durch die Augenbewegungsstörungen hochgradig beeinträchtigt und das Befinden durch den damit einhergehenden Schwindel erheblich gestört. In dieser psychischen Situation war die insuffiziente Pflege besonders quälend – wie dies auch die Ehefrau als schier unerträglich erlebte. Somit ist die Suizidabsicht bei Herrn K.R. offensichtlich in der Wahrnehmung seines unerträglichen Leidens begründet.

Bei I.S. waren die anfangs vordergründig geklagten schmerzhaften Missempfindungen nach Erhöhung der Morphinmedikation erträglich und – nach ihrer eigenen Feststellung – ein nur noch wegen seiner Plausibilität gebrauchtes Argument. Sicherlich hat der Verlust der in symbiontischen Bezug zu I.S. lebenden Mutter für den Suizidwunsch eine Rolle gespielt.

Als entscheidende Motive ließen sich im weiteren Gespräch herausfinden: Die Aussicht auf eine weitere Verschlechterung der Krankheit mit Verlust der verbliebenen Selbstständigkeit; die mit der Verselbständigung der Nichten absehbare Abnahme der noch vorhandenen, emotional tragenden sozialen Kontakte; die Angst vor der weiteren Zunahme der Abhängigkeit, in der dann ein Suizid gegen die Ablehnung der Familie nicht mehr realisierbar wäre; die Unerträglichkeit des Autonomie- und Intimitäts-Verlustes (das „Gläsern“-Sein vor den Augen und Ohren der Angehörigen) und der entschiedene Unwille über die durch das ständige Bitten-

müssen und alltägliche kleine Missstimmungen bewirkte Unerträglichkeit des weiteren Zur-Last-Fallens.

S.R. klagte über die extreme körperliche Erschöpfbarkeit, die aus der hochgradigen Lähmung der Beine nach selbst kleinsten Wegen in der Wohnung sowie aus dem durch Anstrengung verstärkten Zittern der linken mehr als der rechten Hand resultierte. Klar von ihr selbst gesehen waren ihr Selbstwertgefühl traumatisierende Erlebnisse ihrer Kindheit wie Enttäuschungen in Beziehungen (mitsächlich wirksame Entstehungsbedingungen). Der Kampf mit dem Sozialamt und den Trägern der Pflege wurde als entwürdigend und zermürend erlebt. Deutlich wurde dies in einem Detail: Voraussetzung für die Anerkennung der Pflegestufe 1 ist u.a., sich nicht mehr selbständig waschen zu können.

Daran hat S.R. jedoch trotz aller körperlichen Behinderung und Mühe eisern festgehalten. Sie hätte also entweder lügen oder sich von ständig wechselnden weiblichen oder männlichen Personen waschen lassen müssen. Sich damit für die Bedingungen des Pflegegesetzes funktionalisieren lassen zu müssen, verletzte sie zutiefst, darin erkennbar eine narzisstische Kränkung (9). Entscheidend war die Aussicht auf die zunehmende Abhängigkeit mit weiterer Einbuße von Autonomie, körperlichem und seelischem Selbstwertempfinden und Würde.

Hinter dem Entschluss zu einem von langer Hand vorbereiteten Suizid standen mit I.S. und S.R. Persönlichkeiten, denen ihre Selbstständigkeit, ihr Selbstwertempfinden und ihre Menschenwürde entscheidend wichtig waren. Damit müssen die eine präsuizidale Phase kennzeichnenden narzisstischen Kränkungen (9) zugleich auch positiv als nachvollziehbare Verletzungen der Selbstachtung bewertet und respektiert werden. Dies unterscheidet I.S. und S.R. von anderen Behinderten, die eine Pflege in fürsorglicher oder auch abfertiger Form hinnehmen und trotzdem noch Momente der Lebensfreude erleben können.

Bewusstere, selbstwahrnehmungsfähigere Menschen leiden eher unter solchen Verlusten und werden eher den Weg in einen Sui-

zid einer weiteren Abhängigkeit vorziehen. Dies sollte bedacht werden, wenn ihnen ein begleiteter und assistierter Suizid verweigert und ein Weiterleben abverlangt wird.

Appell, Bilanz und Ambivalenz

Aus der Literatur ist das Verständnis eines Suizids als Appell oder Bilanz geläufig (18). Auch wenn viele Suizidversuche eindeutig einem Appell oder einer Bilanz zuzurechnen sind, ist es doch hilfreicher, innerhalb der individuellen präsuizidalen Entwicklung ein zueinander komplementäres Verhältnis von Appell und Bilanz zu betrachten.

In ihrer zielstrebigem Konsequenz entsprechen die hier geschilderten Verläufe einer sehr bewussten Bilanzierung. Und doch enthalten die Klage von I.S. über den Verlust der Privatsphäre, die Klage von Frau R. über das Fehlen einer personalen Ansprache ihres Mannes in der Pflege und die Klage von S.R. über die entwürdigenden Formalien der sozialamtlichen Verwaltung und der Pflegeversicherung auch einen Appell. Dieser fordert zu dem Versuch auf, dem Patienten das Weiterleben mit einer Verbesserung der Situation lebenswert zu gestalten.

Besonders in der Verzweigungs- / Konfliktphase kann der Umgang mit den Patienten durch vorwurfsvolle Äußerungen schwer zu ertragen sein. Dann ist die bewusste Beachtung der Ambivalenz und der Ambitendenz hilfreich. Diese findet sich einerseits bei dem Patienten selbst zwischen Überlebenswunsch und Leidens-Unerträglichkeit wie auch andererseits bei den Angehörigen zwischen Abwehr und Verständnis. Die Erkenntnis dieser Ambivalenzen hilft, sich in dem drohenden Konflikt nicht in eine Parteilichkeit hineinziehen zu lassen und einen eventuell bereits bestehenden Konflikt in ein Verstehen aufzulösen.

Ein begleitender und psychotherapeutischer Zugang findet sich über eine grundsätzliche Offenheit gegenüber dem Suizidwunsch, über eine Behutsamkeit in dem Versuch eines nochmaligen Erwägens möglicher

Lebensperspektiven und bei Festhalten an dem Suizidwunsch in der verlässlichen und solidarischen Begleitung des Suizidwilligen auf seinem eigenen, für ihn richtigen Weg.

Wie frei ist der Freitod?

H. Pohlmeier hat diese Frage wohl erstmalig so explizit gestellt (16). Wenn man die drei hier vorgestellten Schicksale betrachtet, dann drängt sich diese Frage bedrückend auf. Die offenen Gespräche mit den Betroffenen ermöglichen aber eine Antwort, die wir in unserem Leben auf manche sich uns stellende Fragen finden müssen, ob wir wollen oder nicht. Deutlich ist dies in allen Therapieverzichts-Entscheidungen, am extremsten in der Entscheidung zu einem assistierten Suizid oder – nicht in Deutschland – zu einer aktiven Euthanasie.

Jeder Therapieverzichts-Entscheidung geht eine Krankheit voraus. Dies gilt bei harmlosen, nicht bedrohlichen Erkrankungen, bei denen ein Behandlungsverzicht keine nennenswerten Konsequenzen nach sich zieht, wie für die bedrohlichen Erkrankungen, bei denen der Behandlungsverzicht auch einen Verzicht auf Lebenszeit bedeutet. Auch wenn wir in einem naturwissenschaftlichen und zugleich naturphilosophischen Sinne an der lückenlosen kausalen und damit zwangsläufigen Bedingtheit dieses Universums als eines Gegensatzes zur Freiheit festhalten, werden wir eine Therapieverzichts-Entscheidung – etwa bei einer Karzinomerkrankung – bei einem nachdenklichen Menschen als Wahrnehmung seiner Entscheidungsfreiheit anerkennen.

In dem Vergleich dreier verschiedener Situationen, einer harmlosen, keineswegs beeinträchtigenden oder lebensbedrohenden Bagatellerkrankung, einer mittelfristig lebensbedrohenden Karzinomerkrankung und einer zunehmend behindernden, Autonomie, Selbstwertempfinden und Menschenwürde bedrohenden Erkrankung, ist der Anteil der Unfreiheit einer Entscheidung zu einem Suizid und zugleich der Anteil der Freiheit deutlich:

In dem Hereintreten der Erkrankung in das Leben eines Menschen liegt die Unfreiwilligkeit. Sie ist bei einer bedrohlichen Erkrankung in der Entscheidung zu dem vollständigen Therapieverzicht oder aber dem Ausschöpfen der letzten Therapiemöglichkeit oder der letzten Pflege- und Betreuungsmöglichkeit zweifellos eingeschränkt. Aber selbst in dem Entschluss zu einem assistierten Suizid liegt in dem zögernden oder drängenden Vorantreiben der organisatorischen Schritte und der Zustimmung oder der Ablehnung eines angebotenen Zeitpunktes ein Wahrnehmen einer letzten Freiheit. Die Betrachtung der Schicksale von I.S. und S.R. zeigt eine in allen einfacheren wie schwierigeren menschlichen Entscheidungen liegende Komplementarität von Unfreiheit und Freiheit.

Wenn man sich auf die Möglichkeit einer Anerkennung der überzeugenden Beispiele eines Suizidwunsches einlässt, dann wird man unausweichlich auch mit zweifelhaften Grenzsituationen und damit der Frage nach der Grenzziehung und der Sicherung dieser Grenzziehung – anders ausgedrückt – mit der Frage der Schiefen Ebene und dem Vorwurf eines Abgleitens zu den Nazi-Tötungsaktionen konfrontiert. Hoch ehrenwerte Moralisten fordern eine Begrenzung moralischer Zulässigkeit und lehnen die Zulassung eines assistierten Suizids mit dem Argument des möglichen Missbrauchs vehement ab (2, 4). Man wird fragen, ob die Missbrauchsgefahr ausschließlich mit einem vollständigen Verbot gemindert werden kann oder ob die Missbrauchsgefahr bei einer Tabuisierung nicht eher größer ist als bei einer kontrollierten Zulassung. Man wird sich der Frage stellen müssen, ob leidenden Menschen wie I.S. und S.R. mit dem Aufnötigen einer Fahrt in die Schweiz ihre Freiheit nicht in entwürdigender Weise beschränkt wird (7, 17).

Gründe und Motive der Tabuisierung

Ablehnung und Ausgrenzung erfährt der Suizidwillige sowohl von seiner unmittelbaren Umgebung wie von der Gesellschaft insgesamt, aber auch der Arzt, der sich dem

Wunsch des Suizidwilligen öffnet und ihn mit seiner Begleitung unterstützt, statt dagegen zu kämpfen. Die häufig zu hörenden Äußerungen von Verständnis für die verzweifelten Lebenssituationen wirken einerseits oft inhaltsleer und stereotyp. Andererseits wird der Suizidwunsch von vielen Menschen sehr kompromisslos abgelehnt und weitere Anstrengungen für ein Weiterleben gefordert, ohne sich auf eine ernsthafte Betrachtung des Leidens einzulassen.

Das sich darin zeigende emotionale Distanzierungsbedürfnis ist so verbreitet und so vehement, dass man nicht nur nach (rationalen) Begründungen, sondern auch nach (darunter verborgenen) Motiven fragen muss. Zwei Motive scheinen besonders naheliegend. *Einerseits* haben wir Menschen wie alle Lebewesen einen evolutionär uralten, biologisch-archetypischen, angstbesetzten Überlebensimpuls sowie einen sozialen Fürsorgeimpuls in uns. Sie versetzen uns in Unruhe, wenn ein Mensch vor unseren Augen stirbt. *Andererseits* impliziert ein Suizidwunsch einen Schuldvorwurf gegen die Umgebung (10), die das Weiterleben nicht lebenswert gestaltet hat – erkennbar in dem familiären Konflikt im Falle von I.S..

Die Alternative zum Suizid wäre ein Weiterleben mit der Verlängerung des Krankheits- und Behinderungszustandes, ein Annehmen des Leidens, wie es besonders von sich christlich bekennenden Menschen gefordert wird und ein zu respektierender Weg der individuellen Sinnsuche sein kann. In unserer zunehmend säkularen, keineswegs mehr uniform christlich geprägten Gesellschaft ist eine solche Forderung nicht mehr verbindlich: S.R. sagte: „Mein Leiden gibt mir nichts!“

Im Gespräch mit diesen Patienten wird man ihre Bewertung der Lebensqualität verstehend akzeptieren, die eigene archetypische Unruhe angesichts des Sterbens eines Menschen wahrnehmen und einordnen und nach dem individuellen Weg dieses einen Menschen fragen müssen. Den impliziten Schuldvorwurf wird man mit einer wirksa-

men Verbesserung der Lebensbedingungen zu entkräften suchen oder in einem offenen Gespräch in dem Erarbeiten eines gemeinsam getragenen Einverständnisses besänftigen müssen.

Psychodynamische Abwehr und resultierende Tabuisierung sind weder vor dem eigenen humanistischen oder christlichen Selbstverständnis noch von der Aufmerksamkeit für das Leiden der Betroffenen her hinnehmbar.

Die Dimension der Begegnung

Bei der ersten Konfrontation mit der Bitte um Unterstützung bei einem geplanten assistierten Suizid schreckt man zurück. Im Gespräch mit den Menschen wird man beeindruckt von der Klarheit, mit der die verschiedenen Argumente durchdacht, die Gegenargumente erwogen sind und die persönliche Wertung bereits abgeschlossen ist. Gegen die Nachdrücklichkeit der Anforderung gerät man in eine Abwehr und provoziert damit bei den Patienten die bereits in früheren Gesprächen erfahrene Enttäuschung, dass trotz eigener Klarheit und Entschiedenheit eine Akzeptanz durch die Umgebung verweigert wird. Wenn es gelingt, diese Enttäuschung mit Offenheit und Verständnis zu beantworten, dann entsteht ein intensives Vertrauensverhältnis, in dem Sorgen und Ängste des Betroffenen wie die Dissonanzen mit seiner Umgebung aufgefangen und befriedet werden können.

Das Gespräch in einer solchen personalen Begegnung ist von einer sonst schwer vorstellbaren Offenheit, Ehrlichkeit und Wahrhaftigkeit geprägt. Nach der schmerzlichen und mühsamen Akzeptanz der bewusst gesehenen eigenen Endlichkeit offenbaren diese Menschen eine große gedankliche Klarheit, indem sie über das Haderen mit dem Schicksal der Krankheit hinaus zu Reife und Vollendung gelangt sind. Wir können versuchen, ihnen in einer uns einlassenden, ihren Weg respektierenden personalen Begegnung (14) Solidarität, Geborgenheit und sogar Leichtigkeit in der Gemeinsamkeit zu vermitteln.

Auch im drückenden Schmerz des Verlustes entstehen dann intensiv tröstliche und sogar fröhliche Momente, wie wir sie in unserem normalen Leben nicht vergleichbar erleben

können. Sie helfen uns, unseren eigenen weiteren Weg vielleicht manchmal etwas weniger leicht, aber in jedem Falle bewusster und unserem Mitmenschen zugewandter zu gehen.

Literatur

- (1) Brysch, E. (2003): Fremdbestimmte Selbstbestimmung – Aktive Sterbehilfe als „Lebenshilfe“ für ein unwürdiges Gesundheitssystem? In: Schweidler, W.; Neumann, H. A.; Brysch, E. (Hg.): „Menschenleben – Menschenwürde“. Münster, Hamburg u. London, S.281-92.
- (2) Callahan, D. (1992): When self-determination runs amok. *Hastings Cent Rep* 22: S.52-55.
- (3) Corr, C. A. (1993): Coping with dying: Lessons that we should and should not learn from the work of Elisabeth Kübler-Ross. *Death Stud* 17: 69-83.
- (4) Fenigsen, R. (2001): Euthanasie – Sterbehilfe? Tod auf eigenen Wunsch? Freiburg u. Osterby.
- (5) Fokkens, J. W. (2003): Sterbehilfe im niederländischen Recht. In: Brudermüller, G.; Marx, W.; Schüttauf, K. (Hg.): „Suizid und Sterbehilfe“, Würzburg. S.147-164.
- (6) Forsa, Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen (2003), „Meinungen zur aktiven direkten Sterbehilfe“, Umfrage vom 4./5.9.2003, Berlin.
- (7) Götze, P.; Richter, M. (2000): Aber mein Innerstes überlässt mir selbst. Verstehen von suizidalem Erleben und Verhalten. Göttingen.
- (8) Held, T. (2003): Suizid als Krankheit – Gegenübertragungen der Medizin bei Tod und Suizidalität. In: „Suizid und Sterbehilfe“.
- (9) Henseler, H. (2000): Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords. Wiesbaden.
- (10) Holderegger, A. (2002): Suizid. Schuld und Schuldgefühle – neue Aspekte einer alten Problematik. *ZMedizEthik* 48: S.39-45.
- (11) Holderegger, A. (2003): Der Suizid – Ein Recht auf den freigewählten Tod? Ethische und theologische Überlegungen. In: „Suizid und Sterbehilfe“. S.9-34.
- (12) Kübler-Ross, E. (1969): Interviews mit Sterbenden. Stuttgart u. Berlin.
- (13) Kübler-Ross, E. (1982): Verstehen was Sterbende sagen wollen – Einführung in ihre symbolische Sprache. Stuttgart. Berlin.
- (14) Levinas, E. (1998): Die Spur des Anderen. Freiburg u. München.
- (15) Marx, W. (2003): Gibt es ein Menschenrecht auf freie Gestaltung des eigenen Lebensendes? In: „Suizid und Sterbehilfe“. Würzburg, S.69-79.
- (16) Pohlmeier, H. (1997): Wie frei ist der Freitod? Einschränkung frei verantwortlichen Handelns durch Krankheit. Dortmund.
- (17) Quill, T. E. (1994): Das Sterben erleichtern – Plädoyer für einen würdevollen Tod. Knaur, München.
- (18) Ringel, E. (1999): Der Selbstmord: Abschluss einer krankhaft psychischen Entwicklung. Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern. Wien.
- (19) Rumpf, H. J.; Wessel, K. (1995): Copingmuster und Adaptivität bei multipler Sklerose. *Nervenarzt* 66: S.624-629.
- (20) Schüttauf, K. (2003): Suizid im Recht. In: „Suizid und Sterbehilfe“, S.81-100.
- (21) Seelmann, K. (2003): Sterbehilfe: Die Rechtslage in der Schweiz. In: „Suizid und Sterbehilfe“, S.135-146.
- (22) Spittler, J. F. (2003): Begrenzungen der Autonomie im Locked-In-Syndrom – Eine Pflicht zum Leben? *Humanitas*, Heft 48.
- (23) Spittler, J. F. (2004): Gründe und Motive auf dem Weg in einen assistierten Suizid. *Nervenheilkunde* (zur Publikation angenommen: 21.11.03).

Till Müller-Heidelberg

Verfassungsrechtlicher Anspruch auf Sterbehilfe?

Schwierige Definition von Sterbehilfe

Bevor man sich auf das weite und oft genug unklare Feld des Verfassungsrechts begibt und daraus möglicherweise Ansprüche abzuleiten versucht, muss man zunächst einmal klären, was denn mit dem Begriff „Sterbehilfe“ gemeint ist. Umfasst doch dieser Begriff vielfältige Gestaltungsformen, die vom einfach gesetzlichen Recht durchaus unterschiedlich geregelt werden.

Ich greife dabei zurück auf eine Anhörung vor dem Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages, die bereits im Mai 1985 in Bonn stattfand zum Thema unserer Tagung und die zunächst die Frage gestellt hatte: Wie ist die passive Sterbehilfe gegenüber der aktiven Sterbehilfe abzugrenzen; wie sind die beiden Begriffe genau zu definieren? Der frühere Bundesvorsitzende der *Humanistischen Union*, Strafrechtler und Rechtsphilosoph, Staatssekretär im Bundesjustizministerium und Justizsenator von Hamburg, Prof. Dr. Ulrich Klug, war als Sachverständiger zu diesem Hearing des Rechtsausschusses geladen.

Er führte aus: „Eine logisch exakte Definition, mit der sich die passive und aktive Sterbehilfe in allen in Betracht kommenden Fällen genau abgrenzen lässt, ist wegen der wissenschaftlichen Ungenauigkeit der im vorliegenden Zusammenhang verwendeten juristischen Begriffe nicht möglich. Dies gilt vor allem bei der zur Zeit üblichen und daher nicht vermeidbaren Sprachregelung bezüglich des Begriffspaares Tun und Unterlassen, wie sich z.B. bei der rechtlichen Wertung des Abstellens eines Reanimators zeigt. Dies berücksichtigend kann unter pragmatischen Aspekten gesagt werden: *Passive* Sterbehilfe ist ein Verhalten, bei dem Maßnahmen *unterlassen* werden. Eine solche Sterbehilfe

durch Unterlassen kann entweder lebensverkürzend oder nicht lebensverkürzend sein.

Dem gegenüber ist von *aktiver* Sterbehilfe bei einem Verhalten zu sprechen, bei dem Maßnahmen ergriffen werden, das also in einem *Tun* besteht. Auch eine solche Sterbehilfe kann entweder lebensverkürzend oder nicht lebensverkürzend wirken.

Die *juristische Unzulänglichkeit* einer solchen Definitionsreihe erweist sich gerade in Grenzfällen, bei denen es um die Entscheidung der Frage nach der Strafbarkeit des betreffenden Verhaltens geht. Hierfür ist ein besonders deutliches Beispiel der für die Praxis wichtige Fall des Abstellens eines Reanimators bei einem Moribunden. Für die natürliche Betrachtungsweise ist das Abstellen ein aktives Tun, ein hart eingreifendes Handeln mit in der Regel beabsichtigter lebensverkürzender Wirkung, die in Folge dessen die strafrechtliche Wirkung als vorsätzliche Tötungshandlung nahelegt.

Um den so handelnden Arzt von der damit implizierten Strafdrohung zu befreien, wird jedoch im strafrechtswissenschaftlichen Schrifttum die Ansicht vertreten, das Abstellen des Reanimators bei einem Moribunden sei 'der Sache nach' Unterlassung einer Weiterbehandlung. Mit der Zulassung derartiger bedenklicher Begriffsverwandlungen, die den gegenseitigen Austausch der Begriffe Tun und Unterlassung für viele Fallkonstellationen erlauben, werden die Versuche, über Definitionen zu Abgrenzungskriterien zu kommen, zu einem kaum noch sinnvollen Bemühen degradiert.“

Suizid als juristisches Problem

Auch bei einem anderen Beispiel wird die Fragwürdigkeit – um nicht zu sagen Sinnlosigkeit – juristischer Begrifflichkeit deutlich:

Völlig unstrittig ist der Selbstmord straflos, genauer gesagt der *versuchte* Selbstmord, denn bei einem erfolgreichen Selbstmord kann der Betreffende ja ohnehin nicht mehr bestraft werden. Dies ist nicht so selbstverständlich, wie es uns scheinen mag: Noch bis in die sechziger oder siebziger Jahre hinein war in England der Selbstmord strafbar, und er ist es heute noch zum Beispiel in den Niederlanden. Wenn der Selbstmord selbst straflos ist, kann auch die Beihilfe dazu nicht strafbar sein. So sagt § 27 StGB zur Beihilfe: „Als Gehilfe wird bestraft, wer vorsätzlich einem anderen zu dessen vorsätzlich begangener rechtswidriger Tat Hilfe geleistet hat.“

Da Selbstmord straflos ist – keine vorsätzlich begangene rechtswidrige Tat –, ist auch der Gehilfe straflos. Dies ist völlig unstrittig. Dies führt jedoch zu juristischen Konstruktionen, die für den normalen gesunden Menschenverstand – den nicht juristisch Verbildeten – nicht mehr nachvollziehbar sind: Wenn ein Schwerkranker, der seinem Leiden ein Ende setzen möchte, einen Angehörigen bittet, ihm ein Wasserglas mit Gift auf den Nachttisch zu stellen – was dieser tut –, und wenn er dieses Glas sodann nimmt und austrinkt und stirbt, so hat er in freier Entscheidung Selbstmord begangen, der Angehörige hat ihm hierzu Beihilfe geleistet und bleibt straflos (dasselbe gilt übrigens auch bei einem völlig Gesunden, der seinem Leben ein Ende bereiten will).

Ist der Kranke jedoch nicht mehr in der Lage, das Glas selbst zu ergreifen und auszutrinken und muss folglich der Angehörige das Glas in die Hand nehmen und dem Kranken an den Mund zum Trinken führen, so hat nach der strafrechtlichen Dogmatik der Kranke nicht mehr selbst die „Tatherrschaft“, sondern der Angehörige, dieser ist „Täter“ und macht sich folglich strafbar der Tötung auf Verlangen: „Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis zu 5 Jahren zu erkennen“ (§ 216 StGB).

Ist diese Differenzierung einem Normalmenschen nachvollziehbar? Und kann Juri-

sterei richtig sein, wenn sie auch dem nachdenklichen, sich um Erkenntnis bemühenden Menschen unverständlich und nicht mehr nachvollziehbar wird? Ich meine nein.

Die Kasuistik um diesen Problemkreis wird noch absurder: Wie ich bereits ausgeführt habe, ist unstrittig die Beihilfe zum Selbstmord straflos. Reiche ich dem Selbstmörder den Strick, an dem er sich aufhängen will, so ist strafrechtlich nichts dagegen einzuwenden. Hängt der Betreffende sich nun auf und stirbt nicht sofort, sondern wird bewusstlos – so behauptet die Rechtsprechung, dass in diesem Moment ein Unglücksfall vorliegt, mit der Konsequenz, dass derjenige, der zunächst strafrechtlich berechtigterweise das Seil gereicht hat, nunmehr zum Einschreiten und zum Retten des Lebens des Selbstmörders verpflichtet ist. Er muss den Strick wieder durchschneiden. Tut er dies nicht, so macht er sich mindestens strafbar der unterlassenen Hilfeleistung nach § 323 c StGB, und wenn er als Arzt oder Familienangehöriger eine so genannte Garantenstellung hat, dann macht er sich sogar strafbar des Totschlags oder der Tötung auf Verlangen durch Unterlassen! Kann dies wahr sein?

Besinnung auf die Verfassung

Aus diesem Labyrinth juristischer Verzwicktheit – um nicht zu sagen Unsinnigkeit – führt die Besinnung auf das Verfassungsrecht. An der Spitze unserer Verfassung heißt es, nicht zufällig bereits im Art. 1 Abs. 1: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“, also auch der Staatsanwälte und der Strafgerichte. Und in Art. 2 Abs. 1 heißt es: „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit.“

Das Bundesverfassungsgericht hat immer wieder hervorgehoben, dass diese beiden Vorschriften die Grundlage unserer gesamten rechtsstaatlichen und freiheitlichen Verfassung sind, dass hierauf alles aufbaut, die weiteren Grundrechte lediglich Ableitungen hiervon sind. Es hat vielfach entschieden:

„Das Grundgesetz geht von der Würde der freien, sich selbst bestimmenden Person als höchstem Rechtswert aus (Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 1 GG)“ (u.a. BverfGE 69, 1 – 92 zum Kriegsdienstverweigerungsrecht).

Wenn der höchste Rechtswert des Grundgesetzes die Würde der freien, sich selbst bestimmenden Person ist, dann folgt daraus zwingend, dass die freie sich selbst bestimmende Person auch selbst bestimmt, wie lang sie leben will, wann sie ihrem Leben ein Ende setzen will und insbesondere auch welches Leben sie selbst für lebenswert hält, welches Leben und welches Sterben sie selbst für würdevoll hält und welches „Sterben in Würde“ sie für sich selbst will.

Daraus folgt – so wiederum Ulrich Klug schon in seiner Stellungnahme vom Mai 1985 –, „daß die Selbsttötungsfreiheit gesetzlich nicht eingeschränkt werden darf, und daß ihre Nichtstrafbarkeit, einschließlich der Straffreiheit von Beihilfe, unabdingbar ist. Gläubigen einer Religion oder einer sonstigen Weltanschauungsgruppe steht es selbstverständlich frei, die Selbsttötung für sich anders zu werten und innerhalb ihrer Gruppe zu untersagen. Dagegen ist dem Gesetzgeber einer pluralistischen, freiheitlichen Demokratie wie der Bundesrepublik, in der neben den Mitgliedern der verschiedensten religiösen Gruppierungen eine Vielzahl von indifferenten, agnostischen und atheistischen Staatsangehörigen lebt, eine Bestrafung der – versuchten – Selbsttötung wie der Beihilfe zur Selbsttötung von Verfassungen wegen verboten. Hieraus ergeben sich für die Sterbehilfe wichtige ... rechtliche Konsequenzen.“

Daraus ist für die ärztliche Behandlungspflicht, die von den Gegnern der aktiven und passiven Sterbehilfe immer behauptet und aus der eine Strafbarkeit abgeleitet wird, wenn der Arzt nicht jede denkbare medizinische Maßnahme zur Lebensverlängerung ergreift, folgendes entgegenzuhalten: Nach § 34 Strafgesetzbuch, rechtfertigender Notstand, ist eine tatbestandsmäßige, scheinbar strafbare Tat „nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen,

namentlich der betroffenen Rechtsgüter ... das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt.“ Dann liegt eine scheinbar strafbare Tötung auf Verlangen oder unterlassene Hilfeleistung nicht vor.

Wenn aber aus der Menschenwürde und der freien, sich selbst bestimmenden Person *als höchstem Rechtswert* die Schlussfolgerung zu ziehen ist, dass jeder Mensch selbst bestimmt, ob, wann und wie er seinem Leben ein Ende setzen will, dann wäre durch ein Handeln des Arztes (und dasselbe gilt für jeden anderen) gegen den Willen des Patienten der verfassungsmäßige „höchste Rechtswert“ verletzt, so dass bei der nach § 34 StGB gebotenen Abwägung der strafrechtlichen Interessen und der verfassungsrechtlichen Interessen auf Achtung der Menschenwürde und des freien Willens des Sterbenden natürlich die verfassungsrechtlich geschützte freie Entscheidung des Betroffenen schwerwiegender ist gegenüber etwa strafrechtlich sanktionierten Handlungsgeboten.

Ein menschenwürdiges humanes Sterben in Verwirklichung des Selbstbestimmungsrechts hat verfassungsrechtlich, ethisch und moralisch einen höheren Rang als die angeblich lebensverlängernde Aufgabe des Arztes. Dies gilt nach Klug „umso mehr, als sich die humanitäre Solidaritätspflicht bei dieser Fallkonstellation umgekehrt hat. Die hier akute Solidarität wird durch die Sterbehilfe, auch wenn sie lebensverkürzend wird, geleistet und nicht durch Verlängerung der Leiden und Qualen des Moribunden.“

Es stehen sich zwei gleichwertige Handlungsgebote gegenüber: Das Gebot, Leben zu schützen, einerseits und das Gebot, die Menschenwürde mit dem Selbstbestimmungsrecht zu wahren. Das letztere ist das höherrangige Gebot, weil es den „höchsten Rechtswert“ unserer Verfassung durchsetzt.

Achtung des Patientenwillens

Lassen Sie mich an dieser Stelle auch eingehen auf die häufig vorgebrachte Behauptung, hinsichtlich des behandelnden Arztes

vertrage sich dies nicht mit dem von ihm geleisteten hippokratischen Eid, der ihm gebiete, für das Leben einzutreten und nicht für den Tod. Welch eine verquere Argumentation, nur aus Ideologie erklärbar.

Aufgabe des Arzt ist doch nicht die Verlängerung des Lebens um jeden Preis, auch um den der verlängerten Qualen. Wer so etwas behauptet, will uns für dumm verkaufen oder kennt den Eid des Hippokrates nicht. Dieser lautet nämlich: „Meine ärztlichen Verordnungen werde ich zum Nutzen der Kranken geben, soweit ich es vermag und verstehe. Was Verderben und Schaden bringt, will ich von ihnen fernhalten.“

Und auch das Genfer Gelöbnis, welches in die Berufsordnungen der Ärzte Eingang gefunden hat, besagt nichts anderes. So nennt z.B. § 1 Abs. 2 der Berufsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe zwar natürlich als ärztliche Aufgabe, das Leben zu erhalten und die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, aber eben auch, „Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten.“ Also: Das Interesse des Patienten hat auch hiernach die einzige Richtschnur ärztlichen Handelns zu sein, nicht eine Verlängerung des Lebens um jeden Preis. Wenn der Patient sein Leben beenden will, hat der Arzt ihm dabei zu helfen.

Und ich zitiere nochmals Ulrich Klug aus seiner Stellungnahme für die *Humanistische Union* vor dem Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages: „Die Achtung des Willens des Patienten und des Sterbenden, die Anerkennung des Selbstbestimmungsrechtes hinsichtlich des Todeszeitpunktes sowie hinsichtlich der Umstände des Todes und die Anerkennung des Rechts auf einen Tod in Würde sind nicht nur Rechtswerte höchsten Ranges, sondern auch moralische Werte von größter Bedeutung. ... Dagegen gerichtete ideologische, religiöse oder philosophische Tabus sind zwar in einer freiheitlich strukturierten Gesellschaft zu tolerieren, können aber weder eine rechtliche noch eine moralische Bevorzugung beanspruchen. Die Rechtsordnung und der Gesetzgeber sind auch aus moralischen Gründen zur Neutra-

lität hinsichtlich des Freitodes und zum Schutz der vom Patienten geforderten und vom Arzt gewährten Sterbehilfe verpflichtet.“

Wenn dagegen das Menetekel gerade der deutschen Geschichte beschworen und an die menschenverachtende Euthanasie der Nationalsozialisten erinnert wird, so geht dies am Problem völlig vorbei: Die NS-Euthanasie war eine Tötung gegen den Willen des Kranken, war also fremd- und nicht selbstbestimmt. Ich spreche hier nur von der selbstbestimmten freien Entscheidung des Kranken. Dies ist genau das Gegenteil.

Diese verfassungsrechtliche Ableitung des Rechtes auf Sterbehilfe aus Art. 1, der Menschenwürde, und Art. 2 der freien Entfaltung der Persönlichkeit, des Grundgesetzes, führt auch zu einer Lösung der eingangs skizzierten juristischen Unzuträglichkeiten um nicht zu sagen Unmöglichkeiten: Wenn es einen verfassungsrechtlichen Anspruch auf Freitod und Sterbehilfe gibt, dann gibt es diesen unabhängig von der Definition als aktive oder passive Sterbehilfe, und dann gibt es auch keinen „Unglücksfall“ bei Bewusstlosigkeit bei Selbstmord, die aus einem straflosen Gehilfen jetzt plötzlich einen strafbaren Unterlassungstäter macht. Alle diese Konstellationen sind aus verfassungsrechtlichen Gründen straffrei.

Prof. Dr. Ulrich Klug hat konsequenterweise schon damals daraus abgeleitet, dass der § 216 StGB über die Tötung auf Verlangen in der jetzigen Formulierung verfassungswidrig ist und von Verfassungs wegen entgegen dem Wortlaut des Strafgesetzes etwa der Arzt bei aktiver Sterbehilfe (bei Vorliegen der anderen Voraussetzungen wie etwa infauster Prognose) straflos ist. Er hat allerdings zur Verdeutlichung vorgeschlagen, dem § 216 StGB einen dritten Absatz hinzuzufügen mit der Formulierung: „Der Täter handelt dann nicht rechtswidrig, wenn er die Tat begangen hat, um einen menschenwürdigen Tod herbeizuführen.“

Damit wird auch eine weitere verfassungsrechtliche Vorgabe erfüllt: Jede Einschränkung von Grundrechten, also auch der freien Entfaltung und Selbstbestimmung der Per-

sönlichkeit, ist nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nur verfassungsrechtlich zulässig, wenn sie neben dem Erfordernis der Erforderlichkeit und der Geeignetheit auch das Gebot der Verhältnismäßigkeit beachtet. Und dies erfordert, dass der Gesetzgeber, will er die Tötung auf Verlangen grundsätzlich unter Strafe stellen, Ausnahmen zulassen muss, wie es in dem Formulierungsvorschlag von Prof. Klug vorgesehen ist.

Zum jüngsten BGH-Urteil in Sachen Sterbehilfe

Die neueste Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 17. März 2003 (NJW 2003, 1588) greift diese Gedanken und diese Argumentation auf. Sie führt noch nicht alles so konsequent zu Ende, wie Ulrich Klug es erarbeitet und wie ich es dargestellt habe. Sie stellt aber immerhin einen riesigen Schritt dar auf dem Weg zur Anerkennung eines verfassungsrechtlichen Anspruchs auf Sterbehilfe.

Denn der Bundesgerichtshof führt im Leitsatz 1 seiner Entscheidung aus: „Ist ein Patient einwilligungsunfähig und hat sein Grundleiden einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen, so *müssen* lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen unterbleiben, wenn dies seinem zuvor bekannten – etwa in Form einer sog. Patientenverfügung – Willen entspricht. *Dies folgt aus der Würde des Menschen, die es gebietet, sein in einwilligungsfähigem Zustand ausgeübtes Selbstbestimmungsrecht auch dann noch zu respektieren, wenn er zu eigenverantwortlichem Entscheiden nicht mehr in der Lage ist.*“

Meines Wissens erstmals hat hiermit ein oberstes Bundesgericht – ob unter Bezug auf die für die *Humanistische Union* abgegebene Stellungnahme von Prof. Dr. Ulrich Klug oder nicht ist nicht bekannt – die Verbindlichkeit des Patientenwillens, auch wenn er aktuell nicht mehr geäußert werden kann, auf die Menschenwürde und das Selbstbestimmungsrecht nach Art. 1 und 2 Grundgesetz gestützt. Der BGH hat in dieser Ent-

scheidung auch ausdrücklich die häufig von Ärzteseite propagierte These zurückgewiesen, der Patient möge ja früher eine Patientenverfügung unterschrieben haben, im Moment seiner nicht mehr gegebenen Äußerungsfähigkeit würde er aber möglicherweise anders entscheiden und es sei folglich nach seinem mutmaßlichen abweichenden Willen – den natürlich der Arzt genau zu kennen behauptet – zu entscheiden. Nein!

„Die inzwischen eingetretene Einwilligungsunfähigkeit (in die ärztlichen Maßnahmen, die ja an sich eine Körperverletzung darstellen und nur durch die Einwilligung des Patienten gerechtfertigt werden) ändert nach dem Rechtsgedanken des § 130 Abs. 2 BGB an der fortdauernden Maßgeblichkeit des früher erklärten Willens nichts ... Eine Willensbekundung, mit welcher der Betroffene seine Einwilligung in die in Frage stehenden Maßnahmen und für die jetzt eingetretene Situation erklärt oder verweigert hat, wirkt weiterhin – als Ausfluß seines Selbstbestimmungsrechts – fort.“

Und an anderer Stelle des Urteils erklärt der BGH: „Liegt eine solche Willensäußerung, etwa – wie hier – in Form einer sog. Patientenverfügung, vor, bindet sie als Ausdruck des fortwirkenden Selbstbestimmungsrechts, aber auch der Selbstverantwortung des Betroffenen den Betreuer; denn schon die Würde des Betroffenen (Art. 1 Abs. 1 GG) verlangt, daß eine von ihm eigenverantwortlich getroffene Entscheidung auch dann noch respektiert wird, wenn er die Fähigkeit zu eigenverantwortlichem Entscheiden inzwischen verloren hat.“

Bekanntlich hat der Bundesgerichtshof sich in dieser Entscheidung auch mit den Aufgaben des Betreuers und des Vormundschaftsgerichts befasst und unter bestimmten Bedingungen eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung für den Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen gefordert. Mit den Einzelheiten dieser Fragen wird sich der Beitrag von Prof. Dr. Rosi Will befassen, und ich verhehle nicht, dass ich insoweit mir eine klarere Entscheidung des BGH gewünscht hätte.

Aber eins verdient in diesem Zusammenhang hervorgehoben zu werden: Der BGH hat ausdrücklich klargestellt, dass auch bei Einschaltung des Betreuers dieser als gesetzlicher Vertreter des Patienten „die *exklusive Aufgabe* hat, dem Willen des Betroffenen gegenüber Arzt und Pflegepersonal Ausdruck und Geltung zu verschaffen.“ Und auch das Vormundschaftsgericht hat nicht etwa nach eigenem Gewissen eine Entscheidung zu treffen, sondern es hat ausschließlich die Aufgabe, dem in der Patientenverfügung zum Ausdruck gekommenen Willen des Patienten Geltung zu verschaffen. Es hat den Willen des Patienten durchzusetzen und nicht seinen eigenen Willen an dessen Stelle zu setzen.

Die Vorsitzende des entscheidenden 12. Zivilsenats, Frau Meo-Michaela Hahne, hat

in einem FAZ-Interview betont: „Die Grundaussage ist, daß der Patientenwille obersten Vorrang hat. Nur der Patient kann und soll darüber bestimmen, wie sein Leben zu enden hat ... Es ist deshalb allein der Ausdruck seines Selbstbestimmungsrechtes und seiner unveräußerlichen Menschenwürde, ob und wie er den Tod annehmen will oder nicht. ... Denn nur der Patient ist es, der über sein Leben, aber auch über die Art und Weise seines Todes, seines Weggehens aus diesem Leben zu entscheiden hat. Niemand sonst hat darüber zu entscheiden, denn es ist das Leben des Patienten. Der Patient hat zwar ein Lebensrecht, aber er hat keine Lebenspflicht.“ – Dies ist sein verfassungsrechtlicher, aus Art. 1 und 2 GG abgeleiteter Rechtsanspruch.



Dr. Till Müller-Heidelberg, Rechtsanwalt und langjähriger Vorsitzender der Humanistischen Union, in der Plenums-Diskussion am ersten Tag.

Rosemarie Will

Die juristische Verbindlichkeit von Patientenverfügungen

In den letzten Jahrzehnten haben sich Patientenverfügungen als ein wichtiges Instrument der Verfügung über das eigene Sterben durchgesetzt. Mit ihrer Hilfe treffen immer mehr Menschen zu einem Zeitpunkt Verfügungen über das eigene Sterben, zu dem sie noch einsichts-, einwilligungs- und äusserungsfähig sind. Diese Verfügungen sollen dann gelten, wenn ihre Verfasser ihre Entscheidungsfähigkeit verlieren.

Ihre juristische Verbindlichkeit und die Probleme ihrer Durchsetzung werden im Folgenden in zwei Schritten behandelt: Zunächst (I.) soll skizzenhaft aufgezeigt werden, welche Rechte der Einzelne auf den selbstbestimmten Tod hat und welche Verfügungen er verbindlich über das eigene Leben treffen kann, wenn er sterben will. Danach (II.) soll erörtert werden, ob der Einzelne diese Rechte auch im Rahmen einer Patientenverfügung realisieren kann und welche Probleme der Bindungswirkung gegenüber Dritten dabei auftreten können.

I. Zu den Rechten des Einzelnen, über das eigene Sterben zu verfügen

1. Grundgesetz und Verfügungsbefugnis über das eigene Sterben

Im Streit um die Rechte Sterbewilliger, wird gerne zuerst auf die Verfassung verwiesen und nach dem Verfassungsgericht gerufen.

Nach dem Verlust anderer Gewissheiten soll das Grundgesetz auf die Fragen von Leben und Tod antworten, und die Verfassungsrichter sollen die jeweils eigene Ansicht bestätigen. Auch im Verfassungsrecht wird aber die Frage, ob es ein umfassendes Verfügungsrecht über das eigene Leben gibt, kontrovers diskutiert. Welche Verfügungen über das eigene Leben verfassungsrechtlich verboten oder aber geboten sind, und falls sie weder verboten noch geboten sind, welches dann die verfassungsrechtlichen Grenzen einer gesetzlichen Regelung sind, ist fast immer umstritten. Auch höchstrichterlich konnten viele dieser Streitpunkte noch nicht geklärt werden.

Allgemein anerkannt ist bisher, dass Art. 2 Abs. 2 S.1 GG das Recht enthält, selbst zu bestimmen, wie man, wenn man (natürlich) stirbt, behandelt wird. Zum Schutzbereich von Art. 2 Abs. 2 S.1 GG, dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, gehört das Recht, autonom über jede ärztliche Behandlung und ihren Abbruch entscheiden zu können.¹ Die Entscheidung, sterben zu wollen und nicht durch ärztliche Eingriffe gerettet oder künstlich am Leben erhalten zu werden, ist eine mehrheitlich anerkannte grundrechtlich geschützte Verfügung über das eigene Leben. Dieses Verfügungsrecht wird auch als „Recht auf einen menschenwürdigen Tod“² beschrieben.

Heftig umstritten sind aber nahezu alle Verfügungen, die eine Lebensverkürzung

¹ *Hufen, Friedhelm*, In dubio pro dignitate. Selbstbestimmungsrecht und Grundrechtsschutz am Ende des Lebens, NJW 2001, 849, 851 m.w.N.; *Taupitz, Jochen*, Verhandlungen des 63. DJT 2000 Gutachten A 19ff m.w.N.; *Tag, Brigitte*, Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und Lex artis, S.43ff m.w.N., Berlin u.a. 2000.

² *Lorenz, Dieter*, Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, *Isensee / Kirchhof* (Hg.) HStR VI, § 128, Rn. 66, Heidelberg 1992; *Murswiek*, in: *Sachs* (Hg.), Art. 2 Rn. 212, Grundgesetzkommentar, 3. Aufl., München 2002.

bewirken können oder sollen. Zwar wird mehrheitlich ein Recht auf Selbsttötung in Art. 2 Abs. 1 meist i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG³ oder in Art. 2 Abs. 2 S.1⁴ GG verortet; der weitergehende Schritt aber, die aktive Sterbehilfe zu legalisieren, wird z.T. auch mit verfassungsrechtlichen Argumenten verweigert. Die Verfügungsbefugnis über das eigene Leben wird unter Hinweis auf eine absolute staatliche Lebensschutzpflicht, die dem Recht auf Leben in Art. 2 Abs. 2 S.1 GG in Verbindung mit der Menschenwürde aus Art. 1 Abs. 1 GG entnommen wird, als begrenzt angesehen.⁵

Aber weder ist die staatliche Lebensschutzpflicht absolut noch rechtfertigt sie einen Schutz des Menschen vor sich selbst

aus objektivem Verfassungsrecht. Das Verständnis von Art. 2 Abs. 2 S.1 GG als subjektivem Freiheitsrecht verbietet die Annahme einer Rechtspflicht zum Leben.⁶ Das Grundgesetz steht einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in Deutschland deshalb nicht entgegen. Mehrheitlich wird die Zulassung aktiver Sterbehilfe bei verfahrensrechtlichen Sicherungen für verfassungsrechtlich erlaubt gehalten.⁷

Eine Reihe von Vorschlägen für eine gesetzliche Änderung des § 216 StGB verfolgen dementsprechend das Ziel, bestimmte Fälle der aktiven Sterbehilfe rechtlich zu erlauben oder wenigstens Straffreiheit zu ermöglichen⁸. Hervorzuheben ist dabei der Alternativentwurf eines Gesetzes über Ster-

³ *Jarass, Hans D.* in: *Jarass / Pieroth*, GG, Art. 2 Rn. 52, 5. Aufl. München 2000; *Botke, Wilfried*, Suizid und Strafrecht, S.42ff, Berlin 1982; *ders.*, Das Recht auf Suizid und Suizidverhütung, GA 1982; 346, 350ff; *ders.*, Strafrechtliche Problem am Lebensbeginn und am Lebensende. Selbstbestimmungsrecht versus Lebenserhaltung? In: Deutsche Sektion der Internationalen Juristen-Kommission (Hg.) Lebensverlängerung aus medizinischer, ethischer und rechtlicher Sicht, Heidelberg 1995, 35, 105ff; *Schulze-Fielitz*, in: *Dreier, H.*, GG, Bd. I, Art. 2 II Rn. 17; *Fischer, Kai*, Die Zulässigkeit aufgedrängten staatlichen Schutzes vor Selbstbeschädigung, S. 75ff, 85ff u. 104f; Frankfurt a.M. u.a. 1997; *Murswiek*, in: *Sachs*, a.a.O., Art. 2 Rn. 211; *Kunig, Philipp*, Grundrechtlicher Schutz des Lebens, Jura 1991, 415, 418.

⁴ *Pieroth / Schlink*, Grundrechte, Staatsrecht II, Rn. 392, 17. Aufl., Heidelberg 2001; *Herzog, Roman*, Selbstmord. Verfassungsrechtlich, in: *Herzog, Roman* et al. (Hg.), Evangelisches Staatslexikon Sp. 3112f, Stuttgart 1987; *Hufen, Friedhelm*, a.a.O. NJW 2001, 849, 851.

⁵ So vertritt z.B. *Leisner* einen absoluten Lebensschutz, der jede Form von Sterbehilfe ablehnt, die Lebens verkürzend ist, d.h. so wohl die passive als auch die aktive Sterbehilfe ablehnt. *Leisner, Walter*, Das Lebensrecht, in: *Goerlich, Helmut*, Das Recht auf Leben. Untersuchungen zu Art. 2,2 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland, Hannover 1976, S5ff

⁶ *Lorenz, Dieter*, a.a.O., HStR VI., § 128 Rn. 66; *Botke, Wilfried*, a.a.O., 1995, S.35 (45ff u. 95ff); *Dreier-Schulze-Fielitz*, a.a.O., Art. 2II Rn. 43 u. 50; *Murswiek*, in: *Sachs* a.a.O., Art. 2 Rn. 212; *Hufen, Friedhelm*, NJW 2001, S.849, 856; *Geilen, Gerd*, Euthanasie und Selbstbestimmung. Juristische Betrachtungen zum Recht auf den eigenen Tod, Tübingen 1975, S.8.

⁷ *Hufen, Friedhelm*, a.a.O., NJW 2001,849,855; *Schulze-Fielitz*, in: *Dreier, H.*, GG, Art. 2 II Rn. 43,50; *Pieroth / Schlink*, a.a.O., Grundrechte, Rn. 394; *Häberle, Peter*, Die Menschenwürde als Grundlage der staatlichen Gemeinschaft, *Isensee / Kirchhof* (Hg.), HStR I, § 20, Rn. 97; *Zippelius*, in: Bonner Kommentar (BK), Stand: 96. Lfg., Art. 1 I u. II Rn. 96; *ders.* Forum: An den Grenzen des Rechts auf Leben, JuS 1983,659, 661; *Jarass*, in: *Jarass / Pieroth*, GG, Art. 2 Rn. 76,81; *Podlech*, in: Alternativkommentar zum GG, Art. 1 I, Rn. 54; v. *Münch, Ingo*, Staatsrecht II, Rn. 331, 5. Auflage, Stuttgart u.a. 2002.

⁸ Überblick bei *Koch, H.G.*, Der medizinisch assistierte Tod, S.297, 300ff, in *Holderegger, Adrian* (Hg.), Das medizinisch assistierte Sterben: zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethisch juristischer und theologischer Sicht, Freiburg / Schweiz u.a., 1999; *Weigand, Thomas / Künschner, Alfred*, Landesbericht USA S.58ff, 158ff, in *Eser, Albin / Koch, H.G.* (Hg.), Materialien zur Sterbehilfe, Freiburg 1991; ausführlich *Muschke, Astrid*, Gesetzliche Regelung der Sterbehilfe? S.146ff, Gießen 1988.

behilfe von 1986.⁹ Auf der anderen Seite wird die Legalisierung aktiver Sterbehilfe aber nicht als verfassungsrechtlich geboten betrachtet.¹⁰

Auch das derzeit in Deutschland geltende ausnahmslose Verbot aktiver Sterbehilfe wird nur vereinzelt als verfassungswidrig, weil unverhältnismäßig, angesehen.¹¹ Demzufolge ist es Sache des einfachen Gesetzgebers zu entscheiden, ob und in welchem Umfang er die aktive Sterbehilfe legalisiert. Ebenso ist es Sache des Gesetzgebers, Beschränkungen des Verfügungsrechtes über das eigene Leben zu regeln.¹² Wie bereits ausgeführt, lassen sich derartige gesetzliche Begrenzungen der grundrechtlich geschützten Verfügungsbefugnis über das eigene Leben nur mit Hilfe der bestehenden staatlichen Schutzpflicht für das Leben rechtfertigen.

Die bestehenden Schutzpflichten für das Leben zwingen den Staat aber nicht, bestimmte Formen der Selbstbestimmung Sterbewilliger strafrechtlich zu verbieten, schon gar nicht, sie ausnahmslos zu verbieten. Nicht verfassungsrechtlich zu rechtfertigen sind gesetzgeberische Begrenzungen der Verfügungsbefugnis über das eigene Leben, die eine staatliche Verpflichtung zum Leben beinhalten. Sie sind verfassungswidrig, weil sie das Grundrecht auf Leben als Freiheitsrecht beseitigen.

Weniger Gewicht als die Schutzpflicht für das Leben aus Art. 2 Abs. 2 S.1 i. V. m. Art.

1 Abs. 1 GG können staatliche Schutzpflichten aus den Grundrechten der Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 1, Art. 4 und Art. 6 Abs. 1 GG für die Einschränkung der Selbstbestimmung Sterbewilliger erlangen. Diese Grundrechte rechtfertigen es nicht, bestimmte Formen freiverantwortlicher Lebensverfügungen zu verbieten.

Fragt man angesichts dieser Verfassungslage nach den Begrenzungen und Bindungswirkungen von Verfügungen über das eigene Sterben ist man auf das verwiesen, was der einfache Gesetzgeber nicht unter Strafe gestellt hat. Danach ist die derzeitige Grenze der Verfügungsbefugnis über das eigene Leben das strafrechtliche Verbot der aktiven Sterbehilfe nach § 216 StGB. Darüber hinaus fehlt es weitgehend an spezifischen gesetzlichen Regelungen der Sterbehilfe. Forderungen nach einer gesetzlichen Regelung der „zivilrechtlichen Absicherung der Selbstbestimmung am Ende des Lebens“¹³ sind bislang vom Gesetzgeber nicht aufgegriffen worden.¹⁴

In der Praxis der Sterbehilfe sind vor allem die Haltungen der Ärzte und ihrer Institutionen von erheblicher Bedeutung. Die *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung* von 1998¹⁵ fassen den Diskussionsstand innerhalb der Ärzteschaft zusammen. Darin werden die gewachsenen Selbstbestimmungsrechte der Patienten zwar nachvollzogen, aber meist

⁹ Baumann, Jürgen et al., Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe, S.34ff, Stuttgart u.a. 1986.

¹⁰ Umfassender Überblick bei Antoine, Jörg, Aktive Sterbehilfe in der Grundrechtsordnung? Dissertation an der juristischen Fakultät der Humboldt- Universität Berlin, Nov. 2001, Viertes Kapitel.

¹¹ Vgl. Antoine, Ebd., Viertes Kapitel, § 19.

¹² Das hat er bislang jedoch nicht getan.

¹³ Titel der zivilrechtlichen Abteilung auf dem 63. Deutschen Juristentag in Leipzig 2000. Für eine gesetzliche Regelung plädiert ebenfalls BGH, NJW 2003, 1588, 1592; in der Literatur z.B. Hessler, Gerhard, Das Ende des Selbstbestimmungsrechts? MedR 2003, 13, 18; Kintzi, Heinrich, Ärztliche Indikation zum Töten? DRiZ 2002, 256, 259; konkrete Regelungsvorschläge bei Strätling, Meinolfus et al., Möglichkeiten zur Verminderung rechtlicher und ethischer Probleme bei der Behandlung nicht einwilligungsfähiger oder von Entscheidungsunfähigkeit bedrohter Patienten, MedR 2001, 385, 389ff.

¹⁴ 2002 wurde für die Bundesregierung ein Gutachten bezüglich zivilrechtlicher Absicherung der Patientenautonomie erstattet und sich für eine gesetzliche Regelung ausgesprochen.

¹⁵ NJW 1998, 3406f.

nicht die Rechte oder Ansprüche der Patienten benannt, sondern nur der Rahmen des zulässigen ärztlichen Verhaltens abgesteckt. Diesen Richtlinien der Ärztekammern kommt keine rechtlich verbindliche Wirkung zu: die Richtlinien können nichts erlauben, was das geltende Recht verbietet. Es ist aber festzuhalten, dass die *Grundsätze der Bundesärztekammer* zum Teil erheblich die Rechtswissenschaft und Rechtsprechung beeinflusst haben.¹⁶

Auf der Basis des geltenden Rechts zusammengefasst sind für Sterbewillige folgende Verfügungen über das eigene Leben rechtlich zulässig:

- Verfügungen zur passiven Sterbehilfe,
- Verfügungen zur indirekten Sterbehilfe,
- begleitende Verfügungen zum freiverantwortlichen Selbstmord,
- begleitende Verfügungen zum assistierten Selbstmord und
- Verfügungen zur Organspende.

Wegen der großen Bedeutung der passiven und der indirekten Sterbehilfe im Rahmen von Patientenverfügungen wird auf diese beiden Formen der Sterbehilfe näher eingegangen.

2. Das Recht zum Behandlungsabbruch aus Art. 2 Abs. 2 S.1 GG – die passive Sterbehilfe

Die Rechtsprechung hat aus dem in Art 2 Abs. 2 S.1 GG verankerten Recht des Einzelnen auf Leben und körperliche Unversehr-

heit die Autonomie des Patienten gegenüber dem Arzt gefolgert und ein Recht des Patienten auf selbstbestimmten Behandlungsabbruch hergeleitet.¹⁷ „In diesem Bereich ist er aus der Sicht des Grundgesetzes frei, seine Maßstäbe zu wählen und nach ihnen zu leben und zu entscheiden.“¹⁸ Danach ist der Arzt zum Behandlungsabbruch verpflichtet, wenn der Patient dies bestimmt, weil jede ärztliche Behandlung ein Eingriff in den Körper des Patienten ist.

Auch wenn die Behandlung aus ärztlicher Sicht zum Besten des Patienten erfolgt, bedarf sie des Einverständnisses des Patienten.¹⁹ Der Arzt muss deshalb auch die Entscheidung desjenigen Patienten respektieren, der es ablehnt, einen lebensrettenden Eingriff zu dulden.²⁰ In der so genannten „*Myom*“-Entscheidung des BGH wurde dem lebensgefährlich Erkrankten zugebilligt, frei zu entscheiden, ob er sich einer Heilbehandlung unterziehen möchte.²¹ Seither darf gegen den Willen des Patienten kein Eingriff vorgenommen *und* keine ursprünglich mit seinem Willen begonnene medizinische Maßnahme fortgesetzt werden. Auf die Beweggründe des „einwilligungsfähigen“ Patienten kommt es dabei nicht an, für Dritte muss die Entscheidung nicht nachvollziehbar sein.²²

Die Rechtsprechung hat deshalb auch den ärztlichen Eingriff – unbeschadet seines heilsamen Zweckes – tatbestandlich als Körperverletzung gem. §§ 223ff StGB gewertet.²³ Das Bundesverfassungsgericht ist dieser Linie

¹⁶ So in der Auseinandersetzung des BGH mit den Richtlinien der Bundesärztekammer von 1993 in: BGHSt 40, 257, 260 (Kemptener Fall).

¹⁷ Grundlegend BGHSt 11, 111, 113f u. BGHSt 32, 367, 378, dabei hatte bereits RGSt 25, 375, 381 das Selbstbestimmungsrecht anerkannt. Zunächst war noch strittig, ob dieses Recht im Schutzbereich des allgemeinen Persönlichkeitsrechtes oder von Art. 2 II 1 GG enthalten ist.

¹⁸ BVerfGE 52, 131, 175.

¹⁹ BVerfGE 52, 131, 170; BGHSt 45, 219, 221.

²⁰ BGHSt 32, 367

²¹ BGHSt 11, 111, 113f; vgl. auch BGHSt 32, 367, 378.

²² *Merkel, Reinhard*, Tödlicher Behandlungsabbruch und mutmaßliche Einwilligung bei Patienten im apalthischen Syndrom, ZStW 107 (1995), S.545, 557.

²³ Übersicht zur Diskussion bei *Tag, Brigitte*, a.a.O., S.13ff.

des BGH nur zögerlich gefolgt. Es zögerte, nicht weil es die Patientenautonomie verneinte, sondern weil es zunächst den Eingriff zu Heilzwecken nicht auf die gleiche Stufe wie die Körperverletzung stellen wollte.²⁴ Letztlich hat es aber die freie Selbstbestimmung des Patienten über seine körperliche Integrität als Freiheitsrecht gegenüber jeder Form des Eingriffs anerkannt.²⁵

Das Selbstbestimmungsrecht des Sterbewilligen ist die Freiheit zu entscheiden, ob er behandelt wird oder nicht. Diese Verfügung über das Leben setzt zudem nicht voraus, dass der Patient irreversibel erkrankt ist. Sie gilt immer, d.h. jederzeit, solange er diese Entscheidung autonom treffen kann. Bei der Entscheidung über den Behandlungsabbruch oder die Behandlungsfortsetzung spielt es demnach keine Rolle, ob der Patient sich bereits in der Terminalphase seines Sterbens befindet oder nicht.²⁶

Die z.T. vertretene Auffassung, eine Tötung auf Verlangen könne vom Arzt auch durch Unterlassen einer verweigerten

Behandlung verwirklicht werden²⁷, ist nicht haltbar. Sie widerspricht der herrschenden Auffassung, dass der Arzt bei Verlangen nicht nur zur passiven Sterbehilfe berechtigt²⁸, sondern sogar verpflichtet ist.²⁹ Die Autonomie des Patienten, Eingriffe in seine körperliche Unversehrtheit abzulehnen, lässt für eine Lebenserhaltungspflicht gegen den Willen des Patienten keinen Raum.

3. *Hat man das Recht, zu verfügen, dass beim Sterben Schmerzen gelindert werden auch, wenn dadurch der Tod eher eintritt / eintreten kann? Die indirekte Sterbehilfe*

Nach der BGH-Rechtsprechung ist indirekte Sterbehilfe erlaubt, wenn eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation bei einem sterbenden Patienten als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann.³⁰ Im so genannten *Dolantin-Fall* bewertete der BGH, die „Ermöglichung eines

²⁴ BVerfGE 52,131, 168ff; siehe auch Minderheitenvotum S.174f.

²⁵ BVerfGE 89,120, 130.

²⁶ *Otto, Harro*, Jura 1999, S.434, 437f; a.A. bezüglich der Einstellung der Basisversorgung *Tolmein, Oliver*, Tödliches Mitleid. Kritische Anmerkung zum Urteil des Bundesgerichtshofes im „Kemptener Fall“, KJ 1996, S 510, 517f.

²⁷ *BGHSt* 13, 162, 166; 32, 367, 371; *Bockelmann, Paul*, Strafrechts des Arztes, 1968, Stuttgart, S.114f; *Schmitt,Rudolf*, Das Recht auf den eigenen Tod, MDR 1986, S.617, 620; *Langer, Winrich*, Rechtliche Aspekte der Sterbehilfe in *Kruse, Thorsten / Wagner, Harald*, Sterbende brauchen Solidarität, 1986, S.101, 129; zuletzt *Deichmann, Marco*, Vormundschaftsgerichtlich genehmigtes Töten durch Unterlassen, MDR 1995, S.983, 985; *Bienwald* in Staudinger, 2000, § 1896 BGB Rn. 57; *Stalinski, Dirk*, Gerichtlich genehmigte Sterbehilfe, BtPrax 1999, S.43, 45; *Merkel, Reinhard*, Früheuthanasie. Rechtsethische und strafrechtliche Grundlagen ärztlicher Entscheidungen über Leben und Tod in der Neonatalmedizin, Baden-Baden 2001, S.242.

²⁸ Siehe hierzu *v. Dellingshausen, Ulrike*, Sterbehilfe und Grenzen der Lebenserhaltungspflicht des Arztes, Düsseldorf 1981, S.358ff; *Hirsch, Hans Joachim*, Behandlungsabbruch und Sterbehilfe in: *Küper, Wilfried* (Hg.), Festschrift für Karl Lackner, Berlin / New York 1987, S.597, 600; *Laufs, Adolfs / Uhlenbruck, Wilhelm*, Handbuch des Arztrechts, 2 Aufl. München 1999, § 149 Rn. 18.

²⁹ *Laufs, Adolfs / Uhlenbruck, Wilhelm*, § 149 Rn. 18; *Geilen*, S.8ff; *Merkel, Reinhard*, ZStW 107 (1995), S.545, 557f; *Hirsch*, S.597, 601; *Leonardy, Helmut*, Sterbehilfe, DRiZ 1986, S.281, 285; a. A. *Wimmer, August*, Kein recht auf den eigenen Tod, FamRZ 1975, S.438, 439f; einschränkend auch *Bockelmann*, S.25; *Laufs, Adolfs*, Arzt, Patient und Recht am Ende des Jahrhunderts, NJW 1999, S.1758, 1762.

³⁰ *BGHSt* 42, 301, 305; *Tröndle, Herbert / Fischer*, Strafgesetzbuch und Nebengesetze. Kommentar, 50. Auflage München 2001, vor § 211 Rn. 17; *Laufs, Adolf / Uhlenbruck, Wilhelm*, § 149 Rn. 8.

Todes in Würde und Schmerzfremheit gemäß dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen“ als „ein höherwertiges Rechtsgut als die Aussicht, unter schwersten, insbesondere sog. Vernichtungsschmerzen noch kurze Zeit länger leben zu müssen.“³¹

Die juristische Literatur folgt dem im Ergebnis mehrheitlich. Eine Verfügung, Schmerzen beim Sterben unter Inkaufnahme der Todesbeschleunigung zu lindern, ist deshalb zulässig und verbindlich. Über die Grenzen der indirekten Sterbehilfe und über die juristisch-dogmatische Begründung für ihre Zulässigkeit hingegen herrscht keine Einigkeit.

Anders als bei der passiven Sterbehilfe wird bei der indirekten Sterbehilfe nicht der Behandlungsabbruch, sondern die Vornahme einer weiteren schmerzlindernden Behandlung mit der Folge der Lebensverkürzung verfügt. Es wird verfügt, dass Dritte aktiv lebensverkürzend handeln. Damit stellt sich das Problem der Abgrenzung zur de lege lata unzulässigen aktiven Sterbehilfe.

Wenn es verfassungsrechtlich zulässig ist, die aktive Sterbehilfe nach § 216 StGB ausnahmslos zu verbieten, wie kann dann die indirekte Sterbehilfe erlaubt sein? Es liegt auf der Hand, dass die Grenzziehung zur aktiven Sterbehilfe sowohl praktisch als auch juristisch hauchdünn, wenn nicht gar willkürlich ist.³²

Wie wird strafrechtlich trotz des Verbots der Tötung auf Verlangen die vorsätzliche Lebensverkürzung im Rahmen der schmerz-

lindernden Medikation zugelassen? Bei fast einhelliger Bejahung einer Zulässigkeit der bedingt vorsätzlichen indirekten Sterbehilfe in der Strafrechtswissenschaft³³ sind die juristischen Begründungen vielfältig und umstritten geblieben. Am bedeutsamsten sind folgende drei Begründungen:

Erstens: Ausschluss aus dem Anwendungsbereich der Tötungsdelikte wegen Sozialadäquanz³⁴; nach dieser Auffassung liegt das Verhalten des Arztes, sofern er die ärztliche *lex artis* beachtet, bereits außerhalb des Schutzbereiches der Tötungsdelikte. Damit wird einer strafrechtsdogmatischen Begründung der Zulässigkeit der indirekten Sterbehilfe ausgewichen³⁵ und die ärztliche Praxis zu wenig als normatives Problem erkannt.³⁶ Praktisch wird es den potentiellen Tätern überlassen, die strafrechtliche Relevanz ihres Handelns zu begründen.

Zweitens: fehlender Tötungsvorsatz³⁷; dies kann nicht überzeugen, weil bei der indirekten Sterbehilfe regelmäßig zumindest ein bedingter Vorsatz vorhanden ist und sie trotzdem als erlaubt gilt.

Drittens: rechtfertigender Notstand bzw. Pflichtenkollision³⁸; die h.M. rechtfertigt die indirekte Sterbehilfe als gesetzlichen Notstand im Sinne des § 34 StGB. Danach befindet sich der Arzt in der Pflichtenkollision,

³¹ BGHSt 42, 301(305).

³² Geilen, Gerd, S.23; Kaufmann, Arthur, Euthanasie – Selbsttötung – Tötung auf Verlangen, MedR 1983, S.121, 122; Wassermann, Rudolf, Das Recht auf den eigenen Tod, DRiZ 1986, 291, 296; Dölling, Dieter, Urteilsanmerkung zu BGH, 15.11.1996, JR 1998, S.160, 161.

³³ A.A. allein Gössel, Karl Heinz, Strafrecht. Besonderer Teil. Bd. 1; Heidelberg 1987, § 2 Rn. 30ff.

³⁴ Herzberg, Rolf Dietrich, Sterbehilfe als gerechtfertigte Tötung im Notstand, NJW1996, 3403,3048f; Jahnke, B., in Leipziger Kommentar vor § 211 Rn. 17; im Ansatz ähnlich: Tröndle, Herbert, Warum ist Sterbehilfe ein rechtliches Problem? ZStW 99 (1987), S.25, 30.

³⁵ So auch die ausdrückliche Begründung von Tröndle, ZStW 99 (1987), S.25, 33ff; ders., Nochmals: Sterbehilfe, *lex artis* und mutmaßlicher Patientenwille, MedR 1988, S.163ff; ders., Strafrechtlicher Lebensschutz und Selbstbestimmungsrecht des Patienten, in: FS Hans Göppinger, 1990, S.595, 600.

³⁶ Zu dieser Kritik siehe auch Merkel, Reinhard, ZStW 107 (1995), S.545, 548 Fn. 6; im Ergebnis ebenso Dölling, JR 1998, S.160, 161.

³⁷ Blei, Hermann, Strafrecht II. Besonderer Teil, § 5 VI 3.

einerseits das Leiden durch schmerzlindernde Medikamente in ausreichender Dosierung zu verringern aber andererseits das Leben seines Patienten nicht zu verkürzen.

Da eine Handlungspflicht mit einer Unterlassungspflicht kollidiert, müsse das ärztliche Tun nach Notstandsgrundsätzen gerechtfertigt werden. Die Notstandsgrundsätze erfordern eine Abwägung zwischen Lebensverkürzung gegenüber den Schmerzen nach dem Prinzip des überwiegenden Interesses.³⁹ Da das Leben ein absolutes Gut ist, welches sich einer saldierenden Betrachtung entzieht, wird von der h.M., um das erwünschte Ergebnis zu erzielen⁴⁰, eine Ausnahme gemacht.⁴¹

Die Schwierigkeiten der Strafrechtswissenschaft, die rechtliche Zulässigkeit der indirekten Sterbehilfe zu begründen, sind dem Umstand geschuldet, dass es keinen gesellschaftlichen Konsens und demzufolge keine gesetzliche Regelung für eine tödliche Medikation gibt. Erst wenn Ausnahmen vom Verbot der aktiven Sterbehilfe geschaffen sind, lässt sich das juristische dogmatische Dilemma, das es bei der indirekten Sterbehilfe gibt, auch wirklich beseitigen. Schon der Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe von 1986⁴² sah für Fälle aktiver Sterbehilfe bei extremen Leidenszuständen die Möglichkeit des Absehens von Strafe vor. Dieser Vor-

schlag wurde vom 56. Deutschen Juristentag grundsätzlich gebilligt, von der Gesetzgebung aber nicht realisiert.

Das Tätigwerden des Gesetzgebers ist um so dringlicher, als die indirekte Sterbehilfe in der Praxis die häufigste Form von Sterbehilfe ist, und ernst zu nehmende Stimmen bestimmte als indirekte Sterbehilfe praktizierte Formen – wie z.B. die terminale Sedierung – durch die geltende Rechtslage nicht für gerechtfertigt halten. Hinzu kommt auf der anderen Seite, dass die Praxis aus Rechtsgründen ein Defizit bei der effektiven Schmerzbehandlung beklagt und mit Blick auf diese nicht für ausreichend gehaltene Versorgung der Rechtsanspruch des Patienten⁴³ auf effektive Schmerzlinderung und die Strafbarkeit unzureichender Schmerzlinderung⁴⁴ nach den §§ 223,13 bzw. 323c StGB betont wird.

II. Die Bindungswirkung von Verfügungen über das eigene Sterben in Fällen von Entscheidungsunfähigkeit – die Patientenverfügung

Im Folgenden wird als erstes dargelegt, dass mittels Patientenverfügungen die Rechte auf passive und indirekte Sterbehilfe realisiert werden können. Für den Fall eigener Ent-

³⁸ *Merkel, Reinhard*, Ärztliche Entscheidung über Leben und Tod in der Neonatalmedizin, JZ 1996, S.1145, 1147; *Geilen, Gerd*, S.23ff; *Horn* in Systematischer Kommentar zum StGB, § 212 Rn.26; *Dölling, Dieter*, JR 1998, S.160, 161; *Sternberg-Lieben, Detlev*, Selbstbestimmtes Sterben, in: FS Theodor Lenckner, München 1998, S.349, 362 Fn. 63; *Stratenwerth, Günter*, Sterbehilfe, ZStR, 95 (1978) S.60ff.

³⁹ *Pelzl, Stephan*, An der Grenze von Leben und Tod, KJ 1994, S.179, 189.

⁴⁰ *Tröndle / Fischer*, § 34 Rn. 10; *Lackner, Karl / Kühl, Kristian*, Strafgesetzbuch mit Erläuterungen, 23. Auflage 1999 München, § 34 Rn. 7f.

⁴¹ *Lenckner / Perron* in Schönke/Schröder, Strafgesetzbuch. Kommentar, 26. Auflage 2001, § 34 Rn. 23 u. 39; *Lackner / Kühl*, § 34 Rn. 7 u. vor § 211 Rn. 7.

⁴² *Baumann, Jürgen* et al. (Hg.), Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe, Stuttgart / New York 1986, S.34ff.

⁴³ *Kutzer, Klaus*, Sterbehilfeproblematik in Deutschland, MedR 2001, S.77, 78; *ders.*, in: FS Salger, S.663, 667ff; *Uhlenbruck, Wilhelm*, Die Rechtspflicht des Arztes zu ausreichender postoperativer Schmerztherapie, MedR 1993, S.296ff.

⁴⁴ *Roxin, Claus*, in: *Ulrich* (Hg.): Medizinstrafrecht. Im Spannungsfeld von Medizin, Ethik und Demokratie, S.93, 95, Stuttgart u.a. 2000.

scheidungsunfähigkeit gilt die Patientenverfügung als „ausdrücklicher Wille“ des Patienten (1). Danach werden die zwei umstrittensten Fragen von Patientenverfügungen behandelt, und zwar

- die Frage der zeitlichen Extension der Sterbehilfe über die Sterbephase hinaus bei Einwilligungsunfähigen und Unmündigen (2) und
- die Frage zur Zulässigkeit der Einstellung künstlicher Ernährung (3).

Der vierte Teil konzentriert sich auf die notwendigen Voraussetzungen, die eine Patientenverfügung erfüllen muss, um verbindlich sein zu können (4). Abschließend soll geklärt werden, wie sich die Patientenverfügung zu den zivilrechtlichen Instituten der Bevollmächtigung und der Betreuung verhält (5).

1. Sind die Rechte auf passive und indirekte Sterbehilfe für die Fälle der Bewusstlosigkeit und Unzurechnungsfähigkeit mittels Patientenverfügungen realisierbar?

Kann man vorab für den Fall, dass man nicht mehr zur Selbstbestimmung fähig ist, Verfügungen für das eigene Sterben treffen? Das verfassungsrechtlich verbürgte Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Körper beinhaltet grundsätzlich auch die Möglichkeit, vorab bestimmen zu dürfen, wie bei eintretender Bewusstlosigkeit oder Unzurechnungsfähigkeit mit einem selbst verfahren werden darf.⁴⁵ Juristisch hat sich die Auffassung durchgesetzt, dass, sofern der im Voraus geäußerte, auf einen Behandlungsabbruch und indirekte Sterbehilfe gerichtete

Wille eines bewusstlosen Patienten feststeht, dieser befolgt werden muss.⁴⁶

„Ist der Patient im Zeitpunkt der Maßnahme nicht einwilligungsfähig, so gilt: Eine frühere Willensbekundung, mit welcher der Patient seine Einwilligung in Maßnahmen der in Frage stehenden Art für eine Situation, wie sie jetzt eingetreten ist, erklärt oder verweigert hat, wirkt, falls der Patient sie nicht widerrufen hat, fort ...; die inzwischen eingetretene Einwilligungsunfähigkeit ändert nach dem Rechtsgedanken des § 130 Abs. 2 BGB an der fortdauernden Maßgeblichkeit des früher erklärten Willen nichts“.⁴⁷

Die Rechte auf passive und indirekte Sterbehilfe können deshalb mit Hilfe von Vorabverfügungen realisiert werden. Dies ist zwar gesetzlich bislang leider noch nicht verbindlich geregelt worden, aber von der höchstgerichtlichen Rechtsprechung anerkannt. Zwar berät seit Mitte 2003 eine vom Bundesjustizministerium eingesetzte Kommission über mögliche gesetzliche Regelungen. Eine Gesetzesinitiative liegt bislang aber nicht vor. Die weitergehenden Fragen nach der juristischen Verbindlichkeit von Patientenverfügungen können deshalb nur mit Blick auf die von der Rechtsprechung entwickelten Linien beantwortet werden.

Maßgeblich sind zwei Entscheidungen:

- das strafrechtliche BGH-Urteil im sog. *Kemptener-Fall* und
- der Beschluss eines Zivilsenats des BGH vom 17. März 2003 in einer Betreuungssache.

Im *Kemptener-Fall* lag keine Patientenverfügung vor. Daher ging es bei der Frage nach der Rechtmäßigkeit eines Behandlungsabbruchs im Falle der nicht mehr einsehens- und urteilsfähigen Frau entscheidend

⁴⁵Vgl. *Höfling, Wolfram*, Forum: „Sterbehilfe“ zwischen Selbstbestimmung und Integritätsschutz, JuS 2000, S.111, 114f; *Berger, Christian*, Privatrechtliche Gestaltungsmöglichkeiten zur Sicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens, JZ 2000, S.797, 801; *Taupitz, Jochen*, Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens, 2000, Verhandlungen des 63. DJT 2000, Gutachten A 108; *Botke, Wilfried, a.a.O.*, 1995, S.35(99f); *Sternberg-Lieben*, 1998, S.349, 355.

⁴⁶*Höfling, Wolfram*, JuS 2000, S.111, 116; *Hufen, Friedhelm*, NJW 2001, S.849, 855.

⁴⁷BGH, Beschluss vom 17. März 2003, III 2 a); unter Berufung auf v. *Lipp* in: *May et al*, Passive Sterbehilfe 2002, 37, 43 und Fn. 37 m.w.N.; *Taupitz, Jochen* Verhandlungen des 63. DJT 2000 Gutachten, A 41.

um die Feststellung ihres mutmaßlichen Willens.

Der Strafsenat des BGH definierte den mutmaßlichen Willen der Betroffenen als ihren individuellen hypothetischen Willen, zu dessen Ermittlung bei fehlenden Anhaltspunkten auf „allgemeine Wertvorstellungen“, etwa die Nähe des Todes, die Aussichtslosigkeit der Prognose oder die Chance der „Wiederherstellung eines nach allgemeinen Vorstellungen menschenwürdigen Lebens“ zurückgegriffen werden müsse. Im Zweifel gehe der Schutz des Lebens vor.⁴⁸

Damit war bei passiver Sterbehilfe eines Entscheidungsunfähigen der Dreischritt vorgegeben:

- ausdrücklicher Wille
- mutmaßlicher Wille
- Rückgriff auf allgemeine Wertvorstellungen.⁴⁹

Im Anschluss an dieses Urteil war zunächst umstritten, unter welchen Umständen Patientenverfügungen, in denen Umfang und Grenzen der Behandlung für den Fall eigener Entscheidungsunfähigkeit niedergelegt werden⁵⁰, als „ausdrücklicher Wille“ des Patienten gelten. Auf Seiten der Ärztervertretungen wurde versucht, Patientenverfügungen auf ein Indiz unter anderen herabzustufen.⁵¹ Das hat sich nicht durchgesetzt.

Im oben genannten Beschluss über die Betreuungssache vom 17. März 2003, bei der eine Patientenverfügung vorlag, wurde festgestellt: „Allerdings kommt die Berücksichtigung eines solchen (individuell) mutmaßlichen Willens nur hilfsweise in Betracht,

wenn und soweit nämlich eine im einwilligungsfähigem Zustand getroffene 'antizipative' Willensbekundung des Betroffenen – mag sie sich als Einwilligung in oder als Veto gegen eine bestimmte medizinische Behandlung darstellen – nicht zu ermitteln ist.

Liegt eine solche Willensäußerung, etwa – wie hier – in Form einer sogenannten 'Patientenverfügung' vor, bindet sie als Ausdruck des fortwirkenden Selbstbestimmungsrechts, aber auch der Selbstverantwortung des Betroffenen den Betreuer; denn schon die Würde des Betroffenen (Art. 1 Abs. 1 GG) verlangt, dass eine von ihm eigenverantwortlich getroffene Entscheidung auch dann respektiert wird, wenn er die Fähigkeit zu eigenverantwortlichem Entscheiden inzwischen verloren hat.

Die Willensbekundung des Betroffenen für oder gegen bestimmte medizinische Maßnahmen darf deshalb vom Betreuer nicht durch einen 'Rückgriff auf den mutmaßlichen Willen' des Betroffenen 'korrigiert' werden, es sei denn, dass der Betroffene sich von seiner früheren Verfügung mit erkennbarem Widerrufswillen distanziert oder die Sachlage sich nachträglich so erheblich geändert hat, dass die frühere selbstverantwortlich getroffene Entscheidung die aktuelle Sachlage nicht umfasst ...“⁵²

Indem der BGH den Betreuer nachdrücklich an den in der Patientenverfügung niedergelegten tatsächlichen Willen bindet und auch den gerichtlichen Prüfungsumfang der Betreuerentscheidung auf eine Rechtmäßigkeitsprüfung beschränkt, kann es keinen Zweifel mehr daran geben, dass eine Patien-

⁴⁸ BGHSt 40, 257, 263.

⁴⁹ Vgl. Verrel, Thorsten, Selbstbestimmungsrecht contra Lebensschutz, JZ 1996, S.225.

⁵⁰ Grundlegend Uhlenbruck, Wilhelm, Der Patientenbrief – die privatautonome Gestaltung des Rechts auf einen menschenwürdigen Tod, NJW 1978, 566ff; zur Definition Berger, Christian, JZ 2000, S.797, 800; Dodegge, Georg / Fritsche, Ingo, Zur Rechtslage bei der Entscheidung über den Abbruch medizinischer Behandlungen, NJ 2001, S.176, 182.

⁵¹ So z.B. Rieger, Gregor, Die mutmaßliche Einwilligung in den Behandlungsabbruch, Frankfurt a. M. 1997, S.85ff; Laufs, Adolfs, NJW 1999, 317, 319; Dölling, Dieter, MedR 1987, S.6, 9.

⁵² BGH, Beschluss vom 17. März 2003, III 2 c) bb); wieder unter Berufung auf Taupitz, Jochen Verhandlungen des 63. DJT 2000 Gutachten, A 41 und A 106ff.

tenverfügung grundsätzlich als der tatsächliche Wille für den Fall von Bewusstlosigkeit und Entscheidungsunfähigkeit aus sonstigen Gründen behandelt werden muss und verbindlich gilt.

Das Folgende häufig verwendete Argument gegen die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen sollte sich damit erledigt haben. Die Auffassung, der Patient könne nicht im Voraus verständig einschätzen, was seinem Willen zu dem Zeitpunkt entspreche, in dem die Maßnahme notwendig werde⁵³, widerlegt sich im Übrigen selbst. Weder der Arzt noch Verwandte und Freunde können geltend machen, bereits selbst eine Sterbephase durchlebt zu haben.⁵⁴ Sie befinden sich genau so wenig wie der Patient zum Zeitpunkt seiner Erklärung in der Situation als Betroffene. Auch diejenigen, die dann für den Betroffenen entscheiden, entscheiden mit Abstand zur Situation des Sterbens.

In Anbetracht der vielfältigen unterschiedlichen individuellen Vorstellungen vom Sterben muss eine ärztliche oder sonstige Bevormundung abgelehnt werden. Die Vorstellung vom eigenen Sterben und die Entscheidung darüber, welche Behandlung man sich zumuten will, sind als grundrechtlich geschützte Freiheit nicht davon abhängig, ob man

bereits entsprechende Erfahrungen gesammelt hat.⁵⁵ Nachdem sich die Patientenverfügung grundsätzlich durchgesetzt hat, wird nun auch darüber diskutiert, unter welchen Umständen die Missachtung einer Patientenverfügung durch den Arzt strafrechtlich sanktioniert werden kann.⁵⁶

2. Die zeitliche Extension der Sterbehilfe über die Sterbephase hinaus bei Einwilligungsunfähigen und die Selbstbestimmung über den zukünftigen, unmündigen Willen

a) Die zeitliche Extension der Sterbehilfe über die Sterbephase hinaus bei Einwilligungsunfähigen

Im *Kemptener Urteil* hat der BGH festgestellt, dass in der Sterbephase ein lebensbeendender Behandlungsabbruch bei Einwilligungsunfähigen grundsätzlich möglich ist:

„Sterbehilfe in diesem Sinne setzt voraus, daß das Grundleiden des Kranken nach ärztlicher Überzeugung unumkehrbar (irreversibel) ist, einen tödlichen Verlauf angenommen hat und der Tod in kurzer Zeit eintreten wird ... Ist ... insbesondere das Merkmal der unmittelbaren Todesnähe gegeben, so hat der Sterbevor-

⁵³ Negativ zu weiteren Argumenten dieser Art referierend *Taupitz, Jochen* 2000, A 109 m.w.N. Im Ergebnis ebenso *Höfling, Wolfram*, JuS 2000, S.111, 115; *Verrel*, Zivilrechtliche Vorsorge ist besser als strafrechtliche Kontrolle, MedR 1999, S.547, 548; vgl. auch *In der Schmitten, Jürgen*, Die Patienten-Vorausverfügung, in: *Feuerstein / Kuhlmann* (Hg.), 1999, S.131, 144.

⁵⁴ *Eisenbart, Bettina*, Patienten-Testament und Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten, 2. Aufl. Baden-Baden 2000, S.160.

⁵⁵ *Spickhoff, Andreas*, Die Patientenautonomie am Lebensende, NJW 2000, S.2297, 2301; *Taupitz, Jochen*, 2000, A 45. Wer verlangt, dass sich der Betroffene bereits in der Situation befunden haben muss, müsste bei der Einwilligung in ein er Operation ebenfalls die absurde Forderung stellen, dass der Betroffene bereits eine gleichartige Operation erlebt haben muss.

⁵⁶ *Sternberg-Lieben, Detlev*, Die Strafbarkeit des Arztes bei Verstoß gegen ein Patiententestament, NJW 1985, S.2734, 2738; *Berger, Christian*, JZ 2000, S.797, 800f; *Uhlenbruck, Wilhelm*, Recht auf den eigenen Tod, ZRP 1986, S.209, 215; *Baumann, Wolfgang / Hartmann Christian*, Die zivilrechtliche Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens aus der Sicht der notariellen Praxis, DNotZ 2000, S.594, 610; *Eisenbart, Bettina*, 2000, S.18.; *Spickhoff, Andreas*, NJW 2000, S.2297, 2301f; *Tröndle / Fischer*, vor § 211 Rn. 23; *Sternberg-Lieben, Detlev*, 1999, S.439, 361; *Zöller, Mark Alexander*; Passive Sterbehilfe zwischen Selbstbestimmungsrecht des Patienten und mutmaßlicher Einwilligung, ZRP 1999, S.317, 319; *Wolflast, Gabriele*, Gedanken zur Sterbehilfe, in: *Kreuzer, Arthur* et al. (Hg.), 1999, S.473, 485f.

gang bereits eingesetzt. Erst in diesem Stadium ist es deshalb gerechtfertigt, von Hilfe für den Sterbenden und Hilfe beim Sterben, kurz: von Sterbehilfe zu sprechen. Sie erlaubt dem Arzt den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen wie Beatmung, Bluttransfusion oder künstliche Ernährung ...“.

In dem zu entscheidenden Fall hatte der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt. Die Frau war – abgesehen von der Notwendigkeit künstlicher Ernährung – lebensfähig; tatsächlich hat sie noch über neun Monate gelebt. Eine Sterbehilfe im eigentlichen Sinn lag hier nicht vor. Es handelte sich um den Abbruch einer einzelnen lebenserhaltenden Maßnahme außerhalb der Sterbephase.

Der BGH schloss aber auch für diesen Fall nicht aus, dass ein Behandlungsabbruch, also schon vor Beginn des Sterbevorgangs, zulässig ist. Bei einem unheilbar Kranken und entsprechendem Patientenwillen erkannte er eine „Sterbehilfe im weiteren Sinn ('Hilfe zum Sterben') ... als Ausdruck seiner allgemeinen Entscheidungsfreiheit und des Rechts auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG) grundsätzlich“ an.⁵⁷ Damit wurde das Recht einer einwilligungsunfähigen Patientin auf Behandlungsabbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme auch außerhalb einer Sterbephase für das Strafrecht bejaht. Auf die in diesem Fall notwendige Willensermittlung zum Behandlungsabbruch wurde bereits oben (II 1) verwiesen.

Die Literatur ist dieser Weichenstellung mehrheitlich gefolgt. In der Praxis wurde damit der Behandlungsabbruch in vielen Fällen des apallischen Syndroms (Wachkoma) möglich, in der nach der engen Definition von Sterbehilfe der „tödliche Krankheitsverlauf“ noch nicht gegeben ist. Wie der XII. Zivilsenat des BGH's in seinem Beschluss vom

17. März 2003 diese Auffassung des Strafsenats rezipiert hat, ist umstritten. Kritiker der Entscheidung sind der Meinung, dass der Beschluss den Behandlungsabbruch außerhalb der Sterbephase, trotz Vorliegen einer Patientenverfügung, bei Einwilligungsunfähigen verneine und dadurch die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen wieder einschränke.⁵⁸

Diese Interpretation des BGH-Beschlusses vom März 2003 ist aber nicht zwingend. Zunächst stellt der Beschluss in vollem Umfang auf das Urteil im *Kemptener-Fall* aus dem Jahr 1994 ab. Unter III 2 c) aa) wiederholt der Zivilsenat die Unterscheidung einer „Hilfe beim Sterben“ und einer „Hilfe zum Sterben“ und bekennt sich damit auch zur Sterbehilfe im weiteren Sinne, also auch außerhalb des unmittelbaren Sterbevorganges. Unmittelbar darauf bezogen wird festgestellt: „Diese objektive Eingrenzung zulässiger Sterbehilfe ist auch für das Zivilrecht verbindlich; denn die Zivilrechtsordnung kann nicht erlauben, was das Strafrecht verbietet.“⁵⁹

Dann allerdings wird die vom Strafsenat vorgenommene Differenzierung in Sterbehilfe im weiteren und engeren Sinne bzw. innerhalb oder außerhalb der Sterbephase, auf die sich der Zivilsenat bezieht, zweimal nur verkürzt wiedergegeben. Es wird die Zulässigkeit des Behandlungsabbruchs *nur* für den Fall des irreversiblen (und) tödlichen Verlaufs bejaht.

Zugleich wird aber auch ausdrücklich festgestellt: „Die medizinischen Voraussetzungen, unter denen das Recht eine vom gesetzlichen Vertreter konsentiertere Sterbehilfe (auch im weiteren Sinne) gestattet, binden den Arzt ebenso wie den gesetzlichen Vertreter.“⁶⁰ Da der zu entscheidende Fall nicht die engen Kriterien für Sterbehilfe erfüllte, den-

⁵⁷ BGHSt. 40, 257, 260f; vgl. auch BGHSt 32, 367, 379; 35, 246, 249; 37, 376, 378 .

⁵⁸ Siehe z.B. die Stellungnahme von *Neumann, G.* im Forum Bioethik des Nationalen Ethikrates am 11. Juni 2003, Wortprotokoll, S.13f.

⁵⁹ BGH, Beschluss vom 17. März 2003, III 2 c) aa)

⁶⁰ Ebd.

noch die Entscheidung des Zivilsenats davon ausgeht, dass der Betreuer verlangen kann, die Behandlung einzustellen, sind die oben wiedergegebenen Einschränkungen unerklärlich.

Die Verkürzung der Zulässigkeit des Behandlungsabbruchs auf den irreversiblen und tödlichen Verlauf mag man für einen unbeabsichtigten handwerklichen Fehler halten, der im Widerspruch zu anderen Aussagen der Entscheidung steht, oder auch für die Überreste einer im Senat geführten Auseinandersetzung. In jedem Fall ist diese Aussage aber nur ein obiter dictum.

Für den konkreten Fall verbindlich entschieden worden ist durch den Beschluss vom 17. März 2003 nur, dass es eine Zuständigkeit des Vormundschaftsgerichtes für den Streit zwischen Arzt und Betreuer über die Rechtswirksamkeit einer Patientenverfügung zum Behandlungsabbruch gibt, nicht mehr und nicht weniger. Das heißt, dass die umstrittene Formulierung die Rechtslage nicht ändert, die Grundsätze des Urteils von 1994 gelten fort.

b) Kann in der Patientenverfügung über den zukünftigen, unmündigen Willen bestimmt werden?

Jede Patientenverfügung kann jederzeit widerrufen werden. Genügt dafür ein natürlicher Wille zum Leben im Sinne von lebensbejahenden Äußerungen oder kann für den Widerruf verlangt werden, dass der Betroffene einsichts- und entscheidungsfähig ist? Ist also auch die Verfügung über den lebensbeendenden Behandlungsabbruch für den Fall der späteren Demenz verbindlich, selbst

wenn in diesem späteren Stadium ein natürlicher Lebenswille gegeben sein sollte? Kann z.B. ein an Alzheimer erkrankter Patient verbindlich verfügen, dass in einem späteren Stadium seiner Krankheit, wenn ihm jede Erinnerung an sein früheres Leben verloren gegangen ist, dieser von ihm als „entwürdigend“ angesehene Zustand beendet wird, indem lebensnotwendige medizinische Behandlungen unterbleiben bzw. abgebrochen werden?

Der Sache nach handelt es sich ebenfalls um Sterbehilfe außerhalb der Sterbephase. Im Unterschied zum Komapatienten / Bewusstlosen aber hat der Betroffene noch einen Willen, zwar einen unmündigen Willen, im Zweifel aber einen natürlichen Lebenswillen. In der Literatur werden zur Verbindlichkeit einer solchen Verfügung zwei gegenteilige Auffassungen vertreten: Eine frühere Entscheidung habe wirksam zu bleiben, wenn sie nicht durch eine Entscheidung auf der Grundlage der Fähigkeit zur Selbstbestimmung aufgehoben werde.⁶¹

Nach anderer Auffassung geht dagegen mit dem Verlust der Autonomiefähigkeit auch die Identitätsbeziehung verloren.⁶² Der heutige Patient sei mit der früheren Person nicht identisch; in seiner Entscheidung verfüge der frühere Patient deshalb über das Leben eines anderen. Diese Auffassung wird mehrheitlich vertreten. Eine entsprechende Patientenverfügung ist nach dieser Auffassung nicht durchsetzbar. M.E. ist dieser Meinung zu folgen. Auch unterhalb von Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit sind auf das Leben gerichtete Willensäußerungen umfassend zu schützen. Es wäre aber Sache des Gesetzgebers, über die Unwirksamkeit solcher Patientenverfügungen Klarheit zu schaffen.

⁶¹ *Dworkin, Ronald*, Die Grenzen des Lebens, Reinbek b. Hamburg 1994, S.316f: „Das Recht eines geistig zurechnungsfähigen Menschen auf Selbstbestimmung verlangt, dass seine früheren Entscheidungen über Art und Weise seiner Behandlung im Fall der Demenz auch dann respektiert werden, wenn sie seinen Wünschen in dieser späteren Situation widersprechen“. Siehe auch *Hoerster, Norbert*, Sterbehilfe im säkularen Staat, Frankfurt a.M. 1998, S.81f.

⁶² *Merkel, Reinhard*, JZ 1999, S.502, 507f; *ders.* ZStW (1995), S.545, 567f.

3. Ist die Verfügung zum Abbruch der künstlichen Ernährung verbindlich?

Obwohl bereits die *Kempton-Entscheidung* den Abbruch der künstlichen Ernährung für zulässig hielt, wird die Verbindlichkeit einer solchen Verfügung zum Behandlungsabbruch immer wieder bestritten.⁶³ Dem liegt die Auffassung zu Grunde, die Verfügung zum Behandlungsabbruch dürfe sich wirksam immer nur auf die Einstellung lebenserhaltender (Intensiv)Maßnahmen, nicht auf die Einstellung der Basisversorgung beziehen.

Unter der Ärzteschaft ist strittig, ob künstliche Ernährung den Status einer Therapie hat, wie die Gabe von Antibiotika oder eine Beatmung, oder ob sie Teil einer Basisversorgung ist. Nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer schließt eine Basisversorgung die menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Linderung von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie das Stillen von Hunger und Durst ein. Auch nach einem Behandlungsabbruch wird die Basisversorgung gewährleistet.

Deshalb wird z.T. auch der Begriff der Therapiebegrenzung anstelle von Behandlungsabbruch favorisiert.⁶⁴ Unter Hinweis auf das zur Basisversorgung gehörende „Stillen“ von Hunger und Durst wird die Zulässigkeit des Abbruchs der künstlichen Ernährung verneint. Die Kritiker sprechen von Verhungern lassen, das sie anders als die Einstellung sonstiger lebenserhaltender Maßnahmen für schlechthin unzulässig halten. Weder die Rechtsprechung noch die Mehrheit der Strafrechtswissenschaft ist dem gefolgt. Sie sieht in der Beatmung, Ernährung oder Medika-

mentenzuführung gleichermaßen künstliche Formen der Lebensverlängerung, für deren unterschiedliche Behandlung es keinen überzeugenden Grund gibt.⁶⁵

Überdies ist darauf hingewiesen worden, dass das „Stillen“ von Hunger und Durst auch in der Unterdrückung dieser Empfindungen liegen kann und mithin eine Reduzierung oder Einstellung künstlicher Ernährung nicht ausschließt, falls gleichzeitig Hunger und Durst unterdrückt werden.⁶⁶ So hat denn auch das OLG München in seinem stark kritisierten Urteil vom 13.02.2003 die Verneinung der Verpflichtung der Pflegekräfte zur Mitwirkung an der Herbeiführung des Todes durch Einstellung der künstlichen Ernährung nicht mit der Rechtswidrigkeit der Einstellung der künstlichen Ernährung begründet.⁶⁷

Nach der geltenden Rechtslage muss eine Verfügung zur Einstellung künstlicher Ernährung bei Beachtung weiterer Wirksamkeitsvoraussetzungen als verbindlich angesehen werden.

4. Allgemeine Wirksamkeitsvoraussetzungen einer Patientenverfügung

Welchen Voraussetzungen muss eine Patientenverfügung⁶⁸ genügen, damit die eigenen Vorstellungen über die Zulässigkeit, Reichweite und Intensität einer medizinischen Behandlung verbindlich im Falle der eigenen Entscheidungsunfähigkeit gelten? Angesichts der verfassungsrechtlichen Ausgangslage, dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten, sind prinzipielle Einwände gegen die Ver-

⁶³ Kritisch gegenüber einer Ernährungseinstellung z.B. *Deichmann, Marco*, Vormundschaftsgerichtlich genehmigtes Töten durch Unterlassen, MDR 1995, S.985; *Dörner, Klaus*, Hält der BGH die „Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ wieder für diskutabel?, ZRP 1996, 93, 94.

⁶⁴ Vgl. *Kutzer, Klaus*, MedR 2001, S.77, 78.

⁶⁵ Vgl. *Roxin, Claus*, Zur strafrechtlichen Beurteilung der Sterbehilfe, in: Revista Electronica de Ciencia Penal y Criminologia, REPC 01-10 V.O: (1999); S.8.

⁶⁶ Vgl. *Kutzer, Klaus*, MedR 2001, S.77, 78.

⁶⁷ OLG München, Urt. v. 13.2.2003, in NJW 2003, S.1743ff; dazu kritischer Kommentar von *Uhlenbruck, Wilhelm*, NJW 2003, 1710ff.

bindlichkeit von Patientenverfügungen nicht überzeugend. Grundsätzlich gilt deshalb der in der Patientenverfügung geäußerte Wille, sofern die Wirksamkeit der Erklärung gegeben ist und keine Anhaltspunkte für eine Veränderung des Willens vorliegen.⁶⁹

Die Verfügung muss zu einem Zeitpunkt erfolgen, zu dem der Verfügende noch einseh-, einwilligungs- und äußerungsfähig ist.⁷⁰ Nach zutreffender Auffassung ist Voraussetzung einer wirksamen Patientenverfügung nicht die Geschäftsfähigkeit im Sinne der §§ 104ff BGB, sondern die Einseh- und äußerungsfähigkeit in die Bedeutung und Tragweite von Einsatz und Unterlassung der ärztlichen Maßnahme.⁷¹ Die Entscheidungsfreiheit muss dabei gewährleistet sein, d.h. die Entscheidung muss frei von äußeren Zwängen getroffen werden.

Da es sich um eine Entscheidung gegen das eigene Leben handelt, muss die Entscheidung auch ernsthaft gewollt sein.⁷² Einer Änderung des Patientenwillens wird mit der unstreitig anerkannten Möglichkeit, die Patientenverfügung jederzeit formfrei widerrufen zu können, Rechnung getragen.⁷³ Die jederzeitige Widerrufbarkeit der Patienten-

verfügung steht ihrer Wirksamkeit und Verbindlichkeit nicht entgegen. Insoweit gilt für die Patientenverfügung nichts anderes als für z.B. für ein Testament.

Zu den Wirksamkeitsvoraussetzungen einer Patientenverfügung zählen nicht, die besonderen Wirksamkeitsvoraussetzungen für ärztliche Heileingriffe. Danach ist eine Einwilligung in eine Behandlungsmaßnahme nur wirksam bei Kenntnis von den entscheidungserheblichen Faktoren, also von Diagnose, Prognose und den Konsequenzen. Hieraus begründen sich hohe Anforderungen an die Aufklärungspflicht des Arztes. Behandlungsabwehrende Entscheidungen hingegen, wie sie mit der Patientenverfügung getroffen werden, sind in ihrer Wirksamkeit nach der h.M. im Gegensatz zur Einwilligungserklärung nicht von einer vorherigen Aufklärung durch den Arzt abhängig.⁷⁴ Der verfügte Behandlungsabbruch bringt konkludent den grundsätzlich zulässigen Verzicht auf eine Aufklärung zum Ausdruck.

Eine Form ist nicht vorgeschrieben.⁷⁵ Adressat der Verfügung ist nicht nur der behandelnde Arzt, sondern jeder, der über den Behandlungseinsatz zu „entscheiden“

⁶⁸ Gelegentlich wird auch der missverständliche Begriff „Patiententestament“ genannt. Testamente sind Verfügungen von Todes wegen, „Patiententestamente“ wollen dagegen Regelungen im Vorfeld des Todes treffen, so dass der Begriff Patientenverfügung überzeugender ist, siehe auch Verrel, MedR 1999, S.547 (ebenda).

⁶⁹ So jetzt auch Bundesärztekammer, BtPrax 2000, S.10 (11 – Ziff. 5).

⁷⁰ Berger, Christian, JZ 2000, 797, 800, Dodegge / Fritsche, NJ 2001, S.176, 182.

⁷¹ Berger, Christian, JZ 2000, 797(802); Baumann, Wolfgang / Hartmann Christian, DNotZ 2000, S.594, 606f; Dodegge / Fritsche, NJ 2001, 176(182); Spickhoff, Andreas, NJW 2000, S.2297, 2302; auch Bundesärztekammer, BtPrax 2000, S.1=(11 – Ziff. 5.); a. A. Taupitz, Jochen, 2000, A 117 Eisenbart, Bettina, 2000, S.131f.

⁷² Im Einzelnen nach seinen Anforderungen strittig, siehe näher Schöllhammer, Lutz, Die Rechtsverbindlichkeit des Patiententestaments, Berlin 1993, S.96ff, Eisenbart, Bettina, 2000, S.154ff.

⁷³ Taupitz, Jochen 2000, A 115; Sternberg-Lieben, Detlev, NJW 1985, 2734, 2735. Taupitz, Jochen 2000, A 115ff; Sternberg-Lieben, Detlev, NJW 1985, 2734, 2735; Baumann, Wolfgang / Hartmann, Christian, DNotZ 2000, 594, 607; Uhlenbruck, Wilhelm, MedR 1983, S.16 (ebenda); siehe auch Verrel, MedR 1999, 547, 548; a.A. Detering, JuS 1983, 418, 422; Spann, MedR 1983, 13, 14.

⁷⁴ Taupitz, Jochen, 2000, A 32f.

⁷⁵ Baumann, Wolfgang / Hartmann, Christian, DNotZ 2000, 594, 611; Berger, Christian, JZ 2000, 797, 802; Bundesärztekammer, BtPrax 2000, 10, 11 – Ziff. 4; Dodegge / Fritsche, NJ 2001, 176, 182; differenzierend Taupitz, Jochen 2000, A 118.

hat. Die Patientenverfügung verliert ihre Gültigkeit auch nicht durch den zeitlichen Abstand zwischen der Erklärung und dem Eintritt der geregelten Situation. Um Zweifeln an der Verbindlichkeit einer Patientenverfügung zu begegnen, hat aber jeder die Möglichkeit, seine Erklärung schriftlich und in Gegenwart von Zeugen abzufassen.

Auch eine regelmäßige Bestätigung oder Ergänzung auf konkrete Situationen hin, die Aufnahme der Erklärung in die Patientenakte⁷⁶ des Arztes oder Hinterlegung bei dritten Stellen (Notar, Vertrauensperson, Hausarzt, Hinterlegungsstelle privater Verbände)⁷⁷ ist geeignet, Zweifeln an der Wirksamkeit zu begegnen. Notwendige Voraussetzungen sind das nicht.⁷⁸ Steht der Wille des Patienten zweifelsfrei fest, ist dieser maßgeblich.

Die bislang vorherrschende Auffassung, nach der Patientenverfügungen nur eine widerlegbare Beweisvermutung (indizielle Wirkung)⁷⁹ zukam, dürfte sich mit dem BGH-Beschluss vom 17.03.2003 überholt haben. Nachdem der BGH festgestellt hat, dass eine inzwischen eingetretene Einwilligungsunfähigkeit an der fortdauernden Maßgeblichkeit des früher erklärten Willens nichts ändert, hat die Patientenverfügung die gleiche Bindungswirkung wie der tatsächlich geäußerte akute Wille. Der Beweiswert einer Patientenverfügung ist der einer privaten Urkunde.

Das Kernproblem der Wirksamkeit einer Patientenverfügung liegt jedoch in der exakten Regelung sowohl der Anwendungsvoraussetzungen (Tatbestand) als auch der Behandlungsverfügungen (Rechtsfolge).

Aus diesem Grunde empfiehlt es sich, in der Patientenverfügung nur ausnahmsweise Einzelentscheidungen zu treffen. Der Sinn

der Patientenverfügung ist vielmehr, Regelungen zu formulieren, die für eine Vielzahl von Fällen und Situationen gelten. Weil das eigene Schicksal letztlich unvorhersehbar ist, sollte sich nur bei gegebenem Anlass (z.B. bestimmte familiäre Belastungen, schwere Erkrankungen im Anfangsstadium) auf konkrete einzelne Krankheiten bezogen werden.

Grundsätzlich sollte in der Patientenverfügung deutlich werden, dass der Verfügende Wesen, Bedeutung und Tragweite einer Entscheidung über das „Ob“ einer ärztlichen Behandlung in einer terminalen Krankheitssituation erfasst hat. Bei der Regelung der Anwendungsvoraussetzungen ist die wichtigste zu treffende Entscheidung, ob man über Sterbehilfe im weiteren oder engeren Sinne verfügen will. Entscheidet man sich auch für Sterbehilfe im weiteren Sinne, gilt, dass die Situation außerhalb der Sterbephase tatbestandlich erfasst werden muss.

Bei Regelung von Behandlungsverfügungen kann man sich pauschal auf alle rechtlich zulässigen Maßnahmen passiver und indirekter Sterbehilfe beziehen. Wegen der Auseinandersetzung zur Zulässigkeit des Abbruchs künstlicher Ernährung und deren praktischer Bedeutung sollte diese gesondert genannt werden.

Patientenverfügungen sind unter vorrangiger Berücksichtigung des wirklichen Willens des Verfügenden auszulegen. Dass Patientenverfügungen generell auslegungsoffen seien, wie z.T. behauptet wird, lässt sich aber nicht belegen. Wenn die Patientenverfügung tatsächlich nicht eindeutig sein sollte, ist der wirkliche Wille zu erforschen. Kann dieser bei Ausschöpfung aller Möglichkeiten und Beweismittel nicht festgestellt werden, muss

⁷⁶ Siehe *Taupitz, Jochen* 2000, A 119.

⁷⁷ *Dodegge / Fritsche*, NJ 2001, 176, 182.

⁷⁸ Siehe *Berger, Christian*, JZ 2000, 797, 802.

⁷⁹ *Sch / Sch-Eser*, vor §§ 211ff Rn. 28, *Rieger*, 1998, S.85ff; *NJW* 1999, S.3399(3400); *Dölling*, *MedR* 1987, S.6(9), *Schreiber*, *Behandlungsabbruch und Sterbehilfe*, in: *Deutsche Sektion der Internationalen Juristen-Kommission* (Hg.), 1995, S.129 (135); vermittelnd *Verrel*, *Zivilrechtliche Vorsorge ist besser als strafrechtliche Kontrolle*, *MedR* 1999, 547, 548; grundsätzlich indizielle Wirkung, die sich bei Eindeutigkeit zur Bindungswirkung hin verstärken kann.

nach dem mutmaßlichen Willen des Erklärenden entschieden werden.

5. Das Verhältnis der Patientenverfügung zu den zivilrechtlichen Instituten der Bevollmächtigung und der Betreuung

In welchem Verhältnis stehen Patientenverfügung und Entscheidungen des Vertreters? Abgrenzungsprobleme entstehen in der Praxis, weil bei entscheidungsunfähigen Patienten immer ein Vertreter handeln muss.

Vertreter können ein durch das Vormundschaftsgericht bestellter Betreuer oder ein im Rahmen einer sogenannten Vorsorgevollmacht gem. § 1896 BGB zivilrechtlich Bevollmächtigter sein. Die strittige Frage, ob in Gesundheitsfragen Stellvertreterentscheidungen zulässig sind, hat der Gesetzgeber mit der Ergänzung des § 1904 BGB um einen Absatz 2 beantwortet: die Entscheidungen des Vorsorgebevollmächtigten in Gesundheitsangelegenheiten unterliegen denselben Genehmigungserfordernissen des Vormundschaftsgericht wie die des Betreuers.⁸⁰

Die Möglichkeit der gewillkürten Stellvertretung in höchstpersönlichen Angelegenheiten ist damit anerkannt⁸¹; soweit die Stellvertreterentscheidung das Leben des Patienten gefährdet (oder verkürzt), bedarf die Vollmacht nach § 1904 Abs. 2 S.2 BGB der

(gesteigerten) Schriftform durch Benennung der erlaubten Maßnahmen.⁸²

Im *Kemptener-Fall* ist der BGH noch von einem Nebeneinander von mutmaßlichem Willen und einer Entscheidung durch Betreuer bzw. Bevollmächtigten ausgegangen. Kritiker wandten dagegen ein, dass eine „Stellvertretung im Willen“ nicht durch die unmittelbare Heranziehung eines mutmaßlichen Willens überspielt werden darf. Es komme alleine auf die Entscheidung des Betreuers an.⁸³ Indessen war und ist bezüglich der Frage der Fortsetzung oder Einstellung einer lebenserhaltenden medizinischen Maßnahme der Betreuer durch § 1901 BGB dem Wohl und den Wünschen des Betreuten verpflichtet.⁸⁴ Auch der Bevollmächtigte ist an die Weisungen des Vollmachtgebers gebunden, soweit er darin nicht zum Rechtsverstoß aufgefordert wird.

Wie sich Patientenverfügung und mutmaßlicher Wille zu den zivilrechtlichen Instituten der Bevollmächtigung und der Betreuung verhalten, ist jetzt auch vom XII. Zivilrechtssenat des Bundesgerichtshofs in seinem Beschluss vom 17. März 2003 klargestellt worden, in dem sich der BGH mit den betreuungsrechtlichen Bedingungen der passiven Sterbehilfe beschäftigt hat. Nach Auffassung des Bundesgerichtshofs ist der Betreuer an die (im Zustand der Entscheidungsfähigkeit verfasste) Patientenverfügung des Betreuten gebunden.⁸⁵

⁸⁰ Siehe Art. 1 Ziff. 14 BtÄndG vom 25. Juni 1998, BGBl. I, 1580(1582); hierzu die Beurteilung bei *Eisenbart, Bettina*, Patienten-Testament und Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten: Alternativen zur Verwirklichung der Selbstbestimmung im Vorfeld des Todes, S.216, 2. Auflage, Baden-Baden 2000; *Taupitz, Jochen* 2000, A 96; *Dodegge / Fritsche*, NJ 2001, 176, 178; kritisch gegenüber der Neuregelung *Schwab*, 2000, 511, 525ff.

⁸¹ So bereits zuvor *Eisenbart, Bettina*, MedR 1997, S.305(306ff); *Uhlenbruck, Wilhelm*, MedR 1992, S.138ff; siehe auch *ders.* 1998, S.15; *ders.* 1999, 849, 855.

⁸² *Taupitz, Jochen* 2000, A 100; noch weitergehend *Spickhoff, Andreas*, NJW 2000, 2297, 2303: auch Benennung der konkreten Gefahren der Maßnahmen. Eine vorhergehende ärztliche Aufklärung ist keine Wirksamkeitsvoraussetzung der Vorsorgevollmacht, siehe *Taupitz, Jochen* 2000, A 101. Wie bei der Patientenverfügung muss der Vollmachtgeber nur einwilligungsfähig, aber nicht geschäftsfähig sein, *Staudinger-Bienwald*, § 1896 Rn. 116; a. A. *Taupitz, Jochen* 2000, A 102.

⁸³ *H.G. Koch*, in: Das medizinisch assistierte Sterben, S.297, 314; wohl auch BGH, NJW 2003, 1588, 1589.

⁸⁴ Dazu BGH, NJW 2003, 1588, 1590f.

⁸⁵ BGH, NJW 2003, 1588, 1591.

Von großer praktischer Bedeutung ist die Frage, ob sich der Betreuer oder der Bevollmächtigte die Entscheidung für eine passive Sterbehilfe genehmigen lassen müssen.⁸⁶ Der BGH gelangte in seinem Beschluss im Wege der richterlichen Rechtsfortbildung zur Genehmigungsfähigkeit. In welchem Umfang sich aus der BGH-Entscheidung eine Genehmigungspflicht ergibt, ist umstritten.

Die Rolle der Vormundschaftsgerichte will der Zivilsenat des BGH insoweit begrenzen, als ein lebensbeendender Behandlungsverzicht nicht genehmigungsbedürftig sein soll, wenn ärztlicherseits eine lebenserhaltende oder -verlängernde (Weiter-)Behandlung nicht angeboten wird, weil „sie nach Auffassung der behandelnden Ärzte, von vornherein nicht indiziert, sinnlos geworden oder aus sonstigen Gründen nicht möglich ist“. Das Vormundschaftsgericht solle nur „in Konfliktlagen“ angerufen werden. Offen geblieben ist die Frage, inwieweit der Arzt an die Patientenverfügung gebunden ist.

Statt diese Frage zu klären, wird auf die medizinische Indikation verwiesen. Ist dann aber, bei Einigkeit zwischen Arzt und Betreuer über die Wirksamkeit der Patientenverfügung, der Behandlungsabbruch genehmigungspflichtig? Wenn ja, in welchen Fällen? Darüber muss die Auseinandersetzung noch weiter gehen.

Neben der Patientenverfügung gibt es auch die Möglichkeit, mittels Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung über das eigene Sterben selbst zu entscheiden. Während bei der Patientenverfügung der Patient die Entscheidung trifft, bevollmäch-

tigt er hierzu in der Vorsorgevollmacht eine von ihm ausgewählte Vertrauensperson. Möglich ist deshalb die Verbindung einer Patientenverfügung mit einer Vorsorgevollmacht.⁸⁷ Auch wenn keine Patientenverfügung gegeben ist, muss sich der Bevollmächtigte bei der Entscheidung über medizinische Maßnahmen am mutmaßlichen Willen des Vollmachtgebers orientieren.⁸⁸ Der Patient sichert sich durch einen Bevollmächtigten einen „Anwalt“, der sich an seinem mutmaßlichen Willen orientiert und seine Interessen vorbringt.

Gleichzeitig verhindert der Patient auch das staatliche Verfahren einer Betreuerbestellung, da ein Betreuer nach § 1896 Abs. 2 S.2 BGB nur bestellt werden darf, wenn die Angelegenheit nicht durch einen Bevollmächtigten oder andere Hilfen (z.B. bestehende Patientenverfügungen) besorgt werden kann.

Möglich ist dem Patienten auch eine Betreuungsverfügung, in der er Bestimmungen hinsichtlich der Person des Betreuers (§ 1897 Abs. 4 S.3 BGB) und dessen Amtsführung (§ 1901 Abs. 3 S.2 BGB) trifft.⁸⁹ Umstritten ist, inwieweit der Betreuer entsprechend dem Wortlaut des § 1901 Abs. 3 S.1 u. 2 BGB an die im einwilligungsfähigen Zustand getroffenen Entscheidungen oder Willensvorstellungen des Betreuten (z.B. in einer Betreuungsverfügung) nicht gebunden ist, wenn das „Wohl“ des Betreuten dem widerspricht.

Nach richtiger Auffassung ist die „Wohlbindung“ des § 1901 Abs. 3 S.2 BGB nur anwendbar, wenn eine Betreuungsverfügung

⁸⁶ Zur Kontroverse: Bejahend OLG Frankfurt a.M., NJW 1998, S.2747; bekräftigt durch OLG Frankfurt a.M., NJW 2002, 689; zustimmend OLG Karlsruhe, NJW 2002, 685; LG Duisburg, NJW 1999, 2744; ablehnend OLG Schleswig, FamRZ 2003, 554; LG Augsburg, NJW 2000, 2363; A G Garmisch-Partenkirchen, FamRZ 2000, 319; LG München I, NJW 1999, 1788, AG Ratzeburg, SchlHA 1999, 50; AG Hanau, BtPrax 1997, 82; offen gelassen von OLG Düsseldorf, NJW 2001, 2807. Zur Nichtabwendbarkeit des § 1904 Abs. 1 BGB auf die Heilbehandlung Minderjähriger OLB Brandenburg, NJW 2000, 2361.

⁸⁷ Uhlenbruck, Wilhelm, 1999, S.849(857); Verrel, MedR 1999, S.547(549).

⁸⁸ Berger, Christian, JZ 2000, 797, 804.

⁸⁹ Lipp, 1999, 75, 92; Verrel, MedR 1999, 547, 549.

⁹⁰ Berger, Christian, JZ 2000, 797, 805; im Grunde auch Dodegge / Fritsche, NJ 2001, 176, 183.



Prof. Dr. Rosemarie Will, Verfassungsrechtlerin und stellv. Vorsitzende der Humanistischen Union, während ihres Referats.

Interpretationsspielraum belässt⁹⁰; ansonsten ist sie auf die von einem *nicht* Einwilligungsfähigen geäußerten Wünsche beschränkt.⁹¹ Die gegenteilige Auffassung würde zur verfassungsrechtlich untersagten Zwangsbehandlung gegen den eigenen Willen führen, wenn eine zweifellos auf den Behandlungsabbruch gerichtete Betreuungsverfügung oder der tatsächliche oder mutmaßliche Wille des Patienten zu seinem „Wohl“ missachtet werden dürfte. Die Verpflichtung des Betreuers zur Orientierung am Willen des Patienten und nur hilfsweise an dessen „Wohl“ kann damit ebenfalls als Schutz der Patientenautonomie angesehen werden.⁹²

III. Resümee

Obwohl in Deutschland über die Selbstbestimmung Sterbewilliger verfassungsrechtlich nach wie vor dogmatisch kontrovers diskutiert wird, und der Gesetzgeber sich dem Problem bisher nicht gestellt hat, kann man folgende Entwicklung konstatieren: Die Selbstbestimmung Sterbewilliger wurde in den letzten Jahrzehnten gestärkt. Im Spannungsfeld von Autonomie und Lebensschutz hat die subjektive Entscheidung des Einzelnen gegenüber objektiven Prinzipien dazu gewonnen. Das ist nicht zuletzt bürgerrechtlichem Engagement auf diesem Felde geschuldet. Diese Entwicklung ist zu begrüßen, denn auch die Verfassungs- und Rechtsordnung enthält nicht ewige, für immer und für jeden geltende Gewissheiten im Umgang mit dem eigenen Sterben.

⁹¹ So auch Mayer, 1995, S.88f, 91f u. 152; siehe auch Studinger-Bienwald, § 19001 Rn. 25ff; einschränkend Taupitz, Jochen 2000, A 121; a. A. Spickhoff; Andreas, NJW 2000, 2297, 2303.

⁹² Taupitz, Jochen 2000, A 89.

Evelyne Hohmann

Positionen der Patientenbewegung zur Sterbehilfe

Die Patientenbewegung in Deutschland ist heterogen, ihre Akteure lassen sich im Wesentlichen zwei Gruppen zuordnen:

- Patienten und Menschen mit Behinderungen, bzw. deren Angehörige, die sich in Verbänden, Initiativen und Selbsthilfegruppen organisieren
- die politisch tätigen professionellen MitarbeiterInnen der Einrichtungen, die Patienten, behinderte Menschen und deren Angehörige beraten und unterstützen, ohne selbst Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen zu sein sowie Verbraucherschützer und Bürgerrechtler.

Patientenorganisationen

Die Organisationen und Initiativen der unmittelbar betroffenen Menschen vertreten als Patientenorganisationen

- Menschen mit chronischen Erkrankungen
- Menschen mit sicher oder wahrscheinlich zum Tode führenden Erkrankungen
- Menschen mit Behinderungen
- Angehörige als ihre Vertreter.

Eine ausdrückliche Position zur „aktiven Sterbehilfe“ beziehen Initiativen und Vertreter der Behindertenhilfe, diese ausschließlich ablehnend. Öffentlich auftretende Einzelpersonen mit je unterschiedlichen Krankheitsbildern, die „aktive Sterbehilfe“ als Sterbe erleichterung im Einzelfall befürworten (z.B. Regine Hildebrand) sind selten. Eine Debatte über „aktive Sterbehilfe“ oder gar die Bedingungen individuellen Sterbens findet in den Patientenorganisationen nicht öffentlich statt. Die Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen aktivieren als Interessenvertreter gesellschaftliche Ressourcen, um möglichst vielen PatientInnen zu ermöglichen, ihre Krankheit zu überleben. Sie versuchen, die Versorgung zu verbessern, unter-

stützen die individuelle Krankheitsbewältigung und werden sozialpolitisch tätig.

In Patientenforen zu häufig tödlich verlaufenden Erkrankungen treten vereinzelt terminal erkrankte Menschen mit ihrem Wunsch nach „aktiver Sterbehilfe“ auf. Dort wird sehr offen über das eigene Sterben oder das nahestehender Menschen kommuniziert. Im Vordergrund stehen Ängste, Trauer und die schlechte palliative Versorgung sterbender Menschen. „Aktive Sterbehilfe“ – besonders als ungewollte Mitleidstötung durch Angehörige – wird abgelehnt.

In Selbsthilfegruppen schwer oder zum Tode erkrankter Menschen oder in Seniorengruppen verständigen sich die Menschen zu den Fragen von Sterbebegleitung und Vorsorge, wenn diese Fragen drängend scheinen. Individuelle Lebenslagen werden in der Gruppe aufgenommen und durch gegenseitige Hilfe oder externe Unterstützung bewältigt. Sie treten jedoch selten als organisierte Forderungen nach außen.

Behindertenhilfe

Auch in den Organisationen der Behindertenhilfe wird die Debatte nicht mehr geführt. Sie treten allenfalls in der indirekten Rede auf, wie z.B. in den Internetforen der Netzwerke von Menschen mit Behinderungen (*kobinet*): „Müssen behinderte Menschen zukünftig ihr Dasein rechtfertigen?“

Nach einer Initiative des Schweizer Dick Marty soll der Sozialausschuss des Europarats den Mitgliedsstaaten die europaweite Legalisierung der „aktiven Sterbehilfe“ empfehlen. „Eine europaweite Legalisierung der aktiven Sterbehilfe öffnet dem Missbrauch Tür und Tor“, warnt Eugen Brysch (Geschäftsführender Vorstand der *Deutschen Hospiz Stiftung* 19.11.2003).

Ihre Standpunkte haben die Behindertenverbände bereits in den Debatten der neunziger Jahre um die Thesen Peter Singers entwickelt. Sie sind überwiegend auf Grundlage der Denkfigur des „Dammbruches“ formuliert. Die Organisationen der Behindertenhilfe versuchen, die soziale Sicherung behinderter Menschen und ihre Rechte zu erhalten. Insbesondere die europäische Bioethikkonvention und das Zusatzprotokoll, das medizinische Forschung an nicht-einwilligungsfähigen Personen ermöglichen soll, bedrohen die Persönlichkeitsrechte behinderter Menschen.

Die damit verbundenen politischen Diskurse verursachen, dass behinderte Menschen nur begrenzt auf rechtstaatliche Kontrolle als wirksames Mittel des Lebensschutzes vertrauen.

Das folgende Beispiel von bürgerlichem Zweckrationalismus illustriert, welche Gestalt soziale Kontrolle annimmt, wenn behinderte Menschen unter Kostengesichtspunkten betrachtet werden (und die Frage nach der Zulässigkeit eines assistierten Freitods scheint in diesen Zusammenhängen eher akademisch):

„Die Stadt kann Millionen von Kronen sparen, wenn es diesen Kostenfaktor Mensch-mit-Down-Syndrom nicht gibt. Daher soll den Frauen eine vorgeburtliche Untersuchung angeboten werden, um den werdenden Müttern die so genannte freie Wahl anzubieten ... Bei dieser Berechnung wird davon ausgegangen, dass alle Frauen sich 'freiwillig' dieser Untersuchung unterziehen, so dass von den durchschnittlich im Hauptstadt-Bereich geborenen zwölf Babys mit Down-Syndrom pro Jahr demnächst nur noch zirka zwei zu finanzieren sind: Zehn angehende Mütter – so wird gehofft – verabschieden sich von ihren ungeborenen Babys per Abtreibung. Kopenhagen, Frederiksberg März 2003.“¹

Angehörigengruppen

Mit den Bedingungen, unter denen ein wahrscheinlich zum Tode führender Behandlungsabbruch als unzulässige Rationierung verhindert werden soll oder aber „Sterbenlassen statt Lebensverlängerung um jeden Preis sein“ kann, befassen sich die Angehörigen von Alzheimer- und von Wachkomapatienten.² Hierbei geht es um Hilfen, um kompetent über die Behandlung eines Angehörigen im individuellen Fall entscheiden zu können. Die Netzwerke Angehöriger sind auf die Bewältigung der Lebenslage gerichtet. Die Frage nach dem assistierten Freitod stellt sich hier nicht, weil die erkrankten Angehörigen überwiegend nicht frei willensfähig sind. Eine gesetzliche Regelung der Sterbehilfe, die eine ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung ermöglicht, wird abgelehnt, weil die Fähigkeit zu einer selbstbestimmten Entscheidung nicht zweifelsfrei zu ermitteln sei. Bei schweren körperlichen Erkrankungen sei der Todeswunsch begleitenden depressiven Symptomen geschuldet.

DGHS, HU, HVD

Die Mitglieder der säkulären Verbände, die sich den assistierten Freitod als eine Möglichkeit ihres eigenen, selbst gewählten Sterbens vorbehalten, wollen ihn auch politisch ermöglichen und fordern deshalb eine gesetzliche Regelung. Das politische Handeln richtet sich neben der Straffreiheit für Helfer und dem Zugang zu Mitteln und Methoden, die ein qualfreies und würdiges Sterben ermöglichen, auch darauf, „Respekt vor dem Willen zum eigenen Sterben“ (Kodalle³) zu erlangen.

Euthanasiebewegung

Allerdings bilden sie nicht die Euthanasiebewegung in Deutschland, die als Gegenspielerin der Hospizbewegung imaginiert wird. Es

¹ <http://www.lebenshilfe.de>

wird unterstellt, dass es eine gesellschaftliche Bewegung gibt⁴, die Selbsttötung oder Tötung durch Dritte als Regelfall des Sterbens im Alter oder wegen einer schwerer Erkrankung, mindestens billigend in Kauf nimmt. Das wirkliche Ziel oder die naiv in Kauf genommene Folge einer säkulären Politik zugunsten einer Regelung der Sterbehilfe soll die Tötung von Menschen sein, die hohe Kosten im Gesundheitswesen erzeugen. Eine Verschwörung zwischen Bürgerrechtlern und den bezahlten Experten der Kostenträger etabliere ein ärztliches Tötungsrecht.

Hierin offenbart sich ein tiefes Misstrauen gegen die Stabilität des demokratischen Rechtsstaates und die Fähigkeit unserer Gesellschaft, Menschen mit einem erhöhten Schutzbedürfnis vor rationierenden Zugriffen zu bewahren: „Und ist die neue Koalition aus Experten- und Patientenvereinigungen, die unterhalb der viel beschworenen 'Giftspritze' gemeinsame Standards für Tötungshandlungen auf den Weg bringen, nicht hoch willkommen, um flexible Rationierungsentscheidungen im Gesundheitswesen durchzusetzen? Werden so, ganz demokratisch und mit Bürgerbeteiligung, 'Lebenswert'-Entscheidungen allgegenwärtig? Ist all dies möglicherweise ein Sonderweg, um ärztliches Tötungsrecht wieder zum ganz normalen Bestandteil des Deutschen Rechtslebens zu machen?“⁵

Positionen der organisierten Helfer

Im Zusammenhang mit der Hospizbewegung und in den Netzwerken der rechtlichen Betreuer finden sich engagierte Positionen

gegen die „aktive Sterbehilfe“, die als beabsichtigte Tötung hilfloser zum Tode erkrankter Menschen gelesen wird.

Die beruflichen Helfer sehen überwiegend die Debatte über eine gesetzliche Regelung des assistierten Freitods bereits als Türöffner für die Tötung behinderter oder einwilligungsunfähiger Menschen. Die „aktive Sterbehilfe“ wird unabwendbar alternativ zur palliativen und hospizlichen Versorgung aufgebaut.

In diesem Konstrukt zieht bereits die Entscheidung für den assistierten Freitod im Einzelfall nach sich, dass eine palliative Versorgung bis zum Lebensende gesamtgesellschaftlich nicht mehr erwünscht ist und aus Rationierungsgründen von der Sozialversicherung nicht bezahlt wird. Häufig wird aus religiöser Sicht die Verfügbarkeit auch über das eigene Leben bestritten: „Keiner hat über den Wert oder Unwert eines anderen menschlichen Lebens zu befinden – selbst nicht über das eigene.“⁶ Oder: „Hinter den „Selbstwertanalysen“ verbirgt sich zudem das gefährliche Menschenbild dieses tendenziellen Utilitarismus, ... ein selbstbezogenes, selbstverliebtes Selbstbild und eine Kultur der Ichlinge.“⁷

In Medizinerkreisen ist der assistierte Freitod umstritten, die Bundesärztekammer hat sich ausdrücklich gegen eine gesetzliche Regelung positioniert, die ärztliche Hilfe zum Freitod ermöglicht.⁸ Die „aktive Sterbehilfe“ sei nicht zu kontrollieren und würde nicht als individuelle Wahl selbstbestimmten Sterbens auf jene beschränkt bleiben, die freiwillig aus dem Leben scheiden. Aus dem individuellen Handeln entwickelt sich nach dieser Vorstellung die soziale Anforderung an schwer

² http://www.alzheimerforum.de/2/14/5/PEG_Sterbehilfe.html, <http://www.schaedel-hirn.de>; <http://www.wachkoma24.de>

³ Zit. n. Tagesspiegel, 15.03.2002, S.29.

⁴ Diese Bewegung hätte allerdings Rechtsradikale anstelle der Bürgerrechtler als Akteure.

⁵ Feyerabend, Frankfurter Rundschau, 07.12.2000.

⁶ Beispielhaft für diese Ansicht: Gott ist ein Freund des Lebens, 1989.

⁷ Franco Rest, Lebensvollendung statt Tötungsheilbehandlung, in: Planungssicherheit am Lebensende, Essen 2002, S.65/71.

erkrankte Menschen, ungeachtet ihres eigenen Lebenswillens ihr Leben zu beenden. Der Maßstab für den Lebensschutz würde sich zu Ungunsten handlungsunfähiger Menschen verschieben, weil von den Suizidenden eine Vorbildwirkung für den richtigen Zeitpunkt zum Abtreten ausginge.

„Und ich glaube, dass dabei dann eine Stimmung in der Bevölkerung und eine Generaleinstellung zum Leben auftreten wird, die zur Folge hat, wenn diese Patientin sterben darf, warum sollen wir denn die anderen dann nicht alle in dieselbe Kategorie einstufen und ihnen den Tod geben, auch wenn sie es vielleicht nicht wünschen, vielleicht weil sie sich den Tod nicht wünschen können.“⁹

Perspektivenwechsel

Das ärztliche Handeln ist bisher die Perspektive, aus der die Qualität und Zulässigkeit der Sterbehilfe beurteilt wird. Die Grenzen zwischen passivem Sterbenlassen und aktivem Töten werden häufig nach den damit verbundenen ärztlichen Maßnahmen unterschieden. Ob ein Leben zum Guten der Sterbenden noch erhalten oder ihr Sterben für sie qualvoll verlängert wird, kann sich nur an ihrem individuellen Empfinden messen lassen.

Die Qualität und Zulässigkeit ärztlichen Handelns sollte sich allein nach dem Willen und den Motiven der Menschen richten, die Versorgung am Lebensende und Sterbebe-

gleitung für sich in Anspruch nehmen. Die assistierte Selbsttötung oder die Hilfe zum Freitod durch Überlassen geeigneter Mittel kann nur dann legal sein, wenn sie zeitnah von einem frei willensfähigen Menschen verlangt wird.

Der Schutz menschlichen Lebens und die Achtung individueller Würde als höchste Güter in unserer Gesellschaft verlangen einen sorgsamsten Umgang mit dem individuellen Begehren nach Freitod und der Beihilfe durch Dritte. Auch wenn das selbstbestimmte Leben bis zum Tode hohe Priorität hat, sollte für andere Menschen sichtbar werden, dass der vorzeitige Tod wohlüberlegt und gewollt war. Wenn eine unzumutbare Pflegesituation, vorübergehende Affekte oder eine psychiatrische Erkrankung den Todeswunsch verursachen, sollte auch eine Beihilfe strafwürdig sein.

Einen Weg aus dem Dilemma zeigt die *Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)* auf. In ihren medizinischethischen Richtlinien und Empfehlungen zur „Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen“¹⁰ heißt es zum „Suizid unter Beihilfe eines Dritten“: Wenn ältere Menschen Beihilfe zum Suizid wünschen, soll ein „externer, in diesen Fragen speziell kompetenter Arzt“ hinzugezogen werden, empfiehlt die SAMW. Dieser soll sicherstellen, dass „der Entscheid zum Suizid nicht auf Druck Dritter, auf eine mangelhafte diagnostische Abklärung, auf eine psychische Erkrankung oder auf eine nicht adäquate Behandlung oder Betreuung

⁸ Unter dem Eindruck der Euthanasie-Gesetzgebung in den Niederlanden und Belgien sprachen sich die Ärzte dafür aus, die Palliativmedizin und Schmerztherapie zu fördern und zu stärken. Zudem bekräftigten sie ihre Ablehnung der aktiven Sterbehilfe und Hilfe zur Selbsttötung, die sie als unethisch und unärztlich betrachteten. Dr. Ursula Auerswald, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, machte in ihrer Rede darauf aufmerksam, dass es in Deutschland sowohl in der Bevölkerung als auch innerhalb der Ärzteschaft eine Tendenz gibt, aktiver Sterbehilfe zuzustimmen: „Studien belegen, dass dies häufig aus Unkenntnis über die Möglichkeiten der Palliativmedizin erfolgt“.

⁹ Jörg-Dietrich Hoppe (Präsident der Bundesärztekammer) 29.04.2002; Presseerklärung: „Urteil gegen Sterbehilfe ist Entscheidung für das Leben“. – <http://www.bundesaerztekammer.de>

¹⁰ Oktober 2003.

¹¹ Zit. n. Bioethische Informationen (10/2003 <http://www.bioethische-informationen.de>)

zurückzuführen ist“. Der Arzt soll die Institution vor allem auch auf ihre Praxis der palliativen Betreuung überprüfen.¹¹

Wünschenswert wäre eine soziale Bewegung, die ein gutes Leben im Alter nicht nur als Effekt individueller Daseinsfürsorge sieht, sondern als gesellschaftliche Aufgabe.

Quellen

Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE)

<http://www.drze.de/links/Einrichtungen>

Europarat: Die Euthanasiegesetze in 34 Staaten (Studie)

<http://www.coe.int/euthanasia-report>

InteressenGemeinschaften Kritische Bioethik Deutschland

<http://www.kritischebioethik.de>

Aktion Mensch Dossier zur Sterbehilfe

http://www.1000fragen.de/m_dossiers/_media/dospdf/akm_sterbehilfe.pdf

Linksammlung „lebensklang“

<http://www.ruhen-und-tun.de/tod-sterbehilfe.htm>

Sterbehilfe im weitesten Sinne; Seiten eines Berliner Hospizhelfers

<http://www.lebensgedanken.de/4.htm>

Euthanasie – Ethische Aspekte der Sterbehilfeproblematik

<http://www.pflegethemen.de/euthanasie.html>

Legalisierung der Sterbehilfe

<http://www.pflegethemen.de/legalisierung.html>

Sterbehilfe vs. Palliativmedizin und Hospiz?

<http://www.mdr.de/kultur/405197.html>

Forum zum Thema aktive Sterbehilfe

<http://www.silent-sepulchre.net>

Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien e.V.

<http://www.bioskop-forum.de/>

Bioethische Informationen (Fachverband Diakonische Behindertenhilfe Thüringen)

<http://www.bioethische-informationen.de>

Dokumentation

Autonomie am Lebensende

Eckpunkte des Humanistischen Verbandes Deutschlands (HVD) zur gesetzlichen Regelung von Patientenrechten und Sterbehilfe

1. Patientenwille und Selbstbestimmungsrecht gelten verbindlich

Jeder Patient hat bis zum Lebensende Anspruch auf eine qualifizierte und sorgfältige medizinische Behandlung. Er hat das Recht, Art und Umfang der medizinischen Behandlung selbst zu bestimmen. Der Arzt hat das Selbstbestimmungsrecht des einwilligungsfähigen Patienten als verbindlich zu achten und darf gegen den Patientenwillen keine medizinische Maßnahme durchführen. Ein ärztliches oder pflegerisches Zuwiderhandeln gegen dieses Patientenrecht ist rechtswidrig und ausdrücklich als Körperverletzung strafbar zu stellen.

Dies gilt auch für lebensverlängernde oder -rettende Maßnahmen, deren Unterlassung oder Abbruch zum unmittelbaren Tod des Patienten führen. Auch wenn aus medizinischer Sicht durchaus Besserungsaussichten bestehen, gilt der frei erklärte Patientenwille zum Behandlungsverzicht und ggf. zum Tode. Die Freiheit des behandelnden Arztes, die Befolgung des Patientenwillens in ethischen Konfliktfällen an andere Kollegen zu delegieren, bleibt unberührt.

2. Qualitätsanforderungen an Patientenverfügungen

Bürgerinnen und Bürger können vorsorglich für den Fall, dass sie nicht mehr einwilligungsfähig sind, eine Patientenverfügung abfassen. Eine Patientenverfügung ist dann

valide und gilt als erklärter Patientenwille, wenn die gewünschten oder zu unterlassenen medizinischen Maßnahmen für bestimmte Situationen konkret aufgeführt sind, der Betroffene über Alternativen, z.B. zu einem Behandlungsabbruch, sowie über Risiken und Folgen informiert ist und seine individuelle Motivation und Wertvorstellung belegt werden kann. Sie ist von allen Beteiligten verbindlich zu befolgen, sofern nicht konkrete Anzeichen ersichtlich sind, dass der Betroffene sie nicht mehr gelten lassen wollte.

Allgemeine Musterformulare sind als Indiz bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens zu berücksichtigen. Von der Normierung von Formvorschriften ist abzusehen, ebenso wie von einem staatlicherseits vorformulierten Standardmuster.

3. Patientenrecht auf Palliativmedizin als Menschenrecht anerkennen

Der Patient hat einen Menschenrechtsanspruch auf fachgerechte Basispflege, Schmerztherapie, geriatrische und palliative Medizin sowie Sterbebegleitung. Diese Angebote sind im Gesundheitssystem besonders zu fördern und auszubauen. Ein Behandlungsverzicht oder eine missbräuchliche Medikation entgegen dem mutmaßlichen Patientenwillen und die Unterlassung gebotener Pflegeleistungen sind als Körperverletzung bzw., bei tödlicher Folge einer Vernachlässigung, als Totschlag strafrechtlich zu verfolgen.

4. Schutz der Patienten vor

unzulässiger Sterbehilfe ohne Einverständnis

Grundsätzlich muss weiterhin gelten: Eine mutmaßliche Zustimmung des Patienten zur indirekten Leidensverkürzung oder zum Verzicht auf lebensnotwendige Behandlungsmaßnahmen darf nicht aufgrund einer Fremdbeurteilung oder allgemeinen Bewertung gesellschaftlicher Werturteile angenommen werden, dann ist aufgrund des Lebensschutzbotes jede Form der Sterbehilfe unzulässig und rechtswidrig. Liegt vom Betroffenen mutmaßlich kein Einverständnis oder sogar eine Verweigerung vor, so ist bei Zuwiderhandeln ein strafbares Tötungsdelikt gegeben.

5. Zulässigkeit der „indirekten“ Sterbehilfe und eines Behandlungsverzichtes

Sterbehilfe ist, wenn sie dem mutmaßlichen Willen des unheilbar Todkranken entspricht, unter folgenden Bedingungen nicht als Tötungsdelikt im Sinne des Strafgesetzbuches, sondern im Gegenteil als zulässig und geboten zu werten:

- als in Kauf genommene indirekte Todesbeschleunigung infolge notwendiger Palliativmaßnahmen einschließlich einer terminalen Sedierung,

- als Unterlassen oder Abbruch lebensverlängernden Maßnahmen einschließlich der künstlichen Ernährung und künstlichen Beatmung, auch wenn dadurch der sichere bzw. unmittelbar folgende Tod eintritt.

Dies gilt auch dann, wenn es im Hinblick auf den nahe bevorstehenden Tod des Betroffenen und die Aussichtslosigkeit einer Heilbehandlung nach ärztlicher Erkenntnis nicht mehr angezeigt ist, lebensverlängernde Maßnahmen fortzuführen.

6. Ausnahmen von den Hilfs- und Garantepflichten

Ein Suizid darf nicht regelmäßig als zur Hilfeleistung verpflichtender Unglücksfall gewertet werden. Dem bewusstlos gewordenen Suizidenten gegenüber bestehen keine Garantepflichten (Strafandrohung wg. Totschlag durch Unterlassen), wenn die Selbsttötung auf einer nachvollziehbaren, ernsthaften Entscheidung beruht, insbesondere um einem langwierigen Siechtum oder einem bevorstehenden, u.U. qualvollen Sterben zu entgehen. Das StGB ist entsprechend zu ändern.

Das Recht des volljährigen und aus freier Willensentscheidung Handelnden auf Freitod verlangt dann, dass die Hilfe zur Selbsttötung bei freiwillensfähigen Patienten einschließlich der Bereitstellung suizidtauglicher Mittel nicht nur straffrei, sondern von der Rechtsordnung auch als rechtmäßig zu billigen ist.

7. Ausnahmen vom Straftatbestand der Tötung auf Verlangen

Prinzipiell ist die Ermöglichung eines Todes in Würde, Schmerzfreiheit und Selbstbestimmung ein Menschenrecht. Niemandem kann auferlegt werden, mit schwersten Beschwerden und Schmerzen noch länger leiden zu müssen.

Unter Beibehaltung der prinzipiellen Rechtswidrigkeit der Tötung auf Verlangen müssen Ausnahmetatbestände im Strafrecht neu formuliert werden. Wer als Arzt oder mit ärztlicher Ermächtigung bei einem tödlich Kranken gemäß dessen ausdrücklicher Willenserklärung Maßnahmen zur Leidminderung durchführt, welche mit einer als wahrscheinlich oder sicher anzunehmenden todesbeschleunigenden Nebenwirkung einhergehen, ist nicht mit Strafe zu bedrohen.

Das Gericht hat ferner von einer Strafverfolgung mit Verweis auf § 34 StGB (rechtfertigender Notstand) abzusehen, wenn gemäß der ausdrücklichen Willenserklärung des Patienten die gezielte Verkürzung eines von

ihm nicht mehr zu ertragenden schwersten Leidenszustandes erfolgt, nachdem alle Möglichkeiten der Schmerztherapie, Palliativmedizin, des Behandlungsverzichts oder der ärztlich assistierten Freitodhilfe sorgfältig geprüft und ausgeschöpft bzw. vom Betroffenen als unzumutbar zurückgewiesen worden sind.

8. Besonderer Status des Bevollmächtigten

Ist eine Vertrauensperson vom Betroffenen selbst mit den entsprechenden Vollmachten ausgestattet worden, so bedarf die Nicht-Einwilligung zu einer (Weiter-)Behandlung aufgrund des mutmaßlichen Willens des Betroffenen keiner amtsrichterlichen Genehmigung. Eine Missbrauchskontrolle auf einer rechtlichen Grundlage muss möglich sein.

Steht der vom Bevollmächtigten geforderte Behandlungsabbruch nicht im Zusammenhang mit einer unmittelbar todesnahen Situation (z. B. bei langandauerndem Koma oder schwerer Demenz), sind an den mutmaßlichen individuellen Willen erhöhte Anforderungen zu stellen, etwa durch Vorlage einer Patientenverfügung.

Willigt der Bevollmächtigte umgekehrt im Sinne des Patienten in eine ärztlich indizierte Maßnahme ein, auch wenn diese mit dem Risiko von Schädigungen oder Nebenwirkungen einhergehen sollte, so ist eine regelmäßige vormundschaftsgerichtliche Routineüberprüfung ebenfalls nicht angemessen. Der § 1904 BGB ist dahingehend zu ändern.

9. Rechtsverbindlichkeit der validen Patientenverfügung hat Vorrang vor Gerichtsentscheid

Bei Vorliegen einer eindeutigen validen Patientenverfügung ist eine Betreuerbestellung für diesen Aufgabenbereich nicht erforderlich. Eine gerichtliche Überprüfung durch Vormundschaftsrichter ist in der Regel nicht erforderlich. Die Gesetzeslage ist entgegen dem Beschluss des BGH vom 17.03.2003 diesem Grundsatz anzupassen.

10. Mitwirkung des Gerichtes bei stellvertretender Entscheidung

Die Genehmigungs- und Kontrollpflicht des Vormundschaftsgerichts gilt allerdings für solche Fälle, in denen ein Konflikt zwischen Betreuer und behandelndem Arzt vorliegt, eine missbräuchliche Ausführung der Betreuung oder der Behandlung aufgrund nachprüfbarer Indizien anzunehmen ist oder eine Feststellung und Durchsetzung des Patientenwillens erforderlich ist. Der Gesetzgeber hat dafür Sorge zu tragen, dass der Beschluss eines Vormundschaftsgerichtes sowie insbesondere eine valide Patientenverfügung unmittelbar zu befolgen sind.

Beschluss der Bundesdelegiertenversammlung des Humanistischen Verbandes Deutschlands am 20. September 2003 in Hannover

Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS)

Kernbotschaft für die Fachtagung

Humanes Leben bis zuletzt ist wünschenswert und entspricht der Vorstellung sowie dem Willen einer überwältigenden Zahl von Menschen – auch und gerade vor dem Hintergrund menschenverachtender Realitäten in der Bundesrepublik Deutschland wie

– *Verfassungswidrige Behandlung von Schwerstkranken sowie Sterbenden entgegen Art. 1 GG*, wonach die Würde des Menschen unantastbar sei und sie zu achten und zu schützen Verpflichtung aller staatlichen Gewalt sei. (Selbst Abgeordnete als Teilhaber der gesetzgebenden Gewalt räumen ein, dass z.B. im Bereich der Schmerztherapie noch hoher Nachholbedarf sei. Millionen von Bundesbürgern mussten jedoch seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland unter Schmerzen und unter unwürdigen Zuständen sterben. Die staatliche Gewalt hätte bereits in wirtschaftlich besseren Zeiten ausreichend Gelegenheiten gehabt, auf breiter Ebene sowohl die gebotene Infrastruktur als auch eine breite palliativmedizinische Versorgung aufzubauen sowie Ärzteverbände, Universitäten und Ausbildungsbetriebe im Gesundheitswesen dazu anzuhalten, flächendeckend für ausreichende Behandlung von Schmerzpatienten zu sorgen.) Die Regierungen der Länder und des Bundes waren in über 50 Jahren Staatsgeschichte nicht fähig, flächendeckende Voraussetzungen für ein verfassungskonformes Gesundheitswesen zu schaffen und zu erhalten.

– *Pflege-Missstände* in erheblichem Ausmaß (vgl. Parallelbericht zum vierten Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland über die Umsetzung des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, vorgelegt vom Forum zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger älterer Menschen in Deutschland, Christiane Lüst, mit Belegen einer „anhaltenden menschen-

unwürdigen Behandlung in einer Vielzahl von deutschen Pflegeheimen“).

– Bis zu 5 % der Bewohner von Pflegeheimen sind unterernährt

– ca. 36 % leiden an Austrocknung

– jeder Dritte leidet unter Schäden infolge mangelhafter Pflege, nur bei 4,9 % war die Pflege angemessen (Ergebnisse von Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen).

– ein Altwerden in Würde ist i.d.R. in deutschen Pflegeheimen nicht mehr möglich (vgl. *Parallelbericht*, S. 1-4; vgl. *Presse-Info DGHS* 14.09.2001).

Folge war bereits eine Kritik des UN-Ausschusses an der Bundesrepublik Deutschland. Vermeintliche „Reformen“ haben seither die Missstände noch verschärft.

- *Missbrauch positiv besetzter Begriffe* wie „Hospiz“ und „Palliativmedizin“ gegen den Toleranzgedanken einer freiheitlich-demokratischen Wahlmöglichkeit von Patienten auch hinsichtlich einer selbstbestimmten Abkürzung des Sterbeprozesses durch Behandlungsabbruch in Verbindung mit Selbsttötung (incl. Beihilfe zur Selbsttötung). Die veröffentlichte Meinung erweckt den realitätsfremden Eindruck, wenn nur genügend Hospize und palliativmedizinische Einrichtungen geschaffen werden würden, gäbe es in Deutschland ein humanes Sterben; und es bedürfe keiner Diskussionen mehr über die gesetzliche Verankerung des Selbstbestimmungsrechts von Patienten, auch für eine Tötung auf Verlangen des Patienten. Abgesehen davon, dass mit den Konjunktiven „würde“, „hätte“ und „könnte“ den derzeit und früher Sterbenden nicht geholfen werden konnte, räumen selbst Befürworter des Hospizgedankens und Experten der Palliativmedizin ein, nicht in jedem Fall helfen zu können. Die DGHS kennt die Realität u.a. von Informanten, die

in Hospizen aktiv sind. So z.B. ein Schreiben vom 19.10.2003: „Durch meine Hospiz-Sterbebegleitungen in ... weiß ich, von welchen entsetzlichen Leiden Menschen heimgesucht werden können. Wenn z.B. ein wuchernder Tumor am Hals langsam die Luftröhre blockieren wird.“

– *Missbrauch der Religionsfreiheiten* in Deutschland zum Aufbau kirchlicher Pressuregroups gegen eine rechtsstaatliche Gesetzgebung, die dem Mehrheitswillen der Bevölkerung entspricht: Straffreiheit auch der aktiven direkten Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen). Seit Jahrzehnten werden Dogmen der Kirchen (z.B. durch moraltheologische Auslegung einseitig übersetzter Bibelstellen wie das „5. Gebot“ als Verbot des Tötens; korrekt wäre die Übersetzung „Du sollst nicht morden“) zur Normierung eines Tötungsverbotes missbraucht. „Die heilbringende Kraft des Leidens“ (Apostolisches Schreiben *Salvifici Doloris* von Papst Johannes Paul II. über den christlichen Sinn des menschlichen Leidens, Hg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz) wirkt in Verbindung mit anderen Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls (z.B. der *Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie* (hrsg. Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz) gegen den selbstbestimmten Willen von Patienten für Leidensfreiheit und gegen das Selbstbestimmungsrecht auf einen schnellen, humanen Tod in Fällen, die das jeweilige Individuum nicht mehr mit seiner persönlich empfundenen Würde in Einklang zu bringen vermag.

Die DGHS deckte Defizite der Sterbebegleitung und -hilfe durch Fakten und Umfrage-Egebnisse im April 2001 erneut auf und informierte Bundestagsabgeordnete, Meinungsträger, Verfassungsorgane und Pressuregroups im Gesundheitswesen. Die immer offensichtlicher werdenden desaströsen wirtschaftspolitischen Entscheidungen des Gesetzgebers und die Verknappung der Gelder im Gesundheitswesen führten sogar zu Vorschlägen einer Kopfgeldpauschale für Sterbende durch eine führende Hospizgruppe des Malteser Ordens (Deutsche Hospiz-

Stiftung). Die DGHS warnt seit Jahren vor dieser Entwicklung hin zu einer *Geldbeutel-Pseudo-„Euthanasie“*, mit der durch die Hintertüre über den Geldbeutel und die restriktive Geldverwendung bestimmte Patientengruppen „sozial-, politik- und wirtschaftsverträglich“ zu sterben hätten (vgl. u.a. *DGHS-Presse-Info* vom 26.03.2001 u. 23.05.2001).

Vor diesem menschenverachtenden Hintergrund appelliert die DGHS seit Jahren für einen *ethisch-humanitären Wandel*, für einen ehrlichen, offenen und breiten Diskurs mit auch öffentlichen Bundestagsdebatten zu Patientenschutz, Sterbebegleitung und -hilfe sowie für eine umfassende gesetzliche Regelung unter Fokussierung des Patientenschutzes, des Vorranges des Selbstbestimmungsrechts betroffener Patienten und für einen sensibleren, vorurteilsfreien Umgang der Massenmedien mit diesen Themen. Beispielsweise wird nach wie vor sehr häufig das Wort „Selbstmord“ nicht nur bei den terroristischen Selbstmord-Attentaten verwendet, wo der Begriff „Mord“ im Wort „Selbstmord“ berechtigt ist (Kriterien: Heimtücke, Hinterlist, niedrige Beweggründe), sondern auch bei der Selbsttötung von Patienten, die bei schwerer Erkrankung das, was noch auf sie zukäme, nicht mehr mit ihrer persönlich empfundenen Würde in Einklang zu bringen vermochten und deshalb von eigener Hand aus dem Leben schieden.

Der Patientenwille sollte – auch gegen Missbrauchsgefahren geschützt – in einer umfassenden gesetzlichen Regelung der Sterbebegleitung und -hilfe verankert werden. Die DGHS hatte hierzu bereits Mitte der 80er Jahre, detaillierter dann 1997 rechtspolitische Leitsätze und Vorschläge veröffentlicht und Abgeordneten sowie anderen relevanten Gruppen bekannt gemacht. Gemäß repräsentativer forsa-Umfrage haben sich im Jahr 2001 75 % der Bevölkerung für eine gesetzliche Regelung der Sterbehilfe – angefangen von der mitmenschlichen Sterbebegleitung bis hin zur Tötung auf Verlangen – ausgesprochen, im vergangenen Jahr 2002 sogar 82 %. Obwohl sich Gesetzgeber und Bundes-

Landes- oder Stadt-Parlamente einer auch von Experten kaum mehr überschaubaren Gesetzesflut befließigt haben, waren sie nicht fähig oder bereit, die existentiell wichtigsten Fragen, die des Leidens in der letzten Lebensphase, die des Patientenwillens und die der Sterbehilfe gesetzlich umfassend zu regeln. Kluge Juristen hätte das Land und am geistigen Vermögen scheiterte ein solches Vorhaben sicherlich nicht.

Der Verfassungsrechtler Prof. Friedhelm Hufen legte dar: „Da dem Gesetzgeber aber beim Schutz des Lebens ein weiter Beurteilungsspielraum zukommt, wäre er nicht gehindert, die Strafbarkeit konsentierter aktiver Sterbehilfe für solche – strikt eingegrenzten – Fälle aufzuheben, in denen zum Beispiel ein Todkranker sie ohne äußeren Druck und bei vollem Bewusstsein verlangt.“ (Friedhelm Hufen: *In dubio pro dignitate. Selbstbestimmung und Grundrechtsschutz am Ende des Lebens*. In: *Neue Juristische Wochenschrift* NJW, München u. Frankfurt a.M. 2001, Heft 12, S.855).

Deutsche Politik und Rechtsprechung sind nach wie vor kirchenorientierten Dogmen verhaftet; anders ließe sich nicht erklären, dass zwar dann, wenn der Bürger zur Kasse gebeten werden soll, an den mündigen, eigenverantwortlich-vorsorgenden Bürger-Sinn appelliert wird, jedoch dann, wenn der Bürger seine Verfügungsgewalt über das eigene Leben ausüben möchte, sich Staatsgewalt und Gesetzgeber äußerst restriktiv verhalten, mit „wenn“ und „aber“ Jahr um Jahr verstreichen lassen, Kommissionen oder Enquete-Gruppen einberufen, Fachausschüsse gründen oder unverbindliche Absichtserklärungen abgeben, jedoch nicht dem *Wesensgehalt von Aufklärung und Humanismus* zum Durchbruch verhelfen.

Die Bundesrepublik Deutschland ist *auf dem Weg zur Pseudo- und „Placebo-Demokratie“*, die den überwältigenden und jahrelang nachweisbaren Willensbildungsprozess der Bürger für eine gesetzliche Regelung und für breite Entscheidungs-Optionen im Bereich der Sterbehilfe nicht umsetzt, obwohl auch

die Parteien die Aufgabe hätten, den Willensbildungsprozess zumindest ihrer Wähler umzusetzen. Auch hier lässt sich aufgrund repräsentativer Umfragen nachweisen, dass dies nicht geschieht.

Die *Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS)* setzt sich seit ihrer Gründung (1980) für die Verwirklichung des Selbstbestimmungsrechts des Menschen bis zur letzten Lebensminute ein. Sie versteht sich dabei als Vertretung jener Bürger, die sich das Recht auf eine Sterbensverkürzung aus humanitären Gründen sichern wollen. Die DGHS arbeitet auf breiter Ebene gleichwohl lebensorientiert. Dies kommt z.B. mit dem Angebot eines Patientenschutzbriefes zur lebenserhaltenden Therapie zum Ausdruck (vgl. u.a. NJW 2000, Heft 37, 11.09.2000, S.2724). Die diesjährige Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH 17.03.2003, XII ZB 2/03) zum Betreuungsrecht in Verbindung mit der Bedeutung einer Patientenverfügung hat insoweit zu einer sehr einseitigen öffentlichen Diskussion zur Anwendbarkeit des Instruments der Patientenverfügung geführt. Denn eine Patientenverfügung macht immer dann Sinn, wenn sie den Willen eines später betroffenen Menschen zum Ausdruck bringt, der sich in dieser späteren Situation dann *nicht* mehr äußern kann (auch bei Unfällen und/oder Krankheiten, die *nicht* zum Tode führen und/oder *keiner* Betreuung gemäß Betreuungsgesetz und Betreuungsrechtsänderungsgesetz bedürfen).

Es genügt deshalb nicht, eine wünschenswerte gesetzliche Regelung ausschließlich für eine verbesserte Durchsetzbarkeit des Patientenwillens an den Willen zur Sterbehilfe zu knüpfen und den Bereich der Sterbehilfe gesetzlich zu regeln; vielmehr *bedarf es für eine umfassende gesetzliche Regelung auch der durchsetzbaren Verankerung des Patientenwillens für die lebenserhaltende Therapie*, besonders in einer Zeit, in der potentielle Patienten von über 150 verschiedenen Patientenverfügungs-Formblättern ermuntert werden (sollen?), ihren Willen zum Behandlungsabbruch zu erklären (Gefahr des Dammbrochs zur vorzeitigen „sozialverträg-

lichen“ Entsorgung von Rentnern zur Entlastung der Rentenkassen).

Ein Dammbbruch der Missbrauchsgefahren von (aktiver) indirekter Sterbehilfe (terminale Sedierung) sowie des Behandlungsabbruchs ohne Überprüfung des Patientenwillens hat in Deutschland bereits stattgefunden; ihm ist gesetzlich entgegenzuwirken. Die Umstände sind dem Gesetzgeber ebenfalls seit geraumer Zeit bekannt.

So heißt es z.B. in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: „In der Praxis werden therapiebegrenzende Entscheidungen häufig auf Drängen des Pflegepersonals von Ärzten gefällt, ohne dass der Patient und seine Angehörigen in den Entscheidungsprozess einbezogen werden.“ (Robert Koch Institut und Statistisches Bundesamt: *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Heft 01/01: Leistungen des Gesundheitswesens. Sterbebegleitung, S.6). Häufig und auf Drängen Dritter wird also der Patientenwille umgangen oder ignoriert.

Da dies bereits der jetzigen Rechtssituation widerspricht, bleiben staatliche Einrichtungen weiterhin aufgefordert, die verfassungsrechtlichen Verpflichtungen zu erfüllen und gemäß Art. 1 GG die staatliche Gewalt zum Schutz der Würde der Menschen einzusetzen sowie Parteien verfassungsrechtlich zu überprüfen, wenn sie keine Gewähr dafür bieten, durch ihre Abgeordneten das Grundgesetz der Bundesrepublik konkret umzusetzen.

Fazit und Ausblick

1. Die inhumane Ist-Situation in Deutschland entspricht nicht den verfassungs- und menschenrechtlichen Geboten.

2. Eine zügige umfassende gesetzliche Regelung der Sterbebegleitung und -hilfe sowie der zügigen Umsetzung des Patientenwillens (ob lebenserhaltend oder sterbeverkürzend) ist NOT-wendig.

3. Der Patientenwille und das Selbstbestimmungsrecht müssen gegen Missbrauchsgefahren und dogmatisierende Uminterpretationsversuche gesetzlich stärker geschützt werden.

4. Es bedarf für eine umfassende gesetzliche Regelung auch der durchsetzbaren Verankerung des Patientenwillens für die lebenserhaltende Therapie – mit der Absicherung dadurch entstehender Kosten. Ebenso bedarf es der gesetzlichen Regelung aktiver direkter sowie aktiver indirekter Sterbehilfe, wobei die aktive direkte Sterbehilfe, d.h. eine auf die Abkürzung eines Leidenszustandes zielende Tötung, bei der die Tatherrschaft nicht beim unheilbar Kranken selbst, sondern bei einem anderen liegt, nach Auffassung der DGHS nur in seltenen Extremfällen rechtlich erlaubt sein sollte.

5. Sowohl gesetzliche Regelungen als auch Durchführungsbestimmungen müssen Kriterienkataloge beinhalten, die vor Missbrauchsgefahren schützen, das Lebensrecht nicht zur Lebenspflicht uminterpretieren und auch den Missbrauchsgefahren eines Behandlungsabbruchs ohne überprüften Patientenwillen wirksam begegnen.

Zur Diskussion

Pia Paust-Lassen

Selbstbestimmung und neue Arbeit

Aus Anlass des Erscheinens von: Zwischen Selbstbestimmung und Selbstausbeutung. Gesellschaftlicher Umbruch und neue Arbeit. Hg. von Helmut Martens, Gerd Peter u. Frieder O. Wolf. Frankfurt a.M. u. New York: Campus Verlag 2001, 240 S., ISBN 3-593-36844-7, 29.90 €

Das, was Arbeit ist, sein soll, oder sein wird, unterliegt dramatischen Veränderungen. So steht nach Auffassung der Mitherausgeber *Gerd Peter* und *Helmut Martens* die Arbeitsforschung vor der Herausforderung, die eigene und die gesellschaftliche Reflexion dieser dynamischen Veränderungsprozesse zu befördern, wenn sie sich ein neues Fundament für ihre eigenen Gestaltungsansprüche schaffen will.

Die gesellschaftlichen Transformationsprozesse sind tiefgreifend, sie entwerten vielfach vermeintlich gesicherte Erfahrungen aus der Praxis und der Wissenschaft. Es gilt daher Neues neu zu denken, um gestalten zu können.

Mit diesem Anspruch entstand aus einer Veranstaltungsreihe des *Landesinstitutes Sozialforschungsstelle Dortmund* ein breit gefächertes Sammelband, der den Dialog zwischen pragmatischer Forschung, wissenschaftlicher Analyse und theoretischen Ansätzen spiegelt. Mit der Eröffnung und Weiterführung eines derartigen Dialoges – so die Hoffnung der Autorinnen – ließe sich das Dilemma der heutigen Arbeitsforschung bewältigen, denn diese krankt offensichtlich an der Ausklammerung gesamtgesellschaftlicher Bezüge, so dass eine zukunftstaugliche Theorie als Gesamtes nicht zur Verfügung steht.

Die einzelnen Beiträge sind als fundierte Bausteine gut geeignet, einerseits einen Überblick über den Stand der Debatte zu liefern und darüber hinaus den Zugang zu den theoretischen Ansätzen verschiedener Forschungsdisziplinen auf verständliche Weise

zu eröffnen. So decken die AutorInnen nicht nur die sozialwissenschaftlichen Zugänge ab, sondern über die politischen Wissenschaften, Geschichte und Wirtschaftswissenschaft bis hin zur radikalen Philosophie erstreckt sich das Fundament dieses Diskurses.

In den einleitenden Beiträgen wird der Rahmen abgesteckt, in dem sich die Debatte zur Zeit bewegt: Im Vertrauen auf linearen technischen Fortschritt und mit der Eingrenzung von Arbeit auf Erwerbsarbeit ist im Ergebnis für das gesellschaftliche Denken über Arbeit die Triade von „Arbeit, Fortschritt und Glück“ prägend geworden. Doch spätestens seit Mitte der achtziger Jahre ist dieser Traum, der die hochentwickelten Industriestaaten in der Epoche des Fordismus beschäftigt hat, ausgeträumt: Der kurze Traum immerwährender Prosperität ist vorübergegangen, die Sockelarbeitslosigkeit ist in jedem Konjunkturzyklus angestiegen.

Die gewerkschaftlich-sozialdemokratische Kritik an der tayloristisch geprägten Organisation der Arbeit, die in der Spätphase des fordistischen Regulationsmodells zu neuen Ansätzen einer Arbeitspolitik geführt hatte, hat zunächst an Boden verloren und wurde dann seit Beginn der neunziger Jahre plötzlich von den Unternehmen selbst neu adaptiert. Lean- und Total-Quality-Management, Beteiligung, Outsourcing und Dezentralisierung unternehmerischer Entscheidungsprozesse prägten das Bild und veränderten die Arbeit.

Forcierte Tertiärisierung und technologisch induzierte Arbeitslosigkeit im sekundären Sektor umreißen Veränderungen und Ver-

schiebungen im Arbeitsvolumen. Unternehmerische Steuerung durch Zielvereinbarungen und Selbststeuerung im Rahmen teilautonomer Gruppen charakterisieren Veränderungen in der Arbeit, die die Industriosozologie mit dem Begriff des „Arbeitskraftunternehmers“ zu definieren versucht, der ihrer Auffassung zufolge für den Postfordismus prägend werden wird.

Wer sich unter diesen Bedingungen im Zentrum des Systems der Erwerbsarbeit behauptet, ist mit den Problemen der Entgrenzung von Arbeit konfrontiert und zu neuen Formen des Zeitmanagements gezwungen: zwischen selbstbestimmtem Zeithandeln und der Schaffung von Eigenzeit oder aber fremdbestimmten, jeweils zeitweiligen Anforderungen und notorischem Stress. Wer mit diesen dynamischen Veränderungen nicht mithalten kann, läuft Gefahr, als Arbeitskraft-Kleingewerbetreibender an den Rand des Systems der Erwerbsarbeit und einer darüber gesicherten Existenz gedrängt zu werden.

Die Debatte um die Zukunft der Arbeit und die Zukunft der Arbeitsgesellschaft wird angesichts dieser Entwicklung heftig geführt: Geht es um mehr Beschäftigung, um Arbeit für alle, oder geht der industriellen Arbeitsgesellschaft die Arbeit aus? Gibt es in der neuen Dienstleistungs- oder Wissensgesellschaft neue Beschäftigungsmöglichkeiten für alle, die arbeiten wollen? Und reicht das Entgelt, um davon leben zu können? Hat sich im Zeichen eines tiefgreifenden Wertewandels der Stellenwert von Erwerbsarbeit für die Menschen verändert? Oder geht es um Entgrenzung von Arbeit, angesichts derer es den Einzelnen als „Unternehmern ihrer Arbeitskraft“ immer schwerer fällt, Zeitsouveränität gegen überbordende Ansprüche des Systems der Erwerbsarbeit zu behaupten?

Nach der Überzeugung der AutorInnen des Sammelbandes werden in dieser Debatte nur diejenigen ernst zu nehmen sein, die heute nachdrücklich dafür argumentieren, dass es darauf ankommt, gegenüber dem engen Verständnis von Erwerbsarbeit zu einer Neudefinition gesellschaftlicher Arbeit

zu gelangen und damit zugleich zu einer höheren gesellschaftlichen Anerkennung vieler bislang nicht monetarisierter Tätigkeiten. Zugleich grenzen sie sich deutlich ab von den vorschnellen Propheten, die nun gleich das Ende der Erwerbsarbeit verkünden.

Das Forum *Neue Arbeit – neue Gesellschaft. Nach dem Umbruch* wurde als eine Veranstaltungsreihe durchgeführt, die nicht das vermeintliche Ende der Arbeitsgesellschaft, wohl aber seine tiefgreifende Krise sowie die in ihr stattfindenden Metamorphosen der gesellschaftlichen Arbeit ins Zentrum der Aufmerksamkeit rücken sollte. Fokussiert um thematische Blöcke bearbeiten die AutorInnen dieses Bandes die Frage, wie die Veränderungen im System der Erwerbsarbeit, also im Zentrum der institutionell verfassten Arbeitsgesellschaft, in der Epoche des Fordismus unsere Gesellschaft verändern und weiter verändern werden und wo Ansatzpunkte einer politischen Gestaltung dieser Veränderungsprozesse zu finden sein könnten.

Im ersten Block werden unter dem Motto *Arbeit wird diffus* die Veränderungen von Arbeit thematisiert: Dieter Sauer beschreibt in seinem Beitrag über Unternehmensorganisation und Entgrenzung von Arbeit diese Veränderungen sehr facettenreich, nach seiner Analyse befinden wir uns mitten in einem Epochenbruch, wobei offen sei, wohin die Reise geht. Zu den Chancen und Risiken entgrenzter Arbeit vertritt er die These, dass im Aufbrechen institutionell verfestigter Strukturen neue individuelle Freiheits- und Gestaltungsspielräume liegen, aber ebenso neue und schwer zu bewältigende Anforderungen und Unsicherheiten lauern.

Die Trennlinie zwischen Gewinnern und Verlierern könne zwar neu gezogen werden, kann sich aber auch zugunsten der bisherigen Gewinner weiter verlagern. Unter anderem verlaufen neue Spaltungen seiner Meinung nach entlang der Grenzen der Unternehmen, die in komplexe Wertschöpfungsketten integriert sind, wobei sich hinter der Heterogenität dieser Betriebe von der Kette her betrachtet ebenfalls nichts anderes als eine gespaltene Belegschaft verbirgt.

Jürgen Rinderspacher analysiert das neue Leitbild der Flexibilität und die Strategie der Externalisierung von zeitlicher Ungewissheit und deren Folgen. Er vertritt die These, dass mit der Entgrenzung von Arbeit die kulturellen Errungenschaften gefährdet sind, die die Arbeiterbewegung nach der zweiten industriellen Revolution in der Epoche des Fordismus durchzusetzen vermocht hatte. Dies diskutiert er an Beispielen der Projektarbeit, der Vertrauensarbeit und schließlich am heftig umstrittenen VW-Modell „5000 x 5000“, wobei er zeigt, wie der Stücklohn, wie er schon von Karl Marx als dem Kapitalverhältnis adäquateste Entlohnungsform bezeichnet wurde, unter den heutigen Bedingungen in veränderter Gestalt zurück kehrt.

Rinderspacher entwickelt daraus die Frage, wie unter diesen Bedingungen und in Zukunft Zeitwohlstand möglich sei: ist es vorstellbar, dieses zeitliche Areal einer zum Teil sogar gesetzlich geschützten Privatzeit, die als kollektive Norm für alle Mitglieder der Gesellschaft mehr oder weniger verbindlich ist, nach Art und Umfang zu verändern, ohne hinter das historisch erkämpfte Niveau des Zeitwohlstandes zurück zu fallen? Oder ist die Aufrechterhaltung des gegenwärtigen Niveaus angesichts der umkämpften Weltmärkte eine fromme Illusion? Im Kern geht es ihm darum, wessen zeitliche Interessen in Zukunft die abhängige und wessen die unabhängige Variable sein sollte.

Wie sich das Leitbild von Facharbeit verändert und an prägender Kraft verliert, beschreibt Wilfried Kruse in seinem kurzen interkulturellen Vergleich zur Divergenz und Konvergenz soziokultureller Arbeitsmodelle in Europa. Ein neues Modell entstünde aus der neuen Qualität der massenhaften Individualisierung, was seine politisch-kulturelle europäische Konstitution aus dem demokratischen Erfahrung-Machen in der Arbeit und außerhalb der Arbeit aufbaut.

Im zweiten Block diskutieren die Autorinnen die „politischen Konzepte der Neuen Mitte“ und fragen zunächst, was sich denn wirklich in der Mitte unserer Gesellschaft verändert. Hildegard Maria Nickel konstatiert

mit ihrem Blick auf das Geschlechterverhältnis einen tiefgreifenden Umbruch von Arbeitsverhältnissen und Lebensentwürfen, in dem mit partikularen Eingriffen der noch immer blockierte Übergang in eine neue, die Massenarbeitslosigkeit reduzierende Produktivitätsstufe nicht zu schaffen sein werde, sondern ein an die Wurzel gehender institutioneller Umbau in die Wege geleitet werden müsse.

Ihre zentrale These besagt, dass die gleichberechtigte Erwerbsintegration von Frauen ein Maßstab für gesellschaftliche Modernisierung sei. Sie arbeitet die Unterschiede in Ost- und Westdeutschland bezüglich der Geschlechterverhältnisse anhand von Ergebnissen empirischer Forschungen zu den verschiedenartigen Transformationsprozessen heraus und fordert als Leitbild die Herstellung von moderner Vollbeschäftigung für Frauen und Männer, ein auf „Flexicurity“ abzielendes neues Normalarbeitsverhältnis, das zwar weniger – auch wochen- und lebenszeitlich – aber hochqualifizierte, humane und ökologisch verträgliche Industriearbeit und mehr intelligente sozialkulturelle Dienstleistungsarbeit beinhaltet.

Auf welche Weise die Informations- und Kommunikationstechnologien durch Netzwerkbildung, durch die Digitalisierung und Virtualisierung der Arbeitsprozesse die Arbeitswelt verändern betrachtet Rüdiger Klatt in seinen Thesen zur Arbeit in der „neuen Ökonomie“. Seiner Einschätzung nach werden diese Technologien innerhalb der Unternehmen zu einem Abbau von Hierarchien, zu einer Ausbreitung von teamförmigen Arbeitsformen und zu stärkerer Dienstleistungsorientierung führen, wobei dadurch auch neue Arbeitnehmertypen und Berufe entstehen würden, in denen technologische und soziale Medienkompetenzen die Qualität von Basiskompetenzen annehmen. Arbeit wird zunehmend wissensintensiver, da die Optimierung der Nutzung vorhandenen Wissens und die Aneignung und Erzeugung von neuem Wissen zur Erfolgsbedingung von Unternehmen wird, was aber auch zu einer Erhöhung des unternehmerischen Auf-

wandes für diese Art der Leistungserstellung führt.

Willi Brüggem entwickelt in seinem Beitrag über das politische Konzept der „neuen Mitte“ die Frage nach der zukünftigen Rolle des Staates, nach der Neubestimmung der Schnittstelle zwischen Staat und Gesellschaft. Er plädiert dafür, die bisherige vertikale Trennungslinie zwischen einem Staats- und einem Privatsektor durch horizontale Schnittstellen zu ersetzen, so dass die politischen Staatsorgane für die qualitativen und verteilungspolitischen Richtungsentscheidungen zuständig sind, während die Produktion oder Bereitstellung der gewünschten Leistungen der Gesellschaft überlassen bleibt.

Damit könne die moderne Gesellschaft die Chance bekommen, ihre politische Selbststeuerungsfähigkeit zu stärken, ohne den Weg staatsbürokratischer Ineffizienz und Gängelung gehen zu müssen. Er bewertet die kommende Entwicklung als Chance, den lähmenden Kampf um die gesellschaftliche Mitte durch einen neuen Kampf um Teilhabe abzulösen, bei dem es vor allem darum geht, die privaten Wissens- und Kommunikationsmonopole zu öffnen und die mit ihnen verbundene Planungsmacht zu vergesellschaften.

Zur „Netzwerkpolitik“ beleuchtet *Frieder Otto Wolf* zunächst die unterschiedlichen Netzwerkdiskurse im 20. Jahrhundert. Er nimmt die aktuellen Debatten über Netzwerke unter den Bedingungen neuer Formen zivilgesellschaftlicher Subjektivität auf und kennzeichnet sie als eine spezifische Form, in der die „individualisierten“ und „fragmentierten“ Subjekte einen neuen Typus von Solidarität ausbilden können, der nicht auf einer vorgängigen Homogenisierung ihrer Interessen beruht, sondern ihre Diversität als solche zum Gegenstand eines gemeinsam erhobenen Selbstbestimmungsanspruchs macht. In Politiknetzwerken bewegen sich die Aktivitäten in einem Spannungsverhältnis von Befreiung und Unterwerfung, sowie von Selbst- und Fremdbestimmung. Daher sei es jetzt erforderlich, auch im Rahmen der Netzwerkpolitik konkrete Strategien der Demo-

kratisierung und der Herrschaftsüberwindung zu konzipieren und praktisch zu entwickeln.

Heiko Geiling weist in seiner Analyse über die sozialen Milieus im gesellschaftlichen Strukturwandel nach, dass sich die alten sozialen Milieus nicht einfach auflösen, sondern sich vielmehr ausdifferenzieren und dabei weiterhin wichtige Funktionen der sozialen Integration leisten. Die Flexibilisierung des Arbeitsmarktes und der relative Rückzug des Staates hätten die Last der sozialen Risikobewältigung zunehmend auf die sozialen Milieus zurückverlagert.

Er vertritt die These, dass die politische Verdrossenheit sich weiterentwickeln wird, wenn die Politik der sozial nicht abgesicherten Flexibilisierung fortgesetzt wird und beleuchtet vor diesem Hintergrund die Rolle der neoliberalen Sozialdemokratie kritisch.

Die Erfordernisse und Ansatzpunkte einer neuen Arbeitspolitik werden von *Helmut Martens* in seinem Beitrag über die Herausforderungen an die Gewerkschaften angesichts von Krise und Verfall der alten Institutionen der Arbeit diskutiert. Seiner Analyse nach befinden sich die Gewerkschaften im Zuge ihrer Konzentration auf das Kerngeschäft der Betriebs-, Tarif-, Sozial- und Industriepolitik deutlich in der Defensive, die Mitgliederbindung in den traditionellen Milieus schwächt sich weiter ab und der Trend zu einer Entpolitisierung gewerkschaftlicher Interessenvertretungsarbeit setze sich fort. Diese und weitere Defizite zeigen den Bedarf für Organisations- und Politikberatung für Gewerkschaften auf, für die dann wesentliche Ansatzpunkte aufgeführt werden.

Heide Mertens betrachtet die arbeitspolitischen Ansätze für die, die an den Rändern des sich verändernden Systems der Erwerbsarbeit immer weniger Chancen auf eine Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt haben. Am Beispiel „neue Arbeit“ für Mühlheim – lokale Ansätze für ein bedürfnisorientiertes Wirtschaften – verweist sie auf die Bedeutung der Entwicklung einer Kultur neben der Erwerbsarbeit und diskutiert Erfahrungen im Bereich unbezahlter Arbeit

und lokaler Selbsthilfe, weil ganz offensichtlich die außerhalb der profitorientierten Ökonomie unbezahlt erbrachten Eigenleistungen der Mitglieder von Haushalten und der Austausch von Dienstleistungen der Haushalte untereinander einen wesentlichen Beitrag zur sozialen Sicherheit und der Schaffung von Wohlstand in der Gesellschaft leisten.

Anstelle einer Angleichung von ehrenamtlicher Arbeit und Formen kreativer Eigenarbeit an die formale Erwerbsarbeit wird von ihr gefordert, über geeignete Infrastrukturen, Beratung und Bildung soziale Räume zu schaffen, in denen Selbsthilfe und Eigenarbeit möglich werden. Die Grenzen zwischen bezahlter und unbezahlter Arbeit werden immer fließender, deswegen muss zukunftsfähige Arbeitspolitik diese so verändern, dass jeder und jede beides im Leben vereinen kann, was auch eine neue Debatte über Modelle der Grundsicherung beinhaltet, die soziale Sicherheit von Erwerbsarbeit entkoppelt.

Als Mitherausgeber rundet *Frieder Otto Wolf* in seiner abschließenden Zusammenfassung – *Überlegungen über die „Neue Arbeit“ im Hinblick auf ihre gesellschaftlichen Gestaltungsmöglichkeiten – Selberausbeutung im Übergang wohin?* – den Dialog ab und zeigt u.a. auf, wie der seit zwei Jahrzehnten hegemoniale neoliberale Diskurs in den Veränderungsprozessen und Metamorphosen der neuen Arbeit seine Anknüpfungspunkte findet.

Zwischen Selbstbestimmung und Selbstausbeutung erscheint die marktvermittelte Selbstorganisation der Arbeit als alternativlos und in vielerlei Hinsicht zunächst auch als befreiend, wobei aber auch diese neue Form der Ware Arbeitskraft ihre Erfahrungen in

sehr widersprüchlicher Weise macht. Aus diesen umfassenden Analysen wird dann als eine wichtige gesellschaftstheoretische Konsequenz aufgezeigt, dass das Verhältnis zwischen dem herrschenden und ausbeutenden Pol des Kapitals und dem subalternen und ausgebeuteten Pol der Lohnarbeit eine neue Erscheinungsform annimmt.

In dem diese beiden Pole zunehmend scheinbar selbstständig nebeneinander auftreten, anstatt dass das Kapital innerhalb der klassischen Fabrik die Lohnarbeiter in despotischer Weise reell unter sich subsumiert, wird die Selberausbeutung im Interesse des Kapitals zur marktvermittelten gesellschaftlichen Aufgabe der neuen Form der Ware Arbeitskraft.

Abschließend plädiert er für ein „Aufklärungswissen“, das sich an die Subjekte der „neuen Arbeit“ wendet, damit diese realitätstüchtige Initiativen und Bündnisse gestalten können: „Durch die Konkretisierung von verknüpfenden Begriffen wie etwa 'abhängige Arbeit', 'Mobilisierung der Subjektivität' oder 'stoffliche Verkettung von Arbeiten' bzw. von Unterscheidungen wie etwa 'Selbertun' und 'Selbstbestimmung', von 'Demokratisierung' und 'Liberalisierung' oder von 'primärer' und 'sekundärer' Arbeitspolitik kann eine derartige theoretische Arbeit den Beteiligten und Betroffenen selbst Zugriffe für eine Arbeit der Selbstverständigung, des Beurteilens und Unterscheidens an die Hand geben, die sie ohne derartige Hilfen und Vorleistungen nur sehr viel schwerer würden leisten können, die ihnen aber auch – gerade unter den neuen Verhältnissen – kein intellektueller oder politischer 'Stellvertreter' wird abnehmen können.“

Horst Groschopp

Über Irdisches – eine Religionskritik

Thesen zum gleichnamigen Diskussionsabend mit Thomas Ruster an der Katholischen Akademie Berlin, Auftaktveranstaltung der Reihe „Mit Heiden leben“, am 14. Oktober 2003, ein religiös-weltanschaulicher Disput mit Thomas Ruster, Theologe an der Dortmunder Universität, über dessen Buch: Der verwechselbare Gott. Theologie nach der Entflechtung von Christentum und Religion. Freiburg, Basel u. Wien: Herder 2000, 225 S., ISBN 3-451-02181-1, 22.50 €

Theologische Religionskritik

Innerhalb der Katholischen Theologie gibt es eine Religionskritik, bei der wichtige Aussagen auch von einer humanistischen Position geteilt werden können – aber nur hinsichtlich der Beobachtungen, nicht hinsichtlich der Ausgangspunkte, schon gar nicht in den Folgerungen. Das Buch von Thomas Ruster stellt Religion und Christentum nebeneinander, konstatiert sogar ein Auseinanderfallen, meint, wahres Christentum müsse sich von der üblichen Religion lösen, weil diese, um hier mal einen Ausdruck Herbert Marcuses anklängen zu lassen, „affirmative Kultur“ geworden sei.

Der Autor spricht – im Anklang an Walter Benjamin – vom Kapitalismus als einer Religion, die in ihren Formen dem Kult des Warentauschs huldigt, Zukunftsvorsorge aus der Geldperspektive verspricht und letztlich Götzendienst darstellt. Und bezogen auf Luther meint er, der Mammon sei des wahren Gottes Gegenspiel. Der Ausweg aus dem Dilemma der kapitalistischen Religion orientiert sich am Gerüst der Christologie und hat seinen Plan in der richtigen Deutung und Aneignung der Bibel als Gottes Offenbarung.

Dieser Schluss kann einen Sozialwissenschaftler nicht befriedigen, schon gar keinen, der Marx' Frühschriften gelesen hat mit der Idee, man solle von der Kritik der Religion zur Kritik des Rechts, und von der Kritik der Theologie zur Kritik der Politik voranschreiten.

Ruster sieht als jemand, der Religionspädagoginnen ausbildet, sehr klar die Fehl- und Fehlerstellen eines Religion und Macht gewordenen, hierarchischen und ökonomischen

basierten Christentums. Bei seiner Gedankenführung fällt aber auf, dass die nichtreligiösen Atheisten, Freidenker und Humanisten gar nicht vorkommen. Er sieht – an Karl Rahner geschult – in allen Menschen a priori das Religiöse angelegt.

Das mag theologisch logisch sein, muss dann aber, weil es eine Glaubenshypothese ist, auch für den gegenteiligen Standpunkt gelten, was eine ursprüngliche religiös-atheistische Indifferenz des einzelnen Menschen in seiner Biographie wie der Menschheit in ihrer Geschichte annimmt, wie das z.B. Georges Minois in seiner *Geschichte des Atheismus* darstellt.

Interessant ist in diesem Zusammenhang ebenfalls, dass der Autor von dem Wort Kirche einen sehr sparsamen Gebrauch macht. Kirche scheint in Religion, wie er sie kritisiert, eingeordnet. Der wirklich Gott suchende Mensch braucht wohl entweder keine Kirche oder sie bildet sich aus der Summe derjenigen, die Gott suchen. Dann ist sie ohne größeren Apparat gedacht. Mir ist diese These besonders sympathisch wegen ihrer kulturpolitischen Implikationen. Eine solche Gemeinschaft kommt dann nämlich ohne Kirchensteuern und ohne Religionsunterricht in staatlichen Schulen aus.

Fehl- und Fehlerstellen eines Christentums, das sich von der Religion zu emanzipieren hat, weil es sich „gut im Kreis der Religionen eingerichtet hat“, liegen nach Ruster *erstens* im gleichgültig gewordenen Verhältnis zu anderen Religionen (Problem der gleichen Gültigkeit); *zweitens* im überbetonten Stellenwert der religiösen Erfahrungen (die auf die Wirklichkeit – das Irdische – ausgerichtet sind und

nicht auf die Verkündungen und Erfahrungen der Bibel); und *drittens* im Abschied vom christlichen Erlösungsgedanken, der zum Angebot ohne Nachfrage geworden sei. Zusammengefasst bedeutet das: Religion beteiligt sich an der ungerechten Verteilung der Güter, argumentiert politisch und ökonomisch – nicht mehr im Sinne einer unverfügbaren Gleichheit aller zu dem einen Gott.

Ich glaube, dass dieser Verlust am Kern dessen, was das originär Christliche auch in den Augen derjenigen ausmacht, die es von außen ansehen, richtig beobachtet ist und durch soziologische Studien erhärtet wird.

Ruster beklagt die Verweltlichung des Christentums, sein Hineingehen in die irdische Welt mit all den Verbiegungen, die so was immer einträgt. Würde aber die Kirche auf die seit Wichern und Ketteler entwickelten, sehr diesseitigen sozialen und ökonomischen Tätigkeitsfelder verzichten, sie wäre auch keine ethische Instanz mehr.

Neuansatz: Praktischer Humanismus

Hier eine Parallele zu den deutschen Humanisten zu ziehen ist für die neue säkulare Religionskritik lehrreich. In ihrer Theorie und Praxis machen die organisierten Humanisten gerade einen Neuansatz, der sie wegführt von den fundamentalistischen Verkündungen freidenkerischer Weisheiten hin zu den Bedürfnissen von Menschen nach Hilfe und Sinn. Das fällt selbstredend schwer, zumal ihnen die eigenen sozialen Institutionen 1933 geraubt und – in beiden deutschen Staaten höchst unterschiedlich – nach 1945 vergesellschaftet wurden. So sehen viele von denen, die säkularen Verbänden angehören, die Hinwendung zu einem praktischen Humanismus als Verlust der grundsätzlichen atheistischen Religionskritik. Das hat mit der freidenkerischen Tradition der Religionskritik zu tun, die lange Zeit ausschließlich eine sehr politische, kirchenkämpferische und kognitive war.

Dass Wissenschaft die Weltanschauung bilden könne, war sogar eine allgemein akzep-

tierte Anschauung. Und da die organisierten Humanisten – um den Begriff einmal zu benutzen, um verständlich zu bleiben – keine Theologie ausbilden konnten und wollten, sehen sie heute zum überwiegenden Teil ihre Bedürfnisse an Theorie durch die modernen Sozial- und Geisteswissenschaften gedeckt – erfahren aber einen doppelten deutlichen Mangel: *erstens* an Forschungen zum säkularen Humanismus in diesen Wissenschaften; und *zweitens* an plausiblen Zusammenfassungen dessen, was in Deutschland kirchenjuristisch und religionspolitisch „Konfession“ heißt – woran also glaubt, wer das nicht glaubt, was in Religionen geglaubt wird.

In der Weimarer Republik wurden die Konfessionslosen noch Dissidenten genannt – Abtrünnige, Getrennte, Außerkirchliche – und erstmals in größerem Stil öffentlich wirksam. Nach dem zweiten Weltkrieg nahm mit den Zuwanderungen die religiöse Durchmischung der Bundesrepublik an Vielgestaltigkeit ebenso zu wie die Konfessionslosigkeit. Nach dem Beitritt der DDR zum Grundgesetz und verbunden mit der allmählichen Erkenntnis in den Kirchen, dass der Osten nicht remissionierbar ist, wird der gesellschaftliche Umgang mit einem selbstverständlich nicht-religiösen und dennoch ethisch geprägten und als gelungenen gesehenen Leben zu einem Thema – auch der kirchlichen Akademien. Denn das ist ja die eigentliche Religionskritik – dass man ohne Religion und ohne Christentum gut und richtig zu leben vermag.

Manche nennen dieses Phänomen „dritte Konfession“, um dreierlei auszudrücken: diese Leute haben Überzeugungen (eigene „Bekanntnisse“), sie bilden Gemeinschaften (kommunikative wie organisierte) und sie sind viele, etwa ein Drittel der deutschen Gesellschaft (und davon wieder fast die Hälfte Ostdeutsche).

Diskurs über Erfahrungen

Ein Problem des geistigen Umgangs der „Dissidenten“ mit den Konfessionellen

(inzwischen außer katholischen und evangelischen Christen auch zahlreiche „konfessionelle“ Moslems) besteht darin, dass Nichtglaubenden weitgehend verschlossen bleibt, wie und was Glaubende glauben. Und da die „Nichtglaubenden“ zum „Glauben“ lediglich einen eher beobachtenden und kognitiven Zugang haben, und sie das, was anderen Glauben ist, nur als Kirchenpolitik erleben, bleibt ihnen das Eigentliche verschlossen und interessiert sie auch nicht sonderlich – wie es umgekehrt unverständlich bleibt, wie man ohne Gott zu leben vermag.

Wenn dann noch hinzu kommt, dass der Glauben der Glaubenden seine Grundlage in der Offenbarung Gottes in der Schrift hat (so Ruster), wird ein Dialog schwierig bis unmöglich. Das Reden über den „Glauben“ dreht sich um das nicht Verifizierbare und nicht Vergleichbare, um dasjenige, was sich wissenschaftlicher Bewertung entzieht – nämlich die „letzten Gewissheiten“, die sich Glaubende aus Uberirdischem ableiten können. Was einem Christen oder Moslem „wahr“ ist, erscheint einem Atheisten im besten Falle als Märchen, Legende oder Mythos.

Das deutlich auszusprechen ist nötig, um keine Illusionen zu haben, wenn es darum geht, Grundpfeiler eines anderen (hier humanistischen) Sinns darzustellen. Um nicht auszuufern, soll sich das an Thomas Rusters drei hauptsächlichen Religionskritiken orientieren. Es werden einfach Gegenthesen gebildet, die – da so etwas immer und sowieso subjektiv ist – in der Ich-Form vorgestellt werden.

1. Gott ist mir in einem doppelten Sinne gleichgültig. Er kommt in meinen Gewissheiten nicht vor. Ich weiß aber, dass andere mit Gott rechnen, akzeptiere dies und will nicht mit ihnen über die letzten Antworten streiten, sondern über das, was daraus folgt in irdischen existenziellen Lebenssituationen;

dazu zwei Streit- und Stichworte: Schwangerschaftsabbruch und Sterbehilfe. Dabei weiß ich aber auch, dass der ethische Diskurs den religiösen wie weltanschaulichen verlässt. Ruster will diesen Schritt nicht gehen, es ist ihm ein anderer Dialog und Teil seiner Religionskritik, dass die Theologie in Teilen ethisch geworden ist. Mir ist er willkommen, weil er die vage Ebene des Weltanschaulichen verlässt, wenn der Streit ins verifizierbare Ethische, Kulturwissenschaftliche usw. aufsteigt, weil er dann über das Irdische verhandelt.

2. Ich habe keine andere Chance das Leben zu meistern, als meinen Erfahrungen zu vertrauen, sie zu hinterfragen und die Erfahrungswissenschaften zu Rate zu ziehen, wohl wissend, dass Wissenschaft auch auf meine Kulturanschauung nur wenig Einfluss hat. Also muss ich, wenn ich Humanismus für wertvoll halte für diejenigen, die wie ich an keinen Gott glauben, mit anderen Gleichgesinnten kommunizieren und eigene Antworten finden. Hier stimme ich mit Ruster überein, der vom Konstruktionsauftrag der Theologie spricht, und reklamiere ähnliches für eine noch zu entwickelnde Humanistik. Doch suchen Humanisten sicher in anderen Quellen als er nach den jeweils nur vorläufigen Wahrheiten.

3. Erlösung erwarte ich nicht, von niemand und niemals. Ich will und muss im Hier und Heute bestehen. Da habe ich meine Utopien und Grundsätze von der Würde und Gleichheit der Menschen vor den Menschen und der Einmaligkeit und Unwiederholbarkeit jeden Lebens, das einen Anfang und ein Ende hat, das möglichst selbstbestimmt geführt werden will, ohne Auferstehung, aber mit der Möglichkeit, anderen im Gedächtnis zu bleiben, möglichst angenehm und vielleicht eine längere Zeit.

Rezensionen

Staat und Kirche im werdenden Europa

Nationale Unterschiede und Gemeinsamkeiten. Hg. von Dieter Fauth u. Erich Satter. Würzburg: Religion & Kultur Verlag 2003, 240 S., 4 Abb., ISBN 3-933891-13-2, 15.- €

Berichte über politische oder wissenschaftliche Tagungen veralten häufig schnell. Die Aktualität der Ereignisse überholt die Berichterstattung. Aber es gibt Ausnahmen. Die *Freie Akademie* hat Ende Mai 2001 eine Arbeitstagung durchgeführt, über die Band 22 ihrer Schriftenreihe informiert: *Staat und Kirche im werdenden Europa*. Die Dokumentation der Referate dieser Tagung hat Gültigkeit und Bedeutung über das Jahr ihrer Entstehung hinaus. Manche Themen haben eher noch an Aktualität gewonnen.

Die Tagung war mit profilierten Referenten und Diskussionsteilnehmern besetzt. Sie befasste sich in vielfältiger Form mit der historischen Entwicklung und der gegenwärtigen Aktualität sowie den Zukunftsperspektiven des Staat-Kirche-Verhältnisses im werdenden Europa. Wenn in diesem Jahr die *Europäische Union* sich erweitert, wird die Betrachtung von Dieter Fauth und Erich Satter zur europäischen Perspektive des Staat-Kirche-Verhältnisses auch für die allgemeine geschätzte Leserschaft aktuell.

Europa auch als Kulturraum zu verstehen und nicht etwa nur als Wirtschaftsgröße zu sehen, ist der Wille der EU, der sich in der Osterweiterung realisiert: 25 Prozent mehr Menschen werden der EU angehören. Das Bruttosozialprodukt der EU aber erweitert sich lediglich um 2,5 Prozent. Dass dies Auswirkungen auf das Verhältnis von Religion und Weltanschauung in der EU hat, dürfte jedem klar sein, der sich mit dem Thema befasst.

Im vergangenen Jahr konnten wir bei den Beratungen des Verfassungskonvents der EU sehen, welche Brisanz in der Thematik des Gottesbezuges dieser Verfassung liegt. In der dokumentierten Tagung wird präzise fundiertes Material über die

Entstehungsgeschichte und den Beratungsgang zur *Europäischen Verfassung* berichtet. Die Einordnung des deutschen Staatskirchenrechts in ein europäisches Religionsverfassungsrecht ist ein weiteres auf der Tagung erörtertes Thema, das auch heute noch in der Verfassungsdiskussion der *Europäischen Union* virulent ist.

Im Einzelnen: Wilhelm Kühmann befasst sich mit dem Thema "Staat und Kirche in der Literatur religiöser Dissidenten", Hans Michael Heinig referiert über den Weg "vom deutschen Staatskirchenrecht zum europäischen Religions(verfassungs)recht" und Johannes Neumann dokumentiert "Staat und Kirchen im verfassungsrechtlichen Texten der Europäischen Union und ihrer Mitgliedsstaaten", ein Betrag, ohne den das Verhältnis von Staat und Kirchen in der *Europäischen Union* und in den Akten der EU nicht vollständig verstanden werden kann.

In dem Beitrag von Christian Walter geht es um den "Schutz religiöser Minderheiten im Recht der europäischen Gemeinschaft und nach der europäischen Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten". Über "Finanzierung von Kirchen" referiert Christoph Körner und Andreas M. Rauch legt Konzepte in Europa zum Sozialbereich von Staat und Kirchen dar. Das Hochschulwesen behandelt Gerd Lüdemann und Wissenschaft und Bildung Alphons Van Dijk. Herbert Schultze berichtet über "Religions- und Ethikkundeunterricht an öffentlichen Schulen im länderübergreifenden Vergleich".

Alle Beiträge sind auch für den Nichthistoriker und Nichtjuristen gut lesbar. Für den am Thema interessierten Leser bringen sie Gewinn an Wissen und Erfahrung. Dies kleine Buch ist ein wertvolles Nachschlagewerk, das in den Bücherschrank jedes politisch, historisch und wissenschaftlich Interessierten gehört, der sich mit dem Verhältnis von Staat und Kirche im werdenden Europa, in diesem immer größer werdenden Kulturraum befasst.

Wolfgang Lüder

Friedrich Heer

Das Wagnis der schöpferischen Vernunft

Hg. von Konrad Paul Liessmann. Wien: Böhlau Verlag 2003, 449 S. (Friedrich Heer: Ausgewählte Werke in Einzelbänden, Bd. 1), ISBN 3-205-77124-9, 35.- €

Zwanzig Jahre nach dem Tod Friedrich Heers eröffnet der Böhlau Verlag seine Reihe der Neuauflagen der Werke des österreichischen "Linkskatholiken" – so nannte ihn seine konservativen Gegner – und Humanisten Friedrich Heer (1916-1983) mit dessen letztem Werk, das zudem in der Fachwelt überhaupt nicht mehr zur Kenntnis genommen wurde.

Diese Nichtrezeption seines "geistigen Testaments an die Deutschen" dürfte seinen Grund in der hierzulande wenig geschätzten essayistischen Darstellungsweise haben. Die Veröffentlichung damals geschah, als der ähnlich geartete Strukturalismus von Claude Lévi-Strauss in Deutschland stark rezipiert wurde. Beide verstehen die Geschichte als Erzählung, als Partitur des Mythos. Während Lévi-Strauss sich auf Tiefenstrukturen konzentrierte, interessierte sich Heer mehr für die Arbeit des Motivs im Gesamtkunstwerk, für die im Mythos steckende dynamische Kraft, die in der Geschichte und Gesellschaft schafft, wirkt und webt. Sie nannte Heer "schöpferische Vernunft", womit er ein Vertrauen in die Zukunft bekundete. Er, der nicht nur Professor der Geschichte und Publizist, sondern auch Dramaturg am Wiener Burgtheater war, erzählt farbig und lebendig von der Rolle der "Phantasie" und der "Fiktion" im Geschichtsprozess des Abendlandes.

Begriff und Idee der "schöpferischen Vernunft" hat Heer der Philosophie von Leibniz und Hegel entnommen. Auf eine kurze anschauliche Formel gebracht, meinte Heer damit das *Denken* mit dem *Herzen* und das *Fühlen* mit dem *Hirn*. Er wollte die religiös-magischen und mystischen Wurzeln jener Verschränkung von Rationalität und Irrationalität offen legen.

Im ersten Kapitel *Israel: Explodierende Geschichte* beginnt Heers Text mit dem Streitgespräch einer ägyptischen Politologin, deren Vater gegen die Aufnahme Israels in die UNO gestimmt hatte, und einem israelischen Schriftsteller und Soldaten im Sechs-Tage-Krieg aus dem Jahre 1974.

Dieser hat Angst vor der – daher auch die Kapitelüberschrift! – "explosiven Mischung von Religion und Chauvinismus" der national-religiösen Partei in Israel und deren Gebietsansprüche auf Grund dessen, "was Gott und Abraham in der Bronzezeit zueinander gesagt haben sollen".

Dann macht Heer die Rückblende – eine Technik, die er sehr häufig anwendet und die *alte* Geschichte heute als höchst aktuell zeigt – in die Zeit, da Israel in Ägypten war. Im Kontrast zur Interpretation der National-religiösen und ihren abgeleiteten Forderungen deutet Heer – ganz im Einklang mit der Bibelwissenschaft – die Bibel als Dichtung aus Mythen, Märchen, Kultsagen und Familiengeschichten.

Moses ist ihm nicht eine historische Person, sondern eine gedichtete Gestalt, semiologisch: ein Zeichen, ein Signifikant. In gleicher Weise verfährt er mit allen weiteren Namen. Moses ist bei ihm Projektionsfläche, und diese werde in der Regel nicht als eine Fiktion, sondern als historische Wahrheit rezipiert.

Im *Alten Testament* – auch Dichtung – sieht er die Kreation eines Gottesbildes, das in der Auseinandersetzung der israelitischen Propheten mit ihrem Gott um die Frage der Gerechtigkeit Jahwes geschaffen wurde und das sich seither seine je eigene Form sucht. Wie dort die "schöpferische Vernunft" gewirkt und gewoben hat, so Jahrhunderte später auch in der Philosophie von Karl Marx oder Ernst Bloch (provokant: "atheistischer Theologe"), deren Werke ihm auch Dichtungen sind.

Ebenso sieht Heer die "schöpferische Vernunft" in den Evangelien – auch das ist Dichtung – am Wirken. Ihnen billigt er denselben Wahrheitsgehalt wie den Dramen Shakespeares oder Schillers zu. Das Papsttum nimmt er als ein Dichtwerk der "schöpferischen politischen Einbildungskraft", der Phantasie des Westens, aus der die "reine Vernunft", die "wahre Philosophie" und die "reine Wissenschaft" erwachsen. Ihre Zerschlagung gelang dem rigoristischen Denken der Scholastiker, Zölibatären, Asketen ebenso wie der Calvinisten und modernen Wissenschaftler.

"Reine" Wissenschaftler und Theologen sind ihm "siamesische Zwillinge", "Schergen einer instrumentellen Vernunft", die Universität die Kirche der Moderne, die Andersdenkende exkommuniziert wie früher die Kirchen, d.h. Menschen einer

anderen Vernunft nicht als Partner, als "Mit-Denker" im Raum der "schöpferischen Vernunft" wahrnimmt.

Heers Darstellung macht zahlreiche Zeitsprünge und pendelt zwischen Faszination – etwa wenn er voller Begeisterung vom Papsttum des frühen Mittelalters oder dem Aufstieg der Naturwissenschaft spricht – und Abscheu, wenn er auf die Schattenseiten der Institutionalisierung von Lehrgebäuden zu sprechen kommt. Mit der Einbettung von Außenseitern und Vergessenen oder Verteufelten in der (Rezeptions-)Geschichte in den abendländischen main stream der Geschichte gelingt Heer ihre Darstellung als die eines offenen Prozesses, oder – wie man heute zu sagen pflegt – eines Diskurses, in dem immer wieder Freiräume für das Humanum, das Prinzip und Ziel zugleich sei, geöffnet wurden. Egal ob Kirche, Universität oder Jurisprudenz – Heer zeigt die religiösen, magischen und mystischen Wurzeln der jeweiligen Institution oder Wissenschaftsdisziplin (z.B. "Rechtsmystik").

Wegen der Breite seiner Darstellung und der vielen interessanten Literatur ist der Wiederabdruck dieses Buches begrüßenswert. Interessant ist Heers Buch auch deshalb, weil es im humanistischen Diskurs dem Marxisten christliche Humanisten und dem Christen atheistische Humanisten nahe bringt.

Wünschenswert wäre es für heutige Leser gewesen, eine Erklärung der weniger bekannten Namen historischer Personen anzufügen und hie und da auch zu kommentieren. Für Insider der abendländischen Geistesgeschichte ist das Buch leicht lesbar, anregend und zum Widerspruch reizend; für diejenigen, die die Theologiegeschichte nicht kennt, bleibt Vieles im Dunkeln. Dennoch lohnt sich die Lektüre dieses linkskatholischen Humanisten, dem es seit seiner Jugendzeit um die Überwindung von ideologischen Grenzen insbesondere zwischen Christen und Marxisten ging.

Ulrich Nanko

Verletztes Gedächtnis

Erinnerungskultur und Zeitgeschichte im Konflikt. Hg. von Konrad H. Jarausch u. Martin Sabrow. Frankfurt a.M.: Campus Verlag 2002, 275 S., ISBN 3-593-37023-9, 29,90 €

Der Sammelband veröffentlicht zehn Beiträge einer *Die Historisierung der Gegenwart* überschriebenen Tagung des *Zentrums für Zeithistorische Forschung* (ZZF) vom März 2001. Er thematisiert das Verhältnis von öffentlicher Erinnerungskultur und wissenschaftlicher Erforschung der Zeitgeschichte.

Historisches ist in den Medien und im Gedenk- und Ausstellungsbetrieb allgegenwärtig. Ein Übermaß an Erinnerung und Kolportage von "Primärerfahrungen" wird konstatiert. Zugleich haben die widersprüchlichen Erinnerungen großen Anteil an der aktuellen Identitätskrise, weil kontroverses subjektives Zurück-Schauen (etwa auf die beiden Diktaturen in Deutschland) nicht nur auf sachlichen Differenzen beruht, sondern das aktuelle politische Geschäft mit konstituiert, emotionalisiert und moralisiert.

Das reicht hinein bis in gesellschaftliche Buß- und Jubiläumsrituale, die Y. Michael Bodemann (Toronto) soziologisch als "Gedächtnistheater in Deutschland 1960-1975" sehr plastisch vorstellt. Moshe Zimmermann (Jerusalem) erhärtet diese Darstellung durch die Analyse von deutsch-jüdischen Täter-Opfer-Dichotomien, was den Wandel vom Täter zum Opfer und umgekehrt ebenso einschließt wie die Kultivierung der Opferrolle aus politischen Erwägungen durch selektive Erinnerung einschließt. Gerade diese beiden Beiträge zeigen, dass Zeithistoriker selbst Teil jeder Vergangenheitspolitik sind. Sie bewegen sich in deren Feldern, wie Ralph Jessen (Berlin) an drei Historikergenerationen belegt (Weltkriegs-, Flakhelfer- und Nachkriegsgeneration) und Axel Schildt (Hamburg) anhand von Abfolgen historisch-ideologischer Legitimationsbilder der Bundesrepublik vorstellt (Erfolgs-, Misserfolgs-, Modernisierungs-, Belastungs- und Verwestlichungsgeschichte).

Der Unterhaltungswert von Erinnerungen in literarischen Erzählungen (vgl. Beitrag über "fiktive Zeitgeschichte" von Wolfgang Hardtwig, HU Berlin), Kunst und Medienbetrieb ist ungleich größer als in wissenschaftlichen Erörterungen, wie Hans

Günter Hockerts (München) anschaulich beschreibt und als Beispiel für die Wirkung die Schülerfrage zitiert, ob Hitler vor oder nach Asterix gewesen sei. Eine "Disziplinierung" dessen, was Jan Assmann das "kommunikative Gedächtnis" genannt hat, durch Wissenschaft ist schwierig bis unmöglich, denn sie erfordert "kognitive Distanz" (Jarausch), zumal *erstens* gilt: "Die Geschichtswissenschaft hat noch nie das Monopol für die Vermittlung der Geschichte besessen" (Hockerts, S.39); und *zweitens* die Untersuchung von Martin Sabrow (FU Berlin und ZZf) über Historiker als Zeitzeugen nach 1945 und 1989 zeigt, "dass der Historiker eben doch kein besserer Zeiteuge ist." (S.152)

Zeitzeugen treten wie gesicherte Quellen auf und Zeithistoriker haben sich mit diesen Wirklichkeit schaffenden Rück-Sichten ebenso auseinander zu setzen wie mit den historisch belegbaren Tatsachen selbst – schon deshalb, weil ihre Produktionen den Verdikten von Zeitzeugen unterliegen, die alles besser, anders oder gar nicht gesehen haben oder gesehen haben wollen. In diesen Konflikten schält sich das heraus, was erinnert wird: der Rest verfällt dem Vergessen, bis ihm vielleicht wieder gedacht wird. Der französische Geschichtsphilosoph Paul Ricœur hat dieses Phänomen der sich verzerrenden Bilder von dem was war "das verletzte Gedächtnis" genannt (*Das Rätsel der Vergangenheit*, 1999).

Konrad H. Jarausch (Direktor des o.g. Potsdamer Instituts) leitet in den Band ein und kommt zu dem Ergebnis, dass Erinnerungskulturen veränderlich sind. Habe sich in der westdeutschen Bevölkerung und Wissenschaft das anfänglich positive Gedenken – das Peter Fritzsche (University of Illinois) als "volkstümliche Erinnerung" genauer beschreibt – an die Nazi-Zeit gewandelt, sei in Ostdeutschland gerade das Gegenteil im Rückblick auf die DDR zu verzeichnen (was Dietrich Mühlberg, Gast am ZZf und Mitglied des Präsidiums der *Humanistischen Akademie*) in seinem Beitrag ausführlich schildert. Mühlberg stellt zudem einen weitgehenden Verlust lebensweltlicher Erinnerungszeichen fest, in deren Folge sich eine offizielle Geschichtsdeutung mit problematischem Ergebnis durchsetzt, weil sich Lebenserfahrung und Deutungen deutlich widersprechen. Die kulturelle Integration Ostdeutscher wird gerade dadurch behindert, dass eine selbstbestimmte Gedächtniskultur fehlt.

Jarausch fordert zusammenfassend, dass "Zeithistoriker bewusst eine Historisierung vorantreiben [sollen], die auf persönliche Erfahrungen eingeht und sie mit wissenschaftlichen Erkenntnissen in ein komplexeres Bild der Vergangenheiten integriert." (S.37)

Das trifft selbstredend auch auf die Geschichte des säkularen Humanismus zu, dem eine eigene Gedächtniskultur und erst Recht eine des Erinnerens weitgehend fehlt und öffentliche Deutungen der Geschichte gepflegt werden, die einer christlichen Symbolik folgen, wie Bodemann an Brandts Kniefall in Warschau so bewertet: Der Judenmord wurde "erst durch ein christlich-zivilreligiöses Idiom absorbierbar; frühere, universalistische, säkulare Versuche des Gedenkens schlugen fehl." (S195) Und wenn Hockerts betont, dass in den letzten Jahren "der säkularisierte Blick auf die Vergangenheit an Bedeutung gewonnen hat" (S.52), dann sagt dies ja nur, dass die religiös-christliche Hegemonie in der Erinnerungskultur fortbesteht und die weltlich-atheistische Sicht ein "verletztes Gedächtnis" hat – ein Phänomen, dem Geschichte und Zeitgeschichte einmal nachgehen sollten.

Horst Groschopp

Die Tätigkeit der Philosophen

Beiträge zur radikalen Philosophie. Hg. von Thomas Heinrichs, Heike Weinbach u. Frieder Otto Wolf. Münster: Westfälisches Dampfboot 2003, 227 S., ISBN 3-89691-552-5, 24,80 €

Was unterscheidet die Tätigkeiten der PhilosophInnen von anderen vergleichbaren Praktiken der Kommunikation und des Denkens? Mit dem wissenschaftlichen Ansatz der *Radikalen Philosophie* (vgl. *humanismus aktuell*, H.11, Rezension zum gleichnamigen Buch von F. O. Wolf) erklären die sieben AutorInnen ihre jeweiligen Tätigkeiten, mit denen sie die Autonomie der Vielen unterstützen und stärken wollen, im Gegensatz zur traditionellen philosophischen Tätigkeit, die das Selberdenken der Vielen dafür benutzt, durch Selbstunterwerfung immer wieder Herrschaftsverhältnisse zu reproduzieren.

Auch dieses Buch geht – wie die Arbeiten von Thomas Heinrichs (vgl. *humanismus aktuell*, H.12,

Rezension zum Buch *Freiheit und Gerechtigkeit*, 2002) und Heike Weinbach (*Was Sie schon immer über Gender wissen wollten ...*, 2003) von der im angelsächsischen Raum existierenden *radical philosophy* aus (*Radical Philosophy Association, Radical Philosophy Group*) und schlägt vor, dieses Feld philosophischer Tätigkeiten in die kritische Debatte deutscher Sprache zu übertragen.

Radikale Philosophie lädt alle dazu ein, sich philosophische Hilfsmittel zu verschaffen, um wirklich selber zu denken, um sich selber über die Wirklichkeit aufzuklären, Illusionen zu kritisieren und um im Denken gegen alle Formen von Herrschaft mit dem Ziel ihrer Überwindung vorzugehen.

Ihre metaphilosophische Untersuchung über ihre Tätigkeiten beginnen die radikalen PhilosophInnen zunächst damit, kritisch zu analysieren, was andere vor ihnen als PhilosophInnen getan haben – und zwar sowohl verdeckt als auch offen und sowohl herrschaftsaffirmativ als auch herrschaftskritisch. In ihrem Beitrag *Was tun die Philosophen? Die deutsche Philosophie des 20. Jahrhunderts in der Etappe* beschreiben Thomas Heinrichs und Frieder O. Wolf den diskurspolitischen Charakter der Philosophie und arbeiten deren staatstragende Funktion an den Umbruchstellen 1933 und 1945 heraus, in dem über die Dinge geredet wurde, ohne dass sie konkret angesprochen wurden.

Christian Jäger umreißt in seinem programmatischen Beitrag *Doppelter Einsatz gedoppelt* zwei Dimensionen einer Tätigkeit von PhilosophInnen: die Tätigkeiten des "Bedenkens und Wünschens", in denen sich ein Philosophieren entfalten kann, das "nicht repräsentativen Zwecken dient"; und die Tätigkeit des "Versprechens und Fürsprechens", durch die sich eine nicht-akademische Praxis der Philosophie in der Begegnung mit der Nicht-Philosophie eine "Fluchtlinie" eröffnet, in der sie ihre Instrumentalisierung durch Herrschaftsansprüche präventiv unterlaufen und dadurch dazu beitragen kann, "ein Werden zu ermöglichen".

Jäger geht davon aus, dass Philosophie sich dadurch auszeichnet, dass sie keinen Gegenstand besitzt, gegenstandslos ist und frei von einem Realen, das ihr Denken, ihre Praxis steuern könnte. Diese Freiheit von etwas gehe einher mit der Freiheit zu etwas. Darauf bezogen nennt der Autor die

akademische Philosophie in Deutschland einen klinischen Fall. Die Lebenszeichen seien schwach. Kaum noch erreichen Äußerungen eine breitere Öffentlichkeit, geschweige denn, dass philosophische Ideen aus der Universität heraus und über sie hinaus Wirksamkeit entfalten. Statt dessen zeige sich ein zunehmender Autismus, intensive Selbstbeschäftigung sowie soziale und kulturelle Desorientierung, ein Ausweichen vor der Gegenwart, so diese denn überhaupt ins Blickfeld gerät.

Heike Weinbach zeigt in ihrem Beitrag *Diesseits des Patriarchats* wie Hardt und Negri in ihrem Buch *Empire* durch ihren ontologisierenden Ansatz, durch ihre die Differenzen der Vielen negierenden Verallgemeinerungen, ganz entgegen ihrer eigenen Behauptung, nicht zu einem Projekt der Befreiung, sondern wieder nur zur Begründung einer neuen Herrschaft kommen. Sie ist der Meinung, dass Hardt und Negri patriarchalisch, eurozentrisch und universalistisch als Philosophen tätig werden. Sie tun das, was immer schon von vielen Philosophen getan wurde. Demgegenüber etikettieren sie selbst ihre Thesen als eine vollkommen neue "Befreiungsphilosophie".

Damit scheint es am Beginn des 21. Jahrhunderts so, als gäbe es weder weitreichende, umfassende feministische Herrschaftskritik und feministische Entwürfe von Befreiung und Freiheit, noch eine Kritik der Radikalen Philosophie an der Herrschaftsförmigkeit philosophischer Tradition und Traditions Herstellung. Daher gilt es langfristig die Frage zu stellen, so Weinbach, welchen Anteil Kritik an herrschaftsbildenden Traditionen hat, diese festzuschreiben und immer wieder herzustellen? Wie sehen die Alternativen aus, mit denen sich am weitesten ausweichen lässt?

In einem zweiten Beitrag – *Anarchism is a Philosophy* – über Emma Goldmann zeigt Heike Weinbach, wie eine wirklich befreiende Praxis der Philosophie aussehen kann. Dazu gehöre, wie Goldmann dies tue, Philosophie nicht als Wissens- oder Wahrheitsproduzentin zu verstehen, sondern als Form subjektiver Weltaneignung zu begreifen.

In einer Frage-, Antwort- und Thesencollage lässt Detlef Georgia Schulze Lenin, Butler, Habermas, den Verfassungsschutz, die PDS, die RAF, sich selbst und andere miteinander in einen Ideenwettbewerb treten. Ziel dieses *Kleinen Katechismus zur Beantwortung der Frage: Was ist die linksleninisti-*

sche Postmoderne? ist die Präsentation einer revolutionären theoretischen Praxis mit dem inhaltlichen Langzeitfokus: Abschaffung von Klassen, Rassen, Geschlechtern. Hier nimmt der Autor / die Autorin ("Revolution Queer-Style Now") Radikale Philosophie als veränderte Praxis auch in der Textform ernst.

In sieben Leitthesen und zahlreichen Teilthesen, Fragen und Antworten wird diskutiert, was die Quellen der linksleninistischen Postmoderne sind – oder was theoretische Praxis sei – was Empirismus, was Anti-Empirismus ist; was sind Geschlechter; ist die Zweigeschlechtlichkeit also keine biologische Tatsache; bis hin zu der Frage: Was begründet denn nun die Notwendigkeit, in den herrschenden Formen zu kämpfen?

Antwort: Die Tatsache, dass es keinen Ort außerhalb der herrschenden Verhältnisse und Formen gibt. Die linksleninistische Postmoderne kritisiert die Identitätspolitik der 1970er- und 1980er-Jahre-Linken nicht, weil jene Identitätspolitik etwa zu radikal, zu "totalitär", zu "polemisch", zu wenig tolerant gegenüber den jeweils herrschenden Seiten der bestehenden Widersprüche war, sondern weil sie nicht radikal genug war.

Susanne Lettow untersucht in ihrem Beitrag *Schlanke Philosophie. Bioethik als philosophische Praxis im Neoliberalismus*, wie sich die Tätigkeit von PhilosophInnen aufgrund der Anforderungen veränderter Herrschaftsverhältnisse gleichsam spontan "transformiert". Da Bioethik als philosophische Subdisziplin, "Bereichsethik" und Politikberatung das Denken in Zusammenhängen strukturell ausschließt, käme es darauf an, den reduzierten Ethikbegriff der Bioethik zu erweitern und ins Politische, in die politische Ökonomie zu wenden. Philosophie als Denken von Zusammenhängen und Alternativen könnte zur Artikulation eines derartigen politisch-ethischen Projektes beitragen, wobei sie ihre spezifische Kompetenz in der Kritik, d.h. im "Unterschiede-Machen" und "In-Frage-Stellen" zu erweisen hätte.

Thomas Heinrichs illustriert philosophisches Eingreifen als Restaurationseffekt auf der einen und Modernisierungslogik auf der anderen Seite an den Beispielen "Nicolai Hartmann" und an der "Hegeldebatte in der DDR". Er präsentiert mit der *Aufklärung über Techniken philosophischer Wahrheits- und Diskurspolitik* zugleich ein aufschluss-

reiches Kapitel deutscher Nachkriegsphilosophiegeschichte und ihrer Institutionalisierungsmechanismen.

Gerwin Klinger zeigt in seinem Beitrag *Ein Plädoyer für den Rechtsstaat aus dem Geist des "Totalen Staates"*. Zur *Hobbesrezeption Carl Schmitts* entgegen der verbreiteten Interpretationen, dass dies "kein Text der Enttäuschung und des Vorbehalts" ist, sondern eine Intervention einer weithin bedeutenden staatsphilosophischen Größe in die innerfaschistischen Selbstverständigungsprozesse. Am Ende seiner Leviathan-Operation hat Schmitt den Rechtsstaat von seinen republikanischen Momenten getrennt und diese "wunderbare Armatur" zugerichtet für den Führerstaat. Der Rechtsstaat, dem Schmitt das Wort redet, ist durchaus vereinbar mit der forcierten NS-Diktatur.

Frieder Otto Wolf untersucht in intensiver Auseinandersetzung mit der Rezeption der Feuerbachthesen deren Sinngehalt. In *Was tat Karl Marx in der Philosophie?* arbeitet er heraus, dass es sich dabei im Gegensatz zu der später dominierenden Auslegung der Feuerbachthesen nicht um eine philosophische Programmschrift, sondern um eine Selbstverständigungsschrift von Marx handelt, in der dieser im Prozess seines Übergangs von der Philosophie zur Wissenschaft seine momentane Position in den sich überlagernden Feldern der Philosophie, Politik und Wissenschaft zu fixieren versucht.

Marx formulierte in seiner 11. (resümierenden) These: "Die Philosophen haben die Welt nur verschieden interpretiert, es kommt darauf an, sie zu verändern." Diese Selbstaufforderung wird zum Appell an alle theoretisch Arbeitenden, sich nicht mit dem bisherigen philosophischen Typ der theoretischen Praxis zu begnügen und durch Übernahme und Weiterführung des Marxschen Modells zur "praktisch-kritischen", "revolutionären" Tätigkeit überzugehen.

Wobei dieses Denken kein Ding ist, dessen mensch sich versichern könnte, sondern der Einsatz von wirklichen Kämpfen, die ohne eigenes Denken nicht zu führen sind. Und dieses eigene Denken kann sich die dafür benötigten intellektuellen Mittel weder von der etablierten Fachphilosophie, noch von den sich immer noch für "offiziell" haltenden Marxismen entziehen lassen.

In diesem Sinne ist diese analytische Übersicht, die auch für philosophische "Laien" nachvollziehbar geschrieben ist, sehr gut dazu geeignet, den einen-genden Horizont der traditionellen Philosophie über die kritische Reflexion ihrer bisherigen Funktion und über den Ansatz der Radikalen Philosophie zu erweitern. Nach der Lektüre dieses Buches können wir zur Kenntnis nehmen, dass wir mit *der Philosophie* nicht ein für alle Mal fertig werden können, auch radikales Philosophieren braucht inmitten der Dringlichkeiten der Praxis von Aufklärung und Befreiung Zeit, sich im Diskurs der *Vielen* weiter zu entwickeln.

Pia Paust-Lassen

Sebastian Prüfer:

Sozialismus statt Religion

Die deutsche Sozialdemokratie vor der religiösen Frage 1863-1890. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2002, 392 S., ISBN 3-525-35166-6, 42.- €

Die vorliegende Untersuchung wurde 1999 als Inaugural-Dissertation am Fachbereich Geschichts- und Kulturwissenschaften der FU Berlin eingereicht und verteidigt. Der nunmehr vorliegende Text wurde leicht überarbeitet, gekürzt und um Forschungsergebnisse der Jahre 1999 und 2000 ergänzt. Der Autor ist Studienrat mit den Fächern Geschichte Evangelische Religion an der Evangelischen Schule in Berlin-Frohnau.

Sebastian Prüfers Arbeit besticht vor allem durch ein außerordentlich reichhaltiges Quellenmaterial. Einbezogen werden hier auch theologische Quellen, teilweise schwer zugängliches Material aus der Zeit der Illegalität der Sozialdemokratie (1878-1890), aus der Parteipresse, Arbeiterbiographien und Erinnerungen. Bei der Fülle des verarbeiteten Materials kann zu Recht davon gesprochen werden, dass das Thema – die Anfänge der deutschen Sozialdemokratie und die religiöse Frage – erschöpfend abgehandelt wurde.

Der Standort des Verfassers ist betont wissenschaftlich und objektiv. Allerdings sind der ideologische Standort und die Betrachtungsweisen des Verfassers nicht wenig durch Anregungen aus der Forschungsarbeit des evangelischen Theologen

Heiner Grote (*Sozialdemokratie und Religion. Eine Dokumentation für die Jahre 1863 bis 1875*. Tübingen 1968) geprägt. Positionen der radikalen Protagonisten innerhalb der skizzierten Diskussionen (etwa von Johann Most u.a.) werden betont im Konjunktiv zitiert.

Es gelingt dem Autor, dem am Thema interessierten Leser die gesamte Quellenlage vorzustellen (ausgezeichneter Apparat, S.352ff), untermauert durch eine Fülle von ausgewählten Zitaten. Die Wichtigkeit und den Stellenwert der religiösen Frage in der sozialistischen Bewegung stellt Prüfer soziologisch und umfassend in Szene. Dabei zieht sich wie ein roter Faden das grundsätzliche Dilemma der Sozialdemokratie durch die Darstellung, das Lavieren zwischen der marxistischen Theorie (1) – wonach für Deutschland die "Kritik der Religion im wesentlichen beendetigt, und die Kritik der Religion ... die Voraussetzung aller Kritik" ist (Karl Marx: Zur Kritik der Hegelschen Rechtsphilosophie, MEW 1, Berlin 1956, S.378) – und (2) den vermeintlichen Erfordernissen einer um Wähler buhlenden Partei mit einer opportunistischen theieträren Parteibürokratie. Dass diese Problematik nicht nur unsere Zeit charakterisiert, sondern schon am Beginn der sozialdemokratischen Bewegung stand, wird in der vorliegenden Studie ausführlich illustriert.

Exemplarisch hierzu die Studien zu den "Grundtopi des religionskritischen Diskurses in der frühen Sozialdemokratie" (S.44ff) mit den Diskursen zu "Religion und Herrschaft" (Bündnis von Thron und Altar) sowie die Bemühungen um die Moderne (Wissenschaft, Bildung, Bibel- und Dogmenkritik, Kultur- und Sittlichkeitsdiskussionen). Mit einbezogen werden, neben dem Parteimilieu, auch die konkurrierenden soziokulturellen Alternativen: der zeitgenössische Konservatismus, evangelische Sozialreformbemühungen, christlicher "Sozialismus", Liberalismus und sozialer Katholizismus.

Der Kampf August Bebel's, der prägenden Persönlichkeit der frühen Sozialdemokratie, gegen den Klerus, wird ausführlich dargestellt. Sein Kirchenaustritt, seine Aufklärungsschriften und historischen Abhandlungen zeigen den Parteiführer als einen kompromisslosen Freidenker.

Ein regelrechter Fundus auch an historischem Material bietet sich dem Leser an politischen Denkwürdigkeiten, wie den zahllosen Verfahren

und Verfolgungen auf der Grundlage des StGB § 166 (Gotteslästerungsparagraph), dem Kampf gegen religiöse Eidesformeln, gegen erzwungene kirchliche Rituale, gegen die kirchliche Schulaufsicht und für die – bis heute noch nicht gelöste Frage – nach der Trennung von Kirche und Staat. Aus zitierten Arbeiterbiographien und Parteipresseberichten entstehen regelrechte Kulturkampfbilder. Besonders anrührend die Kämpfe um selbstbestimmte sozialistische Bestattungen statt erzwungener kirchlicher Rituale.

Von hohem Informationswert auch die Darstellung der Bewegungen der Freireligiösen und der Freidenker im Verhältnis zur Sozialdemokratie, der Kirchenaustrittskampagnen sowie der Bewegungen für einen "sozialdemokratischen Darwinismus".

Sebastian Prüfers Arbeit kann somit allen am Thema "Sozialismus statt Religion" Interessierten dringend empfohlen werden. Neben den beiden Grundlagenwerken von Jochen-Christoph Kaiser (*Arbeiterbewegung und organisierte Religionskritik. Proletarische Freidenkergeschichte in Kaiserreich und Weimarer Republik*. Stuttgart 1981) und Horst Groschopp (*Dissidenten. Freidenkerei und Kultur in Deutschland*. Berlin 1997) – deren Schwerpunkte allerdings im 20. Jahrhundert liegen – sei nun dieses Grundlagenwerk als Vorgeschichte anempfohlen.

Illustrationen und sinnvolle Ergänzungen zum Thema der vorliegenden Arbeit finden sich in dem vom Berliner Kulturamt Prenzlauer Berg 1998 herausgegebenen Sammelband *Kein Jenseits ist, kein Aufersteh'n. Freireligiöse in der Berliner Kulturgeschichte. Begleitbuch zur gleichnamigen Ausstellung*, mit Texten u.a. von Gernot Bandur, Horst Groschopp, Manfred Isemeyer, Eckhard Müller, Horst Naumann, Uwe Voigt u.a. – Exemplarische Textausgaben mit Einführungen zu Leben und Werk zum Besprechungszeitraum und einigen auch bei Prüfer behandelten Personen liegen vor in der *Reihe Klassiker der Religionskritik* (Alibri Verlag Aschaffenburg), so zu Johann Most (1991), Albert Dulk (1995) und Jakob Stern (1997).

Heiner Jestrabek

Diese Rezension erscheint – in leicht veränderter Fassung – zugleich in: *IWK. Internationale Wissenschaftliche Korrespondenz zur Geschichte der deutschen Arbeiterbewegung*

Reinhard Goll:

Anfänge der Zukunftsforschung

Müller-Lyer und das Problem der Zukunftsforschung. Hg. u. eingel. von Klaus Norbert Scheffler. Barbel i. Old.: edition hermeneus – Klaus N. Scheffler Verlag 2003, 345 S., 33 Abb., ISBN 3-9804332-2-6, 46.- €

Ein "Müller-Lyer"-Klick ins Internet führt den Suchenden zu 2.700 Eintragungen über die ganze Welt und stößt ihn meist auf die Müller-Lyerschen optischen Täuschungen (vgl. Abb. 6), die Psychologen lernen müssen und die Wahrnehmungsforscher noch heute interessiert. Und weil sich von den geometrischen Figuren nur täuschen lässt, der weiß, was ein rechter Winkel ist, handelt es sich zugleich um ein Kultur- wie ein Sinnesphänomen. Wie hier – so Müller-Lyer – sind auch im ganzen Gesellschaftsleben Natur, Technik, Ökonomie und Kultur miteinander verbunden.

Damit wäre der Zugang zum Werk des Arztes, Gründers des *Euphoristen-Ordens* (mit Sitz in München), freidenkerischen Monisten (vgl. S.105) und Pazifisten hinreichend erklärt, wenn sich darauf nicht ein umfangreiches Werk dieses Privatgelehrten aufbauen würde, das wie kein anderes das Kulturdenken seiner Zeit und besonders das der freidenkerischen Humanisten zwischen 1900 und 1930 prägte und rückblickend illustriert.

Müller-Lyer (1857-1916) schrieb über nahezu alle Kulturphänomene seiner Zeit im Stil der Weltanschauungsproduktion, Organisationsanalyse und Systembildung des ausgehenden 19. Jahrhunderts mit der Intention und dem redlichen Bemühen, seiner Theorie der "Kulturbeherrschung" – dargelegt in den mehrbändigen *Entwicklungsstufen der Menschheit* (Liste Gesamtwerk S.117-130) – eine empirisch belegbare Basis zu geben: Er äußert sich über Ehe, Familie und Zuchtwahl (z.B. des Adels), über Fortschritt und Sinn (des menschlichen Daseins), aber auch über Harmonie in der Musik, Migräne und richtiges Sitzen. Müller-Lyers Nachlass befindet sich in der *Bayerischen Staatsbibliothek München* (S.325).

Es versteht sich, dass solches gedankliches Verarbeiten scheinbar unzusammenhängender Erscheinungen zu einer Evolutionslehre schon zu Lebzeiten Müller-Lyers Erstaunen hervorrief, weil einheitliche Weiterklärungen in den arbeitsteilig werden-

den Wissenschaften seltener wurden. Sie waren aber durchaus noch üblich, v.a. in grundsätzlichen Versuchen, die Naturgesetze mit kulturellen Entwicklungslehren gedanklich zu verbinden – z.B. in Form der von Ernst Haeckel durch das "Zauberwort Entwicklung" "gelösten" *Welträtsel*.

Hier betrat Müller-Lyer durchaus Neuland und kann als Begründer einer Kulturwissenschaft gelten. Er traf begründete Aussagen über das Werden der Menschheit und das Sein "des" Menschen. Auf diese Weise setzte er sich nicht nur zwischen alle bestehenden Lehrstühle seiner Zeit, sondern auch über die sich ansatzweise verselbständigenden philosophischen, psychologischen, ethnologischen und soziologischen Forschungsgebiete.

Doch ging Müller-Lyer darüber hinaus: Er traf Zukunftsvorhersagen und transportierte von sich das Bild eines Welt-Erklärers und Welten-Rettlers, als der er dann ebenfalls rezipiert wurde, nicht nur, aber v.a. in Sozialismus-Vorstellungen, so denen von Otto Rühle in den Zwanzigern und Alfred Kurella und Walter Ulbricht später in der DDR: hier besonders die These von der "Menschengemeinschaft".

Golls Buch legt umfänglich Müller-Lyers historische Phasenbildungen dar, die ihm Methode waren und ihn zu immer neuen Systemen führten, weil er ja Gesetzmäßigkeiten in der Kultur suchte (S.179-208). Eine zweite Eigenart stellte Müller-Lyers laterale Betrachtungsweise dar, mit der er den Anpassungsgrad, die Dauer und damit die Stärke einer Kulturphase bestimmen wollte (S.209-230). Als exemplarisches Beispiel, Müller-Lyers Herangehen zu beschreiben, wählt Goll die kulturelle Geschichte und Perspektive der Ehe (231-296).

Gerade hier zeigen sich die Grenzen seiner Betrachtungsweise, füllt er doch seine Ergebnisse derart in sein Phasenmodell, dass die – zwar noch mit einem Fragezeichen versehene – genossenschaftliche Epoche als Ziel- und Höhepunkt der Kulturentwicklung erscheint (vgl. Abb. 32). Das sicherte dem Werk seine breite Rezeption in den Kulturorganisationen besonders der europäischen Arbeiterbewegung.

Müller-Lyer war keine Universitätsberufung vergönnt – und seinem Analysten Reinhard Goll (1927-2001) ein halbes Jahrhundert später auch nicht. Goll versuchte, auf Müller-Lyers Thesen bauend, *zum einen* eine "soziologische Ethnolo-

gie" (vgl. S.34) als Wissenschaftsdisziplin an der FU in Berlin zu begründen. Von 1964 bis 1972 war er dort Assistent. Doch seine Arbeiten gerieten in die achtundsechziger Ereignisse. Das Institut wurde von linken Studenten boykottiert. Über die wissenschaftspolitische Orientierung der Lehre und Forschung kam es zu harten Positionskämpfen, in denen Goll letztlich verlor.

Zum anderen wollte Goll mit Müller-Lyers Werk eine gesellschaftspolitisch relevante Zukunftsforschung etablieren. Doch stellten die parallel einsetzenden Zukunftsstudien den Evolutions- und Fortschrittsbegriff – gerade den in der Farbe Müller-Lyers – grundsätzlich in Frage. Gegenstand wurden nun weniger beherrschbare soziale Systeme als vielmehr das Gegenteil: Antiautorität und Herrschaftskritik, Bewegungen von unten, Widerständigkeiten der "einfachen Leute", das wirkliche Volksleben usw.

So ist das vorliegende Buch bereits 1970 fertig gestellt, aber erst postum 2003 publiziert worden. Die Quellenlage des Autors Goll (vgl. Literaturverzeichnis S.332-345) zeigt, dass er Müller-Lyer zu einem ungünstigen Zeitpunkt entdeckte. Ihn früher oder später zu entdecken hätte wohl jede akademische Ehre gerechtfertigt. Sein Unterfangen aber, Müller-Lyer Ende der 1960er Jahre für die wissenschaftliche Beschäftigung mit Kultur und Kulturgeschichte zu entdecken, musste fehlschlagen, weil eine andere Art von Kulturwissenschaft (und cultural studies) gerade zu diesem Zeitpunkt ihre Konjunktur begann (wie auch die Sozialgeschichte).

Die Wahl Müller-Lyers als Gegenstand erwies sich als falsch nicht nur, weil dessen Art zu philosophieren, die Auswahl seiner Gegenstände und seine Quellen (vgl. Liste "geistiger Väter" S.117) eher den Anfängen der Volks- und Völkerkunde folgten, als diese noch keine selbständigen Wissenschaftsgebiete waren. Zudem war Müller-Lyer ein eigenwilliger Freidenker und politisch schwer zu rubrizieren. (S.111: "Seine Soziologie geriet somit zwischen die politischen Lager. Die 'Rechten' hielten ihn für einen besonders gefährlichen 'Linken'. Für die 'Linken' war er ein Intellektueller, der sich an der heiligen marxistischen Lehre verging". – Das galt auch für Goll.)

Die alte "Kulturwissenschaft" hatte sich überlebt und mit ihr die Thesen der bis dahin maßge-

benden Ethnologen wie R. Benedict, M. Mead u.a. Ebenso waren Müller-Lyers "Sendungsbewusstsein", sein "siegverheißende[r] Optimismus" und sein Zwang assozierender Kernbegriff "Kulturbeherrschung" (vgl. S.14) nicht mehr zeitgemäß. Goll zitiert Soren Holms 1963: "Müller-Lyer freute sich über die kulturellen und wissenschaftlichen Triumphe. Er ist Kulturoptimist naiver, wenn auch nicht unkritischer Art, und durch sein Abstandnehmen vom Individualismus weist er als Sozialist auf den vollkommenen Staat hin, der alle Individuen in einer höheren Einheit, die er das Überindividuum nennt, erfassen soll. Somit verkündet er ein säkularisiertes Gottesreich." (S.116)

Der Herausgeber und Verleger Scheffler würdigt zu Recht die Leistung Golls und Müller-Lyers Leben und Gesamtwerk, versteht sich aber ebenfalls sehr als Erbe und Fortsetzer nahezu chiliastischer Visionen über Organisation und Entwicklung der menschlichen Gesellschaft, weniger als wissenschaftlicher Aufklärer historisch möglichen Wissens und Denkens, das v.a. Müller-Lyer zu seiner Zeit und mit seiner Sozialisation haben konnte und gerade dadurch heraus ragte. Scheffler teilt wohl auch mit Goll dessen Ressentiments gegenüber den achtundsechziger Ereignissen und wird damit deren Bedeutung nicht gerecht (vgl. S.37: "Jugendliche Wirrköpfe"). Goll musste die FUB verlassen und wie Müller-Lyer als Privatgelehrter leben.

Wie in der Gollischen Analyse des Werks von Müller-Lyer, so überrascht auch der nahezu "gläubige" Blick Schefflers auf Goll, der nur als familiärpersönlich Nähe interpretiert werden kann. Die Position des Herausgebers spiegelt sich in der Namensklärung des Verlages: "hermeneuein bedeutet verstehen, auslegen, erklären, übersetzen ... In der griechischen Antike war ein hermeneus nicht nur Erklärer und Ausleger, sondern vor allem Herold und Verkünder."

Die Kritik am Werk Golls und den Interpretationen des Herausgebers sollten die Leserschaft nicht davon abhalten, das vorliegende Buch als einen Zugang zum Werk Müller-Lyers zu nehmen und diesen kreativen Humanisten endlich zu ehren – auch und gerade in München.

Horst Groschopp

Hans-Ulrich Dallmann:

Das Recht, verschieden zu sein

Eine sozioethische Studie zu Inklusion und Exklusion im Kontext von Migration. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus Chr. Kaiser 2002, 680 S., ISBN 3-579-02653-4, 85.- € (Öffentliche Theologie, 13)

Es geht ein Gespenst um auf der ganzen Welt. Es ist das Gespenst der Multitude. Der Rumor der Vielen, vielen Einzelnen an den vielfältigen Grenzen dieser Welt. Ihre Beweg-Gründe global zu wandern sind verschieden genug um differente Politikfelder, Rechtsbereiche und Moraldebatten zu initiieren: Asylrecht, Abschiebehaft, Ausländerpolitik, gesteuerte Zuwanderung, Flüchtlingshilfe, Ausländerbeauftragte, nationale und kulturelle, personale und kollektive Identität, multikulturelle Gesellschaft usw. usf.

Und die Subjekte dieser Mobilität sind sich dennoch in einem ganz einzig, im Unterwegssein nach einem menschlichen Leben. Das Gemeinsame erscheint vorerst als ein Negatives, weil mit Leid, Fremdheit und Not belastet: weg von Hunger, politischer, religiöser, geschlechtlicher und ethnischer Verfolgung oder Diskriminierung; weg von Aussichtslosigkeit auf persönliche und / oder kollektive Entwicklung; weg von Bürgerkrieg, Krieg und militärischen Verwüstungen; weg von lebensfeindlichen Lebensbedingungen, ob politischer, sozialer oder wirtschaftlicher Art; weg vom eigenen Herkommen, von Vertrautheit, Sichauskennen und persönlichen Bindungen.

Hans-Ulrich Dallmann legt mit seinem Buch den interessanten, gescheiterten und unbedingt lesenswerten Versuch vor, das Phänomen globalisierter Migration mittels einer kritisch reflektierten, christlichen Sozialethik zu analysieren. Die damit verbundene Absicht, christlich-kirchliche Praktiken der Orientierungsgebung bezüglich der Migration auf dem Niveau stattfindender Globalisierung anzubieten, dokumentiert der Text so eindringlich wie eindrucksvoll. Zwar legt Dallmann den Schwerpunkt seiner Untersuchungen auf Deutschland, doch seine Analysen gewinnen paradigmatischen Charakter.

Was hier verhandelt wird, ist weder ein nationalstaatlich deutsches, noch gar ein Problem christlicher Kirchen in Deutschland, obwohl es eben das auch ist. Was hier diskutiert wird, ist das

schwierige Verhältnis von sich selbst als entwickelt ansehenden Subjekten (Personen, Gruppen, Gemeinschaften, Staaten, Gesellschaften) zu dem Begehren anderer, fremder Subjekte, an dieser Entwicklung teilhaben oder gar ihr angehören zu wollen. Gewohnte religiöse, nationalstaatliche, ethnische, politische, soziale und / oder Abstammungsidentitäten als vermeintlich gesicherte kulturelle Selbstverständlichkeiten geraten ins Wanken und suchen in neuen Grenzbestimmungen neuen Halt.

Dallmann plädiert für die Annahme einer globalen, wenn nicht gar globalisierten Perspektive. Diese Sichtweise erfährt allerdings im Prozess der Entfaltung des Themas einen heftigen Bruch. Aktuelle wie historische Migrationsprozesse werden zunächst im Kontext kapitalistischer Entwicklungslogik gelesen, um dann schlussendlich doch wieder der Vormundschaft christlicher Sozialethik unterstellt zu werden.

Alle Wanderungen sind vor allem und immer auch Wanderungen von Arbeitsvermögen. Der Mangel an alternativen Möglichkeiten der Beschaffung von Lebensunterhalt – einschränkend und verhindernd wirken u.a. die "klassischen" Migrationsursachen wie politische Verfolgung und religiöse Unterdrückung – nötigt die Arbeitsvermögenden zur Suche nach den bestmöglichen, d.h. selbst kontrollierten Bedingungen ihrer Verwertung. Soweit die Ausgangslage.

Die darauf bauenden differenzierten, material- und kenntnisreichen Argumentationen, die Dallmann in seinem Buch in vier Kapiteln ausbreitet, entfalten die o.g. Aufspaltung in der Problemanalyse nachdrücklich. Im ersten Abschnitt werden wichtige historische Entwicklungen und der aktuelle Stand des Verhältnisses von Deutschen und Ausländern rekapituliert. Im zweiten Abschnitt werden soziale, kulturelle, sozial- und individualpsychologische "Konstruktionsprinzipien des Fremden" vorgestellt.

Im dritten Teil des Buches wird das sozialetische Kapitel aufgeschlagen. Die gegenwartsbestimmenden philosophischen Grundsatzdebatten in den Modi Partikularismus- versus Universalismus- bzw. Kommunitarismusdebatte stellen den kriterialen Apparat zur Verfügung, an dem Dallmann die aktuelle Lage der christlichen Theorie wie Praxis zu prüfen versucht. Einige wesentliche christliche, theologisch-ethische Konzepte der

Gegenwart geraten dabei ebenso in die Analysematrix von Partikularität und Universalität wie die einschlägig biblische Texttradition.

Das wichtigste Ergebnis der Analyse, viertes Kapitel, erscheint vordergründig wie ein Paradox: Die christliche Kirche – selbst eine partikulare Gemeinschaft – lebt historisch wie theologisch essentiell von ihrem universellen Geltungsanspruch. Exakt deshalb situiert Hans-Ulrich Dallmann die christliche Kirche präzise "zwischen" Partikularität und Universalität. Diese "Zwischenlage" prädestiniert die Mitglieder wie die Institutionen der christlichen Kirchen zur Migrationsarbeit:

"Der Beitrag theologischer Ethik und kirchlicher Praxis ist das Eintreten für Differenz, begründet in der Einsicht in die Besonderheit der eigenen Identität und Geschichte. Dazu gehört zweierlei: Nach innen der Selbstverständigungsprozess über die eigene partikulare Identität, die sich aus der Erinnerung an die eigene konstitutive *story* speist und im Gottesdienst, im gemeinsamen Mahl, bestätigt und gefeiert wird; nach außen im Eintreten für die Gruppen, denen das Recht auf Besonderheit bestritten wird und das diakonische Handeln für die, die aufgrund ihrer Besonderheit in Problemlagen geraten. In ihrer Geschichte hat es sich die Kirche erkämpfen müssen, jetzt kann sie für es eintreten und es befördern: das Recht, ohne Angst verschieden sein zu können." (S.625)

Das ausgerechnet eine solche – zugegeben kritisch befragte – vernunftuniversalistisch mit Habermas und Rawls geläuterte Sozialethik christlicher Provenienz, die letztlich dem Wert eines Rechtes der Verschiedenheit Akzeptanz und Anerkennung sichern soll, das Begehren wird befriedigen können, das die Migranten und Migrantinnen antreibt, bleibt fraglich. Aber vielleicht handelt es sich eher um eine sozialetisch gesicherte Befriedung, eine aufgeklärt christliche Grenzziehung. Migration soll sich nach christlicher Sozialethik richten. Sie wird es nicht tun.

Die von Theodor W. Adorno entliehene Widmung aus *Minima Moralia* scheint unüberbietbar: "Eine emanzipierte Gesellschaft jedoch wäre kein Einheitsstaat, sondern die Verwirklichung des Allgemeinen in der Versöhnung der Differenzen. Politik, der es darum im Ernst noch ginge, sollte deswegen die abstrakte Gleichheit der Menschen

nicht einmal als Idee propagieren. Sie sollte statt dessen auf die schlechte Gleichheit heute, die Identität der Film- mit den Waffeninteressenten deuten, den besseren Zustand aber denken als den, in dem man ohne Angst verschieden sein kann." (S.5) Adorno sprach vom "Zustand", nicht vom Recht, "in dem man ohne Angst verschieden sein kann."

Petra Caysa

Humanismus heute

Hg. von der Universität für Bodenkultur. Wien: Böhlau Verlag 2001, 177 S., ISBN 3-205-99424-8, 26.90 €

Im Winter 2000 veranstaltete die *Universität für Bodenkultur* in Wien eine Vorlesungsreihe unter

dem Titel *Humanismus Heute*, die als Sammelband vorliegt.

Was Humanismus sei, wird dabei nicht so recht klar. Einzig der Philosophieprofessor K. P. Liesmann kennt die Wort- und Problemgeschichte. Daneben wird Humanismus mit „Schöngeisterei“ verwechselt. In diesem Sinne versteht der Professor für Chemie H. Noller sein Humanistsein nicht. Was er darunter versteht, aber nicht nur er, ist „Humanität“.

Um diesen Begriff kreisen eigentlich die Aufsätze, die aus den unterschiedlichsten Wissenschaftsgebieten kommen. Besonders bemerkenswert ist, dass die Naturwissenschaft stark vertreten ist, denn Bücher zum Thema Humanismus sind sonst eher ideen- und geistesgeschichtlich orientiert. Die hier versammelten Beiträge könnten aber genauso gut unter einem anderen Namen, etwa Ökologie, stehen.

Ulrich Nanko

Fachtagung der Akademie der Politischen Bildung der Friedrich-Ebert-Stiftung in Zusammenarbeit mit der Humanistischen Akademie aus Anlass des 200. Geburtstages von Ludwig Feuerbach

Säkularisierung der Menschenbilder?

Ludwig Feuerbach und die Folgen für die Wesensbestimmung des Menschen in humanistischen Theorien und politischen Programmen, besonders der freigeistigen Bewegungen in Deutschland

20. November 2004 • 10.00 - ca. 21.00 Uhr

Tagungsleitung: Dr. Johannes Kandel / Dr. Horst Groschopp

- Ludwig Feuerbach – Leben und Werk in historischer und aktueller Sicht (Prof. Dr. Werner Schuffenhauer)
- Feuerbachs säkulares Menschenbild (Prof. Dr. Christine Weckwerth, angefragt)
- Feuerbachs Materialismus, die Freidenkerbewegung und der organisierte Humanismus (Dr. Dr. Joachim Kahl)
- Feuerbach und die moderne Religionskritik (NN)
- Die aktuelle Feuerbach-Rezeption in den Sozial- und Geisteswissenschaften (Dr. Andreas Arndt, angefragt)
- Feuerbach als Humanist (Abschlusspodium)

Eintritt frei.

Anmeldung ab sofort bei der *Humanistischen Akademie*.

Die Materialien der Tagung erscheinen in Nr. 16 von *humanismus aktuell*.

Ab 21.15 Uhr Geselligkeit in der „Alten Pumpe“.

Fachtagung der Humanistischen Akademie Berlin und Bildungsveranstaltung
der Rosa-Luxemburg-Stiftung Brandenburg in Kooperation mit dem
Humanistischen Regionalverband Potsdam-Potsdam Mittelmark

Humanistik Aspekte einer Theorie und Geschichte des Humanismus

19. Juni 2004 • Berlin, Wallstr. 65

09.00 Abfahrt von Potsdam

10.00 „Atheistische Stadtrundfahrt“
Zustieg in Berlin möglich

12.30 „Denket selbst“
Zur Geschichte des Unterrichtsfaches Lebenskunde
Neueröffnung der Ausstellung

13.30 **Fachtagung**

Moderation und Einleitung:
Dr. Horst Groschopp: Was bisher geschah in Sachen Humanistik

Referate:
NN: Ist eine wissenschaftliche Beschäftigung mit Humanismus möglich?
*NN: Kant in seiner Bedeutung für die wissenschaftliche Grundlegung
einer Humanistik*

Diskussion

Schlussbemerkungen:
*Dr. Petra Caysa: Humanistische Lebenskunde und ihre Bedeutung
für Humanistik – Die neue Studienordnung unter dem Blick der Tagung*

16.00 Veranstaltungsschluss, Rückfahrt nach Potsdam

Anmeldung ab sofort bei der *Humanistischen Akademie*.
Die Materialien der Tagung erscheinen in Nr. 15 von *humanismus aktuell*.
Die Hin- und Rückfahrt Potsdam-Berlin sowie die Stadtrundfahrt erfolgen im Sonderbus.

Teilnahmegebühr 5,- € v.a. für Buffet, Kaffee etc.

Impressum

humanismus aktuell

Zeitschrift für Kultur und Weltanschauung

Herausgegeben von der Humanistischen Akademie Berlin

ISBN 3-937265-02-3

ISSN 1433-514X

Heft 14, Frühjahr 2004 – 8. Jahrgang

Redaktion: Wallstr. 65, D-10179 Berlin

Tel.: 030-613904-0; Fax: 030-613904-50

e-Mail: info@humanistische-akademie.de

www.humanismus-aktuell.de

www.humanistische-akademie.de

Redakteur: Horst Groschopp

Layout & Gesamtherstellung: herrhorst • www.herrhorst.de

Druck: TakeOffsetdruck Berlin • Tel.: 030-6185526

humanismus aktuell erscheint halbjährlich

bis Heft 2 unter dem Titel humanismus heute

Fotos in dieser Ausgabe: Jürgen Gerdas, Hannover

Alle anderen Abbildungen: Archiv der Humanistischen Akademie

Dieses Heft wurde durch die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Berlin gefördert.

Angaben zu den Autoren finden sich im Vorwort

Alle Beiträge sind namentlich gekennzeichnet. Sie geben die Meinung der Verfasser/ -innen wieder, nicht unbedingt die der Redaktion oder gar der Akademie. Die Rechte an den Beiträgen liegen bei den Autorinnen und Autoren.

Beim Redigieren auch dieser Ausgabe wurde die Rechtschreibung der Autorinnen und Autoren, ob alte oder neue oder Mischformen weitgehend beibehalten. Auf eine Vereinheitlichung der Fußnoten bzw. Literaturangaben wurde ebenso verzichtet wie auf eine Überprüfung der Zitate.

Einzelpreis: 8,50 €

Abo-Preis: 6,50 €

Preise bis Heft 9: 7,15 € bzw. 5,90 € (Abo)

zzgl. 2 € bei Versand Inland, Ausland zuzüglich Portomehrkosten

Buchhändler-Wiederverkaufspreis: 4,50 €

zzgl. 2 € bei Versand Inland, Ausland zuzüglich Portomehrkosten

Mitglieder der Akademie erhalten je Lieferung zwei Hefte gratis und weitere zum Vereinbarungspreis.

Preisnachlässe für öffentliche Bibliotheken, für Studierende und bei Sammelbestellungen! – Wenden Sie sich bitte an unseren Vertrieb.

Ab Nr. 12 erhältlich über das Verzeichnis Lieferbarer Bücher (vlb)

Die Dokumentation (siehe Vorwort) Positionen – Säkulare Verbände in Deutschland zur Sterbehilfe ist über die Humanistische Akademie gegen Voreinsendung von 5,00 € in Briefmarken zu beziehen.

V.I.S.I.T.E.

Besuchs- und Hospizdienst

Sterbebegleitung

Trösten

Ermutigen



Humanistischer Verband
Deutschlands
Landesverband Berlin

Leben bis zuletzt

V.I.S.I.T.E. ist ein, seit 1989 bestehender Besuchs- und Hospizdienst des Humanistischen Verbandes Deutschlands (HVD). Wir tragen vornehmlich ehrenamtlich und überwiegend kostenfrei dazu bei, schwerstkranken Menschen ein würdevolles selbstbestimmtes Sterben im häuslichen Bereich zu ermöglichen.

Wir fördern die persönliche und gesellschaftliche Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Trauer. Des weiteren erbringen wir professionelle Leistungen wie Hausbesuche zu Beratungen individueller Patientenverfügungen, Palliativpflegerische Beratungen und zeitlich begrenzte Sitzwachen bei sterbenden Menschen, die den Rahmen der ehrenamtlichen, ambulanten Hospizbesuche überschreiten.

V.I.S.I.T.E.-Einsätze können für das gesamte Stadtgebiet Berlins koordiniert werden. Darüber hinaus vermitteln wir innerhalb ganz Deutschlands Informationen und Ansprechpartner zur Palliativ- und Schmerztherapie. Unsere Ehrenamtlichen werden qualifiziert durch Fach- und Honorarkräften aus Alten- und Krankenpflege, Psychologie und Pädagogik.

V.I.S.I.T.E. Besuchs- und Hospizdienst

Wallstr. 65 • 10179 Berlin-Mitte • IK 501103028
Tel.: 030-61 39 04 32 • Fax 030-61 39 04 36
ständige Rufbereitschaft
Bürozeiten: Mo, Di, Do, Fr 10-17 Uhr
eMail: mail@visite-hospiz.de • <http://www.visite-hospiz.de>
Mitglied der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Berlin
Spenden (steuerlich absetzbar) an: HVD Berlin e.V.;
Bank für Sozialwirtschaft • Konto 3195710 • BLZ 10020500

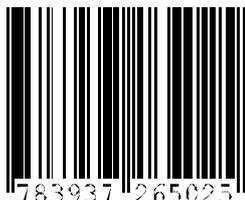


humanismus aktuell

Zeitschrift für Kultur und Weltanschauung

Beiträge zur Humanistik
Theoretisches Forum des modernen Humanismus
Jährlich 2 Hefte, gesamt 240 Seiten
Zahlreiche Rezensionen

- | | |
|---------------------------------|---|
| Heft 1 | Konjunktur für Weltanschauungen? (vergriffen) |
| Heft 2 | Feste und Feiern |
| Heft 3 | Humanistische Sozialarbeit |
| Heft 4 | Apokalyptik und Weltuntergang |
| Heft 5 | Geschlechterbeziehungen |
| Heft 6 | Kultur |
| Heft 7 | Jugendfeier/-weihe |
| Heft 8 | Lebenskunde |
| Heft 9 | Gutes Recht der Freigeister |
| Heft 10 | Säkularisierung |
| Heft 11 | Weltliche Bestattungskultur |
| Heft 12 | 200 Jahre Säkularisation |
|
 | |
| Sonderheft 1 | Peter Schulz-Hageleit
Lebensstrom und Rationalität
Humanismus in Zeiten des Krieges (vergriffen) |
|
 | |
| Sonderheft 2 | Dem Leben selbst Wert geben
Protokoll der wissenschaftlichen Tagung zur Humanistischen Lebenskunde |
|
 | |
| in Vorbereitung (Arbeitstitel): | |
| Heft 15 | Humanistik (II/04) |
| Heft 16 | Ludwig Feuerbach (I/05) |
| Heft 17 | Humanistische Beratung (II/05) |
| Heft 18 | Berlin – „Hauptstadt des Atheismus“? (I/06) |



9 783937 265025