

HANS-BERNHARD WUERMELING · ERLANGEN

## Zur Euthanasie in neuer Dringlichkeit

Nach dem Zusammenbruch des Dritten Reiches war in Deutschland angesichts der Tötungsaktionen der Nationalsozialisten jede Diskussion über Euthanasie unmöglich geworden. So groß waren Beschämung und Verunsicherung, daß zur Beantwortung neu auftretender und nicht mehr abweisbarer Fragen im Zusammenhang mit der Sorge für die Sterbenden auf Lösungen aus dem Ausland zurückgegriffen werden mußte. So wurde versucht, auch nur den Anschein zu vermeiden, als hätte das, womit man sich beschäftigt, Sterbehilfe, auch nur den geringsten Zusammenhang mit dem, was zuvor in Deutschland geschehen war. Die Richtlinien der Bundesärztekammer für die Sterbehilfe von 1979 (*Deutsches Ärzteblatt* 76, S. 957–960) wurden deshalb ausdrücklich in Übereinstimmung mit den »Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaft zur Sterbehilfe« formuliert und unterschieden sich substantiell nicht von dem schweizerischen Vorbild. Sie verpflichteten den Arzt, auch den *Sterbenden* bis zu seinem Tode mit Handlung, Beistand und Pflege zu helfen, verpflichteten ihn aber nicht, nun auch alle der Lebensverlängerung dienenden therapeutischen Maßnahmen einzusetzen, wenn bestimmte Umstände eingetreten wären (irreversibler Verlauf des Grundleidens mit infauster Prognose und keine Aussicht auf bewußtes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung). Im übrigen verweisen sie auf das klare strafrechtliche Verbot gezielter Lebensverkürzung.

Um zu verstehen, was es mit dem neu Dringlichen in der Frage der Sterbehilfe auf sich hat, bedarf es eines kurzen Rückblicks auf ärztliche Traditionen, einer Betrachtung der neuen medizinischen und demokratischen Gegebenheiten und der aufmerksamen Feststellung eines Wandels der Bewertung des Lebens.

HANS-BERNHARD WUERMELING, Jahrgang 1927, Promotion 1953, Habilitation 1966, ist seit 1973 Ordinarius für Humanmedizin an der Universität Erlangen-Nürnberg und Direktor des dortigen Instituts für Rechtsmedizin.

## 1. Ärztliche Traditionen

Weil der Arzt sich als Heilkundiger verstand, lehnten es Hippokrates und seine Jünger ab, sich mit Unheilbaren und Sterbenden zu beschäftigen. Bei ihnen gab es nichts zu heilen. Auf diese Weise konnte man sich auch deutlich von Scharlatanen und Kurpfuschern abgrenzen, die die Hoffnung der Unheilbaren und Sterbenden betrügerisch ausbeuteten. Schließlich vermied man so auch die Situation, in denen man etwa um die Gabe eines tödlichen Giftes gebeten werden könnte. Allerdings überließen die Ärzte eben auch Unheilbare und Sterbende ihrem Schicksal – oder eben nichtärztlicher Barmherzigkeit. Die ärztliche Beschäftigung mit Sterbenden beginnt erst im Anfang des 19. Jahrhunderts. Philanthropische Ärzte wollten auch den »Ärmsten der Armen« mit den immer erfolgreicherem Mitteln der jetzt naturwissenschaftlich begründeten Medizin Linderung und Hilfe bringen. Sie haben sich aber heftigem Widerstand und Anfeindungen ihrer traditionell denkenden Kollegen ausgesetzt. Hufeland warnte sie, daß sie auch bei besten Absichten in Versuchung geraten könnten, statt die Leiden zu bekämpfen, die Leidenden zu beseitigen. Wenn der Arzt sich ein Urteil anmaßte über den Wert oder Unwert eines Lebens (1824!) und die Grenze zum Töten »auch nur eine Linie breit« überschreite, werde er zum »gefährlichsten Mann im Staat«.

Tatsächlich wurde die Forderung, der Arzt müsse Töten dürfen – oder einfach müsse auch Töten – dann in zunehmenden Maße erhoben. Sie wurde zunächst nur mit einem Mitleid mit dem an seinem lebensunwerten Leben leidenden Kranken begründet. Später kam unverhüllt hinzu, des Kranken Leben sei für die Gesellschaft unwert, so etwa bei Binding und Hoche (*Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens*, 1921), die dem Euthanasiegedanken in Deutschland nach dem Ersten Weltkrieg zur Zustimmung verhalfen und so zu Wegbereitern der Nationalsozialisten wurden.

Von der Mehrheit der Ärzte wurde am hippokratischen Tötungsverbot allerdings grundsätzlich festgehalten. Doch wurde Einhaltung des an sich ganz klaren Prinzips mit der zunehmenden Beschäftigung mit Unheilbaren und Sterbenden, wie von Hufeland vorausgesehen, immer schwieriger. Es wurde auch stillschweigend dagegen verstoßen, im allgemeinen unter Berufung auf das ärztliche Gewissen, jedoch gewöhnlich ohne ausdrückliche Reflexion darüber, wie und woran dieses Gewissen orientiert werden sollte. Die anfangs erwähnten schweizer und deutschen Richtlinien sind erste Versuche, verbindliche Maßnahmen zu setzen. Doch sind inzwischen Entwicklungen eingetreten, die eine intensivere Auseinandersetzung mit der Frage der Sterbehilfe erfordern.

## 2. Neue medizinische Gegebenheiten

Insbesondere die Intensivmedizin lieferte wirksame Verfahren, Verletzten und Kranken trotz des Ausfalls einzelner Organsysteme nicht nur Überleben an sich möglich zu machen, sondern damit zugleich Chancen einer Heilung wahrzunehmen: wenn es gelingt, die ausgefallene Atmung maschinell zu ersetzen, dann ist der sonst unmittelbar folgende Tod vermieden und Zeit zur Heilung gewonnen. Doch muß dieser Ersatz so schnell beginnen, daß weder Zeit noch Möglichkeit einer vorherigen Diagnose und Prognose bleibt. Erst später mag sich herausstellen, daß die Beatmung zwar lebenserhaltend ist, aber von vorneherein keine Heilungschancen gegeben waren. Dies wissend hätte man keine Beatmung begonnen. Sie aber zu beenden, führte in sittliche und juristische Schwierigkeiten.

Ein maßgeblicher Versuch, diese zum umgehen, war der eines Ad hoc-Committees der Harvard Medical School. Es geht davon aus, daß die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen dann keine Tötung sein könne, wenn sie einen bereits Toten betreffe. Deshalb suchte man nach einer Möglichkeit, den Tod auch unter künstlicher Beatmung festzustellen und fand diese mit den Kriterien des Hirntodes. So richtig das war, so lag den Überlegungen des Harvard-Committees dennoch ein gefährlicher gedanklicher Fehler zugrunde, nämlich davon auszugehen, daß der, dem nicht mehr zu helfen sei, deswegen bereits tot sei. Damit geriet man in die Nähe von Hoche, der von unheilbaren Geisteskranken als »leeren Menschenhülsen« sprach.

Die Frage des Abschaltens künstlicher Beatmung in der Intensivmedizin ist aber nur paradigmatisch für die Frage des Nichteinsetzens oder Entzuges lebenserhaltende Maßnahmen in allen Bereichen der Medizin und nicht lösbar ohne Wertungen, vor denen man sich in Erinnerung an den Begriff des lebensunwerten Lebens verständlicherweise scheut. Darum wird für den Arzt eine differenziertere Betrachtung erforderlich.

## 3. Neue demografische Gegebenheiten

Mit der durch die Erfolge der modernen Medizin erheblich angestiegenen Lebenserwartung der Menschen und mit der tiefgreifenden Änderung des reproduktiven Verhaltens ist es zu einer – sich gegenwärtig noch weiter steigenden – Überalterung unserer Bevölkerung gekommen. Darum wächst der »Bedarf« an Euthanasie. Im mikrosozialen Bereich belastet etwaige Pflegebedürftigkeit der Eltern eine immer kleiner werdende Zahl von Kindern. Die Jungen werden der unzumutbar erscheinenden

Lasten wegen und die Alten aus Angst davor, verlassen zu werden, wenigstens auf Verlangen eine Tötung zu akzeptieren mehr geneigt sein. Im makrosozialen Bereich führt die Überalterung zur Unterversorgung der Alten und zu Überlastung der Jungen, Probleme die mit der Zulassung einer Tötung auf Verlangen – ökonomisch betrachtet – entschärft werden könnten. Dies schafft politischen Druck zugunsten der Euthanasie.

#### 4. Wandel in der Bewertung des Lebens

Schließlich hat eine tiefgreifende Neubewertung des Lebens stattgefunden, das nicht mehr an sich, sondern nur noch mit seiner Qualität zusammen beurteilt wird. Wenn Francis Bacon Shakespeare's *Hamlet* variiert: »To be happy or not to be all, that ist the question«, dann drückt er damit ebenso wie heute Ärzte mit dem Satz: »Es kommt nicht darauf an, dem Leben Jahre, sondern den Jahren Leben zu geben« aus, daß die Bedeutung der Lebensqualität der des Lebens nicht länger nachsteht. Gesundheitsökonomische Berechnungen arbeiten deshalb mit einer (mit bestimmtem ökonomischem Aufwand verlängerbaren) nach Lebensqualität gewichteten Lebenszeit (QUALY, Quality-Adjusted-Life-Years). Diese kann im Prinzip dann negative Werte annehmen, wenn die Lebensqualität eine bestimmte Grenze unterschreitet. Die logische Konsequenz solcher Überlegungen ist der Tod, wobei zunächst offen bleibt, ob dieser nur zuzulassen oder herbeizuführen ist.

#### 5. Neue Dringlichkeit der Euthanasiefrage

Das Problem der Euthanasie stellt sich also heute einer Ärzteschaft ohne hierzu genügend durchdachte und gesicherte Traditionen in einer in gefährlicher Tötungsnähe operierenden Medizin und in einer durch Überalterung überforderten Gesellschaft sowie angesichts einer mehr qualitätsorientierten Bewertung des Lebens in neuer Dringlichkeit. Der Lösungsversuch des australischen Philosophen und Bioethikers Peter Singer, nämlich das »Tabu« der Heiligkeit des Lebens als unverbindliches jüdisch-christliches Erbe aufzugeben und im übrigen zwischen Töten und Sterbenlassen sittlich nicht mehr zu unterscheiden, wenn letzteres zulässig sei, spricht viele Menschen an. Singer spricht für sie endlich klar aus, was sie dumpf fühlen mögen, und was sie denken, tun und handeln würden, wenn sie denken könnten.

Es wird deshalb darauf ankommen, in der Auseinandersetzung um die Heiligkeit des Lebens und das Tötungsverbot den Unterschied zwischen

Töten und Sterbenlassen klar herauszuarbeiten und als unterscheidbar zu vermitteln. Die Leugnung oder Verwischung dieses Unterschiedes ist, wie die Entwicklung in Holland deutlich macht, das Einfallstor für eine neue Ausbreitung neuer sogenannter Euthanasie.

### 6. Töten oder Sterbenlassen

Lebensrecht ist im engeren Sinne defensiv. Es soll jeden davor schützen, getötet zu werden. Die gesellschaftliche Antwort darauf ist das Tötungsverbot. Es gilt – abgesehen von den hier nicht zu betrachtenden traditionell diskutierten Ausnahmen der Todesstrafe, der Notwehr und des Krieges – unbedingt und absolut.

In einem weiteren Sinne erst gibt Lebensrecht auch den Anspruch auf die Mittel zum Leben. Die gesellschaftliche Antwort ist das Gebot der Solidarität, der Hilfe füreinander. Das Solidaritätsgebot verleiht aber keinen unbedingten und absoluten Anspruch auf Hilfe, sondern nur in den Grenzen der Subsidiarität und darüber hinaus natürlich im Rahmen des Verfügbaren. Der Anspruch auf die Mittel zum Leben beschränkt sich also auf das Verhältnismäßige und Angemessene.

Daraus folgt, daß, wenn auch das Töten verboten ist, das Sterbenlassen dann durchaus sittlich sein kann und keinesfalls einer Tötung gleichkommt, wenn die Mittel, um das Sterben zu verhindern, unverhältnismäßig oder unangemessen wären. Das ist alte moraltheologische Lehre.

Doch wurde die Verhältnismäßigkeit bisher in erster Linie als eine Qualität des Mittels selbst angesehen. Das, worauf sich Verhältnismäßigkeit beziehen soll, schien selbstverständlich und blieb weitgehend undifferenziert und ungesagt.

Worauf es aber ankommt, ist das Verhältnis des Mittels (das etwa zur Lebensverlängerung eingesetzt wird) zum Ziel, das damit erreicht werden soll und kann. Verhältnismäßigkeit ist immer eine Funktion von zwei Variablen, hier also dem Mittel und dem erreichbaren Ziel. Eine Lebenserhaltung um jeden Preis, darüber besteht weitgehend Einigkeit, ist unverhältnismäßig. In der Beschreibung des erreichbaren Zieles gehen nun aber unvermeidlich Elemente von Lebensqualität ein. Das sind mindestens zum Teil nicht mehr allein medizinisch beurteilbare Wertungen, die der Arzt lieber vermeidet, oft aber nicht vermeiden kann.

Da wäre es am einfachsten, diese Wertungen dem Patienten selbst zu überlassen. Doch tritt die Frage oft erst auf, wenn der Patient nicht mehr mitreden kann. Viele Menschen wollen deshalb bereits in gesunden Tagen dem Arzt ihre Wertvorstellungen entsprechende Vorschriften machen (Patientenverfügung, living will). Doch ist für sie die etwa tatsäch-

lich eintretende Situation mit ihren Notwendigkeiten und Chancen kaum vorhersehbar. Aber sie können sich gegebenen Falles dem Arzt gegenüber vertreten lassen, so wie dies etwa die »christliche Patientenverfügung«<sup>1</sup> vorsieht, die, wenn es soweit ist, ein Sterbenlassen ermöglicht. Sie bildet einen Beitrag zu dem, was erforderlich ist, damit wir angesichts neuer medizinischer und demografischer Gegebenheiten nicht erneut der Versuchung einer »Kultur des Todes« durch Euthanasie anheimzufallen: zu der Kunst des Sterbenlassens, um den die alte *ars moriendi* zu erweitern wäre. Für den Arzt sind die Grundlagen heute gelegt, indem er auch dem Unheilbaren und Sterbenden gegenüber zur Hilfe verpflichtet wurde, die weder darin bestehen kann, das Leben rücksichtslos und um jeden Preis zu verlängern, noch darin, das Sterben zu fördern oder gar den Tod herbeizuführen. Vielmehr wird es Aufgabe des Arztes sein, seinem Kranken bis zu dem für niemand verfügbaren Tod ein Leben in Würde möglich zu machen.

Dazu werden Palliativmedizin und Hospizbewegung Beiträge leisten. Allerdings wird der Übergang einer lebenserhaltenden Behandlung zum Sterbenlassen mit den auch dann noch gebotenen ärztlichen Hilfen große intellektuelle und sittliche Ansprüche stellen, und Streit und Mißverständnis werden sich dabei nicht vermeiden lassen. Versuche, den Verzicht auf lebenserhaltende Behandlungen bei schwer mißgebildeten Neugeborenen (Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht) und den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen bei Menschen im »chronischen vegetativen Status« (Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaft) im Sinne dieser Ausführungen eingrenzend zu regeln, sollten bekannt und verständlich gemacht werden.

Einen Teil der Furcht des Menschen vor dem Sterben kann die Medizin durch das glaubwürdige Versprechen und die tatsächliche Durchführung einer Sterbebegleitung bis zum Tode unnötig machen. Gelänge das, dann wäre diesem Teil der Sterbeangst als einer der treibenden Kräfte für den falschen Ausweg durch Töten wahrhaft menschlich begegnet.

#### ANMERKUNGEN

1 In einem von der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern herausgegebenen Formular kann der Leser für den Fall, »daß ich [...] aufgrund von Bewußtlosigkeit oder Bewußtseinseintrübung durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu äußern« verfügen:

»Solange eine realistische Aussicht auf Erhaltung eines erträglichen Lebens besteht, erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung der angemessenen Möglichkeiten.

Dagegen wünsche ich, daß lebensverlängernde Maßnahmen unterbleiben, wenn medizinisch eindeutig festgestellt ist,

– daß ich mich unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde, bei dem jede lebenserhaltende Therapie das Sterben oder Leiden ohne Aussicht auf Besserung verlängern würde, oder

– daß keine Aussicht auf Wiedererlangung des Bewußtseins besteht, oder

– daß aufgrund von Krankheit oder Unfall ein schwerer Dauerschaden des Gehirns zurückbleibt, oder

– daß es zu einem nicht behandelbaren, dauernden Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers kommt.

Behandlung und Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Schmerzen, Unruhe und Angst gerichtet sein, selbst wenn durch die notwendige Schmerzbehandlung eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist. Ich möchte in Würde und Frieden sterben können, nach Möglichkeit in meiner vertrauten Umgebung.

Aktive Sterbehilfe lehne ich ab.

Ich bitte um menschliche und seelsorgliche Begleitung.«

Dieser Verfügung schließt sich eine Vollmacht an, nach der der Patient »für den Fall, daß ich außerstande bin, meinen Willen zu bilden oder zu äußern«, eine Vertrauensperson benennen und bevollmächtigen kann, »an meiner Stelle mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt alle erforderlichen Entscheidungen abzusprechen. Die Vertrauensperson soll meinen Willen im Sinne der Patientenverfügung einbringen und in meinem Namen Einwendungen vortragen, die die Ärztin bzw. der Arzt berücksichtigen soll. Sie darf auch die Krankenunterlagen einsehen und in deren Herausgabe an Dritte einwilligen. Zu diesem Zweck entbinde ich die mich behandelnden Ärzte und deren nichtärztlichen Mitarbeiter gegenüber meiner Vertrauensperson von der Schweigepflicht.«