ALBIN ESER

Gesetz und Freiheit bei ärztlichen Entscheidungen aus
der Sicht des Rechts

101. Deutscher Chirurgenkongreß

München 1984

V. Schlußveranstaltung

177. Gesetz und Freiheit bei ärztlichen Entscheidungen aus der Sicht des Rechts

A. Eser

Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht, D-7800 Freiburg i. Br

Law and Freedom in Medical Decisions

Summary. Modern medicine has given doctors more and more possibilities for “manipulative” intervention in natural processes. However, even in the context of daily medical routine of beginning, continuing or terminating treatment, the doctor is repeatedly faced with the dilemma of whether to make use of the opportunities open to him. Contrary to the widely-held view that such decisions are of a purely empirico-medical nature, it becomes apparent with reference, for example, to the definition of death and the discontinuation of treatment that these decisions also have a normative-evaluative character. In relation to the postulate of the widest possible “medical discretion” emphasis is attached to the necessity for a legal framework for four functions of the law as regards the relationship between doctor and patient: protection – avoidance of abuse – presentation of guidelines – stabilisation of confidence. In conclusion the question of medical freedom in relation to active euthanasia is considered.

Key words: Medical discretion – Legal restrictions on the medical profession – Definition of death – Active euthanasia.

Zusammenfassung. Durch die moderne Medizin werden dem Arzt immer größere Möglichkeiten „manipulativer“ Eingriffe in natürliche Abläufe eröffnet. Doch auch im ärztlichen Alltag der Aufnahme, Fortsetzung oder des Abbruchs einer Behandlung steht der Arzt immer wieder vor dem Dilemma, ob er von den ihm eröffneten Möglichkeiten Gebrauch machen darf. Entgegen einer weitverbreiteten Meinung, daß es sich dabei um rein empirisch-medizinische Entscheidungen handle, wird beispielhaft im Hinblick auf die Todesdefinition und den Behandlungsabbruch gezeigt, daß solche Entscheidungen auch normativen Wertungscharakter haben. Gegenüber dem Postulat eines möglichst weitgehenden „ärztlichen Ermessens“ wird die Notwendigkeit eines rechtlichen Rahmens mit vier Funktionen des Rechts im Verhältnis von Arzt und Patient betont: Schutzfunktion – Mißbrauchsabwehr – Richtlinienfunktion – Vertrauensstabilisierung. Abschließend geht es um den Freiraum ärztlichen Handelns bei aktiver Hilfe zum Sterben.

Schlüsselwörter: Ärztliches Ermessen – Rechtliche Bindungen des Arztes – Todesbegriff – Aktive Sterbehilfe.

Wenn auf einem Ärztekongreß einem Juristen die Ehre eingeräumt wird, vor dem offiziellen Schlußwort als Letzter sprechen zu dürfen, so ist ein solches Arrangement wohl nicht ohne Hintersinn. Als ich diesen zu ergründen versuchte, führte mich dies zur Eröffnungsrede Ihres Präsidenten zurück. Denn auch darin ging es ja bereits um Gesetz und Freiheit ärztlichen Handelns, wobei sich freilich das Recht in einer ihm ungewohnten Rolle, näm-

lich auf der Anklagebank, wiederfand. Getreu dem strafprozessualen Grundsatz „Der Angeklagte hat das letzte Wort“ ist es daher nicht mehr als recht und billig, wenn schließlich auch der Jurist noch zu Wort kommen darf.

Natürlich wäre es sehr verlockend gewesen, sich in einer Art von Schlußgehor auf diese Anklagen einzulassen. Wenn ich mich einer solchen Versuchung dennoch verschließen möchte, dann nicht etwa deshalb, weil jene Kritik keine Antwort verdienen würde oder gar unbegründet wäre; im Gegenteil: Es sei unumwunden eingeräumt, daß zu den sprichwörtlichen „Spannungen“, wie sie zwischen Ärzten und Juristen schon oft genug beschrieben wurden¹, auch die Juristen durch mangelndes Verständnis für die Besonderheiten ärztlicher Tätigkeit und demzufolge durch übersteigerte Forderungen nicht unbeträchtlich beigetragen haben. Freilich handelt es sich bei den von Herrn Präsidenten Koslowski gerügten Punkten, in denen Sie sich in Ihrem ärztlichen Alltag behindert fühlen, weniger um zivil- oder strafrechtliche Probleme, als vielmehr um organisations- oder arbeitsrechtliche Einschränkungen Ihrer Entfaltungsfreiheit. Und so wenig Sie sich von einem Internisten sagen lassen möchten, wie bei einer Blinddarmoperation am besten zu verfahren sei, so möchte auch ich als Strafrechtler bei meinem Leisten bleiben und über Gesetz und Freiheit bei ärztlichem Handeln vor allem aus der Sicht des Strafrechts sprechen. Doch über diese personbedingte Zufälligkeit hinaus, möchte ich dies auch aus einem prinzipiellen Grunde tun: Denn wenn Gesetz und Freiheit ärztlichen Handelns nicht nur marginal, sondern fundamental auf dem Spiel stehen, dann gerade bei der Frage nach strafrechtlicher Verantwortlichkeit im Verhältnis von Arzt und Patient.

Nun mag es auf den ersten Blick verwunderlich, wenn nicht gar schockierend erscheinen, daß sich das Recht überhaupt in dieses Verhältnis einmischt. Denn ist nicht Kranksein und Sterben ein derart intimes persönliches Geschehen, daß sich der Staat mit seinen naturgemäß äußerlichen Regeln völlig heraushalten sollte? Wäre es stattdessen nicht besser, Entscheidungen am Krankenbett, zumal im Grenzbereich von Leben und Sterben, dem „wohlmeinenden Ermessen“ des Arztes anheimzustellen? Damit sind wir eigentlich schon im Zentrum der hier zu behandelnden Frage. Denn Entscheidungsfreiheit oder Bindung, Selbstverantwortung oder standesethische Kontrolle. Handeln nach Gewissen oder nach rechtlichen Direktiven: das sind schlagwortartig nur einige der Alternativen, zwischen die sich der Arzt in seinem Entscheiden gestellt sieht. Und dies vor dem Hintergrund einer Medizin, die dem Arzt immer größere Möglichkeiten der Manipulation eröffnet (wobei hier „Manipulation“ völlig unpolemisch im Sinne des Eingreifens in natürliche Abläufe verstanden sei), wie etwa bei Reanimation und Transplantation, Sterilisation und Refertilisation, Schwangerschaftsabbruch und Perinatalogie, Psychochirurgie und Geschlechtsumwandlung, Humanexperiment und Genmanipulation, und nicht zuletzt natürlich auch bei der Frage nach Euthanasie und Sterbehilfe.

Obgleich die derzeitige Diskussion eines Falles, der mit dem für Chirurgen wohl bekannten Namen Hackethal verknüpft ist, gleich dazu drängen könnte, zu dieser Frage Stellung zu nehmen, mochte ich dies zurückstellen, um das mir gestellte Thema zunächst vor seinem breiteren Hintergrund zu sehen. Denn nicht nur bei solchen spektakulären Eingriffen in die physische Integrität menschlichen Lebens, sondern auch im ärztlichen Alltag der Einweisung oder Nichteinweisung eines Patienten, der Fortsetzung oder des Abbruchs einer Behandlung, steht der Arzt immer wieder vor dem Dilemma, ob er von den ihm eröffneten Möglichkeiten Gebrauch machen darf: Inwieweit ist er dabei frei oder gebunden? Wie und vor wem hat er sich zu verantworten? Wollte man alle diese Probleme in einer Kurzformel zusammenfassen, so wäre es die Frage nach den Grundlagen und Grenzen „ärztlichen Ermessens“. Denn wenn der Arzt – wie häufig zu beobachten – ein solches „Ermessen“ fordert, scheint er sich eine „Freizeichnung“ anmaßen zu wollen, die ihm Ethiker und Juristen nicht ohne weiteres glauben einräumen zu können.

¹ Vgl. dazu etwa H. Kuhlendahl, Ärztlicher Entscheidungsspielraum – Handlungszwänge, in: Festschrift für P. Bockelmann (hrsg. v. A. Kaufmann u. a.), 1979, 465–471

Leider läßt es die Kürze der Zeit nicht zu, den damit aufgeworfenen Grundsatz –, aber auch Verständigungsproblemen im einzelnen nachzugeben: so etwa der mißverstandenen Gleichsetzung von Normierung mit starr-reglementierender Kasuistik oder der Furcht, daß der Mediziner in seinen Entscheidungen durch den Juristen verdrängt werden könnte². Statt mit solchen mehr vordergründig rechtstechnischen Normierungsfragen wertvolle Zeit zu verlieren, möchte ich mich auf zwei Thesen konzentrieren, mit denen man immer wieder eine möglichst große Freiheit für ärztliches Handeln zu begründen versucht: zum einen die Behauptung, daß es dabei weitgehend um wertungsfreien medizinischen Sachzwang gehe, der sich grundsätzlich einer Normierung entziehe (I); zum zweiten die Frage nach der möglichen Entbehrlichkeit rechtlicher Normierung aufgrund ethischer Gewissensbindung des Arztes (II). Da dies nicht zuletzt auch für die derzeit diskutierte Frage aktiver Sterbehilfe besondere Aktualität besitzt, darf ich dazu schließlich noch in einem dritten Teil Ihre Aufmerksamkeit erbitten (III).

I. Ärztliches Handeln als wertungsfreier medizinischer Sachzwang?

Typisch für die erste Frage nach der angeblichen Wertungsfreiheit medizinischen Sachzwangs ist der Einwand, der mir einmal auf die Forderung nach Kriterien für Behandlungsabbruch von einem Mediziner entgegengehalten wurde: „Was wollt ihr Juristen da eigentlich normieren? Sind nicht Tod und Sterbenlassen eines Moribunden rein medizinische Sachverhalte, wo es lediglich etwas festzustellen und dementsprechend zu vollziehen, aber nichts zu werten, geschweige zu regulieren gibt?“ Medizin als wertungsfreie Erfahrungswissenschaft, ärztliches Handeln als bloße Umsetzung medizinischer Daten: das ist die Vorstellung, die hinter solchen Einwänden steht, und die – wären sie richtig – eine Normierung nicht nur erubrigen, sondern in der Tat sogar verbieten würden. Doch was vordergründig vielleicht als reiner „Sachzwang“ erscheint, erweist sich bei näherem Zusehen denn doch als weitaus komplexer: nämlich als eine Mischung von empirischen Faktoren und normativen Kriterien. Dies zu verdeutlichen, sei hier gerade an solchen Sachverhalten versucht, die weithin als „rein medizinische“ Angelegenheit verstanden und praktisch auch so gehandhabt zu werden pflegen: das Todeszeitproblem und der Behandlungsabbruch.

1. Die Todeszeitproblematik

Selbst einem so großen Juristen wie von Savigny erschien noch Mitte des letzten Jahrhunderts der Tod als „ein so einfaches Naturereignis, daß derselbe nicht, so wie die Geburt, eine genauere Feststellung seiner Elemente nötig macht“³. Dieses offenbar rein empirisch-deskriptive Verständnis des Todes läßt sich vielleicht daraus erklären, daß sich damals der Stillstand von Herz und Atmung als ein derart „zwingendes“ lebensbeendendes Ereignis darstellte, daß es daran auch rechtlich nichts zu deuten gab.

Inzwischen jedoch hat sich spätestens mit den modernen Reanimationsmöglichkeiten herausgestellt, daß der „Herztod“ weder zwingend noch unwiderruflich das Ende des menschlichen Lebens bedeutet, daß das Sterben einen Prozeß darstellt, in dem Organe und Funktionen teils unabhängig und zeitverschoben voneinander absterben können, ja daß unter Umständen – wie insbesondere zu Transplantationszwecken – sogar ein Interesse daran bestehen kann, die Funktionsfähigkeit des Transplantats über das Absterben des

² Naher zu diesen Fragen mit einschlagigen Belegen *A. Eser*, Der Arzt zwischen Eigenverantwortung und Recht, in: *Anspruch der Wirklichkeit und christlicher Glaube* (hrsg. v. D. Mieth/H. Weber), 1980, S. 166–183.

³ *C. F. v. Savigny*, System des römischen Rechts, Bd. 2, 1840, S. 17. Vgl. auch *F. Fischer/P. Fritzsche/O. Pribilla*, Definition des Todes, in: *Sterbehilfe oder Wie weit reicht die ärztliche Behandlungspflicht?* (hrsg. v. V. Eid/R. Frey), 1978, S. 36/30: der Todesbegriff als „deskriptives Tatbestandsmerkmal“.

Gehirns hinaus am Leben zu erhalten. Damit war es sowohl aus pragmatischen wie auch aus rechtlichen Gründen notwendig geworden, sich über die für den Tod wesentlichen Kriterien neu zu vergewissern. Denn sowohl im Interesse einer einheitlichen Handhabung wie auch zur Bestimmung der Grenze, bis zu der die Lebensschutzbestimmungen reichen und damit grundsätzlich Lebenserhaltung geboten bzw. die Entnahme von Transplantaten verboten ist, war eine (Neu-)Definierung des Todeszeitpunktes unerlässlich. Dies hat schließlich – stark vereinfachend ausgedrückt – zu einer Verlagerung vom „Herztod“ auf den „Hirntod“ geführt, und zwar gerade aufgrund der von Ihrer Gesellschaft entwickelten und inzwischen praktisch allgemein anerkannten Richtlinien⁴.

Für den vorliegenden Zusammenhang interessiert nun an diesem Vorgang weniger die sachliche Richtigkeit dieser neuen Todesdefinition als vielmehr ihr normativer Gehalt. Auf den ersten Blick könnte es in der Tat so scheinen, als hätten damit die Chirurgen nichts anderes getan, als einen medizinisch-empirischen Sachverhalt definitorisch zu beschreiben, und zwar ohne jede Spur von Wertung. Diese weitverbreitete Ansicht bleibt jedoch im vordergründigen, weil sie übersieht, daß im Abheben auf den „Hirntod“ Prämissen stecken, die ihrerseits nicht mehr medizinisch, sondern nur noch normativ aufgrund bestimmter Wertvorstellungen über den Menschen erklärbar sind. Dies wird deutlich, wenn man nach der Legitimation fragt, aufgrund der die Verlagerung des Todeszeitpunktes überhaupt getroffen werden konnte und warum diese Privatübereinkunft einer medizinischen Organisation letztlich sogar die stillschweigende Anerkennung der Rechtsordnung fand: weil dahinter die Vorstellung steht, daß das Gehirn der Sitz der „Geistigkeit“ sei und eben diese Geistigkeit das Menschsein ausmache. Spätestens bei dieser letzten Aussage aber haben wir es nicht mehr mit einer rein medizinisch-biologischen Feststellung, sondern mit einer normativen Wertung zu tun; denn daß „Geistigkeit“ das Spezificum des Menschen sei, ergibt sich nicht mehr aus reiner Deskription, sondern aus einem auf anthropologischer Wertung begründeten Urteil, das seinerseits auf philosophisch-ethischen Einsichten und wohl nicht zuletzt auch auf religiös-weltanschaulichen Bekenntnissen beruht.

Nun soll das freilich nicht heißen – und vor Vereinseitigungen in jene andere Richtung ist nicht weniger nachdrücklich zu warnen –, daß der Tod ein *rein* normatives Problem sei. Vielmehr sind hier zwei Ebenen auseinanderzuhalten, die man – ebenfalls stark vereinfachend – als *Normsetzungs-* bzw. *Normanwendungsebene* bezeichnen könnte, mit der Folge, daß zwischen dem (normativen) *Todesbegriff* (a) und den (medizinischen) *Todesfeststellungskriterien* (b) zu differenzieren ist:

a) Soweit es um den *Todesbegriff* geht: nämlich um die Frage, worin das Spezificum menschlichen Lebens besteht, bei dessen unwiderruflichem Verlust wir vom Tod als Ende des Menschseins sprechen, bewegen wir uns auf *normativem* Boden: Aufgrund einer – sittlich, standesethisch, rechtlich anerkannten – Konvention, die ihrerseits auf bestimmten anthropologischen Vor-Urteilen über Personsein, Menschenwürde und dergleichen beruht, gehen wir davon aus, daß „Geistigkeit“ das Charakteristikum menschlichen Lebens und demzufolge bei deren unwiderruflichem Verlust der betroffene Mensch als „tot“ zu betrachten sei. An dieser „Normsetzung“ – und zwar „Setzung“ deshalb, weil dabei die Geistigkeit zum maßgeblichen Kriterium des Menschseins erklärt wird – ist natürlich auch der Mediziner mitbeteiligt. Dies freilich nicht so sehr in seiner Eigenschaft als Naturwissenschaftler oder Arzt, als vielmehr in seiner Rolle als (Mit)Bürger, aufgrund dessen er für Wertentscheidungen der Gemeinschaft (mit)verantwortlich ist. Insofern hat der Arzt dem nichtmedizinischen Mitbürger zwar faktisch größere Problemnähe und höheres Fachwissen voraus, jedoch grundsätzlich kein politisch-normatives Vor-Recht. Denn die für den Lebensschutz entscheidende Frage, welches Spezificum für das Menschsein maßgeblich sei, ist eine im wahrsten Sinne des Wortes „politische“, nämlich von der „polis“ als Rechtsgemeinschaft zu verantwortende und damit grundsätzlich von allen Bürgern (mit) –

⁴ Abgedruckt in: Der Chirurg 1968, 196

zutragende Aufgabe – wobei „politisch“ natürlich nicht im Sinne von Tages- oder gar Parteipolitik mißzuverstehen ist, sondern als eine Grundwertentscheidung der jeweiligen Rechtsgemeinschaft.

b) Soweit es dagegen um die *Todesfeststellungskriterien* geht: nämlich um die Frage, in welchem Organ die „Geistigkeit“ des Menschen ihre biologische Grundlage hat und an welchen Symptomen sich das irreversible Erlöschen dieser Funktion ablesen läßt, bei dieser Frage nach den *Todeszeichen* also ist der Mediziner nicht als Bürger, sondern in seiner Eigenschaft als Naturwissenschaftler gefragt. Denn ob und inwieweit das Gehirn als Sitz der Geistigkeit noch lebt bzw. welche Anzeichen sein Absterben *beweisen*, dies ist – jedenfalls im Prinzip – nicht mehr eine Frage anthropologischer Wertung, sondern naturwissenschaftlicher Empirie.

2. Behandlungsabbruch

Auch die Frage, wann der Arzt eine Behandlung abbrechen darf, wird nicht selten als eine rein medizinische Angelegenheit verstanden, die in der alleinigen Verantwortung des Arztes stehe. Soweit dies freilich damit begründet wird, daß das Sterbenlassen eines Moribunden ohnehin eine rein medizinische Frage sei, wird wiederum der Wertungsgehalt derartiger Entscheidungen verkannt.

Dies ist offensichtlich bei dem infolge schwerer Hirnschädigung bewußtlos dahinsiehenden Apalliker: Manche glauben dieses Problem dadurch lösen zu können, daß durch *Vorverlagerung des Todeszeitpunktes* der Apalliker bereits als „tot“ betrachtet wird, mit der Folge, daß damit der Arzt jeder weiteren Lebenserhaltungspflicht entledigt sei⁵. Doch so verständlich dieses Anliegen auch ist, darf man sich durch solche definitorischen Tricks doch keinesfalls darüber hinwegtäuschen lassen, daß in der Vorverlegung des Todeszeitpunktes eine Wertung steckt; und zwar jedenfalls insofern, als nun nicht mehr auf das Erlöschen jeglicher Geistigkeit, sondern bereits auf die Beeinträchtigung der Kommunikationsfähigkeit abgehoben und damit letztere zum Spezificum des Personseins erklärt wird.

Doch auch da, wo der Arzt abbrechen will, weil ihm weiteres ärztliches Bemühen „sinnlos“ erscheint, ist die Entscheidung neben medizinischen Faktoren letztlich auch von normativen, und zwar namentlich am „Lebenssinn“ orientierten Werten mitbestimmt. Denn selbst wenn man „sinnlos“ mehr medizinisch-pragmatisch im Sinne von „zwecklos“ oder „aussichtslos“ versteht, hängt die Entscheidung doch von der *Zielvorgabe* ab: Soweit es dabei lediglich um die Feststellung geht, daß dieses Ziel nicht mehr erreichbar sei, handelt es sich in der Tat um einen rein medizinischen Befund. Soweit es dagegen um die – jenem (Unmöglichkeits)Befund vorausgehende – *Zielsetzung* geht, sind auch normative Momente mit im Spiel⁶. Das läßt sich leicht verdeutlichen, wenn man den Arzt danach fragt, unter welchen Voraussetzungen er weitere Lebenserhaltungsmaßnahmen für „sinnlos“ oder „zwecklos“ ansieht: Nimmt er dies erst dann an, wenn sich der Todeseintritt auch mit medizinischen Mitteln nicht mehr aufhalten läßt, so liegt darin die Anerkennung von *Leben als solchem*, und zwar unabhängig davon, ob dieses noch irgendeine kommunikationsfähige Qualität besitzt. Ist der Arzt dagegen bereits dann zum Abbruch bereit, wenn sich das Grundleiden als unheilbar herausstellt und bei lebenserhaltenden Stimulanzien im Grunde nur noch die Qual das Sterben verlängert würde, oder nutzt er gar die bei einem Krebskranken auftretende Lungenentzündung, um ihn schon vor Bewußtwerden dieser harten Gewißheit sterben zu lassen, so steht dahinter eine mehr *qualitative* Lebensbetrachtung und damit wiederum eine – und zwar von der vorhergehenden – abwei-

⁵ So namentlich R. Frey in einem SPIEGEL-Interview vom 26. 4. 1976, Nr. 18, S. 92/4. Zu ähnlichen Tendenzen in den bereits erwähnten Richtlinien zur Todesfeststellung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vgl. A. Eser, Lebenserhaltungspflicht und Behandlungsabbruch in rechtlicher Sicht, in: A. Auer/H. Menzel/A. Eser, Zwischen Heilaufrag und Sterbehilfe, 1977, S. 75–147, S. 120 Fn. 163.

⁶ Näher zu derartigen Kriterien für Behandlungsabbruch A. Eser (oben Fn. 5) S. 125 ff.

chende Wertung. Oder läßt er ein verkrüppelt geborenes Kind etwa deshalb sterben, weil er ihm ein schweres Los sowie den Angehörigen und der Gesellschaft einen unverhältnismäßigen Versorgungsaufwand glaubt ersparen zu müssen, so steckt darin – neben der Bevormundung fremden Lebenssinnes („ich weiß besser, was für dich gut ist“) – eine *Relativierung* des Lebens: Denn sobald man Lebenserhaltung von anderen als den ureigenen Interessen des Patienten abhängig macht, wird das Leben zu einem aufrechenbaren, abwägbaren und dabei möglicherweise sogar hinter materiellen Interessen rangierenden Wert⁷.

3. Der ärztliche Auftrag aufgrund normativer Zielsetzung

Diese Beispiele könnten beliebig vermehrt werden. Doch was zu zeigen war, ist bereits hinlänglich klargeworden: Was auf den ersten Blick als rein medizinischer Sachzwang erscheint, erweist sich bei näherem Zusehen als normativ präjudiziert. Denn bewußt oder unbewußt geht der Arzt bei seiner Entscheidung von bestimmten Zielsetzungen aus, die ihrerseits an bestimmten Wertungen über Personhaftigkeit des Menschen, Qualität des Lebens, Heilungs- und Schmerzlinderungspflicht usw. ausgerichtet sind.

Und dies kann letztlich auch gar nicht verwundern: Denn ärztliches Handeln als zwischenmenschliche Interaktion vollzieht sich im Verfolg eines bestimmten Auftrags, der sich im Verlauf der Medizingeschichte auch immer wieder verändert hat, und zwar sowohl bedingt durch naturwissenschaftlich-technische Fortschritte wie auch unter dem Einfluß eines sich wandelnden Wertbewußtseins⁸. Welchem Ziel sich dabei der einzelne Arzt oder die Ärzteschaft einer bestimmten Zeit verpflichtet fühlt, ist – gleich ob ausdrücklich oder auch nur stillschweigend – das Ergebnis einer Übereinkunft und Entscheidung und damit eines normativen Akts.

II. Entbehrlichkeit des Rechts bei ethischer Gewissensbindung?

Wenn somit auch ärztliches Handeln *normativen* Gehalt hat, stellt sich naturgemäß die Frage nach dem *Normgeber*: Soll dies jeder Arzt aufgrund seiner eigenen Privatmoral sein können? Oder nur in Übereinstimmung mit einer bestimmten – aber dann welcher – religiös-weltanschaulichen Ethik? Oder nur in Rückbindung auf eine bestimmte „anerkannte“ Standesethik? Oder kommt es gar auf rechtliche Normierung an? Und wenn nicht aufgrund ausschließlich autonomer Normgebung: mit welchem Konkretisierungsgrad? Mit welcher Verbindlichkeit und Erzwingbarkeit? Mit welchen Sanktionen?

Aus der Fülle solcher Fragen kann hier nur noch eine einzige, aber die rechtspolitisch wohl wichtigste angesprochen werden: Inwieweit wäre eine rechtliche Normierung ärztlichen Handelns mit Rücksicht darauf entbehrlich, daß sich der Arzt seinem Gewissen und/oder seiner Standesethik verpflichtet weiß? Oder umgekehrt gefragt: Was könnten die Gründe dafür sein, daß sich auch der Arzt bei seinem Ermessen und Handeln nicht nur seinem eigenen Gewissen und/oder seiner standesethischen Verantwortung, sondern auch heteronom auferlegten und notfalls sanktionierbaren Rechtsnormen verpflichtet wissen muß? Im wesentlichen sind es vier Funktionen des Rechts, die gerade auch für ärztliches Handeln bedeutsam sein können und daher wenigstens kurz angedeutet seien: Schutzfunktion – Mißbrauchsabwehr – Richtlinienfunktion – Vertrauensstabilisierung⁹.

⁷ Rechtsgeschichtlich zu einem derartigen Wertungswandel *A. Eser*, Zwischen „Heiligkeit“ und „Qualität“ des Lebens, in: *Tradition und Fortschritt im Recht. Festschrift zum 500jährigen Bestehen der Tübinger Juristenfakultät* (hrsg. v. J. Gernhuber), 1977, S. 376–414 (in gekurzter Fassung auch in: *Stimmen der Zeit*, 1982, S. 812–826).

⁸ So glaubte etwa noch im Jahre 1955 ein so bedeutender Mediziner und Kulturpolitiker wie *Hellpach* postulieren zu können, der Arzt sei „unbedingt der Lebenserhalter, oder er hört auf, ein Arzt zu sein“ (zit. nach *H. Schadewaldt*, *Der Arzt vor der Frage von Leben und Tod*, in: *Klinische Wochenschrift* 1969, S. 557–560, mit weiterem Material zum Wandel des ärztlichen Auftrags), während der Europarat in der Lebensverlängerung als solcher „kein ausschließliches Ziel der medizinischen Praxis“ mehr erblicken will (Recommendation 779 v. 29. 1. 1976 Zif. 6).

⁹ Auch zum nachfolgenden weitere Einzelheiten mit Belegen in *A. Eser* (oben Fn. 2) S. 183–189.

1. Die Schutzfunktion des Rechts

Durch Zulassung zur Heilbehandlung sind dem Arzt Eingriffe in Rechtsgüter eröffnet, die besonderen grundrechtlichen Schutz genießen: die Menschenwürde, Leib und Leben, Selbstbestimmung (Art. 1, 2 Grundgesetz). Schon deshalb ist ein „rechtsfreies“ ärztliches Ermessen in dem Sinne, daß der Arzt nur seinem eigenen – vielleicht strengen oder auch laxen – Gewissen verpflichtet und damit jeder rechtlichen Verantwortlichkeit entzogen sei, jedenfalls im Grundansatz nicht annehmbar. Eine solche „Freizeichnung“ gegenüber dem Recht würde verkennen, daß die Rechtsordnung menschliches Leben gar nicht freigeben darf, sondern die Letztverantwortung für dessen Schutz in der Hand behalten muß, und sei es auch nur dadurch, daß sie ärztliches Handeln auf bestimmte Grundsätze verpflichtet, deren Beachtung überwacht und deren Mißachtung sanktioniert ist.

2. Mißbrauchsabwehr

Damit ist bereits ein zweiter Punkt angesprochen: der Gedanke der Mißbrauchsabwehr. Um wirksamen Schutz zu gewährleisten, müssen rechtliche Normen *erzwingbar* und im Falle der Verletzung *sanktionierbar* sein. Denn das Recht – und dabei insbesondere das Strafrecht als ein naturgemäß „mißtrauisches“ Recht – darf sich nun einmal nicht nur am wohlmeinenden Arzt orientieren, sondern muß auch mit jenem Mediziner rechnen, der seine faktischen Eingriffsmöglichkeiten mißbraucht oder mißbrauchen könnte. Doch wichtiger als die Verfolgung einzelner „schwarzer Schafe“, von denen keine Profession verschont bleibt, ist dabei die generalpräventive Prophylaxe: der schon von der rechtlichen Normierung als solcher ausgehende Bewertungs- und Bestimmungseffekt. Dies vor allem in solchen Bereichen, in denen die (Standes)Ethik als nicht hinreichend durchsetzungskräftig erscheint: Wie etwa stünde es mit dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten, wenn es nicht immer wieder durch die Rechtssprechung im Wege der Aufklärungspflicht durchgesetzt würde? Welchen Anfechtungen wäre die ärztliche Sorgfaltspflicht ausgesetzt, wenn jede Kunstfehlerhaftung entfiel? Wer demgegenüber die ärztliche Selbstverantwortung beschwört, übersieht die Folgen für den Patienten: Bleibt die Eigenverantwortlichkeit des Arztes ohne rechtliches Risiko, weil nicht sanktionierbar, so stellt sie den Patienten praktisch schutzlos.

3. Richtlinienfunktion

Freilich würde die Funktion von Recht in bedenklicher Weise verkürzt, wenn man es auf gleichsam negative Mißbrauchsabwehr reduzieren wollte. Weitaus wichtiger ist ein Positives: die klarstellende Richtlinienfunktion bei kontroverser Rechtslage. Und zwar sowohl im Allgemeininteresse möglichst einheitlicher Praxis wie auch im individuellen Interesse des Arztes, für den die rechtliche Klärung auch Entlastung bedeuten kann.

Ein Paradebeispiel dafür bietet die gegenwärtige Regelungslücke bei *Sterilisation*, wo selbst eindeutige Aussagen der ärztlichen Berufsordnungen, weil offenbar zu engherzig, keine allgemein akzeptable Handhabung zu gewährleisten vermögen.

Auch bei *Behandlungsabbruch* bestehen offenbar noch beträchtliche Entscheidungsdivergenzen. Nicht als ob diese einfach durch ein kasuistisches Wertraster beseitigt werden könnten; denn daß gerade im Grenzbereich von Leben und Sterben dem Arzt, wenn auch kein völlig freies Ermessen, so doch jedenfalls ein Beurteilungsspielraum bleiben muß, sei keineswegs bestritten¹⁰. Dies schließt jedoch nicht nur nicht aus, sondern setzt umgekehrt gerade voraus, daß der Arzt zumindest über wesentliche Entscheidungskriterien Klarheit hat. Oder soll es tatsächlich seinem persönlichen Gutdünken überlassen bleiben, was er unter noch „sinnvollem“ bzw. bereits „sinnlosem“ Bemühen versteht, ob er schon bei Nichtheilbarkeit des Grundeidens oder erst mit unwiderruflichem Bewußtseinsverlust die

¹⁰ Näher zu diesem oft verkannten Unterschied zwischen „Handlungsermessen“ und „Beurteilungsspielraum“ A. Eser (oben Fn 2) S 173 ff

Behandlung einstellt, ob er geistig oder körperlich geschädigte Neugeborene sterben läßt, ob er Lebenserhaltung von materiellen Rücksichten abhängig macht, oder ob und inwieweit er den Willen des Patienten und/oder seiner Angehörigen respektiert¹¹? Wenn die unterschiedliche Praxis in diesen Fragen bislang noch weithin einfach hingenommen wird, so wohl nicht zuletzt deshalb, weil sich die Öffentlichkeit dieser Problematik noch nicht voll bewußt ist und weil solche Fragen, da unangenehm, verständlicherweise gerne verdrängt werden. Doch deshalb die Praxis einfach sich selbst zu überlassen, kann sich das eine Rechtsgemeinschaft in derart fundamentalen Wertungen eigentlich ernsthaft auf Dauer leisten? Oder müßte nicht auch der Arzt ein Interesse daran haben, daß er sein Handeln an Kriterien ausrichten kann, mit denen er sich im Gleichklang mit seinen Kollegen und im Einklang mit der Rechtsordnung weiß?

4. Vertrauensstabilisierung

Dies wäre auch aus einem weiteren Grunde wichtig: zur Vertrauensstabilisierung zwischen Arzt und Patient¹². Vielleicht ist dies im ärztlichen Bereich sogar die allerwichtigste Funktion des Rechts: das Vertrauenkönnen des Patienten darauf, daß ärztliches Handeln, von wem und wo auch immer es an ihm vollzogen wird, den gleichen Grundsätzen und Kriterien verpflichtet ist. Denn nur dort, wo der Patient davon ausgehen kann, daß er bei diesem Arzt und in jenem Krankenhaus im wesentlichen nach gleichen Maßstäben versorgt oder auch in Ruhe sterben gelassen wird, wie bei jedem anderen, wird jene „akzeptierte Abhängigkeit“¹³ entstehen können, wie sie für das Vertrauen zwischen Arzt und Patient so wichtig ist. Ein solches Vertrauen wird kaum gewonnen werden können, solange der Patient den Eindruck haben muß, daß es der ausschließlichen Eigenverantwortung des einzelnen Arztes überlassen bleibt, was dieser etwa unter „sinnvollem“ Bemühen verstehen will.

Dem scheint freilich zu widersprechen, daß der gegenwärtig zu beobachtende Vertrauensschwund gerade auf eine fortschreitende *Juridisierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses* zurückgeführt und dazu besonders gerne auf Überstrapazierung der Aufklärungspflicht verwiesen wird¹⁴. Aber könnte es nicht sein, daß dabei Ursache und Wirkung verwechselt werden? Auch sonst ist es doch meist nicht das Recht, das den Mißstand schafft, sondern eher umgekehrt ein Mißstand, der den Ruf nach Recht provoziert. Dies ließe sich kaum treffender als gerade an der als „Zuchtrute der Justiz“ apostrophierten Aufklärungspflicht¹⁵ demonstrieren: Denn wäre es nicht derart schwer gewesen, die Verantwortung für Behandlungsfehler gegenüber einer einmalig geschlossenen „Kollegialität“ der Ärzteschaft durchzusetzen¹⁶, hätte die Rechtsprechung schwerlich den Ausweg über Aufklärungsmängel suchen müssen, um dem Patienten zu seinem Recht zu verhelfen. Gewiß mag es dabei auch immer wieder zu juristischen Übersteigerungen kommen. Sucht man jedoch nach der Erstursache solcher Eskalation, wird man dann tatsächlich böswillige Ju-

¹¹ Naher dazu A. Eser, Grenzen der Behandlungspflicht aus juristischer Sicht, in: Grenzen der ärztlichen Aufklärungs- und Behandlungspflicht (hrsg. v. P. Lawin/A. Huth), 1982, S. 77–94

¹² Allgemein dazu E. Buchborn, Vertrauen und Mißtrauen im Spiegel des ärztlichen Heilauftrages und des rechtlichen Behandlungsvertrages, in: Ärztliches Handeln zwischen Paragraphen und Vertrauen (hrsg. v. F.-X. Kaufmann), 1984, S. 152–163

¹³ D. Rössler, Der Arzt zwischen Technik und Humanität, 1977, S. 85

¹⁴ Vgl. dazu namentlich L. Demling, Ärztliches Handeln im Zugriff der Verrechtlichung, in: Kaufmann (oben Fn. 12) S. 101–110, ferner H. Müller-Dietz, Rechtliche Regelung und therapeutische Bedürfnisse, sowie H. Jung, Die Rolle des Gesetzgebers auf dem Gebiet des Arztrechts, beide in: Arzt und Patient zwischen Therapie und Recht (hrsg. v. H. Jung/H. W. Schreiber), 1981, S. 7–26 bzw. S. 189–204

¹⁵ H. Kuhlendahl (oben Fn. 1) S. 471

¹⁶ Zu solcher falschverstandener ärztlicher Kollegialität vgl. insbes. das aufsehererregende Urteil des Bundesgerichtshofs, in: Neue Juristische Wochenschrift 1975 S. 1463/4

ridisierungssucht der Juristen oder unzufriedene Rachsucht von Patienten verantwortlich machen können? Oder vielleicht nicht doch eher die Erfahrung, daß sich der Mediziner selbst bei offensichtlichen Fehlern schwer tut, die so gern beschworene „Verantwortung“ dann tatsächlich auch zu übernehmen?

Wenn demgegenüber die Patientenschaft immer weniger Scheu hat, eine mögliche Verantwortung des Arztes auch tatsächlich einzufordern, so könnte das nicht zuletzt auch die Folge einer fortschreitenden *Kommerzialisierung der Medizin* sein. Während in früheren Zeiten der Arzt als ein Helfer empfunden wurde, der über profanes Gewinnstreben erhaben schien und dementsprechend auch die „Honorierung“ noch im wahrsten Sinne dieses Wortes als ein ehrenhaftes Abtragen einer Dankesschuld verstanden wurde, ist durch förmliche Gebührenstaffeln, aber wohl noch mehr durch (darüber hinausgehende) Honorarvereinbarungen ein vertragliches Moment in das Arzt-Patienten-Verhältnis hineingekommen, das sich damit kaum noch von gewerblichen Dienstleistungsverhältnissen unterscheidet. Diese „Versachlichung“ der ärztlichen Leistung wird durch die Spezialisierung auf einzelne Organe noch beträchtlich verstärkt: Der Arzt erscheint nicht mehr als der allumfassende „Lebenshelfer“, sondern nur noch als der „Reparateur“ für Herz und Niere. Wenn man aber schon den „Fachmann“ mit „gutem Geld“ bezahlt, erwartet man einen entsprechenden „Service“ und im Fall von Mißerfolg Ersatz. Auch die in größeren Kliniken übliche „Vertreterklausel“, wonach sich der Patient global damit einverstanden erklären muß, anstelle des Chefs notfalls mit einem Vertreter vorlieb zu nehmen, auch diese Praxis trägt nicht gerade zur Stabilisierung von Vertrauen bei. Denn mit der „Vertretbarkeit“ dessen, den man gezielt um Hilfe ersucht hat, wird auch die ärztliche Leistung zur „vertretbaren“ Sache und durch diese Austauschbarkeit „entpersönlicht“.

Wenn nunmehr das Recht in dieses Vakuum vorstößt, dann nicht, um vorhandenes Vertrauen zu unterdrücken, sondern um nicht vorhandenes zumindest durch allgemeine Verhaltensregeln zu ersetzen. In vergleichbarem Zusammenhang ist ja auch jene amerikanische Patienten-„Bill of Rights“¹⁷ nicht etwa deshalb entstanden, um damit Vertrauen zu zerstören, sondern weil dieses bereits im Schwinden war. Solchem Vertrauensverlust vorzubeugen, soll ja gerade bezweckt werden durch Verpflichtung des Arztes auf Kriterien, die nicht nur durch seine eigene Gewissensentscheidung, sondern auch durch rechtliche Fundierung legitimiert sind. Dies ist um so mehr geboten, wenn sich der Patient nicht mehr nur dem individuellen „Arzt seines Vertrauens“, von dem er vielleicht noch die Grundeinstellung gekannt haben mag, sondern einem Ärzteteam gegenüber sieht, dessen „Kollektivgewissen“ er verständlicherweise gerne durch verbindliche Entscheidungskriterien konturiert sähe. Dieses Vertrauen auf einheitliche und rechtskonforme Handhabung nicht enttäuschen zu lassen, muß nicht zuletzt auch der Staat besorgt sein; denn wenn er fremdes Leben sich dem Arzt anvertrauen läßt, so kann dies immer nur unter der Voraussetzung zulässig sein, daß dieser sich jenen Kriterien verpflichtet weiß, die auch von der Rechtsgemeinschaft im Interesse optimalen Lebensschutzes und menschenwürdigen Sterbens für verbindlich angesehen werden.

III. Freiraum für aktive Sterbehilfe durch den Arzt?

Wie schwierig es zudem sein kann, einen Freiraum, den das Recht läßt, dann auch ethisch richtig auszufüllen, zeigt gerade die derzeit heftig diskutierte Frage aktiver Sterbehilfe durch den Arzt. Angesichts der unerfreulichen Emotionalisierung, die durch den in die Boulevardpresse hineingetragenen Fall entstanden ist, habe ich mir allerdings lange überlegt, ob ich mich überhaupt dazu äußern sollte. Da jedoch im Zusammenhang damit auch mein Name genannt wurde, glaube ich, mich nicht gänzlich verschweigen zu sollen. Dies um so mehr, als ich dabei von Bewegungen vereinnahmt zu werden drohe, deren weitergehendes Ziel alles andere als in meinem Sinne liegt. Dabei bitte ich jedoch um Verständnis

¹⁷ In deutsch abgedruckt bei W. Schweissheimer, in: Deutsche Richterzeitung 1973, S. 167

dafür, daß ich mich einer öffentlichen Beurteilung dieses konkreten Falles enthalten muß. Denn nicht nur, daß Vertrauen und Vertraulichkeit für mich Werte sind, die es nicht zuletzt aus Pietätsgründen zu respektieren gilt. Auch sollten quälende Gewissensentscheidungen, als die sie mir erschienen sind, nicht gerade auf dem offenen Markt zur Schau getragen werden. Deshalb möchte ich, ja muß ich mich darauf beschränken, meinen grundsätzlichen Standpunkt in diesen Frage klarzustellen, wobei ich im Grunde nichts anderes zu sagen habe, als was ich schon in Schriften und Vorträgen – und dabei meist weitaus detaillierter – dargelegt habe¹⁸.

1. Soweit es um die *strafrechtliche* – im Unterschied zur ethischen – Zulässigkeit aktiver Sterbehilfe geht, muß man sich von vornherein darüber klar sein, daß es im Gesetz keine abschließende Regelung dafür gibt. Deshalb ist auf allgemeine Grundprinzipien zurückzugehen, wobei vor allem drei von besonderer Bedeutung sind:

- Auf der einen Seite das prinzipielle *Verbot der Tötung eines anderen*.
- Auf der anderen Seite die *Straflosigkeit der Selbsttötung*, vorausgesetzt freilich, daß diese auf einem sogenannten „freiverantwortlichen“ Willen beruht.
- Diese beiden Grundsätze des Fremdtötungsverbots einerseits und der Selbsttötungsfreiheit andererseits geraten nun zwangsläufig in Konflikt miteinander, wenn sich der zum Sterben Entschlossene für sein Ausscheiden aus dem Leben der Hilfe eines anderen bedienen will: Soll dieser Dritte dann ebenso straflos bleiben wie der Lebensmüde selbst? Oder soll auch für solche Fälle das Fremdtötungsverbot gelten? Das deutsche Recht hat sich – und dies ist ein drittes Grundprinzip – für einen Mittelweg entschieden, indem es für den, der „durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten bestimmt worden ist“ – so der Wortlaut des § 216 StGB – eine gegenüber dem „normalen“ Totschlag gemilderte Strafdrohung von 6 Monaten bis zu 5 Jahren vorsieht. Darin kommt zweierlei zum Ausdruck: Zum einen, daß bei einer solchen „*Tötung auf Verlangen*“ sowohl das Unrecht wie auch die Schuld offenbar weniger schwer wiegen als bei einem sonstigen Totschlag. Zum anderen soll dadurch, daß selbst dem von Mitleid motivierten Täter keine volle Straffreiheit gewährt wird, die grundsätzliche Unverbrüchlichkeit des Fremdtötungsverbots verankert bleiben.

Wie aber ist danach die *Beihilfe zur Selbsttötung* einzuordnen? Da die Selbsttötung als solche – wie wir gesehen haben – straffrei ist, gilt auch die Beihilfe dazu nach allgemeinen Grundsätzen als nicht strafbar. Das bedeutet, daß es bei aktiver Hilfe zum Sterben entscheidend darauf ankommt, ob diese als strafbare „Tötung auf Verlangen“ oder lediglich als straflose „Beihilfe zur Selbsttötung“ zu verstehen ist. Wie diese schwierige und gewiß auch nicht unproblematische Grenze im einzelnen zu ziehen ist, hat der Rechtsprechung und Rechtslehre schon manches Rätsel aufgegeben und kann auch jetzt noch nicht als restlos geklärt angesehen werden. Immerhin läßt sich aber die gegenwärtig vorherrschende Meinung wohl folgendermaßen zusammenfassen: Solange die *Letztentscheidung* über die Herbeiführung des Todes bei dem *Betroffenen* bleibt, sind Hilfeleistungen dazu als straflose Beihilfe zur Selbsttötung anzusehen. Sobald dagegen die Entscheidung über den Todeseintritt letztentscheidend in der Hand des anderen liegt, handelt es sich um strafbare Tötung auf Verlangen – wobei freilich in jedem Falle vorauszusetzen ist, daß es sich um eine wohlüberlegte, von Beeinträchtigungen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit freie Entscheidung des Betroffenen handelt¹⁹.

¹⁸ So erstmals in A. Eser, Sterbehilfe und Euthanasie in rechtlicher Sicht, in: Euthanasie oder Soll man auf Verlangen toten? (hrsg. v. V. Eid), 1975, S. 45–70; ferner A. Eser, Der manipulierte Tod? Möglichkeiten und Grenzen der Sterbehilfe aus rechtlicher Sicht, in: Der Mensch und sein Tod (hrsg. v. J. Schwartlander), 1976, S. 61–81.

¹⁹ Einzelnachweise zum Meinungsstand bei A. Eser, in: Schonke/Schroder, Kommentar zum Strafgesetzbuch, 21. Aufl. 1982, Vorbem. 33 ff. vor § 211 (S. 1257–1262) sowie § 216 Rn. 11 (S. 1286).

So gesehen bleibt also *rechtlich* durchaus ein Freiraum für straffreie Beihilfe zur Selbsttötung, wobei jedoch noch einmal betont sei, daß die Letztentscheidung über den zum Tode führenden Akt beim Betroffenen liegen muß, dieser sich freiverantwortlich dazu entschlossen hat und für den Fall, daß der Tod nicht sofort eintritt, keinerlei Anzeichen für eine etwaige Sinnesänderung erkennbar sind.

2. Eine ganz andere Frage ist jedoch, ob ein Arzt von dieser ihm eingeräumten Möglichkeit auch tatsächlich Gebrauch machen soll. Diese *moralische und standesethische* Frage wird ihm vom gegenwärtigen Recht nicht abgenommen. Insofern läßt ihm die Rechtsordnung ein Ermessen, das er in Selbstverantwortung auszuüben hat. Über solche arztethischen Entscheidungen ein öffentliches Urteil zu fällen, steht mir als Jurist nicht zu.

3. Selbst dieser rechtliche Freiraum zu aktiver Sterbehilfe erscheint jedoch manchen noch zu eng. Denn wenn immer wieder die Forderung nach *Freigabe „aktiver Euthanasie“* erhoben wird, so geht es dabei – über die Beihilfe zur Selbsttötung hinaus – auch um die Straflosigkeit der „Tötung auf Verlangen“.

Ohne das menschliche Anliegen verkennen zu wollen, das hinter dieser Forderung eines „Rechts auf den eigenen Tod“ steht²⁰, wären vor einem solchen Schritt doch auch einige gewichtige Gefahren zu bedenken. Nicht nur, daß dem verständlichen Wunsch, in Ruhe sterben zu dürfen, bereits durch die weitgehende Zulässigkeit passiver Euthanasie – durch schlichtes Sterbenlassen – Rechnung getragen werden kann und damit schon das praktische Bedürfnis für aktive Euthanasie fragwürdig erscheint. Auch wäre ein möglicher Dambrucheffekt zu befürchten, wenn man beim Fremdtötungsverbot gewisse Ausnahmen macht. Und zwar nicht nur, weil die freiwillige Euthanasie lediglich der erste Schritt zur unfreiwilligen sein könnte²¹. Auch wäre mit Freigabe der Euthanasie nun einmal das Unverbrüchlichkeitsprinzip des Lebensschutzes durchbrochen und damit geschwächt. Denn durch seine Verfügbarkeit würde das Leben seine Unantastbarkeit verlieren. Wenn aber diese Tabu-Grenze einmal überschritten ist, warum sollte dann Leben nicht auch in anderen Fällen verfügbar sein? Warum nur da, wo sich ein Mensch selbst aufgibt? Warum nicht auch dort, wo er sich nur „unvernünftigerweise“ nicht aufgibt? Welchen Anspruch hätte das sozial nutzlos oder gar zur Belastung gewordene Leben noch, um von den Angehörigen oder der Gesellschaft durchgeschleppt zu werden? Welches Argument hätte der aussichtslos kranke Mensch gegen die Erwartung seiner Umwelt, von seinem „Recht auf Tod“ doch endlich Gebrauch zu machen? Könnte nicht diese Freiheit zum Tode letztlich umschlagen in Unfreiheit zum Leben?

Zudem ist der Verdacht nicht von der Hand zu weisen, daß die Zulassung von aktiver Euthanasie leicht zu einem Alibi für tieferliegende soziale Versäumnisse werden könnte. Wenn man bedenkt, daß die Medizin auf dem Gebiet der Schmerzlinderung noch niemals in ihrer Geschichte derart gewaltige Fortschritte gemacht hat wie gerade in unserer Zeit, so erscheint es paradox, daß ausgerechnet heute der Ruf nach Freigabe der Euthanasie besonders laut erschallt. Einer der Gründe dafür könnte sein, daß der Mensch einerseits immer älter wird, andererseits aber seine Funktionen in der Gesellschaft sehr viel früher verliert. Damit geht dem physiologischen Tod oft schon lange der „soziale Tod“ voraus: Der Mensch wartet nur noch auf sein Ende, oft schon außerhalb der Gemeinschaft, unpersönlich in einem Altersheim oder Krankenhaus. Daß er sich diesem buchstäblichen „Absterben“ in Vereinsamung entgegenzustemmen versucht, indem er den Tod wieder persönlich macht, und sei es auch nur dadurch, daß er über seinen Eintritt mitbestimmen will, das

²⁰ Wobei freilich schon zweifelhaft ist, ob es juristisch gesehen ein solches „Recht auf den eigenen Tod“ überhaupt gibt: vgl. A. Eser, Neues Recht des Sterbens? Einige grundsätzliche Betrachtungen in: Suizid und Euthanasie als human- und sozialwissenschaftliches Problem (hrsg. v. A. Eser), 1976, S. 392–407.

²¹ Zu derartigen „schleichenden“ Übergängen in der amerikanischen Literatur vgl. A. Eser, Sterbehilfe und Euthanasie, in: Der Arzt und das Sterben, Herrenalber Texte 37 (hrsg. v. W. Böhme) 1981, S. 9, 26 f.

erscheint verständlich. Aber ist dies wirklich das, was er eigentlich sucht? Ist es nicht vielleicht die verzweifelte Reaktion und Ausflucht aus einer Vernachlässigung, in der er von einer nicht gerade altersfreundlichen Gesellschaft sich selbst überlassen wird? Und würde es sich die Gesellschaft nicht zu leicht machen, wenn sie einen Weg legalisieren würde, der nur ein zweifelhafter Ausweg in Ermangelung eines besseren ist?

Was daher vordringlich not tut, ist nicht Hilfe *zum* Sterben, sondern eine bessere Hilfe *im* Sterben. Es wäre gefährlich, wenn solche Versäumnisse durch generelle Freigabe der Euthanasie sogar noch zementiert würden. Statt einer übereilten Rechtsreform wäre daher zunächst sozialpolitisch alles Erforderliche zu tun, um den vom Tode Gezeichneten sein Sterben noch als Teil seiner Selbstverwirklichung – und sei es auch nur in Form bewußt akzeptierten Leidens – erfahren zu lassen. Vielleicht würde sich damit der künstlich „manipulierte“ Tod sogar von selbst erledigen – als eine im Grunde unfreiwillige Scheinbefreiung des Preisgegebenen.