

Wilhelm Schwendemann: Eine Frage der Moral

Die therapeutische, schmerzbekämpfende Begleitung Schwerstkranker bedarf der liebevollen Zuwendung und Begleitung. Solche Sterbebegleitung ist Hilfe im Sterben, ist Sterbehilfe im eigentlichen ärztlichen Sinn. In Gesprächen äußern schwerstkranke Menschen oft den Wunsch, aktiv das Leben zu beenden. „Ich möchte sterben“ ist wie der Satz „ich möchte lieber sterben“ ambivalent und bedeutet oft nur: „Ich möchte so nicht mehr leben“.

Dieser Wunsch wird geäußert wegen unerträglicher Schmerzen, drohender Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit. Eine Motivation zu aktiver Sterbehilfe kann aber auch die Angst sein, Angehörigen und Pflegenden ausgeliefert zu sein. Heißt das nicht, dass eigentlich eine andere Art der Hilfe als die Hilfe zum Sterben gewünscht wird?

Das niederländische Sterbehilfegesetz führt im Artikel 2 aus: „...zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich war...“ Zu fragen ist hier nach den Maßstäben von Krankheit, Leiden, Zumutbarkeit. Eine Funktionsstörung des Organismus ist nur als solche erkennbar, wenn sie sich auf den Betroffenen erkennbar störend auswirkt. Der Maßstab ist also die subjektive Empfindung des Betroffenen, die wiederum dazu beiträgt, sich zu entscheiden, ob eine medizinische Intervention notwendig ist oder nicht. Dabei ist aber immer das Einverständnis des Patienten vorausgesetzt. Aber was sind nach niederländischem Gesetz medizinische Interventionen?

Krankheit, Leiden, Behinderungen und Schmerzen werfen den Menschen auf seinen Körper zurück und zwingen den Betroffenen, sich mit ihm zu beschäftigen und damit

Verhält sich ein Arzt bei der Sterbehilfe entsprechend der Sorgfaltskriterien korrekt, hat er die Staatsanwaltschaft nicht zu fürchten. Das Gewissen beruhigen Gesetze aber nicht.

Fotos: Wodicka (2), Composing: Clarissa Rosenmann

letztlich auch mit seinem Sterben. Die in dieser Gesellschaft üblichen Umschreibungen von menschlichem Handeln wie „selbst bestimmen“, „Unabhängigkeit genießen“ markieren eine existenzielle Veränderung. Gerade der Kranke, Behinderte, von Schmerzen Geplagte braucht Zuwendung, ohne sich für seine Krankheit legitimieren zu müssen. Aber ist der kranke Mensch wirklich so unabhängig und selbstbestimmt?

Falsche Voraussetzungen

Das holländische Gesetz ist liberal und in seiner Intention zu würdigen, aber es geht von gesellschaftlichen Verhältnissen aus, die voraussetzen, dass mit Krankheit und Behinderung anders umgegangen wird. Es setzt eine Kultur der Achtsamkeit voraus. Diese Kultur kann aber nicht in einem gesellschaftlichen Klima gedeihen, das von Ressourcenumverteilung und -knappheit geprägt ist und in dem Kosten-Nutzen-Rechnungen angestellt werden, wo die intensive Pflege von Sterbenskranken viel Geld kostet. Die Mittel für Grundpflege, die der Würde des Sterbenden dienen, werden gekürzt. Zu dieser Pflege gehört auch die Stufentherapie der Schmerzbekämpfung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die seelisch-geistliche Begleitung des Sterbenden. Die Stufentherapie und vor allem die kontinuierliche Schmerztherapie mit Morphin erleichtert über 90 Prozent der Schmerzpatienten körperlich sehr. Auch unterstützt die Beschäftigung mit dem kranken Körper, Streicheln und Berühren die Würde eines Menschen. Schmerztherapie und gute körperliche Pflege gehören also zusammen und widersprechen in ihrer Kombination empirisch einer Gesellschaft, die nur noch im Zeitraffer lebt.

Meine Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf die aktive Sterbehilfe (oder Sterbenachilfe) als gezielte Lebensverkürzung durch Tötung des Sterbenden, die von der passiven Sterbehilfe als Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen beim Todkranken unterschieden werden muss. Passive Sterbehilfe bedeutet eine viel größere Zuwendung, auch an menschlicher Nähe, zum Sterbenden. Aktive Sterbehilfe wird dabei mitunter als die bessere und schnellere Hilfe suggeriert, wobei aber gerade das Selbstbestimmungsrecht des Sterbenden eingeschränkt wird. Sterben ist in dieser Sicht ein existenzieller Akt als Abschluss eines erfüllten Lebens. Dieser existenzielle Akt wird in den Niederlanden mit dem entsprechenden Gesetz unterlaufen. Die nie-

derländische aktive Sterbehilfe entwickelt sich zunehmend von einem Sterbebeistand zu einer Sterbenachilfe, also zur Tötung auf Verlangen, unter Einhaltung gewisser Vorschriften, die Straffreiheit in Aussicht stellen. Heutige ärztliche Ethik verlangt vor allem, den Kranken mitmenschlich zu begleiten und seine Wünsche zu respektieren, sofern sie nicht gegen die Verbote der Tötung auf Verlangen und der Beihilfe zum Suizid verstoßen. Wenn Arzt oder Ärztin sich zum Töten verführen lassen, werden sie unglaubwürdig und zerstören in ihrer Rolle als Helfer und Heiler die Basis von Vertrauen.

Strafrechtlich ist die Sterbehilfe in Deutschland zwischen dem prinzipiellen Fremdtötungsverbot (§§ 211, 213, 217 Strafgesetzbuch) und der Strafflosigkeit der Selbsttötung angesiedelt, wobei noch nicht ethisch bewertet wird. Im Einzelfall kann eine ethische Bewertung auch zu strafrechtlich anderen Konsequenzen führen. Die „Tötung auf Verlangen“ ist als Tötungsdelikt (mit der Absicht zu töten) grundsätzlich strafbar (§ 216 StGB), jedoch liegt ihr Strafraum mit sechs Monaten bis zu fünf Jahren deutlich unter dem Strafmaß der „normalen“ Tötung (Mindeststrafe fünf Jahre). Die eugenische Tötung zwecks „Vernichtung unwerten Lebens“ ist daher als normaler Totschlag (§ 212 StGB) strafbar. Prinzipiell strafbar ist danach auch die aktive Sterbehilfe, und zwar unabhängig davon, wer sie betreibt, ob Arzt, Angehöriger oder Dritter, allerdings mit Ausnahme der indirekten Sterbehilfe: Wird das Risiko, Leben zu verkürzen, lediglich als unbeabsichtigte Nebenfolge eines Eingriffs in Kauf genommen, der primär auf Schmerzlinderung ausgerichtet ist, so wird der Arzt heute allgemein straflos ausgehen.

Der Wille des Patienten muss klar sein

Um den mutmaßlichen Willen eines nicht mehr ansprechbaren Patienten zu ermitteln, hat der Bundesgerichtshof im so genannten „Kemptener Urteil“ von 1994 (BGHSt 40, 257) einen Anforderungskatalog formuliert: Danach kommt es vor allem auf frühere mündliche und schriftliche Äußerungen des Patienten in Form eines Patienten-testaments an, das aber im aktuellen Notstand immer wieder auf seine Gültigkeit zu prüfen ist. Zu kritisieren ist die Situation im niederländischen Gesetz deswegen, weil es unterlaufen werden kann, interpretationsbedürftige Argumente zu überprüfen.

Ist aktive Tötung bei Schwerkranken und Sterbenden moralisch erlaubt, die aufgrund ihrer unheilbaren Krankheit oder ihres schweren Leidens um den eigenen Tod bitten? Meines Erachtens existiert ein bedeutungsvoller Unterschied, der auch moralische Relevanz hat, zwischen der Absicht, aktiv zu töten und passiv sterben zu lassen.

■ *Dr. Wilhelm Schwendemann ist Professor an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg.*

S U M M A R Y

The Dutch legislation on assistance to die is being critically discussed in Germany. Does the desire to be helped to die not rather hide a desire for help in a situation which has become intolerable? Is the seriously ill or dying patient really free in making such a decision? Is there not a danger that the Dutch law could develop into a kind of 'death on demand'? The draft of the Dutch law points out that Dutch society has become secularised and non-confessional. The Dutch legislation on assistance to die is an attempt to achieve a compromise which strengthens the individual responsibility of the patient, while maintaining the responsibility of the doctor, and the responsibility of the state for its citizens.