

Therapien am Lebensende, Sterbenlassen, Beihilfe zum Selbstmord und Tötung auf Verlangen aus rechtlicher Sicht

Dr. Michael Börgers

I.

Themenstellung

„Therapien am Lebensende, Sterbenlassen, Beihilfe zum Selbstmord und Tötung auf Verlangen aus rechtlicher Sicht“: Mit dieser Formulierung ist eine begriffliche, zugleich aber auch eine inhaltliche Vorentscheidung getroffen, die für den Zugang zum Thema von erheblicher Bedeutung ist. Die gewählte Terminologie orientiert sich an der Stellungnahme „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ des nationalen Ethikrates aus dem Jahre 2006, die wir im Ethik-Komitee intensiv diskutiert haben, und deren Empfehlungen für eine Abkehr von dem bisher vorherrschenden Sprachgebrauch wir auch der Neufassung der von uns für das KEH vorgeschlagenen Patientenverfügung zugrunde gelegt haben.

Gerade bei Themen wie demjenigen, mit dem wir uns heute befassen, sind die terminologischen Fragen keineswegs nebensächlich. Sie strukturieren die Debatte und die Problemlösung im Einzelfall, und häufig impliziert bereits die Wortwahl bestimmte negative oder positive Wertungen oder löst auch nur bestimmte Assoziationen aus (man denke nur an Begriffe wie „Euthanasie“ einerseits, „Sterbehilfe“ andererseits).

II.

Zur bisher gängigen Terminologie

Ich möchte vorab einige Bemerkungen zu der Terminologie machen, von der wir uns bewusst abgewendet haben: Sie unterschied hauptsächlich, wie bekannt sein dürfte, zwischen aktiver und passiver sowie indirekter Sterbehilfe.

1. Aktive Sterbehilfe

Unter „aktiver Sterbehilfe“ wurden Handlungen verstanden, die den Tod eines Menschen gezielt herbeiführen. Der Begriff ist problematisch, weil er einen Euphemismus darstellt. Der Sache nach geht es um die Tötung von Menschen. Diese erfüllt nach deutschem Recht den Tatbestand von Strafrechtsnormen der §§ 211 ff. StGB. Gerechtfertigt kann die Tötung eines anderen Menschen nur unter den Voraussetzungen der Notwehr oder der Nothilfe sein; beides kommt in den hier behandelten Fällen aber naturgemäß nicht in Betracht. Insbesondere stellt die Einwilligung des Getöteten keine Rechtfertigung und auch keine Entschuldigung dar. Das Recht stellt in § 216 StGB die Tötung auf Verlangen ausdrücklich unter Strafe und berücksichtigt den typischer Weise weniger gravierenden Schuldvorwurf lediglich durch den gegenüber Totschlag und Mord geringeren Strafraumen.

2. Passive Sterbehilfe

Als „passive Sterbehilfe“ wurde das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen bezeichnet. Gerade dieser Begriff hat immer wieder Unklarheit verursacht und Verwirrung gestiftet. Wie ist z. B. die Beendigung einer (als Notfallmaßnahme) bereits eingeleiteten lebenserhaltenden Maßnahme zu bewerten? Viele sehen darin deshalb eine „aktive“ Sterbehilfe, weil ja nicht lediglich etwas unterlassen werde, sondern (im rein physischen Sinne) eine Aktivität entfaltet werden müsse. Aber das ist ein Missverständnis. Der juristische Gebrauch solcher Wörter wie „aktiv“ und „passiv“, „direkt“ und „indirekt“ ist häufig ein anderer als der umgangssprachliche oder auch der auf die Beschreibung physisch-realer Vorgänge bezogene Sprachgebrauch. Meist geht es

dem Juristen um bestimmte Wertungen. Und unter diesem Gesichtspunkt spielt es z. B. in der Regel keine Rolle, ob eine bestimmte „lebenserhaltende“ Maßnahme gar nicht erst eingeleitet, oder aber erst eingeleitet, und dann wieder beendet wird, und ob für dieses Beenden eine körperliche Aktivität (z. B. für das Abstellen eines Gerätes) erforderlich ist oder nicht.

3. Indirekte Sterbehilfe

Verwirrend und kaum einleuchtend war schließlich der überkommene Sprachgebrauch im Hinblick auf den Begriff der „indirekten Sterbehilfe“. Der Begriff ist ein Widerspruch in sich. Hilfe zum oder Hilfe beim Sterben (bereits der Begriff der Sterbehilfe ist ja doppeldeutig und wenig klar) ist gezieltes Handeln. Was soll ein „indirektes“ gezieltes Handeln sein? Gemeint war tatsächlich immer etwas, was mit „Sterbehilfe“ gar nichts zu tun hatte. Vielmehr ging es um Therapien (hauptsächlich Schmerzlinderung und Sedierung), bei denen ein beschleunigter Eintritt des Todes als Nebenwirkung in Kauf genommen wurde.

III.

Anmerkungen zu den aufgeworfenen Fragen aus rechtlicher Sicht

Nach diesen Vorbemerkungen möchte ich mich der Reihe nach den durch das Thema vorgegebenen Fragen zuwenden und jeweils ganz knapp Hinweise zur juristischen Sichtweise auf diese Fragestellungen geben. Um aber von vornherein einem häufigen Missverständnis und der damit ebenfalls häufig verbundenen Enttäuschung zuvorzukommen: Auf viele, und gerade auf die besonders schwierigen Fragen gibt es auch aus juristischer Sicht keine eindeutigen „schwarz-weiß“; „ja-nein“-Antworten. Unschärfen und Vagheiten in der Sprache des Juristen sind oft (natürlich nicht immer) gewollt, um den notwendigen Spielraum für eine angemessene und „zutreffende“ Entscheidung des Einzelfalls zu lassen.

In der Darstellung werde ich mich von den (neben dem Anspruch auf angemessene und umfangreiche Aufklärung) wichtigsten und grundlegendsten Patientenrechten leiten lassen: Dem Anspruch auf eine den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst entsprechende Behandlung, und dem Selbstbestimmungsrecht. (Mit dem Anspruch auf Aufklärung befasse ich mich im Zusammenhang mit dem Selbstbestimmungsrecht. Insbesondere in diesem Zusammenhang ist es relevant.)

1. Anspruch auf eine den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst entsprechende Behandlung

a) Therapien am Lebensende

Auch ein Patient, der an einer Krankheit leidet, die unvermeidlich zum Tod führt, hat Anspruch auf eine medizinische Behandlung nach den „anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst“. Ich wage die Behauptung, dass vielen Debatten zur ethischen und juristischen Beurteilung der Behandlung sterbenskranker Menschen die Grundannahme – ausgesprochen oder nicht – zugrunde gelegen hat, dass aus Sicht der „ärztlichen Kunst“ die Lebensverlängerung als Ziel absoluten Vorrang vor allen anderen Zielen habe. Insbesondere die herausragende Bedeutung der „Patientenverfügung“ in der Diskussion dürfte dadurch zu erklären sein, dass nach Instrumenten gesucht wurde, den Wunsch des Patienten nach einem möglichst „gnädigen“, und das heißt vor allem auch: schmerz- und angstfreien sowie menschenwürdigen Tod *gegen* die Ausübung der ärztlichen Kunst zu behaupten. Ich glaube, dass sich diese Sichtweise in den letzten Jahren erheblich zu ändern begonnen hat, und ich bin überzeugt, dass dies zu Recht geschieht.

Die Ausgangsfrage lautet also auch für die juristische Betrachtung nicht: Welche Bedeutung kommt dem aktuell oder früher geäußerten bzw. dem „mutmaßlichen“ Patientenwillen gegenüber ärztlicher Behandlung am Lebensende zu, und wie kann sich dieser Wille zur Geltung bringen

und durchsetzen, sondern: Welche Therapie entspricht am Lebensende der ärztlichen Kunst? Die Beantwortung der Frage nach der ärztlichen Kunst setzt zumindest auch ethische Bewertungen voraus. Sie ist nicht rein technisch danach zu geben, welche medizinisch - technischen Möglichkeiten bestehen, das letztlich doch unvermeidliche Lebensende möglichst hinauszuzögern. Zu den obersten Zielen des ärztlichen Handelns gehört nicht nur die Lebenserhaltung und die Wiederherstellung der Gesundheit, sondern auch die Vermeidung von Leiden. Es gilt im Einzelfall eine Abwägung vorzunehmen zwischen (überspitzt formuliert) Lebensverlängerung und „Lebensqualität“ (das Wort „Lebensqualität“ setze ich allerdings hörbar in Anführungsstriche, es ist ebenfalls äußerst problematisch). In jedem einzelnen Fall ist neu die Grenze zu bestimmen, an der sich der Wechsel des vorrangigen Therapiezieles vollzieht: Von der Lebenserhaltung zur palliativen Behandlung (Linderung von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angstzuständen etc.) bei Aufrechterhaltung einer „Basisversorgung“. Damit ist die Frage der „Therapien am Lebensende“ angesprochen. Schon aus ärztlicher Sicht, also unter dem Gesichtspunkt des Anspruchs des Patienten auf eine Behandlung nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst, kann eine palliative Therapie angezeigt sein, auch wenn sie mit einer Lebensverkürzung (bzw. mit dem Verzicht auf eine andernfalls mögliche Lebensverlängerung) verbunden ist.

bb) „Sterbenlassen“

Die Frage ist sodann, ob auch unabhängig von einem Therapiewechsel das bloße Unterlassen einer lebenserhaltenden Maßnahme oder die Beendigung einer solchen bereits eingeleiteten Maßnahme – also das, was nach der vom nationalen Ethikrat empfohlenen Terminologie als „Sterbenlassen“ bezeichnet wird – die den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst entsprechende „Behandlung“ des Patienten darstellen kann. Nach meiner Beobachtung wird die Frage unter diesem speziellen Blickwinkel zu selten erörtert. Sie wird vielmehr sofort vermengt mit Gesichtspunkten des Selbstbestimmungsrechts des Patienten, insbesondere bei Vorliegen einer Patientenverfügung. Ich möchte hier nur mit aller Vorsicht folgende These zur Diskussion stellen: Eine lebensverlängernde Maßnahme kann bereits aus ärztlicher Sicht (bei der erforderlichen Mitberücksichtigung ethischer Gesichtspunkte) sinnlos und damit nicht mehr indiziert sein, wenn der Sterbeprozess bereits begonnen hat, eine wesentliche Lebensverlängerung nicht erzielt werden kann, und der Patient aller Voraussicht nach das Bewusstsein nicht wiedererlangen wird. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, hat also insbesondere der unmittelbare Sterbeprozess noch nicht begonnen, wird unter dem Gesichtspunkt der Behandlung nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst ein Behandlungsabbruch kaum je zu begründen sein.

Im Übrigen gilt aber auch hier, dass nicht nur die Nichteinleitung einer lebensverlängernden Maßnahme gemeint ist, sondern jedenfalls grundsätzlich in gleicher Weise die Beendigung einer bereits eingeleiteten solchen Maßnahme.

c) Beihilfe zum Selbstmord und Tötung auf Verlangen

Nach – jedenfalls in Deutschland – wohl weiterhin einhelliger Auffassung kann die gezielte Tötung (ob nun als „aktive Sterbehilfe“ oder in welcher beschönigenden Weise sonst bezeichnet) als ärztliche „Behandlung“ eines Menschen niemals in Betracht kommen. Auch die Tötung auf Verlangen ist, wie weiter oben bereits ausgeführt, nach wie vor unter Strafe gestellt (§ 216 StGB). Die Beihilfe zur Selbsttötung ist zwar nicht strafbar, weil die Tötungsdelikte nur die Tötung eines anderen Menschen, also nicht den Selbstmord, unter Strafe stellen. Ich unterstelle aber als ebenfalls unstrittig, dass auch die Beihilfe zum Selbstmord keine den Regeln der ärztlichen Kunst entsprechende Behandlungsform darstellen kann.

2. Selbstbestimmungsrecht

Ich möchte hier vorab noch einmal betonen (weil ich glaube, dass dies häufig nicht klar genug gesehen bzw. ausgesprochen wird): Die erste und entscheidende Weiche stellt der Arzt durch seine Beurteilung, ob eine bestimmte Therapie oder gerade deren Unterlassen den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst entspricht. Erst wenn das geklärt ist, ist sinnvoller Weise die Frage

des Selbstbestimmungsrechts zu stellen. Hierzu in aller nötigen Kürze zunächst ein paar allgemeine Grundsätze, die für jede ärztliche Heilbehandlung gelten. Sodann wende ich mich der Frage zu, in welcher Weise diese allgemeinen Grundsätze auf die hier diskutierten Situationen am Lebensende zutreffen bzw. auf diese anzuwenden sind.

a) Grundsätzliche Bedeutung des Selbstbestimmungsrechts

Das Selbstbestimmungsrecht ist ein Rechtsgut von überragender Bedeutung, das deshalb auch durch die Verfassung (Art. 1 und 2 GG) geschützt ist. Um den verfassungsrechtlich gebotenen staatlichen Schutz dieses Rechtsgutes sicher zu stellen, geht das deutsche Strafrecht weiterhin davon aus, dass jede ärztliche Heilbehandlung den Tatbestand von Strafnormen (Körperverletzung) erfüllt. Sie bedarf einer Rechtfertigung, und zwar im Regelfall der Rechtfertigung durch die Einwilligung des Patienten. Die Einwilligung kann die rechtfertigende Wirkung aber nur dann entfalten, wenn ihr eine umfassende und zutreffende Aufklärung vorausgegangen ist. Die zahlreichen hiermit im Zusammenhang stehenden Rechtsfragen können hier nicht weiter vertieft werden. Nur auf zwei Aspekte möchte ich an dieser Stelle hinweisen. Zum einen: Unzulässig wäre es, aus dem zuvor gesagten den Umkehrschluss zu ziehen, dass die Verweigerung einer Einwilligung nur dann relevant wäre, wenn sie von einem aufgeklärten Patienten erklärt wird. Jeder Patient hat einen Anspruch auf Aufklärung, aber niemand hat die Pflicht, sich auch tatsächlich aufklären zu lassen. Und wer sich gegen seine Aufklärung entscheidet, verliert damit noch nicht das Bestimmungsrecht über sich selbst. Zum anderen: Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten dürfte nicht so weit gehen, dass ein Arzt zu einer den Regeln der ärztlichen Kunst nicht entsprechenden Behandlung gezwungen werden könnte.

b) Selbstbestimmungsrecht am Lebensende

Die vorstehend grob skizzierten Grundsätze gelten auch, wenn es um Therapien am Lebensende geht. Dennoch bereitet die Übertragung der allgemeinen Grundsätze auf die Problematik der Therapien am Lebensende Schwierigkeiten.

aa) Selbstbestimmungsrecht vs. ärztliche Therapiewahl

Eine Schwierigkeit will ich hervorheben: Auch am Lebensende muss gelten, dass kein Arzt gezwungen sein kann, eine nicht mehr den Regeln der ärztlichen Kunst entsprechende Behandlung durchzuführen. Diese These wird wohl auf keinen Widerspruch stoßen, wenn es um die Beihilfe zum Selbstmord geht (von „aktiver Sterbehilfe“ ganz zu schweigen): Ein solches Verhalten kann von keinem Arzt verlangt werden, auch wenn es der Patient noch so dringlich und aus noch so nachvollziehbaren Gründen verlangt. Muss aber nicht nach dem hier vertretenen grundsätzlichen Ansatz das Gleiche auch für eine vom Patienten verlangte, den Regeln der ärztlichen Kunst aber nicht (mehr) entsprechende lebenserhaltende Maßnahme gelten? Ich will das mit Rücksicht auf die Kürze der mir zur Verfügung stehenden Zeit hier nur als Frage zur Diskussion stellen.

bb) Selbstbestimmungsrecht nicht einwilligungsfähiger Patienten

Problematisch sind im Übrigen vor allem die Fälle, in denen der Patient (z. B. wegen einer Bewusstlosigkeit oder einer weit fortgeschrittenen Demenz) nicht (mehr) einwilligungsfähig ist. Das sind häufig, aber nicht notwendiger Weise Situationen am Lebensende. In diesen Fällen sind zunächst in der Regel die nach den Regeln der ärztlichen Kunst gebotenen Notfallmaßnahmen durchzuführen. Liegt aber kein entsprechend dringlicher Notfall vor, muss eine Einwilligung eingeholt werden, sei es durch einen vom Patienten entsprechend bevollmächtigten Vertreter, sei es im Wege einer amtlich (durch das Vormundschaftsgericht) angeordneten Betreuung. (Am Rande sei angemerkt: Angehörige haben allein aufgrund ihrer Angehörigenstellung noch keinerlei Entscheidungsbefugnis, auch wenn sicherlich ihre Einbeziehung in Entscheidungsprozesse häufig oder sogar in der Regel sinnvoll ist. Auf der anderen Seite ist das Problem der ärztlichen

Schweigepflicht, das hier nur erwähnt werden kann, nicht zu unterschätzen.) Das soeben Gesagte gilt auch im Anschluss an die Einleitung von Notfallmaßnahmen, wenn es um deren Aufrechterhaltung geht. Wie bereits weiter oben ausgeführt, sind in rechtlicher Hinsicht die Einleitung und die Aufrechterhaltung lebenserhaltender Maßnahmen grundsätzlich gleich zu bewerten.

In all diesen Fällen kommt es also auf die Einwilligung des Betreuers bzw. des bevollmächtigten Vertreters des Patienten an. Ohne diese Einwilligung ist auch eine den Regeln der ärztlichen Kunst entsprechende Behandlung unzulässig und unter Umständen sogar strafbar (abgesehen wie ausgeführt von Notfallmaßnahmen). Das bedeutet aber nicht, dass der Betreuer oder Vertreter seine Entscheidung ganz einfach nach seinen eigenen Ansichten und Wertvorstellungen treffen könnte. Vielmehr ist es seine primäre Aufgabe, einem in einem einsichtsfähigen Zustand (insbesondere im Wege der Patientenverfügung) geäußerten Willen des Patienten nunmehr zur Geltung zu verhelfen. Er muss auch prüfen, ob Anhaltspunkte für den Widerruf einer früheren „Patientenverfügung“ bestehen. Der BGH hat die Verbindlichkeit von Patientenverfügung ausdrücklich anerkannt. Fehlt es an konkreten Willensäußerungen, muss der so genannte „mutmaßliche Wille“ ermittelt werden (z. B. anhand erkennbar gewordener religiöser Überzeugungen, Wertvorstellungen etc.).

Aber nicht nur der Betreuer oder Bevollmächtigte, sondern auch der Arzt muss sich über den (wirklichen, in einem einsichtsfähigen Zustand geäußerten) oder den „mutmaßlichen“ Willen des Patienten eine eigene Meinung bilden. Kommen bei dieser Bewertung der Betreuer oder Vertreter einerseits, und der Arzt andererseits zu divergierenden Bewertungen, ist nach der zu dieser Frage nach wie vor einschlägigen Grundsatzentscheidung des BGH die verbindliche Entscheidung des Vormundschaftsgerichts herbeizuführen.

IV.

Zusammenfassung

Ich möchte abschließend die Ergebnisse meiner Überlegungen noch einmal kurz und thesenartig wie folgt zusammenfassen:

1. Vorrangig kommt es auf die ärztliche Einschätzung an, welche Therapien am Lebensende (noch) den Regeln der ärztlichen Kunst entsprechen. Diese Einschätzung kommt ohne wertende Kriterien nicht aus.
2. Nach den Regeln der ärztlichen Kunst kann ein „Therapiewechsel“ hin zum Vorrang palliativer Behandlung geboten sein, auch wenn dies mit einer „Lebensverkürzung“ verbunden ist. Auch das bloße Unterlassen einer sinnlos gewordenen Lebenserhaltung kann im Einzelfall schon unter dem Gesichtspunkt ärztlicher Kunst geboten sein. Hier ist aber große Zurückhaltung angebracht.
3. Auch der Patient am Lebensende, gegebenenfalls der von ihm bevollmächtigte Vertreter oder ein amtlich bestellter Betreuer, sind umfassend und in angemessener Weise aufzuklären.
4. Auch am Lebensende gilt: Auch ärztlich indizierte Maßnahmen bzw. deren Aufrechterhaltung bedürfen einer wirksamen Einwilligung. Andererseits kann ein nicht indizierte Maßnahme nicht erzwungen werden. (Ob dies ganz allgemein richtig ist, ist allerdings offen gelassen worden.)
5. Betreuer und Vertreter haben in erster Linie dem Willen des Patienten Geltung zu verschaffen. Dem Arzt kommt in dieser Hinsicht aber auch eine eigene Verantwortung zu. Konflikte können in rechtlich wirksamer Weise letztlich nur durch das Vormundschaftsgericht gelöst werden.