

Therapieverfahren zunächst vom Arzt für seinen dem Patienten zu übermittelnden Handlungsvorschlag zu klären. In dieser Phase müssen die besonderen personalen Bedingungen des einzelnen Patienten mit bedacht werden. Schließlich hängt die definitive Entscheidung zur einen oder anderen Therapie oder auch zum Therapieverzicht vom Willen des Patienten ab. Sein Selbstbestimmungsrecht ist zu respektieren, auch wenn es im Einzelfall den Vorstellungen des Arztes nicht entspricht. Das ethische Problem liegt darin, daß die Entscheidung des Patienten nicht unabhängig ist von Art und Umfang der Information, so daß diese soweit wie möglich die reale Situation widerspiegeln muß. Hier sind, besonders in der Behandlung bösartiger Tumoren unter Berücksichtigung der psychischen Belastbarkeit des Patienten Grenzen unverkennbar.

HK: Auffallend zurückhaltender als Juristen sind Mediziner bei Forderungen nach neuen rechtlichen Regelungen. Sie haben selbst einmal vor „der Verdrängung des Mediziners durch den Juristen“ gewarnt. Aber die Bestrebungen z. B. des Alternativentwurfs zum § 216, an dem auch einige Mediziner mitgearbeitet haben, zielen zwar einerseits auf feste Regeln, die mehr Rechtssicherheit schaffen; auf der anderen Seite soll der Handlungsspielraum des Arztes eher erweitert werden. Was ist aus ärztlicher Sicht ungenügend an der geltenden Gesetzgebung?

Schölmerich: Das Recht kann bei zu enger Festlegung den Handlungsspielraum des Arztes einengen. Rechtliche Regelungen sind aber andererseits notwendig, da ethische Gesichtspunkte in der pluralistischen Gesellschaft nicht in allen Fragen einen Konsens erkennen lassen. Allerdings können rechtliche Regelungen nur einen Rahmen abgeben, Grenzpositionen markieren, in denen sich die Interaktion Arzt-Patient abspielt. Die vielfache Konditionierung im Einzelfall macht eine rechtliche Festlegung für die Vielfalt von Zustandsbildern unmöglich. Eser hat darauf hingewiesen, daß das Recht auch eine Schützfunktion für den Arzt besitzt, der seinen Handlungsspielraum eher erweitern kann. Schreiber sagt, daß das Recht angesichts der wechselnden Grundsätze der Ethik ein konkretisie-

render Faktor sein kann. „Die Frage, was ich tun soll, ist unabweisbar. Die Antworten in Ethik und Recht sind nicht beweisbar richtig.“

HK: Liegt im stärker werdenden Drängen auf mehr Selbstbestimmung wie im Leben so auch im Sterben möglicherweise auch eine Fixierung, die sich gewiß aus der Abwehr „sinnloser Lebensverlängerung“ erklärt, aber auch etwas mit dem Bedürfnis, Leiden und Tod zu verdrängen, zu tun hat? Und wird dadurch nicht auch ein wenig abgelenkt von den primären Aufgaben der Pflege und Sterbebegleitung, wie Sie sie eingangs angedeutet haben, daß Patienten eine Atmosphäre vorfinden, in der sie sich durch Ärzte und Pfleger „gut aufgehoben“ fühlen?

Schölmerich: Es ist wohl eine Tendenz zu erkennen, Leiden und Tod zu verdrängen und nicht mehr als unabweislige Begleiterscheinung unseres Lebens hinzunehmen. Die Ursache ist vielschichtig. Sie liegt einmal sicherlich in der Abwendung von religiösen Überzeugungen, hängt aber auch mit dem Glauben an die Machbarkeit auch im existentiellen Bereich zusammen und spiegelt eine hedonistische Grundhaltung vieler Menschen wider. Bedeutsamer ist wahrscheinlich, daß Leiden und Sterben sich gegenüber früher anders darstellen. Die Wandlung des Krankheitspanoramas hat chronische Krankheiten, bösartige Geschwülste und Altersleiden gegenüber Akuterkrankungen mehr in den Vordergrund treten lassen, die vor der Zeit der Antibiotikaära häufig in wenigen Tagen das Leben beendeten. So ist das Sterben zu einem Teil ein langwieriger Vorgang mit sich steigernder Leidensintensität, Schmerzen und häufig auch sozialer Isolierung geworden. Hinzu kommt, daß viele den letzten Lebensabschnitt bis zum Tode im Krankenhaus oder im Pflegeheim verbringen. Hier wird vielfach dem humanen Anspruch auf eine gesetzliche und pflegerische Sterbebegleitung nicht in vollem Umfang entsprochen. Viele Bemühungen sind darauf gerichtet, diese Situation menschenwürdiger zu gestalten. Man kann aber nicht erwarten, daß die hier handelnden Personen sich weit über den in der Gesamtgesellschaft vorhandenen ethischen Standard erheben.

„Wem Ehrlichkeit und Redlichkeit am Herzen liegen“

Fragen an Professor Albin Eser

HK: Herr Professor Eser, durch die wachsenden Möglichkeiten künstlicher Lebensverlängerung kommt das Thema Sterbehilfe und Euthanasie immer wieder in die Diskussion. Und zunehmend wird auch nach neuen, über die geltende Gesetzgebung hinausgehenden rechtlichen bzw. strafrechtlichen Regelungen gerufen. An welche zu

erfassenden oder erfassbaren Tatbestände ist da vor allem gedacht?

Eser: Das Schutzbedürfnis hat sich tatsächlich gewandelt bzw. ausgeweitet. Während es früher nur darum gehen konnte, den Menschen davor zu schützen, daß er vorzei-

tig getötet wird, geht es heute auch darum, daß er nicht über Gebühr durch medizinischen Einsatz am Leben erhalten wird. Diesem Schutzbedürfnis hat das traditionelle Recht kaum Rechnung tragen können, weil der Arzt nicht einmal das tun konnte, was von ihm erwartet wurde. Heute kann er mehr tun, als man u. U. von ihm will. Insofern gibt es tatsächlich das Bedürfnis nach einer verstärkten Mitbestimmung über das eigene Sterben. Wenn man dem rechtlich entsprechen will, dann muß man vor allem den Abbruch ärztlicher Behandlung und das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen regeln, also die Tatbestände, welche die sog. passive Euthanasie betreffen. Aber, wie Sie wissen, gibt es weitergehende Vorstellungen, die auch im Bereich des aktiven Eingreifens, also auch bei Tötung auf Verlangen, für bestimmte Fälle Straffreiheit einräumen möchten.

„Es kommt darauf an, was man will“

HK: Wieweit halten Sie persönlich aus Ihrer sehr detaillierten und umfassenden medizinrechtlichen Kompetenz heraus solche Regelungen, die über den geltenden § 216 (Verbot der Tötung auf Verlangen) hinausgehen, für notwendig oder sinnvoll?

Eser: Es kommt darauf an, was man will. Wenn es einem um Klarstellung im Verhältnis Arzt–Patient vor allem im Hinblick auf den Sterbenden geht, kommt man nicht daran vorbei, festzustellen, daß das jetzige Recht in vielem unklar ist. Nun gibt es zwei Einstellungen dazu: Die einen sagen, das sei nicht weiter schlimm, denn dadurch würden Ärzte davon abgehalten, bestimmte Dinge zu tun, die sie nicht tun sollen. Ihnen ist ein gewisser Grauschleier von Abschreckung in diesem Bereich gerade recht. Wenn einem dagegen, wozu ich mich zählen würde, Ehrlichkeit und Redlichkeit des Rechts am Herzen liegt, dann wird man bemüht sein, die genannten Bereiche auch rechtlich klarzustellen. Deswegen habe ich auch mitgewirkt an dem Alternativentwurf von 1986, wo es uns vor allem darum ging, den Komplex des Sterbenlassens klarzustellen.

HK: Gegenfrage: Wieweit lassen sich die genannten Tatbestände aber überhaupt sinnvoll rechtlich regeln? Nehmen wir die Frage des Sterbenlassens. Da hängt letztlich doch so gut wie alles von der Prognose und Prognosefähigkeit des Arztes in der konkreten Situation ab. Und die ist ja rechtlich eigentlich nicht umschreibbar. Oder auch, wenn es um die Verabreichung schmerzlindernder Mittel geht, die dann den Sterbeprozess beschleunigen? Wie kann da Recht im Sinne von mehr Rechtsklarheit und Rechtssicherheit überhaupt greifen? Geht nicht doch ärztliches Wissen und Gewissen vor?

Eser: Wenn Sie nach der Regelungsfähigkeit dieses Bereichs fragen, so muß man von vornherein einräumen, daß eine kasuistische Regelung im Sinne eines Beichtspiegels, von dem man alles ablesen kann, nicht möglich ist und daß man solches überhaupt nicht anstreben sollte. Aber die Frage ist doch, ob es nicht wenigstens gewisse

Grundlinien geben sollte, an die sich der Arzt halten kann. Wenn gefordert wird, man solle alles der ärztlichen Entscheidung überlassen, dann wird damit entweder ein – nicht mehr weiter kontrollierbarer – Freiraum geschaffen, oder aber – falls man dies nicht wünscht – ist dann doch zu fragen, wonach sich der Arzt dabei richten soll. Wenn auch für den Einzelfall keine Prognose vorgeschrieben werden kann, so ist beispielsweise doch zu regeln, wieweit grundsätzlich der Wille des Patienten zu berücksichtigen

Aus: *Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe*

§ 214 Abbruch oder Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen

(1) Wer lebenserhaltende Maßnahmen abbricht oder unterläßt, handelt nicht rechtswidrig, wenn

1. der Betroffene dies ausdrücklich und ernstlich verlangt oder
2. der Betroffene nach ärztlicher Erkenntnis das Bewußtsein unwiederbringlich verloren hat oder im Falle eines schwerstgeschädigten Neugeborenen niemals erlangen wird oder
3. der Betroffene nach ärztlicher Erkenntnis sonst zu einer Erklärung über Aufnahme oder Fortführung der Behandlung dauernd außerstande ist und aufgrund verlässlicher Anhaltspunkte anzunehmen ist, daß er im Hinblick auf Dauer und Verlauf seines aussichtslosen Leidenszustandes, insbesondere seinen nahe bevorstehenden Tod, diese Behandlung ablehnen würde, oder
4. bei nahe bevorstehendem Tod im Hinblick auf den Leidenszustand des Betroffenen und die Aussichtslosigkeit einer Heilbehandlung die Aufnahme oder Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen nach ärztlicher Erkenntnis nicht mehr angezeigt ist.

(2) Abs. 1 gilt auch für den Fall, daß der Zustand des Betroffenen auf einem Selbsttötungsversuch beruht.

§ 214a Leidensmindernde Maßnahmen

Wer als Arzt oder mit ärztlicher Ermächtigung bei einem tödlich Kranken mit dessen ausdrücklichem oder mutmaßlichem Einverständnis Maßnahmen zur Linderung schwerer, anders nicht zu behobender Leidenszustände trifft, handelt nicht rechtswidrig, auch wenn dadurch als nicht vermeidbare Nebenwirkung der Eintritt des Todes beschleunigt wird.

ist, ob der Arzt etwa schon vor Eintritt der Bewußtlosigkeit mit der Behandlung aufhören darf oder ob er ausnahmslos weiter behandeln muß, solange die Bewußtlosigkeit noch nicht eingetreten ist. Dies alles ist bisher überhaupt noch nicht gesetzlich geregelt. Es kommt dazu, daß wir heute *den* Arzt mit *dem* einheitlichen Gewissen ja gar nicht mehr vor uns haben. Überdies steht heute der Patient nicht einem einzelnen Arzt des Vertrauens, sondern einem Ärzteteam gegenüber, also u. U. einer Vielzahl von Ärzten mit ganz unterschiedlichen ärztlichen Einstellungen. Deswegen ist es sehr wohl im Interesse des Patienten, daß er weiß, wie lange sein Leben generell erhalten wird, gerade in den Fällen, wo er wegen geistiger Beschränkung oder weil er Unfallopfer ist, gar nicht die

Möglichkeit hat, sich zu äußern. Da müssen wir doch alle und letztlich auch der Arzt interessiert sein, uns an gewisse Richtlinien halten zu können.

HK: Aber läßt sich nicht das meiste auch durch das Richterrecht regeln, bzw. müssen im Extremfall nicht ohnehin die Gerichte die Maßstäbe finden?

Eser: Ja, wenn man immer wieder sagt, „die Rechtsprechung wird's schon richten“, dann muß man die weitere Frage stellen: Was sind die Richtmaße für die Rechtsprechung? So einheitlich ist die Rechtsprechung da ja gar nicht. Wir haben eine Entscheidung des Bundesgerichtshofes aus dem Jahre 1985, den berühmten Fall Dr. Wittig, in dem der Bundesgerichtshof erklärt hat, daß der Sterbewille einer Frau, die Barbiturate eingenommen hatte, rechtlich unerheblich sei. Wenn dem so wäre, dann dürfte sich der Arzt überhaupt nicht nach der Meinung des Patienten richten dürfen.

„Mir wäre wohler, wenn ich den Arzt an klare Grundlinien gehalten sähe“

HK: Aber von Ärzten kommen trotzdem beträchtliche Einwände, in denen sich auch die Befürchtung ausdrückt, daß sich so zwischen Arzt und Patient und Angehörigen des Patienten und in deren persönliches Vertrauensverhältnis das Recht schiebt. Ein Kliniker, so habe ich's in Erinnerung, hat erst jüngst von der „Überwältigung der Medizin durch das Recht“ gesprochen. Bei allem Verfechten auch von Standes- und Eigeninteressen: muß das nicht auch dem Juristen trotz aller aufgeführten Gründe zu denken geben?

Eser: Wenn ein Mediziner so etwas sagt, dann soll er auch klipp und klar sagen, daß er den Bereich des Sterbens in einen rechtlichen Freiraum gestellt sehen möchte. Und der Patient möge sich dann auch bewußt sein, daß er der Entscheidung des Arztes praktisch ausgeliefert ist. Man muß sich doch, und das ist etwas, was ich in der Diskussion vermissen, klar darüber sein, daß die Forderung nach ärztlichem Ermessen dem Arzt Handlungsfreiheit gibt, und zwar eine Handlungsfreiheit, die er nach geltendem Recht nicht hat. Und je mehr Sie dem Arzt Handlungsfreiheit einräumen, desto schwächer wird damit die Position des Patienten. Nun kann man zwar darüber streiten, ob man dem Arzt nicht so viel Vertrauen schenken sollte. Aber die Frage ist dann, ob dem jedermann zustimmen will und ob ein gesetzlicher Rahmen zur Stützung des gegenseitigen Vertrauens nicht sogar im Interesse der Ärzte sein muß. Mir persönlich wäre jedenfalls wohler, wenn ich den Arzt an klare Grundlinien gehalten sähe, über die er nicht einfach hinweggehen kann.

HK: Aber das grundsätzliche Problem ist doch: Je mehr Technik in der Medizin eine Rolle spielt, je mehr künstliche Lebensverlängerung möglich ist, je häufiger der Natur auch im Sterben so oder so nachgeholfen werden kann, um so größer wird auch das Bedürfnis und dann

auch der Drang, möglichst alles auch in Rechtsnormen zu fassen, und das geht dann unterm Strich doch mehr zu Lasten als zugunsten eines wünschenswerten Vertrauensverhältnisses.

Eser: Sie haben natürlich damit recht, daß Technisierung Bürokratisierung zur Folge hat und daß Bürokratisierung auch zur Folge hat eine Entfernung oder ein Dazwischentreten eines Apparats zwischen Patient und Arzt ...

HK: Und mit den Apparaten treten die Paragraphen dazwischen ...

Eser: ... Wir müssen uns über etwas klar sein, was ich schon vorhin angedeutet habe. Es wäre einfach, wenn der Patient es nur mit seinem Vertrauensarzt zu tun hätte. Aber einem Patienten, der operiert wird, kann es passieren, daß er den Chirurgen, der ihn operiert, nie gesehen hat. Die Aufklärung macht der Anästhesist, und wenn der Patient aufwacht, sieht er sich u. U. bereits dem – bis dahin noch unbekanntem – Stationsarzt gegenüber. Den, auf den es hauptsächlich ankam, der die vielleicht lebensentscheidende Operation an ihm vorgenommen hat, bekommt er u. U. gar nicht zu Gesicht. Deshalb: Je mehr sich das ärztliche Personal vermehrt, um so größer ist natürlich auch das Bedürfnis und die Notwendigkeit, für diese Vielzahl von Ärzten, einheitliche Regelungen zu haben. Um es noch einmal zu sagen: Ich bin keineswegs der Auffassung, daß man alle Details regeln kann, aber gewisse Grundlinien müssen klar sein.

HK: In dem Alternativ-Entwurf werden in dem § 214 einige Normen festgeschrieben: Zur Anwendung lebenserhaltender Maßnahmen bei Todkranken oder auch zur Behandlung und zum Abbruch der Behandlung von Patienten im Sterben. Die Tatbestände, auf die sich Ihre Vorschläge beziehen, sind inzwischen auch ethisch – nicht insgesamt, aber im großen und ganzen – geklärt. Aber was ist eigentlich die Zielrichtung dieser im Alternativ-Entwurf vorgesehenen Bestimmung? Oder genauer gefragt: Wieweit wird hier – wertneutral gefragt – vorhandenes Bewußtsein, auch ein gewisser Konsens festgeschrieben, oder wieweit tendieren die Regelungen auf eine Veränderung der Praxis, vor allem der Mit- bzw. Selbstbestimmung des Patienten über seinen Tod?

Eser: Unser Anliegen ist nicht, Dämme einzureißen oder neue Schleusen zu öffnen, sondern inzwischen gewachsene Meinungen klarzustellen. Und daran fehlt es – entgegen manchen Beteuerungen – eben leider immer noch, wie namentlich hinsichtlich der im zuvor erwähnten Wittig-Fall wieder neu aufgebrochenen Frage, welcher Stellenwert dem Sterbewillen und damit dem Mitbefinden können des Patienten über sein eigenes Lebensende zukommt.

HK: Sie sagen, den Verfassern des Alternativentwurfs gehe es vor allem um die Regelung der Behandlungsbegrenzung, des Behandlungsabbruchs und der Anwendung leidensmindernder Maßnahmen, also um die eingeführten §§ 214, 214 a; aber der eigentlich brisante scheint wohl

doch der § 216 zu sein oder auch der § 215 (Nichtinderung einer Selbsttötung): Einerseits könnte man sagen, er schreibt mehr oder weniger fest, was Gerichte ohnehin tun: nicht strafen, aber wenn man an den Fall Hackethal denkt ...

Eser: Der Fall Hackethal ist gerade keiner des § 216. Dort ging es, jedenfalls nach der abschließenden Verfahrenseinstellung des Gerichts, um eine straflose Beihilfe zur Selbsttötung. Denn der § 216 meint ausschließlich den Fall, daß der Täter selbst tötet, wenn auch auf Verlangen des Opfers. Hingegen verhält es sich im Falle Hackethal so, daß sich das Opfer selbst den Tod beigebracht hat und Hackethal lediglich das Mittel dafür zur Verfügung stellte. Beihilfe zur Selbsttötung ist aber in der Bundesrepublik im Gegensatz zu Österreich und zur Schweiz bereits seit 1871 straffrei ...

„Es stellt sich die rechtsethische Frage, ob es gut ist, mit Angstgefühlen zu arbeiten“

HK: Aber verfahren Gerichte nicht auch im Falle des § 216 wie im Falle des von Ihnen vorgesehenen § 215, wenn sie überhaupt mit solchen Fällen konfrontiert werden, so, wie Sie es vorsehen: nämlich, indem sie von Strafe absehen ...

Eser: So einfach liegen die Dinge leider nicht. Denn obgleich einerseits die Tötung auf Verlangen (wie etwa die Injizierung einer tödlich wirkenden Schlafmitteldosis) eindeutig strafbar ist, während andererseits das Überlassen derselben Dosis zur Selbsteinnahme des Patienten als bloße Beihilfe zur Selbsttötung an sich straflos zu bleiben hat, ist dieses einigermaßen klare Entweder-Oder dadurch eingeebnet worden, daß man sich nach ständiger – wenn auch nicht immer konsequenter – Rechtsprechung wegen Tötung durch Unterlassen strafbar machen kann, wenn man einen Suizidenten nach Eintritt seiner Handlungsunfähigkeit nicht in das Leben zurückholt; und zwar soll man dazu selbst dann verpflichtet sein, wenn der Betroffene – etwa in einem vorgefundenen Brief – unmißverständlich und bei offenbar klarem Verstand darum gebeten hat, ihn in Ruhe sterben zu lassen. Ihm dies zu ermöglichen und nicht etwa Angehörige, die einen solchen Sterbewilligen respektieren zu müssen glauben, einem strafrechtlichen Risiko auszusetzen, dem dient unsere Klarstellung durch einen neuen § 215.

HK: Aber wenn nun dies tatsächlich gewährleistet wäre, wie stünde es dann mit § 216? Wird nicht auch dort ohnehin schon von Strafe abgesehen?

Eser: Wenn man das Gesetz ernst nimmt, ist dafür eigentlich kein Raum. Tatsächlich ist es aber beim 216 wohl so, daß viele Fälle überhaupt nicht bekannt werden. Die Ärzte müssen allerdings mit einem Risiko rechnen. Auch da könnte man sagen, das ist ja gar nicht schlecht; dann kommen sie nicht so sehr auf den Gedanken, etwas zu

tun, was sie nicht tun sollen. Aber da stellt sich wieder die rechtsethische Frage, ob es gut ist, mit Angstgefühlen zu arbeiten zumal in Extremfällen, wo man selbst Strafe nicht für gerechtfertigt hält. Wenn man davon ausgeht, daß gerade besonders verantwortungsbewußte Ärzte sich sehr schwer tun, einem Verlangen auf Tötung überhaupt nachzukommen, so liegt unser Bestreben darin, gerade dem gewissenhaften Arzt zu signalisieren, daß er in eng umschriebenen Ausnahmefällen jedenfalls mit dem Verständnis der Gerichte rechnen kann ...

HK: Dennoch findet unsereiner den neuen Abs. 2 von § 216 ein wenig ambivalent. Wird da nicht doch ein Ventil geöffnet zur aktiven Euthanasie, und wäre deshalb vor allem nicht eine klare rechtliche Umschreibung dessen nötig, was passive Sterbehilfe und was aktive Euthanasie ist, wenn es nicht tatsächlich zu Dambrüchen kommen soll ...

Eser: Dazu ist generell zu sagen: Im geltenden Recht kommen „aktive“ und „passive Sterbehilfe“ überhaupt nicht vor. Dies sind Formulierungen, die allein volkstümlicherweise geprägt worden sind. Die einzige Vorschrift, die sich mit Sterben bisher überhaupt befaßt, ist eben der Paragraph 216, den wir um die §§ 214, 214a und 215 erweitern wollen. Und allein durch Verschweigen praktisch straflos gelassen ist die Beihilfe zur Selbsttötung. Zur Charakterisierung des Hauptunterschieds können wir das bereits kurz gestreifte Beispiel eines Medikaments neh-

§ 216 Tötung auf Verlangen

Geltendes Recht

- (1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.
- (2) Der Versuch ist strafbar.

Aus: Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe

- (1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.
- (2) Das Gericht kann unter den Voraussetzungen des Abs. 1 von Strafe absehen, wenn die Tötung der Beendigung eines schwersten, vom Betroffenen nicht mehr zu ertragenden Leidenszustandes dient, der nicht durch andere Maßnahmen behoben oder gelindert werden kann.
- (3) Der Versuch ist strafbar.

men, das benutzt wird, um den Tod eines Menschen herbeizuführen: Wenn ein anderer dieses Medikament injiziert, wäre es Tötung auf Verlangen, vorausgesetzt, der Patient verlangt danach; aber wenn dasselbe Medikament auf den Nachttisch gelegt und dem Patienten überlassen wird, dann ist es (bloße) Beihilfe zur Selbsttötung ...

HK: Aber das ist, wie sich schon beim Fall Hackethal zeigte, eine sehr formale Abgrenzung; es ist jedenfalls aktive Mitwirkung zur Tötung ...

Eser: Das ist aber nun mal die gegenwärtige Rechtslage. Wenn Sie das ändern wollen, dann müssen Sie überlegen, in welche Richtung. Man kann sagen: wir machen den jetzt straffreien Bestand der Beihilfe zur Selbsttötung auch strafbar; dann würde man die Strafbarkeit ausdehnen. Oder man würde die Tötung auf Verlangen in gewissen Grenzen auch straffrei stellen. Nun ist in der Tat nicht zu leugnen, daß es Bestrebungen gibt – denen ich allerdings nicht anhängen –, die Tötung auf Verlangen in größerem Umfang freizustellen. Unser Entwurf will dagegen gerade keine Rechtfertigungsgründe in dem Bereich schaffen, sondern lediglich in extremen Fällen den Gerichten Spielraum lassen, von Strafe absehen zu können. Wenn Sie die Begründung lesen, dann werden Sie sehen, daß an wirklich ganz extreme Fälle gedacht ist. Deswegen verstehe ich die ganze Aufregung über diesen Vorschlag nicht. Möglicherweise hängt das damit zusammen, daß nicht immer richtig gelesen wird und manche von Rechtfertigungsgründen ausgehen, wo wir lediglich ein Absehenkönnen von Strafe vorgeschlagen haben.

„Es ist zu vermuten, daß immer wieder von Operationen abgesehen wird“

HK: Als medizinrechtlicher Laie wundert man sich, daß nicht nur im Alternativ-Entwurf, sondern in der Sterbehilfe- und Euthanasiediskussion ein Punkt kaum auftaucht: nämlich die Knappheit der teuren Mittel der Intensivmedizin, die den Arzt vor die Entscheidung stellen kann, diesen Patienten zu behandeln und den anderen nicht, oder die Behandlung eines schon Todgeweihten abzuberechnen, um einen anderen zu behandeln, der möglicherweise als Unfallopfer noch zu retten wäre. Wenn z. B. vier Patienten an die Herz-Lungen-Maschine angeschlossen werden müssen, aber nur eine oder zwei vorhanden sind: da kann nach sehr unterschiedlichen Kriterien – nach der größeren Aussicht auf Überleben, nach Organbrauchbarkeit (mit der Organtransplantationsproblematik im Hintergrund) oder auch nach sozialem Status des Patienten – entschieden werden. Bedürfte es über ethische Kriterien hinaus nicht gerade diesbezüglich auch rechtlicher Regelungen?

Eser: Weil solche Präferenzregeln kaum aufzustellen sind, haben wir von vornherein davon abgesehen, dazu etwas zu sagen. Es gibt gegenwärtig unterschiedliche Meinungen. Die Mediziner sagen, es müssen einfach medizinische Gründe entscheiden; wobei zu fragen ist: Heißt das, daß man primär den rettet, der die größten Chancen hat? Oder gibt das Alter den Ausschlag? Bei den Juristen herrscht eher die Meinung vor, wer zuerst am Gerät ist, muß auch dranbleiben dürfen, selbst dann noch, wenn jemand mit größerer Rettungsfähigkeit eingeliefert wird. Ich muß offen sagen, es käme mir sehr gespenstig vor, wollte man da eine Tabelle aufstellen, auf der man ablesen kann, wer den Vorzug erhalten soll. Hier kann das Recht nicht anders, als die Entscheidung im konkreten Einzelfall den Ärzten zu überlassen.

HK: Herr Professor Eser, bisher haben wir ausschließlich oder fast ausschließlich von der Hilfe im Sterben und der Hilfe zum Sterben, also von „Späteuthanasie“ gesprochen. Aber fast noch akuter ist ja – nicht zuletzt durch die Debatten um Peter Singer und die Vorwürfe mancher, die sagen, es sei ohnehin klinische Praxis, was Singer als zulässig begründet – der Bereich „Früheuthanasie“: bezogen vor allem auf die Möglichkeit der Tötung von behinderten Neugeborenen mit geringeren oder größeren Überlebenschancen. Müßte deswegen nicht noch dringlicher der § 217, der bisher nur von der Tötung eines unehelichen Kindes durch seine Mutter handelt, abgeändert, erweitert und neu gefaßt werden?

Eser: Dazu wäre zunächst klarzustellen, daß der § 217 ohnehin nur von der Tötung eines nichtehelichen Kindes durch seine Mutter in oder gleich nach der Geburt handelt. Dieser Zeitraum ist eng gefaßt, und es wird psychologisch – im Sinne einer Strafmilderung – dem Umstand Rechnung getragen, daß sich die Mutter in der Geburtsphase in der Regel in einem Ausnahmezustand befindet. Aber das Problem, das unglücklicherweise mit „Früheuthanasie“ bezeichnet wird, ist ein gewichtiges Problem. Aufgrund der Möglichkeiten der heutigen Medizin, Kinder schon in einer sehr frühen Phase und mit einem geringen Gewicht zur Welt zu bringen, kommt es natürlich auch zu relativ vielen Kindern mit Schädigungen ...

HK: Schädigungen also nicht nur erbbedingter Art, sondern auch solche, die im Austragen der Schwangerschaft und in der Geburt entstehen?

Eser: Ja beides: einmal, daß eine Frühgeburt eingeleitet werden muß, weil das Austragen der Mutter nicht mehr länger möglich oder weil das Kind selbst geschädigt ist, oder auch, weil ein ärztlicher Fehler vorliegt. Da stehen dann Mediziner vor der Frage: soll man operieren oder das Kind sterben lassen? Es ist zu vermuten, daß immer wieder von Operationen abgesehen wird, obwohl dem Kind, wenn auch einem behinderten, ein Leben, und sei es auch nur für wenige Jahre, eröffnet werden könnte. Das ist in der Tat bisher völlig unregelt.

HK: Der Alternativentwurf behandelt den Komplex nur sehr versteckt, und auch da ist zu hören, er könnte ein Ventil öffnen ...

Eser: Wir haben diesen Tatbestand erfaßt unter § 214 § 1 Abs. 2 (Abbruch oder Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen) und sind der Meinung, daß ein Behandlungsverzicht nur dann möglich sein soll, wenn ein schwerstbehindertes Neugeborenes das Bewußtsein niemals erlangen wird. Dies ist im Grunde eine Einschränkung, da wir der Meinung sind, daß das, was wir vorschlagen, strenger ist zugunsten des Neugeborenen, als die Praxis bisher aussieht. Wir müssen ja bedenken, daß es bei der sog. Früheuthanasie nicht um ein Sterbenlassen „erlöschenden“ Lebens geht, sondern schon um eine Art von Eugenik. Es geht ja um behindertes Leben. Da gibt es Druck aus der Gesellschaft, auf Lebenserhal-

tung zu verzichten, weil solches Leben zur Belastung werden könnte für die Eltern und für die Gesellschaft.

HK: Aber von allen eugenischen Neigungen und der entsprechenden Volksmeinung einmal abgesehen, gibt es hier offensichtlich eine parallele Problematik zu „Späteuthanasie“ insofern, als aufgrund der heutigen chirurgischen und medizinischen Möglichkeiten Leben erhalten und verlängert werden kann, das früher keine oder kaum Überlebenschancen hatte ... Die Frage ist ja dann tatsächlich die, wieweit müssen Neugeborene, die erst durch die heutige Medizin eine Überlebenschance bekommen, trotz schwerster Behinderung, am Leben erhalten werden?

Eser: In der Tat, die medizinische Parallele ist nicht zu leugnen, insofern man durch die heutige Perinatalogie Kinder zur Welt kommen läßt, die früher gar nicht lebend geboren worden wären, bei denen man aber nach der Geburt feststellen muß, daß sie bestimmte Schäden haben, die ein unbehindertes Leben nicht erwarten lassen. Und da entsteht natürlich ein Druck auf die Mediziner, in krassen Fällen jede Behandlung sein zu lassen.

HK: Was ist da Ihre Position? Die Medizin zurückschrauben, das geht wohl nicht, der Druck wird aber gerade wegen der Gründe, die im medizinischen Fortschritt liegen, wachsen, auch wenn die wirklichen Motive vielleicht eugenische sind ...

Eser: Die Medizin zurückschrauben, das wäre in der Tat eine sehr harte, eigentlich nicht denkbare, letztlich auch unmenschliche Alternative. Was man im Moment nur sagen kann, aber auch sagen muß, ist, daß hier der Arzt in ein ethisches Dilemma hineingezwungen wird: Von ihm wird einerseits erwartet, Menschen zur Welt zu bringen selbst unter großen Komplikationen. Andererseits wird, wenn der Mensch mit Schäden zur Welt gekommen ist, an den Arzt die Erwartung herangetragen, auf Behandlung zu verzichten. Und da es bisher keine Regelungen gibt, ist es weitgehend dem Arzt überlassen zu tun, was er tut.

„Ob das Kriterium Lebenschance überhaupt eine Rolle spielen soll, ist keine medizinische Frage mehr“

HK: Aber damit ergibt sich die zweite Parallele zur Späteuthanasie: Muß man sich nicht auch da vornehmlich auf die Prognosefähigkeit des Arztes bezüglich Lebens- und Heilungschancen verlassen bei aller Fehlbarkeit solcher Entscheidungsgrundlagen?

Eser: Diese Frage muß ich wohl doch etwas grundsätzlich angehen, auch als Antwort auf eine frühere Frage von Ihnen. Ärztliche Entscheidungen sind komplexe Entscheidungen. Es spielen medizinische Kriterien eine Rolle, aber auch normative, also ethisch-rechtliche. Ob z. B. eine Lebenschance besteht, kann nicht der Theologe und nicht der Jurist entscheiden, sondern nur der Mediziner. Dagegen ist es keine medizinische Frage mehr, sondern bereits

eine ethisch-rechtliche, ob das Kriterium Lebenschance überhaupt eine Rolle spielen soll oder nicht. Und diese Entscheidung kann vom Mediziner allein nicht getroffen werden. Nehmen Sie den Fall eines neugeborenen Kindes mit offenem Rückenmark oder mit Darmverschluss, das im Falle einer Operation eine Lebenserwartung von acht Jahren hätte. Dies kann nur der Arzt feststellen, ähnlich wie die Frage, mit welchen Schädigungen im einzelnen noch zu rechnen ist. Dagegen kann es keine medizinische Frage mehr sein, ob man die Operation vornehmen soll oder nicht. Wenn dem also so ist, dann muß man fragen, ob auch die Wertung, nämlich die normative Entscheidung dem Arzt überlassen werden soll oder ob da nicht die gesamte Rechtsgemeinschaft gefragt ist. Denn Wertentscheidungen sind letztlich politische – weil die „polis“ als verantwortliches Gemeinwesen angehende – Entscheidungen. Und selbst wenn wir keine rechtlichen Regelungen treffen, fällen wir auch damit im Grunde eine Entscheidung: wir erweitern (stillschweigend) den Ermessensspielraum.

HK: Sie vermuten also, ohne genauere rechtliche Regelungen bzw. durch rechtliche Freiräume, in die dann der Druck öffentlicher Meinung eindringt, entstehe eher die Gefahr von Dambrüchen als durch gesetzlich einigermaßen streng geregelte Ermessensräume?

Eser: Solange es keine rechtlichen Regelungen gibt, solange nur der Arzt entscheidet und die Entscheidung jeder Kontrolle entzogen ist, ist die Gefahr der Normaufweichung jedenfalls größer als dort, wo man sich rechtlich verantworten muß. Ich kann mich deshalb nur sehr schwer bereit finden, diesen ganzen Bereich allein dem freien ärztlichen Ermessen zu überlassen.

HK: Bedarf aber nicht gerade dann der ganze Komplex „Früheuthanasie“ noch dringlicher der Regelung als der Bereich Späteuthanasie? Der Druck nicht nur von Betroffenen, sondern der um Leidverminderung besorgten Öffentlichkeit ist im Falle von behinderten Neugeborenen ja wohl viel größer als im Falle von Sterbehilfe und selbst im Falle der Tötung auf Verlangen ...

Eser: Dieser Meinung sind wir auch; deswegen haben wir das Problem ja auch als erste aufgegriffen. Nur, es ist kein Bereich so sehr tabuisiert, wie der, den man „Früheuthanasie“ nennt.

HK: Schon eingangs wurde es kurz angesprochen: Das Recht auf Selbstbestimmung, Selbstbestimmung nicht nur über das eigene Sterben, sondern gewissermaßen über Tod und Leben spielt in der gesamten Euthanasiedebatte eine wichtige Rolle. Es ist wohl auch ein Grundanliegen des Alternativ-Entwurfs, dem möglichst Rechnung zu tragen. Aber zwei Punkte lassen dieses Bemühen eher zwiespältig erscheinen. Selbstbestimmung über das eigene Sterben und den eigenen Tod „funktioniert“ eigentlich nur als Urteil von noch Gesunden oder noch Urteilsfähigen. Bei einem Todkranken sieht das anders aus, auch wenn er bei Bewußtsein ist. Und der andere Punkt: Mehr Selbstbestimmung kann ja auch in die Richtung der Frage weisen,

was ist – nach Kriterien einer utilitaristisch orientierten Ethik – für die Beteiligten oder für „die Gesellschaft“ der größere oder geringere Schaden oder Nutzen ...

Eser: Gerade wenn man Peter Singer im Auge hat, was ich bei Ihrer Frage vermute, dann würde ich die Selbstbestimmung eher als Bollwerk ansehen gegen die Vernützlichmachung des Menschen. Denn Entscheidung nach Nützlichkeitsgesichtspunkten, wie Sie sie eben heranzogen, das

Aus: *Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe* (Begründung zu § 214 S. 14) (2)

Der Entwurf geht von der allgemeinen Auffassung aus, daß sich ärztliches Handeln durch den Heilauftrag auf der Grundlage und in den Grenzen des Patientenwillens legitimiert. Soweit der Patient zur Eigenentscheidung fähig ist, ist daher auf diese abzuheben. Dieser *Vorrang des Selbstbestimmungsrechts* kommt in der Reihenfolge der Ziffern 1–4 zum Ausdruck. Der Arzt hat grundsätzlich alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um das aktuelle Einverständnis des Patienten mit dem Behandlungsprogramm einzuholen. Der aktuell geäußerte Wille geht einer früheren „Patientenverfügung“ in jedem Falle vor. Bestehen hinsichtlich des Patientenwillens trotz gründlicher Prüfung Zweifel, so sind diese nach dem Grundsatz „in dubio pro vita“ zu lösen.

wäre ja keine Selbstbestimmung, sondern Fremdbestimmung. Richtig ist, daß unser Entwurf sehr stark geprägt ist von der Respektierung der Selbstbestimmung der Betroffenen. Aber dies nicht im Sinne von Selbstverfügung, daß man sich selbst den Tod gibt, sondern eher im Sinne des Mitbestimmendürfens über das eigene Sterben, wobei das Sterben letztlich auch noch Mitbestimmung über das eigene Leben ist.

HK: Warum ist Selbstbestimmung für Sie in diesem Bereich so zentral?

Eser: Ich sehe darin eine begreifliche und auch gesunde Gegenwehr, nachdem viele das Gefühl bekommen haben, sie würden zum bloßen Objekt der Medizin. Solange das Arzt-Patient-Verhältnis wirklich ein personales war, stand man einer anderen Person gegenüber. Die Abhängigkeit, auch wenn sie groß war, war keine dingliche Abhängigkeit, sondern eine akzeptierte Abhängigkeit innerhalb eines persönlichen Vertrauensverhältnisses. Heute ist es sehr viel stärker Abhängigkeit von einem Gerät. Deswegen ist dieses Sichstemmen gegen diese verdinglichte Abhängigkeit auch etwas zu Billigendes.

HK: Aber sind „testamentarische“ Verfügungen von Gesunden über das eigene Sterben – es gibt ja solche, und man spricht davon – ein hilfreicher Ausdruck nicht nur des Anspruchs, sondern auch des Rechts auf Selbstbestimmung im Sterben?

Eser: Da bin ich sehr skeptisch. Patiententestamente werden zu einer Zeit erstellt, in der nicht vorauszusehen ist, wie der spätere Zustand sein wird. Realistischerweise muß man einfach sagen: Solange ich gesund bin, kann ich nicht abschätzen, wie ich mich verhalte, wenn ich sterbens-

krank bin. Oder nehmen Sie Selbst- und Lebenseinschätzungen, die ganz außerhalb einer solchen Situation liegen. Ein Pianist, dem das Klavierspielen alles bedeutet, kann leicht sagen, wenn ich meinen linken Zeigefinger verliere, dann hat das Leben für mich keinen Sinn mehr. Verliert er ihn aber tatsächlich, so wird sich bald zeigen, daß das Leben für ihn doch noch einen Sinn haben kann. Ähnlich ist es mit anderen Organen. Jeder kann an sich selber sehen, wieviel Einschränkungen hinzunehmen wir bereit sind, wenn wir krank sind. Es kommt immer auf die Entscheidung in der Situation des Kranken selbst an ...

„Wenn wir rechtliche Regelungen treffen, können wir das selbstverständlich nur auf einer ethischen Grundlage tun“

HK: Offen ist noch ein anderer Punkt zum Stichwort „Selbstbestimmung“. Im Falle der Früheuthanasie wird Selbstbestimmung nicht vom Kind, sondern von Angehörigen und von denen, die auf sie Druck ausüben, praktiziert. Für das behinderte Kind ist das wie im Falle des abgetriebenen Embryos Fremdbestimmung. Aber bei vielen, die für Früheuthanasie plädieren, hat Selbstbestimmung auch diesen Sinn ...

Eser: Bei der Früheuthanasie ist für Selbstbestimmung überhaupt kein Raum. Ich lehne es prinzipiell ab, eine Entscheidung von Eltern als Selbstbestimmung für das Kind zu interpretieren.

HK: Sie sagten eingangs, der Patient heute stehe nicht mehr Ärzten mit einheitlichem Gewissen bzw. dem gleichen Ethos gegenüber. Das ist wohl so, aber was bedeutet es bzw. was passiert, wenn – das läßt sich auf andere Gebiete ausdehnen – an die Stelle des abhanden gekommenen ethischen Konsenses überall rechtliche Regelungen treten? Führt das nicht zu einer enormen Verrechtlichung?

Eser: In gewissem Sinne ja. Aber wenn wir rechtliche Regelungen treffen, dann können wir das selbstverständlich nur auf einer ethischen Grundlage sinnvoll tun. Insofern kann aber das Recht immerhin ein „ethisches Minimum“ sein, indem es klarstellt, was in einer bestimmten Situation von jedem gefordert ist, welcher Weltanschauung er auch sein und welche Überzeugungen er sonst noch haben mag. Und was mich bei der Arbeit an dem Alternativ-Entwurf zur Sterbehilfe positiv gestimmt hat, war nicht zuletzt die Erfahrung, daß wir trotz sehr verschiedener Ausgangspunkte in einem langen Diskurs dann doch zu einvernehmlichen Entscheidungen gekommen sind. An diesem Diskurs fehlt es oft. Ich habe die Hoffnung, daß auch ein Ärzteteam, das von unterschiedlichen Enden kommt, bei hinreichender Diskussion zu akzeptablen Entscheidungen kommt. Aber durch rechtliche Vorgaben diesen Prozeß begleiten und leiten zu können ist auch eine ethisch begründete Funktion von Recht.