

Von Verfassungen wegen: Selbstbestimmung am Lebensende¹

Liberale Regelungen zur Sterbehilfe und Lebensschutz sind kein Widerspruch

Der Tod ist ins Gerede gekommen. Auch wenn keine Hoffnung auf Heilung mehr besteht, kann das Leben oft noch sehr lang erhalten werden, länger, als vielen Patienten lieb ist. Wann und wie wir sterben, ist angesichts der noch vor wenigen Jahrzehnten unvorstellbaren Möglichkeiten der medizinischen Lebensverlängerung zum Gegenstand von Entscheidungen geworden. Und weil der Individualismus zu- und gesellschaftliche und religiöse Bindekräfte abgenommen haben, werden Krankheit, Sterben und Tod mittlerweile nicht mehr ausschließlich als zu erduldenes Schicksal wahrgenommen, sondern auch als durch individuelle Entscheidungen zu gestaltende Lebensphasen.

Und die entscheidende Frage, die auch die Folie der gerade wieder aufflammenden Sterbehilfedebatte bildet, lautet: Wer darf diese Entscheidungen über Leben und Tod treffen? Was ist dem Einzelnen an Entscheidungsfreiheit zu überlassen, was staatlicher Regelung? Dahinter stehen sehr grundlegende Wertungen, die durch die allgemeine Rede vom „Recht auf menschenwürdiges Sterben“, auf das sich abstrakt alle einigen können, eher verdeckt als erhellt werden. Letztlich geht es hier um verfassungsrechtliche Fragen, an denen sich die medizin- und strafrechtlichen Fragen der Sterbehilfe ausrichten müssen.

In den letzten Jahrzehnten ist der Umfang der so genannten Patientenautonomie stetig ausgeweitet worden. Nicht der Arzt, sondern der Patient soll über Art und Umfang einer medizinischen Behandlung entscheiden dürfen. Das Recht auf Selbstbestimmung wie das Recht auf körperliche Unversehrtheit – beide grundgesetzlich garantiert – geben dem entscheidungsfähigen Patienten die Befugnis, auch eine *lebenserhaltende* Behandlung oder eine künstliche Ernährung abzulehnen und auf diese Weise sein Leben zu beenden. Auch eine Schmerzbehandlung, die eine lebensverkürzende Wirkung in Kauf nimmt, ist rechtlich und ethisch anerkannt.

In der derzeitigen Diskussion um Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe kommt es aus der verfassungsrechtlichen Perspektive der Grundrechte darauf an, ob es nur Ansprüche auf effektive Schmerzbehandlung gibt sowie darauf, einer Krankheit „ihren Lauf“ zu lassen, oder ob es ein generelles, verfassungsrechtlich geschütztes Recht auf den „eigenen“ Tod gibt und in diesem Sinn auch ein Recht, über das eigenen Leben zu verfügen.

Ich bin der Auffassung, dass es dieses Recht gibt. Denn welche Entscheidung könnte wichtiger und existenzieller sein, als die über den Zeitpunkt und die Umstände meines eigenen Todes? Und wer, wenn nicht der Betroffene selbst, sollte diese Entscheidungen treffen? Ärzte, Angehörige, Pflegekräfte und die Rechtsordnung sind dem Respekt vor der Autonomie des Patienten verpflichtet – und es gibt keinen Grund, diesen Respekt denjenigen zu verweigern, die sterbenskrank sind. Im Gegenteil: Je wichtiger, individueller, existenzieller eine Entscheidung ist, umso wichtiger ist es doch, diese Entscheidung entlang der eigenen Maßstäbe treffen zu können. Und auf den rechtlichen Schutz dieser Entscheidungsfreiheit kommt es natürlich dann besonders an, wenn so eine Entscheidung von Ärzten, Angehörigen oder einer Mehrheitsmoral für falsch und unvernünftig gehalten wird.

¹ Einige Formulierungen dieses Beitrages sind übernommen aus Ulf Kämpfer, Jeder stirbt für sich allein, in: Berliner Republik 1/2008.

Es ist wichtig, dieses grundsätzliche Recht auf Selbstbestimmung über das eigene Lebensende anzuerkennen, *bevor* man sich Gedanken über notwendige und verfassungsrechtlich ja auch zulässige Beschränkungen, Regelungen und Verbote macht. Rechtfertigen muss sich nicht, wer auch am Lebensende auf seine Freiheitsrechte besteht, sondern derjenige, der diese Freiheit einschränken will.

Für solche Einschränkungen gibt es freilich gute Gründe. Die Gefahr des Missbrauchs von Entscheidungsrechten am Lebensende darf nicht gelehnet oder klein geredet werden. Das lehren uns nicht nur die Erfahrungen mit den eugenischen Bewegungen Anfang des 20. Jahrhunderts und die „Euthanasie“-Morde im Nationalsozialismus. Die Realbedingungen der Patientenautonomie dürfen nicht außer Acht gelassen werden, wenn es um die Entscheidung über Leben und Tod geht – gerade um der Sicherung „echter“ Selbstbestimmung willen. Niemand sollte angesichts der Ökonomisierung des Gesundheitswesens und der häufigen Überforderung von Angehörigen, Pflegekräften und Ärzten und der Auflösung familiärer und sozialer Bindekräfte die Gefahr von Missbrauch unterschätzen. Jede gesetzliche Regelung muss deshalb entsprechende Sicherungen einbauen.

Deshalb darf und muss der Staat *erstens* verhindern, dass unter dem Deckmantel der Sterbehilfe der Lebensschutz derjenigen ausgehöhlt wird, die gar nicht sterben wollen. *Zweitens* darf ein liberales Sterbehilferecht nicht die Anstrengungen um eine effektive Palliativmedizin, um eine bessere Diagnose und Behandlung von Depressionen und den Ausbau von Hospizen schwächen, im Gegenteil. Schließlich muss *drittens* natürlich sicher gestellt werden, dass der Wunsch nach Sterbehilfe wirklich auf einer freien, wohlüberlegten Entscheidung des Patienten beruht. Daran kann es fehlen, weil z.B. der Patient unter einer Depression leidet oder aktuell gar nicht entscheidungsfähig ist, weil er z.B. im Wachkoma liegt oder dement ist.

Je stärker Dritte aktiv in die Sterbehilfe eingebunden sind und je größer die Missbrauchsgefahren, desto eher kann der Staat regulierend eingreifen. Das kann bis zum Verbot einzelner Sterbehilfepraktiken reichen, sofern der Kern der Selbstbestimmung dabei gewahrt bleibt. In den Begriffen des Verfassungsrechts heißt das: Beschränkungen der Selbstbestimmung über das eigene Lebensende müssen *geeignet, erforderlich* und *verhältnismäßig* sein.

Es stünde besser um das Niveau der Sterbehilfediskussion in Deutschland, wenn die Gegner von liberaleren Sterbehilferegelungen ihre Argumente an diesem Rationalisierungsschema schärfen würden, insbesondere das inflationär und meist reflexhaft gebrauchte sog. Dammbuch-Argument, nachdem liberale, an der Selbstbestimmung orientierte Sterbehilferegelung unweigerlich zu einer gesellschaftlichen Entsolidarisierung mit Kranken und Behinderten, zur Aufweichung des Tötungstabus und alsbald zu fremdbestimmten Patiententötungen führten.

Auch die gegenwärtige Diskussion um ärztliche Hilfe zur Selbsttötung leidet unter einer häufig schlagwortartig und vorurteilsbeladen vorgebrachten Kritik. In Deutschland ist die Beihilfe zur Selbsttötung nicht unter Strafe gestellt. Diese Straffreiheit ist aber bislang im Kontext der Sterbehilfe praktisch wirkungslos, weil unter anderem das Arznei- und Betäubungsmittelrecht und die ärztliche Standesethik eine ärztliche Suizidbeihilfe bei sterbewilligen Patienten praktisch unmöglich machen. Nur aus diesem Grund gibt es den „Sterbetourismus“ (auch) aus Deutschland in die Schweiz.

Wer den Sterbetourismus in die Schweiz nur als Ausdruck einer übersteigerten, fehlgeleiteten Selbstbestimmung oder als profitorientierte Ausnutzung unfreier Sterbewünsche begreift, greift zu

kurz. Und wer dieses Phänomen, wie ich selbst, mit Unbehagen verfolgt, der sollte nicht nur über Verbote nachdenken, sondern über andere, bessere Regelungen.

So gibt es mittlerweile in fünf US-Bundesstaaten Gesetze, die ärztliche Suizidbeihilfe ermöglichen und gleichzeitig regulieren. Vorreiter war Oregon, wo vor über 15 Jahren nach einer Volksabstimmung ärztliche Suizidbeihilfe unter strengen Voraussetzungen zugelassen wurde. Unter engen Voraussetzungen darf ein Arzt einem nachweislich tödlich erkrankten, entscheidungsfähigen Patienten ein tödlich wirkendes Mittel verschreiben lassen. Die Regelung wird nur von wenigen Patienten in Anspruch genommen. Weder Missbrauchs- noch Dammbuchbefürchtungen haben sich bewahrt. Solche und andere Erfahrungen sollten wir in Deutschland diskutieren, ohne sie gleich zu diskreditieren oder eins zu eins zu übernehmen.

Nach vielen Jahren der Beschäftigung mit dem Thema Sterbehilfe sehe ich in Deutschland keine Anzeichen für eine unzureichende Sensibilisierung in Öffentlichkeit und Politik für die Gefahren, die jede Sterbehilferegulation im Blick behalten muss. Aber darüber die im wahrsten Wortsinn existenziellen Selbstbestimmungsinteressen Kranker und Sterbender aus dem Blick zu verlieren, passt nicht zu einem säkularen, auf Freiheit und Menschenwürde basierendem Rechtsstaat.

Lebensschutz gegen den Willen des Patienten im Sinn eines staatlichen Zwanges zum (Weiter-)Leben darf es nicht geben. Dem gleichwohl bestehenden Spannungsverhältnis zwischen Freiheits- und Lebensschutz am Lebensende müssen wir uns politisch stellen und über Regelungen streiten, die beides gewährleisten, statt zu unterstellen, dass das Eine nur auf Kosten des Anderen verwirklicht werden kann. Mehr Selbstbestimmung am Lebensende ist kein Nullsummenspiel zu Lasten des Lebensschutzes am Lebensende.

Wir können auf vielen Ebenen bessere Regelungen schaffen, um ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen. Dem Tod seine Tragik und dem Sterben seinen Schrecken nehmen, wird uns allerdings nicht gelingen. Noch auf längere Sicht wird das Diktum Norbert Elias' gültig bleiben: „Es gibt in der Tat viele Schrecken, die das Sterben umgeben. Was Menschen tun können, um Menschen ein leichtes und friedliches Sterben zu ermöglichen, bleibt noch herauszufinden.“

Aber das ist kein Grund, bei unserer Suche nachzulassen. Ein erster Schritt wäre eine Kultur des Dialogs über „letzte Fragen“, die Fürsorge und Patientenautonomie am Lebensende zusammenbindet.