

SPIEGEL-GESPRÄCH

„Diebstahl von Leben“

Der Göttinger Mediziner Hans-Ludwig Schreiber über das umstrittene Frankfurter Urteil zur Sterbehilfe, die Fallstricke legaler Euthanasie und das Menschenrecht auf den eigenen Tod

SPIEGEL: Herr Professor Schreiber, könnten Sie sich eine Situation vorstellen, in der Sie nicht mehr leben wollen?

Schreiber: Ja. Wenn ich ohne Aussicht auf Heilung mit schweren Verletzungen daläge, mit schwersten Hirndefekten, einem aussichtslosen Herzleiden, im Endstadium einer Krebskrankheit oder am Rande des Komas – da würde ich sagen: Nein, ich will nicht mehr.

SPIEGEL: Haben Sie Vorkehrungen getroffen für einen solchen Fall?

Schreiber: Ich habe ein sogenanntes Patiententestament. Diese Verfügung enthält die Anordnung, daß meine Ärzte in aussichtsloser Situation keine Mittel, keine Intensivmedizin, keine kreislaufstützenden Mittel einsetzen dürfen, um mein Leben weiter zu verlängern. Ich bin wirklich kein Feind von Intensivmedizin, sie leistet Ungeheuerliches, und ich habe auch schon von ihr profitiert. Aber wenn sie nicht mehr aufhaltbares Leben festhält, dann wird diese ansonsten segensreiche Technik zur Quälerei.

SPIEGEL: Möchten Sie gegebenenfalls auch aktiv getötet werden?

Schreiber: Mir wäre das eigentlich egal, obwohl ich ein natürliches Sterben sympathischer fände. Ich bin mal bei einer, wie soll man das pietätvoll sagen, „Einschläferung“ eines Schwerstkranken in den Niederlanden dabei gewesen. Das war nicht unanständig. Der Wille des Patienten wurde respektiert.

SPIEGEL: Heißt das, Sie sind für aktive Sterbehilfe?

Schreiber: Ich kann es nicht einfach sagen. Ein guter Freund von mir hat unsäglich gelitten im Endstadium von Krebs, er konnte schlicht nicht mehr. Ich war nahe dran, ihm Gift zu holen, sehr nahe sogar. Dann habe ich es aber nicht getan. Statt dessen bin ich bei ihm sitzen geblieben, besuchte ihn jedes Wochenende, wir haben miteinander geredet und auch gealbert. Und wissen Sie was? Als er nicht mehr so isoliert war, da wollte er auch nicht mehr sterben. Dennoch meine ich: Wenn nur eine aktive Tötung unerträgliches Leid beenden kann, dann würde ich sie gestatten – in Ausnahmefällen, niemals generell.



Hans-Ludwig Schreiber

beschäftigt sich seit vielen Jahren mit Fragen, die das Ende des Lebens betreffen. Schreiber, 65, Mediziner, Rechtsphilosoph und scheidender Präsident der Universität Göttingen, ist Mitglied einer Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer, die seit 1994 an neuen Richtlinien zur Sterbehilfe arbeitet. Das Regelwerk, das passive Sterbehilfe erleichtern wird, soll im Herbst verabschiedet werden. Damit steht der Bundesrepublik wieder eine hitzige Debatte über Euthanasie ins Haus. Einen Vorgeschmack auf die Querelen lieferte der Streit um einen Frankfurter Richterspruch letzte Woche: Obgleich der Beschluß „nichts Neues gebracht hat“ (Schreiber), erregten sich die Gemüter. Eine „schleichende Aufweichung des Tötungsverbots“ sieht die grüne Bundestagsabgeordnete Monika Knoche, den „Dammbruch zur Euthanasie“ der Mainzer Bischof Karl Lehmann.

SPIEGEL: Gibt es, analog zum Recht auf das eigene Leben, ein Recht auf den eigenen Tod?

Schreiber: Ja, sicher. Die Freiheit, ein Leben, das man nicht mehr ertragen kann, beenden zu dürfen, gehört zum Menschenrecht. Eine generelle Antwort auf diese Frage ist aber unendlich schwierig, weil sich da soviel mischt, auch Ökonomisches und Opportunistisches. Wenn aktive Euthanasie generell freigegeben würde, dann sind sich Kranke und Beschädigte buchstäblich ihres Lebens nicht mehr sicher. Permanent stünde ihnen die Aufforderung im Rücken: Warum stirbst du nicht endlich? Warum bittest du nicht um dein Ende?

SPIEGEL: Die Option zum Tod würde zu einer moralischen Verpflichtung zum Tod.

Schreiber: Genau, es hieße dann: Anständigerweise müßtest du von der Erde verschwinden, denn du bist uns zu teuer und zu lästig. Es heißt, 60 Prozent der gesamten Behandlungskosten eines Lebens fielen in den letzten zwei Jahren an. Da ist die Versuchung groß, marode Gesundheitssysteme durch die Tötung dieser Patienten zu sanieren. Das finde ich unerträglich. Und deshalb bin ich im Ergebnis gegen eine generelle Zulassung der aktiven Euthanasie. Trotzdem bleibe ich gespalten: Den Gnadentod, den man jedem Hund gewährt, warum soll man den nicht

Das Gespräch führten die Redakteure Marco Evers und Johann Grolle.



Patient auf Intensivstation: „Segensreiche Technik wird zur Quälerei“

auch dem Menschen gönnen, wenn er am Ende ist?

SPIEGEL: Der Streit um Sterbehilfe wurde vergangene Woche von einem Beschluß des Frankfurter Oberlandesgerichts neu angefacht. Es hagelte Proteste gegen den Richterspruch. Viele fürchteten, daß der aktiven Sterbehilfe hinterrücks neue Türen geöffnet würden.

Schreiber: Das ist aber falsch. Mir ist der Aufruhr um diesen Beschluß unverständlich. In der Sache hat dieser Beschluß nichts Neues gebracht, er hat nur eine Tendenz verstärkt, die schon der Bundesgerichtshof 1994 geäußert hatte. Neu ist nur das Verfah-

ren: Jetzt kann ein vom Vormundschaftsgericht bestellter Betreuer eines Schwerstkranken nicht mehr allein entscheiden, ob eine Behandlung abzubrechen ist. Er braucht dafür den Beschluß des Vormundschaftsgerichts, das den tatsächlichen oder mutmaßlichen Willen des Patienten prüfen soll. Dieser Beschluß fördert also nicht die freie Euthanasie, sondern hindert sie.

SPIEGEL: Wird jetzt der Richter zum Entscheider über Leben oder Tod?

Schreiber: Das hat er nicht zu entscheiden. Er soll nur prüfen, ob die Entscheidung des Betreuers im Einklang steht mit dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Willen

des Patienten oder ob der Betreuer aus anderen Motiven handelt. Der Richter kommt also als Kontrollinstanz dazu, weil es zu häufig Erben und andere gefährliche Leute gibt, denen daran liegt, anderen ins Jenseits zu verhelfen.

SPIEGEL: Darf der Kostenträger das Gericht anrufen, um Maschinen abzustellen?

Schreiber: Nein, das darf nur der vom Vormundschaftsgericht bestellte Betreuer oder der vom Patienten bestellte Bevollmächtigte. Sonst niemand, auch kein sonstiger Angehöriger. Aber im übrigen ist das Ganze nicht sehr durchdacht. Wenn ein Arzt Ihren Willen kennt, weil Sie vorher mit ihm die Situation besprochen haben, dann darf er nach anerkannter Rechtsprechung die Arme sinken lassen und Ihnen eine aussichtslose Operation oder Behandlung ersparen. Haben Sie den Arzt aber zum Bevollmächtigten ernannt, dann müßte er zum Gericht gehen, um Sie abzustellen. Das ist natürlich absurd.

SPIEGEL: Ist ein Patiententestament ein geeignetes Instrument, mehr Klarheit zu schaffen?

Schreiber: Ein Stück weit schon. Das Patiententestament ist die einzige Chance darauf, daß der originäre Wille des Betroffenen bei seinem Sterben Einfluß hat. Ich wundere mich, daß das Patiententestament in der Ärzteschaft immer noch nicht hinreichend respektiert wird. Da wird gesagt, es sei nur ein problematisches Indiz. Ich meine: Die Patientenverfügung sollte gelten, es sei denn, es gibt Anzeichen dafür, daß der Kranke es sich anders überlegt hat.

SPIEGEL: Wandelt sich der Wille des Patienten nicht beträchtlich mit der konkreten Situation?

Schreiber: Sicherlich. Aber nicht bei den allerschwersten Defektsituationen, das bezweifle ich.

SPIEGEL: Als Ersatz soll ja auch der mutmaßliche Wille reichen. Würden Sie sich zutrauen zu entscheiden, ob ein Kranker mutmaßlich leben oder sterben will?

Schreiber: Da muß man vorsichtig sein. Der mutmaßliche Wille ist ein sehr manipulatives Instrument; er richtet sich nach dem des durchschnittlich Vernünftigen. Wir Gesunden würden also einem Kranken, in dessen Lage wir uns gar nicht hineindenken können, unsere Auffassungen aufpressen. Das führt leicht zu Fiktionen.

SPIEGEL: Sind Ärzte bereit, den Patientenwillen auszuführen?

Schreiber: Viele Ärzte haben natürlich Angst vor rechtlichen Konsequenzen, weil in Sachen Sterbehilfe ja so vieles immer noch unklar ist. Kürzlich sagte mir ein Oberarzt: „Ich mache alles, was ich technisch kann, dann kriege ich keinen Ärger.“ Das darf nicht sein.

SPIEGEL: Wie schwer sich auch Juristen mit der Deutung des Patientenwillen tun, wurde bei dem berühmten „Krefelder Fall“ deutlich. Eine schwer herzkrankte Witwe wollte sterben ...

Schreiber: ... ja, sie hatte eine große Menge Tabletten genommen und aufgeschrieben: „Kein Krankenhaus. Erlösung. Ich will zu meinem Peterle.“ Das war ihr verstorbener Mann. Was sollte der herbeigerufene Arzt tun? Die Frau war schon in sehr schlechtem Zustand. Er hat sie nicht ins Krankenhaus gebracht, sondern er blieb bei ihr, bis sie gestorben war. Man hat ihn dann angeklagt, wegen Tötung durch Unterlassen. Der Arzt wurde freigesprochen – zu Recht.

SPIEGEL: Wann gilt ein schriftlicher Wille denn als verbindlich?

Schreiber: Unsere Rechtsprechung ist hier völlig verbohrt. Sie geht davon aus, daß man jemandem Gift geben darf, aber dann, wenn er es geschluckt hat und bewußtlos ist, muß man ihn retten. Dann heißt es, man müsse davon ausgehen, daß er sich nun ja wieder anders entschieden haben könnte.

SPIEGEL: In der öffentlichen Diskussion wird Sterbehilfe oft als Sonderfall in Extremsituationen dargestellt. In der medizinischen Praxis aber ist sie Alltag: Bei rund 35 Prozent der Todesfälle hat der Arzt eine mehr oder weniger aktive Rolle beim Sterben gespielt.

Schreiber: Sicher. Zum Beispiel steht da ein kleines Zeichen auf dem Krankenblatt: KLM für „keine lebensverlängernden Maßnahmen“. Oder es wird Schmerzpatienten gnädig so viel Morphin gespritzt, daß sie gar nichts mehr wahrnehmen, der schnellere Tod wird als Nebenwirkung der Schmerzlinderung in Kauf genommen. Solche Entscheidungen müssen täglich getroffen werden – und sie sind richtig, wenn sie gut überlegt werden.

SPIEGEL: Aber sie spielen sich im rechtsfreien Raum ab.

Schreiber: Sagen wir lieber: in einem Raum, der rechtlich wenig konturiert ist. Die Prinzipien sind deutlich: Wo eine letzte Behandlung nur Leiden und Belastungen bringt und keinerlei eigentliche Hilfe mehr bietet, da soll man unter Beachtung des tatsächlichen oder mutmaßlichen Willens des Kranken aufhören. Aber wenn man diese Begriffe genau betrachtet: „keinerlei Hilfe“ oder „nur Belastungen“, dann wird deutlich, daß da keine präzise Grenze zu

finden ist. Die schönen Grundsätze geben oft eben nichts her für die unendlich komplizierten konkreten Entscheidungen.

SPIEGEL: Fragwürdiger als Sterbehilfe bei Sterbewilligen, die dem Tode nahe sind, ist die Sterbehilfe bei Menschen, die nicht entscheiden können und gar nicht im Sterben liegen. Wie rechtfertigen Sie Sterbehilfe bei Wachkoma-Patienten?

Schreiber: Wenn Sie die Gewißheit hätten, daß diese Menschen nie mehr einen Gedanken werden fassen können, zu keiner Wahrnehmung mehr fähig sein werden, kein Bewußtsein haben und keine Empfindungen, so daß sie als vegetative Wesen existieren müssen, dann würde das rechtfertigen, eine Behandlung abzubrechen oder einzuschränken.

SPIEGEL: Gewißheit gibt es aber nicht. Erst kürzlich ist wieder ein 16jähriger Italiener nach fünfmonatigem Koma aufgewacht, obwohl sein Zustand als irreversibel eingestuft war. Mittlerweile kann er wieder sprechen.

Schreiber: Ich weiß, die Prognose beim Wachkoma ist sehr unsicher. Deshalb haben wir in unserem Entwurf zu den neuen Richtlinien der Bundesärztekammer jetzt auch ausdrücklich festgehalten, daß Komapatienten Lebende sind. Sie müssen weiterbehandelt werden. Der Abbruch künstlicher Ernährung, der ja eine Weile diskutiert wurde, ist vom Tisch. Wenn diese Patienten aber sehr lange im Koma sind und einzelne Organe auszufallen beginnen, dann muß dieses Leben nicht weiter erhalten werden. Es sei denn, der Patient hat es vorher so gewollt.

SPIEGEL: Keines der ethischen Argumente für Sterbehilfe scheint bei diesen Patienten zu greifen. Mit dem Tod werden sie nicht einmal von Leiden befreit, denn sie leiden nicht. Trotzdem plädieren viele dafür, sie sterben zu lassen und führen Kostengründe an: Die Pflege eines Wachkoma-Patienten kostet über 10000 Mark im Monat.

Schreiber: Kosten dürfen bei der Entscheidung prinzipiell kein Argument sein. Weil wir uns in der Tat auch nicht auf Humanität berufen können, lautet das einzig tragende Argument: Es kann nicht unsere Aufgabe sein, Leben zu erhalten, daß kein menschliches mehr ist, sondern nur ein ve-



Selbstmord-Maschinen aus den USA*: „Es kann

vegetatives. Soll man die sterblichen, aber nicht toten Überreste dieser Leute einfach nur zu ihrem Andenken erhalten?

SPIEGEL: Würden Sie bei erinnerungslosen Alzheimer-Patienten ebenso verfahren?

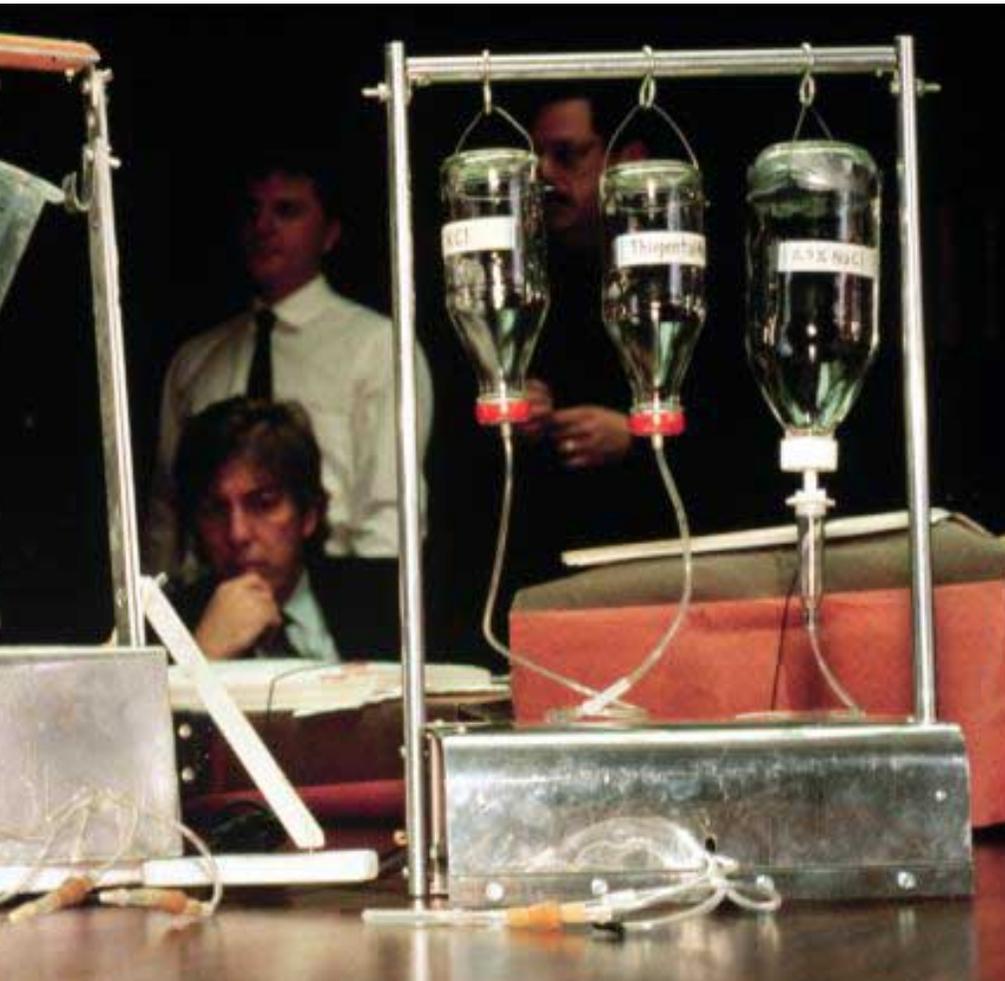
Schreiber: Auch der vollkommen Gestörte, der Geisteskranke und der geistig Gestörte lebt noch als Mensch, und sein Leben muß geschützt werden. Wer aber nur liegt,

* Der Selbstmörder leitet durch Knopfdruck seinen Tod ein. Nacheinander bekommt er drei Injektionen: Kochsalz (I.), Betäubung (M.), tödliches Gift (r.).



Frühchen, Patient im Wachkoma: „Hauchdünne Grenze zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe“





L. GRINKER / CONTACT / AGENTUR FOCUS

nicht unsere Aufgabe sein, Leben zu erhalten, das kein menschliches mehr ist“

nicht wahrnimmt, nicht empfindet, nicht bewußt ist, nicht kommuniziert, der ist etwas anderes, glaube ich.

SPIEGEL: Wie wollen Sie mit Neugeborenen, etwa schwerstbehinderten Frühchen umgehen? Auch bei ihnen können Sie sich kaum auf einen Willen berufen.

Schreiber: Die Sterbehilfe an Neugeborenen ist neben den Komapatienten das zweite ungelöste und vielleicht unlösbare Problem. Ich denke, bei ihnen muß zunächst alles getan werden, um das Leben zu erhalten. Aber es gibt eine Grenze. Wenn das Leben auf Dauer ohne künstliche Beatmung und andere Apparatur nicht aufrechterhalten werden kann, dann besteht keine Pflicht zur Behandlung.

SPIEGEL: Im konkreten Fall sind die Aussichten medizinisch kaum abschätzbar.

Schreiber: Im Zweifel muß also alles getan werden, falls die Chance besteht, daß ein Patient ein menschliches Leben führen kann. Das heißt nicht: klug zu sein oder verständig zu sein, sondern Empfindungen zu haben, menschliche Lebensäußerungen von sich geben können. Wenn die Eltern nicht in die Weiterbehandlung einwilligen, dann sollte sich der Arzt darum bemühen, daß ein Gericht das Sorgerecht einschränkt.

SPIEGEL: Ist denn die bisher gepflegte Trennung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe noch aufrechtzuerhalten? Die Medizin ist so weit, daß die Grenzlinie zwischen beiden Tötungsformen schwer auszumachen ist.

Schreiber: Zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe verläuft eine ganz hauchdünne

**„Und dann habe ich gemerkt:
Die Behinderten haben
wirklich Angst um ihr Leben“**

Grenze, das stimmt. Und mit jeder Ausweitung der passiven Sterbehilfe wird die Grenze noch zweifelhafter. Es ist kein prinzipieller Unterschied, ob ich einen Schlauch herausziehe oder ein Gift verabreiche. Aber trotzdem: Passivität, Abbrechen von Behandlung bleibt etwas anderes als die direkte, gezielte Todesspritze.

SPIEGEL: In den Niederlanden ist die Todespritze sehr gefragt: Über 3000 Patienten werden dort jährlich von ihrem Arzt euthanasiert, in den USA hat ein Arzt sogar mit einer Tötungsmaschine experimentiert.

Schreiber: Die Niederländer gehen eindeutig zu weit. Dort werden ja auch Depressive getötet, HIV-Positive, die noch nicht einmal krank sind, selbst Leute, die

gar nicht sterben wollten oder diesen Willen niemals selbst geäußert haben. Das holländische Modell wurde ja anfangs sehr bejubelt als liberale Umsetzung des Rechts auf den eigenen Tod. Mittlerweile zeigen sich aber Auswüchse, die deutlich machen, daß aktive Euthanasie keine generelle Regelung sein darf.

SPIEGEL: Der Schmerztherapeut Professor Zenz aus Bochum sagt, das sei Mord.

Schreiber: Das klingt schön plakativ. Mord ist es trotzdem nicht, aber es gibt sicher Fälle von vorsätzlichem Totschlag. Den würde ich aber dann nicht verfolgen, wenn es bei terminalen Leidenszuständen eine Rechtfertigung gibt.

SPIEGEL: In den Niederlanden wie in Deutschland würde der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe womöglich schwinden, wenn Schwerstkranke auf mehr Pflege und Aufmerksamkeit stießen.

Schreiber: Unser Krankenhaussystem ist auf Akutbehandlung ausgerichtet. In diesem System werden viele Schwerstleidende und hoffnungslos Kranke einfach an den Rand gedrängt, sie fallen durch. Würden sie besser aufgehoben und unterstützt werden, bliebe das Problem der Sterbehilfe immer noch akut, aber der Wunsch nach schneller aktiver Beendigung ihres Lebens würde seltener geäußert. So wie die Lage jetzt ist, besteht die Gefahr, daß man den Mangel an pflegender Medizin einfach dadurch löst, daß man die Patienten abschafft.

SPIEGEL: In Deutschland hat es in Sachen Sterbehilfe einen dramatischen Meinungswandel gegeben. 1994 stimmten noch 80 Prozent für aktive Sterbehilfe, jetzt sind es nur noch 40 Prozent.

Schreiber: Ja, das ist interessant. Über zwei Jahrzehnte stand im Vordergrund, daß man dem Leidenden seine Leiden ersparen und ihm weit weg von der Intensivstation einen würdigen Tod ermöglichen sollte. Dann aber kam eine Bewegung auf, die ganz radikal in die andere Richtung ging und herausgestellt hat, wie sehr diese scheinbare Humanität Diebstahl von Leben sein kann. Dieser Umschwung spiegelt die Furcht vieler um ihr Leben wider in einer Zeit, in der das Gesundheitswesen in der Krise steht. Mir haben bei Veranstaltungen immer wieder die aktiven Behinderten imponiert. Anfangs dachte ich, die machen nur Rabatz. Aber dann habe ich gemerkt: Die haben wirklich Angst um ihr Leben. Den eigenen schrecklichen, gequälten Tod finden sie jetzt vergleichsweise weniger gefährlich.

SPIEGEL: Hat sich während der langjährigen Debatte über die Sterbehilfe Ihre eigene Meinung darüber verändert?

Schreiber: Ich bin gegenüber der Zulässigkeit von Sterbenlassen eher offener geworden. Ich glaube inzwischen, daß man den selbstbestimmten Tod denen gewähren soll, die am Ende eines schmerzreichen Weges nicht mehr anders können.

SPIEGEL: Herr Professor Schreiber, wir danken Ihnen für dieses Gespräch.