

Oliver Tolmein

Wachkoma und Sterbehilfe

Die Diskussion um die zielgerichtete Tötung von Menschen im zivilen Alltag wirft juristische und ethische Probleme auf

Veröffentlicht in: Freitag, 8.12.2000

Vergangene Woche haben die Niederlande als erster Staat der Welt ein Gesetz zur aktiven Sterbehilfe verabschiedet und damit eine ohnehin bestehende Praxis legalisiert. Im holländischen Fall geht es um einwilligungsfähige Patienten, die um Hilfe zum Sterben bitten. Im Schatten dieser Diskussion findet weltweit jedoch eine ethische und juristische Auseinandersetzung über den Status nichteinwilligungsfähiger Patienten, die zum Beispiel im Wachkoma liegen, statt. Wo endet das Patientenrecht auf Leben und wer entscheidet darüber, wann künstliche Ernährung oder Medikamentengabe abgebrochen wird?

Es war die große Koalition der Mitte, die in der letzten Novemberwoche im niederländischen Parlament die aktive Sterbehilfe legalisiert hat: Sozialdemokraten, die Nationalliberale VVD und die Linksliberale D66 sowie die Abgeordneten der Grünen standen gegen die Christdemokraten und die Sozialistische Partei. An der Praxis der Tötung von Patienten wird sich durch das Gesetz zumindest vorerst wenig ändern. Aktive Euthanasie von einwilligungsfähigen Patienten, Tötung auf Verlangen also, wird in den Niederlanden seit den achtziger Jahren geduldet. Damals waren mehrere Ärzte, die ihre Patienten durch Gabe zu hoher Schmerzmitteldosen getötet hatten, vor Gericht in allen Instanzen freigesprochen worden. Die offizielle Statistik vermerkt, dass 2000 bis 3000 mal pro Jahr Ärzte den Behörden melden, dass sie Patienten auf deren Verlangen getötet haben; mindestens genauso oft findet die zum Tode führende Behandlung nach offiziellen Schätzungen statt, ohne dass dies den Behörden angezeigt würde. Sind schon diese Zahlen bei etwa 125.000 Todesfällen im Jahr in den Niederlanden beachtlich, ist eine weitere Zahl noch weitaus beunruhigender: Über 1000 mal pro Jahr wird heute von Ärzten offiziellen Angaben zufolge auch ohne ausdrückliches Verlangen der Patienten getötet. Die Dunkelziffer dürfte auch hier beträchtlich höher liegen, und in keinem Fall ist deswegen in den vergangenen Jahren ein Mediziner verurteilt worden.

Wachkoma ist keine Krankheit

Neben Neugeborenen mit schweren Behinderungen werden vor allem Menschen im Vegetativen Status oder Wachkoma (oder einer ähnlich schweren, mit ähnlichen Symptomen behaftete Hirnschädigung) unter denen sein, die ohne ihre Einwilligung getötet werden. Wie mit Wachkoma-Patienten umzugehen ist, die sich nicht äußern können. Wie sie zu behandeln sind, ist eines der seit Anfang der neunziger Jahre am meisten kontrovers diskutierten Themen in der internationalen bioethischen Debatte. Während der Behandlungsabbruch oder sogar die Tötung von Wachkoma-Patienten in den Niederlanden bislang ohne nennenswerte Diskussionen im Schatten des allgemeinen Vordringens der Euthanasie durchgeführt wurde, haben in den Vereinigten Staaten, in England, Irland und in der Bundesrepublik Deutschland Oberste Gerichtsinstanzen Urteile

gefällt, die jeweils grundsätzliche Tragweite hatten und den Umgang mit Menschen im Wachkoma nachhaltig verändert haben.

Wachkoma ist keine Diagnose wie Krebs oder auch eine HIV-Infektion. Wachkoma beschreibt kein eindeutiges, bekanntes Krankheitsbild, sondern lediglich ein Syndrom klinischer Auffälligkeiten, die ihren Grund in einer durch traumatischen Schock oder Sauerstoffmangel bewirkten schweren, aber nicht notwendigerweise irreversiblen Hirnschädigung haben. Eindeutig ist immerhin, dass Menschen in diesem Zustand, in dem das Gehirn etwa 30 bis 40 Prozent der üblichen Stoffwechsellistung hat, keine Sterbenden sind, sondern eine Lebenserwartung von vielen Jahren haben können. Das Wachkoma selbst ist auch keine Krankheit, die behandelt werden könnte, sondern hat eher den Charakter einer schweren Behinderung.

Bei den meisten Themen, die in der bioethischen Debatte verhandelt werden, beispielsweise wenn es um künstliche Befruchtung, pränatale oder Präimplantationsdiagnose beziehungsweise um die Transplantation von Organen geht, kreisen die Meinungen darum, ob man medizinische High-Tech-Interventionen durchführen soll oder nicht. Patienten im Wachkoma benötigen nach einer intensiven medizinischen Erstversorgung grundsätzlich keine High-Tech-Medizin, sondern rehabilitative Maßnahmen und vor allem eine gute medizinische Basisversorgung und Pflege. Insbesondere müssen sie bei Infektionskrankheiten mit Antibiotika versorgt und in vielen Fällen künstlich ernährt werden. Brisant ist die Diskussion um den Behandlungsabbruch bei Wachkoma-Patienten vor allem, weil diese Patienten nach allem, was man weiß, keine Schmerzen erleiden und weil die Initiative zur Tötung durch Unterlassen nicht von ihnen selbst ausgeht. Sie sollen ausschließlich deswegen sterben, weil ihr Leben von Dritten für "lebensunwert" gehalten wird.

Von der Hilfe im Sterben zur Hilfe zum Sterben

In der Bundesrepublik war der sogenannte "Kemptener Fall" entscheidend für Entwicklung und Fortgang der Ereignisse: Die 1920 geborene Frau Sch. lag nach einem Hirninfarkt in einem Zustand, der als apallisches Syndrom bezeichnet worden war, in einem Altersheim und wurde über eine Magensonde ernährt. Der behandelnde Arzt von Frau Sch. hatte nach Rücksprache mit dem Sohn, der gleichzeitig Betreuer von Frau Sch. war, zweieinhalb Jahre nachdem Frau Sch. ins Wachkoma gefallen war, in dessen Namen in das Behandlungsbuch des Altenheims geschrieben: "Im Einvernehmen mit Dr. T. möchte ich, daß meine Mutter nur noch mit Tee ernährt wird, sobald die vorhandene Flaschennahrung zuende ist oder aber ab 15. 3. 93". Das Pflegepersonal wandte sich ans Vormundschaftsgericht und beantragte dort eine Entscheidung über die Fortsetzung der Ernährung, die noch am gleichen Tag getroffen wurde. Justizintern war der Vorgang an die Staatsanwaltschaft weitergeleitet worden, die Ermittlungen wegen versuchten Totschlags aufnahm. Das Verfahren vor der 1. Strafkammer des LG Kempten endete 1994 mit einem Schuldspruch, der dann in der Revision durch den BGH aufgehoben wurde. Der BGH war der Auffassung, dass eine mutmaßliche Einwilligung der im Wachkoma liegenden Patientin den Abbruch der Ernährung hätte rechtfertigen können. Zwar sahen auch die höchsten deutschen Strafrichter ein, dass die Patientin nicht im Sterben lag, um den Eingriff aber doch noch als möglicherweise straffreie Sterbehilfe zu qualifizieren, schafften sie neues Recht: Nicht mehr nur Hilfe im, sondern auch

Hilfe zum Sterben sollte nun Sterbehilfe sein können, die durch mutmaßliche Einwilligung gerechtfertigt werden kann.

In der nachfolgenden Auseinandersetzung wurde darauf verwiesen, dass Deutschland damit nur nachvollzogen habe, was in England im Fall Bland und in den USA im Fall Cruzan längst als rechtliche Möglichkeit etabliert worden sei, nämlich Patienten im Wachkoma nicht über Jahrzehnte versorgen zu müssen. Dieser Hinweis verdeckt allerdings wichtige Unterschiede der Entscheidungen. Im Fall Cruzan haben die Obersten Gerichtshöfe des Staates Missouri und der USA im Verlauf eines betreuungsrechtlichen Zivilverfahrens strikte Prinzipien entwickelt, nach denen ein Ernährungsabbruch ausnahmsweise erlaubt sein kann. Dabei haben sie die unterschiedliche Situation und Sichtweisen von Menschen mit schweren Behinderungen und Nichtbehinderten akzentuiert. Der Jahre vor dem Eintritt eines Wachkomas geäußerte Wunsch des Patienten, dass er nicht an Schläuchen leben möchte, sollte gerade nicht einen Abbruch der Ernährung legitimieren. Nach dem Willen der Obersten Richter sollte Nancy Cruzan deswegen weiter mit Essen und Flüssigkeit versorgt werden. Erst in einem erneuten Verfahren, in dem aufgrund prozessrechtlicher Besonderheiten keine Gegenpartei mehr vertreten war, hat ein Einzelrichter an einem Bezirksgericht den Abbruch der künstlichen Ernährung verfügt.

Im englischen Fall Bland, der ebenfalls als Zivilfall entschieden wurde, hat das House of Lords nicht aufgrund mutmaßlicher Einwilligung des Patienten den Abbruch der künstlichen Ernährung zugelassen, sondern nach einer objektiv erscheinenden Maßgabe "im besten Interesse des Patienten" entschieden. Gemeinsam haben die bundesdeutsche BGH-Entscheidung und die Entscheidung des House of Lords, dass sie durch eine extrem diskriminierende Sichtweise auf Menschen mit schweren geistigen Behinderungen geprägt sind. In den Urteilsgründen wird jeweils auf die "Kommunikationsunfähigkeit" der Patienten abgestellt. Der BGH formuliert in seiner Entscheidung mit Blick auf das Opfer, denn immerhin ging es um einen Strafprozess wegen versuchten Totschlags: "Ihr Dasein war auf die einfachsten Funktionen reduziert." Im englischen Urteil wird der im Wachkoma liegende Tony Bland als "mitleiderregendes Wesen" beschrieben, dessen Leben weder Qualität noch Sinn in sich birgt: "Selbst wenn Altruismus noch Bedeutung hat, erscheint es auch in seinem Interesse besser, endliche Ressourcen einzusetzen, um Leben zu verlängern, statt nur um den Tod hinauszuzögern." Damit unterscheiden sich diese beiden Urteile deutlich von den Entscheidungen der Obersten US-Gerichte im Fall Cruzan, die sich bemühen, das behinderte Anderssein des betroffenen Patienten zu akzeptieren und diesen nicht zu diskriminieren.

Uneinheitliche Praxis in der Bundesrepublik

Infolge der Entscheidung des BGH hat die Bundesärztekammer nach langen, zum Teil öffentlich ausgetragenen Kontroversen, ihre Richtlinien zur Sterbebegleitung so geändert, dass ein Ernährungsabbruch bei Wachkoma-Patienten in Deutschland jetzt auch vom Landesrecht ausnahmsweise gebilligt wird. Seit 1994 haben zudem Vormundschaftsgerichte in der gesamten Bundesrepublik über den Abbruch der künstlichen Ernährung bei Wachkoma-Patienten entscheiden müssen. Die Richter haben bislang uneinheitlich geurteilt. In den meisten Fällen wurden entsprechende Anträge aber abgelehnt, weil das Betreuungsrecht keine Vorschrift beinhaltet, die den Abbruch der Ernährung

gestattet. Auf dem Deutschen Juristentag, der im September in Leipzig stattgefunden hat, verlangte der Gutachter folgerichtig die Schaffung eines Gesetzes, das für den Abbruch der künstlichen Ernährung aufgrund mutmaßlicher Einwilligung freie Bahn schaffen soll.

Eine solche Vorschrift würde einerseits zwar nicht so weit gehen wie die jetzt in den Niederlanden verabschiedete Regelung, weil die aktive Tötung durch Gabe von Gift ausgeschlossen bliebe; andererseits würde sie aber, damit deutlich über die niederländische Gesetzeslage hinausgehend, ermöglichen, dass viele Menschen mit schweren geistigen Behinderungen oder fortschreitenden Hirnerkrankungen wie beispielsweise die Alzheimersche Erkrankung, durch Nicht-Versorgung mit Antibiotika oder Lebensmitteln getötet werden könnten. Jedenfalls würde ein solches Gesetz auf keinen Fall ausschließlich Wachkoma-Patienten betreffen. In einigen Bundesstaaten der USA wird heute schon darüber gestritten, ob auch bei einer Patientengruppe, die an dem neudefinierten Syndrom "minimal consciousness state" (minimaler Bewusstseinszustand) leidet, die Tötung durch Nahrungsentzug möglich sein soll. In der Republik Irland hat unter Berufung auf die englische Rechtsprechung im Fall Bland der Oberste Gerichtshof 1996 den Abbruch der künstlichen Ernährung bei einer Patientin zugelassen, die nicht im Wachkoma lag, sondern über ein geringes Maß an Bewusstsein verfügte.

Die Auseinandersetzung um die Ernährung von Patienten im Wachkoma und die Praxis der aktiven Sterbehilfe, wie sie in den Niederlanden praktiziert wird, wirken zusammen und schaffen in Europa eine bedrohliche Situation: Einerseits ist die zielgerichtete Tötung von Menschen im zivilen Alltag enttabuisiert, und die Hemmschwellen werden herabgesetzt, gleichzeitig verabschieden sich die liberalen Industriegesellschaften von der Vorstellung, dass menschliches Leben ein Wert an sich sei. Nicht mehr wer lebt, sondern nur noch, wem ein Interesse an seinem Leben zuerkannt werden kann, soll unter den Lebensschutz fallen, den die jeweiligen Verfassungen und die Europäische Menschenrechtskonvention garantieren. So wird der Mensch dem Menschen ein nutzbringender Partner oder ein Nichts.