

Kirche und Gesellschaft

Herausgegeben von der
Katholischen Sozialwissenschaftlichen
Zentralstelle Mönchengladbach

Nr. 191

Die Christen im Dienst am Leben

Herausforderungen
der modernen Medizin

von Adolf Laufs

J.P. Bachem Verlag

Die Reihe „Kirche und Gesellschaft“ behandelt jeweils aktuelle Fragen aus folgenden Gebieten:

- Kirche in der Gesellschaft
- Staat und Demokratie
- Gesellschaft
- Wirtschaft
- Erziehung und Bildung
- Internationale Beziehungen / Dritte Welt

Die Hefte eignen sich als Material für Schul- und Bildungszwecke.

Bestellungen sind zu richten an die
Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle
Viktoriastraße 76
4050 Mönchengladbach 1

Redaktion:
Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle
Mönchengladbach

Christen bejahen das Leben. Sie treten ein für das Lebensrecht aller Menschen, auch der Ungeborenen, der Kranken, der Schwachen, der Alten. Wie im Judentum so gilt in der Christenheit seit alters die Unverfügbarkeit des anderen, seine Unantastbarkeit als Person. Bereits in der biblischen Urgeschichte erscheint das unbedingte Lebensrecht jedes einzelnen Menschen als eine unmittelbare Folge aus seiner Gottebenbildlichkeit.¹⁾ Darum darf niemand das Leben eines anderen antasten.

„Gott ist ein Freund des Lebens“ heißt eine Erklärung zu den Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens, die von allen Konfessionen, die der Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West) angehörten, 1989 mitgetragen worden ist.²⁾ Nach den menschenverachtenden und mörderischen Rechtsperversionen der Nazi-Diktatur³⁾ hat der westdeutsche Verfassungsgeber 1949 am Anfang des Grundgesetzes die Unantastbarkeit der Würde des Menschen statuiert und die Garantie des Lebensrechts angefügt: Danach hat jeder das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit und „jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“.⁴⁾ Die christliche Botschaft steht in vollem Einklang mit diesen Rechtssätzen des Grundgesetzes. Der verfassungstreue Bürger verknüpft die Menschenwürde, der Christ zudem den Gedanken der Gottebenbildlichkeit mit dem unbedingten Lebensrecht jedes einzelnen Menschen zwingend.

Die Ambivalenz der modernen Medizin und der Beruf des Arztes

Die Ambivalenz der Fortschritte zeigt sich deutlich auf dem Feld der modernen Medizin. Die neuen Erkenntnisse und Techniken vermögen dem Leben zu dienen, sie können aber zugleich auch, wie ein Professor für Urologie jüngst vortrug, „zu einer vielfältigen Bedrohung menschlichen Lebens führen“. Mehr denn je gelte es deshalb, die Unbedingtheit des Lebensrechts nicht nur zu fordern, sondern offensiv zu vertreten.⁵⁾

Ein alter Menschentraum gilt der Autochthonie, der Selbstschöpfungskraft, der Herrschaft über Leben und Tod. Wer den Gedanken an die Schöpfung menschlichen Lebens ohne Gott zulässt, der vermag keine Schranke mehr aufzustellen, die es dem Menschen verbietet, auch über die andere Seite des Lebens zu entscheiden, den Tod. Insofern gehört die künstliche Reproduktion demselben Diskurs an wie Abtreibung und Euthanasie oder Sterbehilfe.⁶⁾ Der Zusammenhang der Probleme erweist sich überdies auch dadurch, daß die medizinische Technik der In-vitro-Fertilisation den Verlust menschlicher Keimlinge planmäßig in Kauf nimmt, also menschliches Leben zugleich entstehen wie untergehen läßt.⁷⁾ Der Diskussionsstand und die Rechtslage stellen sich in den europäischen Ländern durchaus noch uneinheitlich dar.⁸⁾ Wir stehen mitten im Ringen um die Grenzen des ärztlich Gebotenen und Erlaubten.

Die Berufsregeln verpflichten den Arzt dazu, das menschliche Leben zu bewahren. Die uralte Grundidee des Arzttums hat zum Inhalt das Bemühen, dem kranken Mitmenschen zu helfen und ihm keinesfalls zu schaden. Durch die Jahrhunderte bis in die Gegenwart hat der gemeineuropäische, durch das Christentum rezipierte und bestärkte Hippokratische Eid die Ärzte auf den Schutz des Lebens festgelegt.⁹⁾ Die Stelle lautet in der Übersetzung von Karl Deichgräber: „Ich werde nie jemandem ein tödlich wirkendes Gift geben, auch auf eine Bitte nicht und auch keinen Rat dazu erteilen, gleicherweise werde ich keiner Frau ein fruchtabtreibendes Zäpfchen geben.“¹⁰⁾

Der Eid des Hippokrates blieb die Quelle, aus der im Wandel der Zeiten immer wieder die Grundsätze flossen, an denen sich das ärztliche Gewissen bilden und schärfen konnte. Zum dauerhaften Bild des hippokratischen Arztes gehört ein Grundzug, den Heinrich Schipperges wie folgt faßt: „Der Arzt dient in allem Tun ausschließlich dem Leben; er wird nicht vergiften, noch sonst irgendwie schaden wollen.“¹¹⁾ Eduard Seidler erkennt im aktuellen Anspruch des Hippokratischen Eides als oberstes Postulat: Der Arzt soll Leben schützen.¹²⁾

Die modernen Standesregeln setzen die alte Tradition fort. Das dem Hippokratischen Eid verpflichtete Genfer Arztgelöbnis des Weltärztebundes aus dem Jahr 1948 enthält den Satz: „Ich werde das menschliche Leben von der Empfängnis an bedingungslos achten.“¹³⁾ Die Muster-Berufsordnung der deutschen Ärzteschaft, der die Berufsordnungen der Ärztekammern mit ihrem Satzungsrecht folgen, nahm diesen Satz ihrerseits auf: „Ich werde jedem Menschenleben“, so das Gelöbnis, „von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.“ Der Erhaltung des ungeborenen Lebens gilt auch § 5: „Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, das ungeborene Leben zu erhalten.“¹⁴⁾

Die utilitaristische Ethik – ein Angriff auf den umfassenden Lebensschutz?

Diese bewährte, alte Tradition ärztlichen Lebensschutzes sieht sich Anfechtungen ausgesetzt. Viele Ärzte wissen sich der überkommenen Berufsregel verpflichtet, andere suchen – durchaus im Zeichen gewollter Nächstenhilfe – nach neuen Wegen, indem sie Vorschläge aus der angelsächsischen Diskussion um die Frage „sanctity of life or quality of life“ aufnehmen.¹⁵⁾ Diese Debatte hat die Bundesrepublik Deutschland längst erreicht und auch hier den Meinungsstand verändert. „Ebenso wie Hobbes und Locke gezwungen waren“, so etwa Helga Kuhse, „den Sinn von Autorität und Unterwerfung neu herauszuarbeiten, so werden wir, konfrontiert mit der Revolution in den biomedizinischen Wissenschaften, den Sinn von Leben und Tod, die Gründe für den besonderen Wert menschlichen Lebens und die Bedingungen, unter denen (und für wen) der Tod ein Übel ist, neu herausfinden müssen.“¹⁶⁾ Die

Lehren Peter Singers gewinnen Anhänger auch in der Bundesrepublik Deutschland, wie der Bucherfolg seiner utilitaristischen „Praktischen Ethik“ zeigt.¹⁷⁾ Singer lehrt, „daß die Zugehörigkeit eines menschlichen Wesens zur Spezies Homo sapiens allein keine Bedeutung dafür hat, ob es verwerflich ist, es zu töten; entscheidend sind vielmehr Eigenschaften wie Rationalität, Autonomie und Selbstbewußtsein. Mißgebildete Säuglinge haben diese Eigenschaften nicht. Sie zu töten kann daher nicht gleichgesetzt werden mit dem Töten normaler menschlicher Wesen.“¹⁸⁾ Die Rechtsferne des Autors läßt sich, wie das Zitat belegt, kaum mehr übertreffen.

Mit Entschiedenheit haben demgegenüber die Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht und andere Fachverbände in den überarbeiteten „Einbecker Empfehlungen“ zu den „Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen“¹⁹⁾ 1992 aufs neue betont: „Die gezielte Verkürzung des Lebens eines Neugeborenen durch aktive Eingriffe ist Tötung und verstößt gegen die Rechts- und die ärztliche Berufsordnung. Der Umstand, daß dem Neugeborenen ein Leben mit Behinderungen bevorsteht, rechtfertigt es nicht, lebenserhaltende Maßnahmen zu unterlassen oder abzubrechen.“ Ausgangspunkt allen ärztlichen Tuns und Lassens müsse „die grundsätzliche Unverfügbarkeit menschlichen Lebens in jeder Entwicklungs- und Altersstufe“ bleiben.

Den Lebensschutz beschneidende Gedanken finden sich inzwischen auch in der Rechtsliteratur. Als Beispiel sei der Beitrag von Norbert Hoerster genannt. Der Autor gelangt zu dem Ergebnis, „daß es zwar überzeugende rechtsethisches-rechtspolitische Gründe gibt, dem geborenen Menschen ein selbständiges Recht auf Leben durch die Rechtsordnung einzuräumen, daß es jedoch keine überzeugenden Gründe dieser Art gibt, auch der menschlichen Leibesfrucht ein solches Recht einzuräumen“.²⁰⁾

Herbert Tröndle hat darauf die gebührende Antwort erteilt: „Der Utilitarismus Singers und Hoersters ist danach zu beurteilen, was aus ihm folgt, wenn jeder sich die ‚Freiheiten‘ herausnimmt, die dieses System verheißt. Keine andere biologische Spezies nimmt für sich in Anspruch, eigene schutzbedürftige Artgenossen aus dem Wege zu räumen, nur um – widernatürlicherweise – Folgen eigenen Vorverhaltens auszuweichen. Mit Ethik im herkömmlichen Sinne hat das nichts zu tun, es belegt aber, auf welchem Niveau derzeit philosophische Diskussionen um ‚ethische Kernfragen‘ stattfinden. Ohne die kleine Knospe Hoffnung, sich vollenden zu dürfen, wäre alles auf Erden ein Nichts.“²¹⁾

Es fehlt auch nicht an moraltheologischen Stimmen,²²⁾ die der Instruktion der römischen Kongregation für die Glaubenslehre über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung²³⁾ widersprechen, indem sie die Personwerdung als kontinuierlichen und zielgerichteten Prozeß begreifen, der mehrere Stadien durchlaufe, wobei sich der Beginn des Personseins anthropologisch nicht eindeutig und präzise festlegen

lasse. In *Donum Vitae* hingegen erscheint das Personenspezifische bereits als mit der Befruchtung gegeben. Der entscheidende, tief begründete Satz, an dem sich die Geister scheiden, lautet: „Jedes menschliche Wesen muß – als Person – vom ersten Augenblick seines Daseins an geachtet werden.“²⁴⁾ Für den ungeschmälernten Schutz des menschlichen Lebens an seinem Anfang wie an seinem Ende tritt die Mehrheit der deutschsprachigen Autoren ein. Singers und seiner Anhänger Thesen provozierten überzeugende Kritik: Sie seien wissenschaftshistorisch in der Sache unoriginell. Sie hätten fatalerweise die alte Menschheitsfrage wieder losgetreten, ob es ein Vorrecht des sich selbst spiegelnden Menschen sei, Kriterien für die Qualität seines Lebens vorzugeben und daran den Lebenswert seiner Mitmenschen zu bemessen.

Die zeitgeschichtliche Verantwortung

Auf uns Deutschen lastet anders als auf den benachbarten Völkern eine zeitgeschichtliche Hypothek. Wir müssen wissen, daß uns die Diskussion um den Lebensschutz nach Lebenswert mit durchaus ähnlichen, teils wortgleichen Argumenten in die Verbrechen unter dem Hakenkreuz und die Opfer durch eine irdische Hölle in den Tod geführt hat. Der Wiener Rechtsgelehrte Walter Selb hat unter Berufung auf das instruktive Buch von Hanfried Helmchen und Rolf Winau über „Versuche mit Menschen in Medizin, Humanwissenschaft und Politik“²⁵⁾ darauf hingewiesen, daß die Argumente der Ärzteverteidigung im Nürnberger Prozeß vielfach ihre Parallele in aktuellen Begründungen für medizinische Vorhaben besitzen: „Heute heißt es: 'Geben Sie mir fünf Embryonen und ich löse das Krebsproblem'; wer wird dem widerstehen können, war das Argument. Ich habe dem entgegengehalten, daß beim Nürnberger Ärztoprozeß es geheißsen hat: 'Geben Sie mir fünf zum Tode Verurteilte und ich löse Ihnen das Flecktyphusproblem im Rußlandfeldzug'.“ Diesen Vergleich, so Selb, könne er nicht genug betonen.²⁶⁾ Der zeitgeschichtliche Hintergrund verdient gewiß Notiz bei dem Versuch, die Grenzen der Medizin zu bestimmen. Der Abfall vom Humanen im Zeichen des Hakenkreuzes, die Kulturentledigung durch die Diktatur, die Perversion des Rechts wie des therapeutischen Imperativs unter Teilnahme und Duldung vieler Juristen und Mediziner bilden seit Kriegsende ein notwendiges Thema. Die – *horribile dictu* – „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ mit ihrer langen Vorgeschichte²⁷⁾ verlangt höchste Aufmerksamkeit in einer Gegenwart, die vor der Aufgabe steht, den Schutz des menschlichen Lebens und der menschlichen Person voll aufrecht zu erhalten und ihn nicht durch Programme zur Lebensqualität und neue medizinisch-technische Verfahren am Beginn und am Ende der Existenz abschwächen zu lassen. Nicht nur die erschütternden Geschehnisse der nationalsozialistischen Zeit, zu denen die Euthanasie-Aktion 1939 bis 1941 gehört,²⁸⁾ sondern auch deren in das vorige

Jahrhundert zurückreichende gedankliche Ursprünge sollten bewußt bleiben. Das Programm der Tötung Sterbender, unheilbar Kranker, Mißgebildeter, geistig Behinderter und der Behandlung nicht zugänglicher psychiatrischer Langzeitpatienten brachte den Arzt in die Rolle des Henkers, worauf der Berliner Oberarzt Wauschkuhn in der Diskussion um „die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ schon 1922 eindrucksvoll hinwies.²⁹⁾

Der Zeithistoriker und Arzt Klaus Dörner hat gezeigt, „daß bei den medizinischen Lösungsvorschlägen für soziale Probleme die Forderungen nach Sterilisierung und nach Euthanasie für industriell unangepaßte Menschen, insbesondere Behinderte, eng nebeneinander liegen, eine Einheit bilden.“³⁰⁾ Übrigens besteht heute ein bemerkenswerter Zusammenhang zwischen der sich ausbreitenden Planungsmentalität und dem wachsenden Bedürfnis nach dem Schwangerschaftsabbruch als nachsteuernder Maßnahme der Geburtenregelung.³¹⁾

In dem Essay mit dem fragenden Titel: „Der Patient – nur ein Werkstück?“ hat sich Alexander Mitscherlich seiner Erfahrungen als Beobachter der Standesorganisation bei dem Nürnberger Prozeß gegen Naziärzte erinnert: „In dem, was in Nürnberg verhandelt wurde, hatten wir Beispiele für einen frühen Exzeß von Versachlichung. Jedoch hat diese in den darauf folgenden Jahren, wenn auch nicht in kriminellen Formen, einen immer stärkeren Einfluß gewonnen.“³²⁾ Sachlichkeit besitzt zwei Seiten: sie gewährleistet fachgerechte, professionelle Hilfe, andererseits droht die immerfort weiterwuchernde Welt der wissenschaftlichen Exploration, der Apparate und arbeitsteiligen Großbetriebe das Interesse am lebendigen Patienten als Person zu verschlucken. Ein Buch zur Embryonenforschung trägt den bezeichnenden Titel: „Leben als Labormaterial?“³³⁾

Es mag sich die Gefahr einer verschwörerischen Insverksetzung der modernen humangenetischen Techniken über staatliche oder expertokratische Menschenzuchtprogramme, wie sie die historische Erfahrung mit der Eugenik nahelegt oder wie sie der Biochemiker Erwin Chargaff als „Kakothanasie“, als „behördlich verordnetes häßliches Massensterben“ vorausieht,³⁴⁾ als eine wahrscheinlich weniger ernste Bedrohung darstellen. „Die größere Befürchtung hat dem Eintreten der Konstellation zu gelten“, so das Schlußurteil eines wohlbegründeten wissenschaftlichen Werkes zur „Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland“, „daß die gerade erreichte öffentliche Kontrolle der Forschung und ihrer praktischen Umsetzung wieder ihrer Wirkung beraubt wird, weil uns mit der Nachfrage nach den neuen Techniken die Fähigkeit zur Reflexion auf die Wertbezüge verlorengegangen ist, die es uns erlauben, der Realisierung der eugenischen Utopien durch unser eigenes Verhalten zu widerstehen.“³⁵⁾

Das Grundrecht auf Leben

Die stärkste Stütze findet das überlieferte ärztliche Gebot uneingeschränkter Lebensschutzes durch das christlicher Lehre folgende Verfassungsrecht. Das Grundgesetz garantiert mit dem Recht auf Leben die vorfindliche und der Legalordnung vorgegebene, biologisch-physische menschliche Existenz als unverletzlich: „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.“ Der Rechtssatz hat Verletzungsvorgänge der Zeitgeschichte zum Hintergrund. Sein Sinn besteht vornehmlich darin, staatlich praktizierte, legalisierte oder geduldete Tötungen abzuwehren. Er gilt für die Fortpflanzungsmedizin³⁶⁾ ebenso wie für die ärztliche Leidhilfe.

Der Grundrechtsbegriff Leben bezeichnet rein natürlich das Lebendigsein. „Wann ein ‚Lebendigsein‘ vorliegt, richtet sich allein nach naturwissenschaftlichen (biologisch-physiologischen) Gegebenheiten am Körper des Menschen. Faßt man den Begriff ‚Leben = Lebendigsein‘ ganz in diesem natürlich-physiologischen Sinne auf, so sind bereits begrifflich alle sozialwissenschaftlichen Bewertungen des Lebens unmöglich. ... Dann sind alle Leben gleichwertig, bei denen die physiologischen Voraussetzungen des Lebendigseins objektiv vorliegen.“³⁷⁾ Wer den Begriff normativ auffaßt und dabei vom Schutzzweck externer Unverfügbarkeit menschlichen Lebens ausgeht, wird solches als gegeben ansehen, „sobald und solange nach medizinisch-biologischer Erkenntnis menschliche Individualexistenz vorhanden ist. Das so bestimmte Leben ist ein einheitliches, unteilbares Rechtsgut, das einschränkende Wertungen schlechthin unzugänglich ist“. Es ist damit jedenfalls ausgeschlossen, Seinsweisen, die naturwissenschaftlich als menschliches Leben zu qualifizieren sind, nach sozialer Wertigkeit, Nützlichkeit, körperlichem Zustand oder geistiger Verfassung „abzustufen und so auf definitorischem Wege dem Lebensschutz zu entziehen.“³⁸⁾

Die Identität des Menschen als natürlicher Bestand – dieser Ausgangspunkt läßt sich auch philosophisch begründen. „Die Naturalisierung des Menschen ist die entscheidende Voraussetzung der Sicherung seiner Menschenrechts-subjektivität. Der Witz dieser Naturalisierung ist nämlich, in der von Spaemann geforderten Weise in die Definition des Menschen keinerlei normatives Element einzubringen.“³⁹⁾ Das einzig zweifelsfreie Kriterium darüber, ob ein Mensch Mensch ist, bildet seine biologische Zugehörigkeit zur Art *Homo sapiens*. „Eine stichhaltige, ethische Argumentation kann nur von einer Basis aus erfolgen, auf welcher jeder Angehörige der Gattung Mensch jeden anderen Menschen als Wesen gleichen Rechtes und gleicher Würde respektiert.“⁴⁰⁾

Würde und das Grundrecht auf Leben stehen jedem Menschen gleichermaßen zu, dem gesunden wie dem leidenden und todkranken, dem geborenen wie dem ungeborenen, dem unbeeinträchtigten wie dem gebrechlichen oder behinderten. Dieser fundamentale Rechtsanspruch begründet die Unab-

hängigkeit der Existenz jedes Menschen von dem Urteil und dem Willen jedes anderen.

Das mit dem Verlangen nach erleichterter Abtreibung oft verbundene Postulat, den Schutz ungeborenen, sterbenden und behinderten Lebens durch geeignete Hilfen in das Grundgesetz aufzunehmen, erscheint verhängnisvoll. Solches menschliche Leben steht bereits voll unter dem Schutz der Verfassung. Neue Regeln liefen auf eine Relativierung hinaus. Sollen Behinderte und Schwerstkranke am Ende den Schutz nach dem Modell des reformierten §218 StGB erfahren?

Ob in der Ärzteschaft die Einsicht in die grundsätzliche Unverfügbarkeit auch des vorgeburtlichen Menschenlebens vorherrsche, läßt sich bezweifeln. Der 94. Deutsche Ärztetag 1991 zu Hamburg, der erste im wieder vereinten Deutschland, faßte zum Schwangerschaftsabbruch nach der Notlagenindikation den folgenden Beschluß: „In Übereinstimmung mit dem bisherigen §218 a StGB ist unter einer Notlage der Schwangeren eine Situation zu verstehen, die so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt und nicht auf eine andere für die Schwangere zumutbare Weise abgewendet werden kann. Die Feststellung der Notlage ist mit ärztlichen Erkenntnissen nicht zu erreichen. Darum muß nach entsprechender Pflichtberatung die Entscheidung von der Betroffenen eigenverantwortlich gefällt werden.“⁴¹⁾

Erfreulicherweise hat der Bundesgerichtshof demgegenüber jüngst in einem Strafurteil mit guten Gründen „die besondere, eigenständige Bedeutung der ärztlichen Entscheidung“ im Rahmen des §218 a StGB hervorgehoben. Der Arzt habe nach dem Gesetz über das Vorliegen einer Indikation zu entscheiden. Die Entscheidung des Arztes sei vom Gericht auf ihre Vertretbarkeit zu überprüfen. „Der Abbruch der Schwangerschaft durfte und sollte nicht freiem ärztlichen Belieben überlassen werden. Die Erkenntnis einer Person ist nicht schon deshalb eine 'ärztliche', weil diese Person Arzt ist; die Erkenntnis verdient diese Bezeichnung nur, wenn der Arzt, der sie gewinnt, hierbei die Regeln seines Berufs beachtet.“⁴²⁾

Der Gesetzgeber selbst hat durch das Embryonenschutzgesetz aus dem Jahre 1991 dem ungeborenen Leben neuerlich Schutz gewährt.⁴³⁾ Als rechtlich geschützter Embryo im Sinne dieses Gesetzes gilt nach §8 bereits die befruchtete, entwicklungsfähige menschliche Eizelle vom Zeitpunkt der Kernverschmelzung an. Diese Vorschrift läßt keinen Raum für die Annahme rechtlich ungeschützter Frühphasen menschlicher Existenz.

Die Diskussion um Unantastbarkeit und Qualität menschlichen Lebens spiegelt einen eigentümlichen Widerspruch der modernen Rechtskultur. Mehr und mehr bestimmt ein empirisches, überdies pragmatisches Denken das Rechtsleben. Dennoch bewahrt dieses kategorische Prinzipien, wie sie in der Verbindlichkeit der Menschenrechte begegnen. Die kategorischen Prinzipien bilden ein Gegengewicht zum lediglich empirisch-pragmatischen Denken

und zur Theorie radikaler und exklusiver Pluralität. Dieses Gegengewicht gilt es als rationale Position zu erhalten, nicht zuletzt im Streit um die Grenzen des Lebensschutzes.⁴⁴⁾

Ärztliches Handeln zwischen Leben und Tod

Der Arzt ist nicht Herr über Leben und Tod.⁴⁵⁾ Er schuldet Hilfe, auch im, aber nicht zum Sterben. Er hat dafür zu sorgen, „daß bei verlöschendem Leben der natürliche Sterbeprozess zum natürlichen Tode respektiert, aber nach besten Kräften der leidvolle Weg dorthin durch die Hilfen der schmerzlindernden Behandlung und Medikation und der pflegerischen Fürsorge erleichtert“ werde.⁴⁶⁾ „Entscheidungsgrenzen über Tun und Lassen im Zusammenhang mit der Intensivtherapie“ lassen sich verallgemeinernd nur eingeschränkt ziehen. „So bedarf es hinsichtlich des Patienten stets einer individuellen, hinsichtlich der ihn Behandelnden einer im Konsilium herbeigeführten Entscheidung, wann und wann nicht, wie lange und in welchem Umfang die Intensivtherapie stattfinden soll.“⁴⁷⁾ Rufer nach dem Gesetzgeber sollten diese ärztliche Auskunft bedenken.

Der Wert des Menschenlebens läßt sich an keinem Maßstab messen. Aus der „Inkommensurabilität der Person“ (Spaemann) folgt das gleiche Recht jedes Menschen auf Leben, auf Zugangs- und Chancengleichheit für jeden Patienten. Überlebens- und Leidhilfe dürfen dem Rotstift nicht zum Opfer fallen. „Das Wirtschaftlichkeitsgebot soll unnütze und überteuerte Therapien aus dem Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung herausnehmen, nicht aber eindeutig gesundheitsverbessernde oder lebenserhaltende Therapien einem allgemeinen Kostenvorbehalt unterwerfen.“ Und: „Die Erhaltungswürdigkeit eines konkreten, individuellen Menschenlebens an den dafür aufzuwendenden Kosten zu messen, ist mit verfassungsrechtlichen Wertvorstellungen nicht vereinbar.“⁴⁸⁾ Die Menschlichkeit eines Gemeinwesens zeigt sich nicht zuletzt daran, welche Mittel es für seine schwächsten und bedrohtesten Glieder aufzuwenden sich bereit findet.

Welche Regel soll gelten, wenn auf der Ebene der Mikroallokation, im klinischen Betrieb also, bei dem es um konkrete Einzelschicksale geht, die Ressourcen und Einrichtungen nicht für alle akut hilfsbedürftigen Patienten zugleich ausreichen? In diesen äußersten Notlagen wird der Arzt die Zugangs- und Chancengleichheit für jeden Patienten und damit dessen Autonomie und Würde am ehesten wahren, wenn er dem Zufall des Prioritätsprinzips folgt. Keinesfalls darf er Leidende nach ihrem sozialen Rang oder nach bestimmten Eigenschaften wie Alter, Rasse oder Geschlecht auswählen. Die Warteliste mag das Verhältnis zwischen Arzt und Patient am ehesten vor Furcht und Mißtrauen schützen, weil der Kranke nicht besorgen muß, nach bestimmten sozialen Kriterien selektiert zu werden.⁴⁹⁾ Die Frage nach dem richtigen Auswahlverfahren erscheint kaum lösbar.⁵⁰⁾ Der verantwortliche

Arzt bedarf, wenn er gewissenhaft entscheiden soll, eines bemessenen Beurteilungsrahmens bei Prognose und Indikation auch in den Triage-Fällen. Schwierige Fragen, vor denen der Arzt in der Grenzzone zwischen Leben und Tod steht, haben tragfähige Bescheide erfahren, bei denen Medizin und Recht sich treffen und die Indikation bestimmen. Eine neue Konvention: das auch im Zeichen der Transplantationsmedizin entstandene normative Datum des Hirntodes⁵¹⁾ markiert die Scheidelinie, jenseits derer der Arzt keine therapeutischen Maßnahmen mehr ergreifen soll noch darf. Diesseits steht auch das endende Leben unter dem uneingeschränkten Schutz des Rechts. Der Sterbende bedarf des tröstenden Beistands und hat Anspruch auf bestmögliche ärztliche wie pflegerische Hilfen. Sinnlose prothahierende Eingriffe mittels technischer Apparaturen verstoßen gegen das Recht des Todkranken auf ein Sterben mit Würde. Der freie und verantwortliche Wille des Patienten und Moribunden verlangt Respekt. Indessen darf der Arzt auch auf ernstliches Verlangen dem Leidenden den Tod nicht bringen, nach der Berufsregel ebensowenig den Suizidenten in seiner Selbsttötungsabsicht unterstützen. Das mit juristischen Mitteln kaum mehr erfaßbare Risiko einer unbeabsichtigten Lebensverkürzung, das mit dringenden Injektionen schmerzstillender Mittel einhergeht, darf der behutsame Arzt laufen. Dabei wird er die nächsten Angehörigen des Todkranken an seinen Entschlüssen teilhaben lassen.

Mögen die Ausgangspunkte in der juristischen und rechtspolitischen Diskussion um die Sterbehilfe und die Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht sich erkennbar abzeichnen, so bleiben doch Zweifel in Konfliktfällen sowie da und dort Rechtsunsicherheiten. Die verbreiteten Patiententestamente⁵²⁾ zeigen vor dem Hintergrund der medizinisch-technischen Fortschritte, daß viele Menschen mehr als den Tod den künstlich-apparativ verlängerten Sterbevorgang fürchten. Sie besorgen, am äußersten Rand ihrer physischen Existenz nicht die notwendige persönliche Anteilnahme und den gebotenen Respekt vor ihrer Individualität zu erfahren. Manches inhumane Vorkommnis mag das Mißtrauen geweckt und genährt haben. Darüber darf indessen nicht in Vergessenheit geraten, daß sich die Ärzteschaft den Fragen längst geöffnet hat und sich um verantwortliche Auskünfte im Dienste des Todkranken und seiner Autonomie ernsthaft bemüht, wie ein umfangreicher schriftlicher Niederschlag zeigt.⁵³⁾ Die je und je mögliche Spannung zwischen dem Selbstbestimmungsrecht des Kranken und der Hilfspflicht des Arztes läßt sich mittels einfacher Formeln oder Gesetzesregeln kaum auflösen. Die Sachverhalte stellen sich in den medizinischen Fächern auch durchaus unterschiedlich dar. So muß der Intensivarzt das willensunfähige Unfallopfer regelmäßig zunächst behandeln, die Vitalfunktion aufrechterhalten, um überhaupt Chancen zu wahren und Alternativen zu gewinnen; oft brauchen Prognosen Zeit. Der folgenschwere Entschluß hingegen, bei unbeherrschbaren Komplikationen die Dialyse abzubrechen, den Tod als Erlösung von der künst-

lichen Niere eintreten zu lassen, kann sich eher einvernehmlich zwischen bewußtseinsklaren Patienten und ihren Ärzten vorbereiten und ergeben. Gemäß ärztlicher Erfahrung bedeutet der Wunsch eines Kranken nach Beschleunigung des Sterbevorgangs in aller Regel das Begehren nach besserer und wirkungsvollerer Hilfe. Fast nie sei es sittlich gerechtfertigt, den Wunsch wörtlich zu nehmen. Immer sollte zunächst nach besserer Hilfe gesucht werden, so urteilt ein erfahrener Arzt.⁵⁴⁾

Die Beschlüsse des Deutschen Juristentages

Der Deutsche Juristentag 1986⁵⁵⁾ zu Berlin hat das Verdienst, sich auch dieses schwierigen Gegenstandes mit seinen heiklen Grenzfragen auf förderliche Weise angenommen zu haben. Die behutsamen Beschlüsse der strafrechtlichen Abteilung fordern im allgemeinen keine Gesetzesnovellen, lassen sich leiten vom Vertrauen in die Ärzteschaft und deren Richtlinien und spiegeln das in langen Jahren rechtswissenschaftlich Erarbeitete wider. Der Arzt schuldet Hilfe im Sterben, zu der die Schmerzlinderung auch dann gehört, „wenn sie als unvermeidbare Nebenwirkung möglicherweise den Todeseintritt beschleunigt“ (indirekte Sterbehilfe). Der Abbruch medizinischer Maßnahmen, „die lediglich den natürlichen Ablauf des Sterbens verzögern“, ist erlaubt und in der Regel geboten (passive Sterbehilfe). Freilich: Solange solche Maßnahmen sich darauf richten, den Sterbeprozess auszudehnen, um dem Betroffenen eine letzte – wenn auch kurze – Spanne des Selbstbewußtseins zu ermöglichen, dürfen die Ärzte diese dem Sterbenden nicht gegen seinen Willen verweigern. Die Bedeutung der „Patiententestamente“ bedarf nach dem vorläufigen Urteil des Juristentages „der kritischen Überprüfung“. Patientenanwälte, Vertreter im Persönlichkeitsrecht nach amerikanischem Vorbild, empfehlen sich wohl nicht, weil die Instrumente und Verfahren nach deutschem Recht ausreichen.⁵⁶⁾

Im Kern ging es darum, ob der Juristentag gesetzliche Regelungen empfehlen sollte, wobei der aus einem intensiven Gedankenaustausch zwischen Juristen und Ärzten erwachsene, qualitativ hochstehende „Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe“⁵⁷⁾ eine Rolle spielte. Doch ein Gesetzesvorhaben müßte wohl zu neuerlichen, auch parteipolitischen und vielleicht verschärfenden Diskussionen führen. Eine Novelle zum StGB zöge verwaltungsinterne Folgeregeln nach sich und damit einen Zuwachs an Bürokratie, was den Arzt in zusätzliche Bedrängnisse bringen könnte. Die Maßgaben für den Arzt sollen sich also besser im Rahmen der geltenden Gesetze kontinuierlich weiterentwickeln, wie sie es bisher hilfreich taten, zumal forensische Notstände nicht nach einer Novelle rufen.

Mit großer Mehrheit verschloß sich der Juristentag den Verfechtern der aktiven Sterbehilfe, also der gezielten Tötung Todkranker oder Sterbender. Er

empfahl indessen, „bei der Tötung auf Verlangen (§216 StGB) gesetzlich die Möglichkeit vorzusehen, daß das Gericht von Strafe absehen kann, wenn die Tötung zur Beendigung eines unerträglichen Leidenszustandes vorgenommen worden ist“. Der Vorschlag bedeutet keine „Freigabe der Tötung“, sondern eine besondere, für Extremsituationen gedachte Form der Verurteilung. Der Juristentag trat der Judikatur⁵⁸⁾ entgegen, die selbst einen erkennbar wohlüberlegten und menschlich nachvollziehbaren Selbsttötungswillen in der Regel für unbeachtlich hält, wenn der freiverantwortlich handelnde Suizident in Ausführung seines Entschlusses das Bewußtsein verliert. Die Garantenpflicht des Arztes zur Lebenserhaltung finde „ihre Grenze in der entgegenstehenden freiverantwortlichen Entscheidung des Patienten“. Bei der Anwendung des geltenden Rechts solle sich die Garanten- wie die Hilfeleistungspflicht nach dem Kriterium der „frei verantwortlichen, ausdrücklich erklärten oder aus den Umständen erkennbaren ernstlichen Entscheidung“ des Suizidenten bestimmen.⁵⁹⁾ Solche Fälle werden in der ärztlichen und klinischen Praxis eher Ausnahmen bleiben, „so daß im Zweifel ein Eingreifen zur Rettung geboten erscheint“.⁶⁰⁾

Sterbehilfe: Hilfe im, aber nicht zum Sterben

Der Arzt schuldet nach geltendem Recht Hilfe im, aber nicht zum Sterben. Die Debatte darüber hat sich unter Titeln wie Sterbehilfe, Euthanasie, Tötung auf Verlangen auch in Deutschland jüngst aufs neue entzündet.⁶¹⁾ Erfahrungen aus der holländischen Praxis ermahnen zur Vorsicht; „Möglichkeiten von Mißbrauch und Dambruch“ drohen.⁶²⁾

Das Recht verlangt vom Arzt nicht, das Leben in jedem Fall um jeden Preis aufrecht zu erhalten. Nicht stets bildet der Hirntod die unerläßliche Voraussetzung für den Therapieabbruch. Andererseits dürfen bei aussichtsloser Prognose Ärzte und Pfleger Sterbehilfe niemals durch gezieltes Töten, „sondern nur entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen durch die Nichteinleitung oder den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen“ leisten, „um dem Sterben – gegebenenfalls unter wirksamer Schmerzmedikation – seinen natürlichen, der Würde des Menschen gemäßen Verlauf zu lassen“.⁶³⁾ Niemals darf der Patient zum Objekt ärztlicher Fremdbestimmung bei der Heilbehandlung werden. Indizierte medizinische Maßnahmen darf der zur Selbstbestimmung fähige Kranke – auch teilweise – ablehnen. Andererseits trifft den Arzt nicht die Pflicht, „allein aufgrund der Entscheidung des Patienten für eine bestimmte Behandlungsmethode diese auch anzuwenden, wenn er diese im konkreten Fall für ungeeignet hält“.⁶⁴⁾ Der Wille des Patienten vermag die stets bestehende ärztliche Verantwortlichkeit für die Wahl des besten Mittels und geeignetsten Verfahrens nicht aufzuheben. Der Arzt bleibt auch unter den Anforderungen des Patienten an seine Berufsregeln gebunden.

Dem Heilauftrag verpflichtet

Sollte der Bundesgesetzgeber sich auf verfassungsrechtlich bedenkliche Weise⁶⁵⁾ zu einer Zurücknahme des Strafrechtsschutzes für das ungeborene Leben entschließen und dem Modell mit dem verharmlosenden Namen „Fristenlösung“ folgen, so bliebe der Arzt gleichwohl verfassungs-, zivil- und berufsrechtlich verpflichtet, die mütterliche Leibesfrucht in ihrem Lebensrecht zu achten, ihrer Schmerzempfindlichkeit Rechnung zu tragen,⁶⁶⁾ ihr Wohl zu fördern. Für den verantwortlichen Arzt verbieten sich Schwangerschaftsabbrüche ohne Indikation schlechthin, weil er nach seiner Berufsregel ohne Heilanzeige überhaupt keinen Eingriff unternehmen darf. Kraft seines Berufs hat der Arzt immer dem Heilauftrag zu dienen und nicht dem Verlangen nach individueller Tötung Geborener wie Ungeborener.

Anmerkungen

- 1) Gen/1 Mose 9,6.
- 2) Gütersloher Verlagshaus Gerd Mohn, ³1990.
- 3) Literatur etwa bei *A. Laufs*, Rechtsentwicklungen in Deutschland, ⁴1991, Kap. XI, 2.
- 4) Grundlegend dazu *D. Lorenz*, in: *J. Isensee u. P. Kirchhof* (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland, Bd. VI, 1989, § 128, S. 3 ff.
- 5) *E. Matouschek*, Gewandelte Auffassungen über Sterben und Tod, 1991, S. VII, 40.
- 6) *D. Lenzen*, Krankheit als Erfindung. Medizinische Eingriffe in die Kultur, 1991, S. 120.
- 7) *M. Pap*, Extrakorporale Befruchtung und Embryotransfer aus arztrechtlicher Sicht, insbesondere: der Schutz des werdenden Lebens „in vitro“, 1987, S. 155 ff.
- 8) Vgl. dazu *A. Eser u. H.-G. Koch* (Hrsg.), Materialien zur Sterbehilfe. Eine internationale Dokumentation, 1991; ferner *dies.* (Hrsg.), Schwangerschaftsabbruch im internationalen Vergleich, Teil 1: Europa, 1988.
- 9) *E. Seidler*, Diesseits von Hippokrates. Anmerkungen zur aktuellen Bedeutung des Hippokratischen Eides, *Med. Ethik* 31 (Sonderbeil. *ÄBl. Bad.-Württ.* 4/1989). Vgl. ferner *O. Höffe*, Medizinische Ethik, in: *Staatslexikon* Bd. 3, ⁷1987, insbes. Sp. 1072 ff.
- 10) *K. Deichgräber*, Der hippokratische Eid, Text griechisch und deutsch – Interpretation – Nachleben, ⁴1983, S. 31 ff.
- 11) *H. Schipperges*, Wandlungen im Ethos des Arztes, in: *P. Koslowski, Ph. Kreuzer u. R. Löw* (Hrsg.), Die Verführung durch das Machbare. Ethische Konflikte in der modernen Medizin und Biologie, 1983, S. 105.
- 12) Vorstehende Note 9.
- 13) *R. Tölle-Kastenbein*, Das Genfer Arztgelöbnis und der Hippokratische Eid, o. J., S. 7.
- 14) *DÄBl.* 1988, S. 3601 ff.
- 15) Vgl. etwa *E. W. Keyserlingk*, Sanctity of Life or Quality of Life in the context of ethics, medicine and law, 1979 (Canada).
- 16) *H. Kuhse*, Die Lehre von der „Heiligkeit des Lebens“, in: *A. Leist* (Hrsg.), Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord, 1990, S. 102.
- 17) *P. Singer*, *Praktische Ethik*, Reclams Universalbibliothek 8033, 1984/1990. Zur Kritik *T. Koch*, *EthikMed* 1990, 118 ff., ferner knapp *E. Seidler*, *EthikMed* 1990, 173 f.

- 18) S. 179.
- 19) MedR 1992, Heft 4.
- 20) *N. Hoerster*, Forum: Ein Lebensrecht für die menschliche Leibesfrucht?, JuS 1989, S. 172 ff., 178; vgl. auch *ders.*, Abtreibung im säkularen Staat, Argumente gegen den §218, 1991; *ders.*, Föten, Menschen und „Speziesismus“ – rechtsethisch betrachtet, NJW 1991, 2540 ff.
- 21) *H. Tröndle*, Zum Begriff des Menschseins, NJW 1991, 2542 f.
- 22) *M. Christiaens*, Reproduktionsmedizin. Eine Herausforderung an die Katholische Morallehre, EthikMed 1990, 175 ff.
- 23) Hg. v. Sekretariat d. Deutschen Bischofskonferenz, 10. März 1987.
- 24) S. 13.
- 25) 1986.
- 26) *W. Selb*, Der Ungeborene im österreichischen Zivilrecht, in: Inst. f. med. Anthropologie u. Bioethik (Wien) u. Schweizerische Ges. f. Bioethik (Zürich) (Hrsg.), Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens, 1989, S. 170 ff., 173.
- 27) *H.-W. Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“, 1890-1945, 1987.
- 28) *L. Gruchmann*, Justiz im Dritten Reich 1933-1940. Anpassung und Unterwerfung in der Ära Gürtner, 1988, S. 497 ff.
- 29) *E. Wauschkuhn*, Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift 1922, 215 ff. („Vielleicht ist es erlaubt zu fragen, wie lange unsere Menschheitsbeglückter ihre Hinrichtungen mit ärztlichem Henker nur auf Geisteskranke beschränken werden?“). Wichtig neuerdings *R. Seidel u. W.F. Werner*, Psychiatrie im Abgrund. Spurensuche und Standortbestimmung nach den NS-Psychiatrie-Verbrechen, 1991.
- 30) *K. Dörner*, Was unterscheidet die heutigen Überlegungen zur Sterilisation von Menschen mit geistiger Behinderung von der Zwangssterilisation der NS-Zeit?, in: *T. Neuer-Miebach u. H. Krebs* (Hrsg.), Schwangerschaftsverhütung bei Menschen mit geistiger Behinderung – notwendig, möglich, erlaubt?, 1988, S. 39 ff., 43.
- 31) *H.-G. Koch*, vorst. Fn. 8 (Schwangerschaftsabbruch im internationalen Vergleich), S. 49 f.
- 32) Der Spiegel 1978, Nr. 38, 238 ff.
- 33) *H.-B. Wuermeling* (Hrsg.), Leben als Labormaterial?, 1988.
- 34) *E. Chargaff*, Wenig Lärm um Viel. Bemerkungen zur genetischen Bastelsucht, in: *R. Flöhl* (Hrsg.), Genforschung – Fluch oder Segen? Interdisziplinäre Stellungnahmen, 1985, S. 312 ff.
- 35) *P. Weingart, J. Kroll u. K. Bayertz*, Rasse, Blut und Gene, 1988, S. 684.
- 36) *A. Laufs*, Fortpflanzungsmedizin und Arztrecht, 1992 (mit umfassender Bibliographie).
- 37) *G. Dürig*, in: *Th. Maunz, G. Dürig, R. Herzog* u. a., Grundgesetz, Kommentar, Art. 2 Abs. 2 Rdnr. 9 f. (S. 81), 1958.
- 38) *D. Lorenz*, vorst. Fn. 4, S. 7 (Rdnr. 8).
- 39) *H. Lübke*, Wer ist Mensch?, in: *O. Marquard u. H. Staudinger* (Hrsg.), Anfang und Ende des menschlichen Lebens. Medizinethische Probleme, 1987, S. 44 ff., 46.
- 40) *R. Löw*, Philosophische Überlegungen zum Umgang mit menschlichem Erbgut, in: *P. Koslowski, Ph. Kreuzer u. R. Löw* (Hrsg.), wie vorst. Fn. 11, S. 33 ff., 42.
- 41) DÄBL. 1991, 1779 ff., 1781.
- 42) BGH, NJW 1992, 763 (Fall Theissen).
- 43) *R. Keller, H.-L. Günther u. P. Kaiser*, Embryonenschutzgesetz, Kommentar, 1992.
- 44) *O. Höffe*, Kategorische Rechtsprinzipien. Ein Kontrapunkt der Moderne, 1990.
- 45) *A. Laufs*, in: Kongreßges. f. ärztl. Fortbildung Berlin (Hrsg.), 30 Jahre ärztliche Fortbildung in Berlin, 1990, S. 90 ff. Vgl. auch die Nachweise von *A. Laufs* jeweils in Heft 24 der NJW 1992, 1991, 1988, 1987, 1986 usw.
- 46) *H. Tröndle* (zum „Ravensburger Fall“: MedR 1987, 196), in: Festschr. f. H. Göppinger, 1990, S. 595 ff.

- 47) *W. Röse*, Anästhesiol. u. Intensivmed. 1991, 2 ff. (ausführlich und anschaulich aus ärztlicher Sicht). Vgl. auch *S. Schellong*, Künstliche Beatmung. Strukturgeschichte eines ethischen Dilemmas, 1990.
- 48) *A. Künschner*, Wirtschaftlicher Behandlungsverzicht und Patientenauswahl. Knappe medizinische Ressourcen als Rechtsproblem, 1992, S. 381, 383.
- 49) *D. Giesen*, Ethische und rechtliche Probleme am Ende des Lebens, JZ 1990, 929 ff., 942. Vgl. auch *A. Laufs*, Arztrecht, 41988, S. 96 ff.
- 50) *D. Rössler*, Moral und Ethik in der Intensivmedizin, in: Intensivmedizin und Notfallmedizin 1991, 141 ff., 143.
- 51) Die "Kriterien des Hirntodes. Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes" in: DÄBL. 1991, 4396 ff. Als Hirntod gilt der „Zustand des irreversiblen Erlöschenseins der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms, bei einer durch kontrollierte Beatmung noch aufrechterhaltenen Herz-Kreislauf-Funktion“. Die Konvention blieb keineswegs unbestritten.
- 52) Vgl. die Nachweise bei *A. Laufs*, NJW 1991, 1524.
- 53) Siehe das von der Bundesärztekammer 1988 herausgegebene „Weißbuch. Anfang und Ende menschlichen Lebens. Medizinischer Fortschritt und ärztliche Ethik“.
- 54) *M. v. Lutterotti*, Menschenwürdiges Sterben. Kann sich die Gesellschaft auf das Gewissen des Arztes verlassen?, 1985. Vgl. auch den Sammelbd. „Der Schutz des menschlichen Lebens“ = Essener Gespräche zum Thema Staat und Kirche (22), hrsg. v. *H. Marré u. J. Stütting*, mit Beiträgen von *M. v. Lutterotti, J. Seifert u. A. Laufs*.
- 55) Vgl. die Angaben und Nachweise bei *A. Laufs*, NJW 1987, 1451 f.
- 56) Insbesondere gilt das Kriterium der mutmaßlichen Einwilligung (§§ 677, 683 BGB), das der Verantwortlichkeit des Arztes viel abverlangt. Vgl. neuerdings auch die §§ 1896 ff., 1904 f. BGB („Betreuung“). Anders *W. Uhlenbruck*, Vorab-Einwilligung und Stellvertretung bei der Einwilligung in einen Heileingriff, MedR 1992, 134 ff. (nach amerikanischen Vorbildern befürwortend).
- 57) Entwurf eines Arbeitskreises von Professoren des Strafrechts und der Medizin sowie ihrer Mitarbeiter, vorgelegt von *J. Baumann* u. a., 1986; dazu *A. Laufs*, MedR 1987, 39 f.
- 58) Salomonisch zu nennen indessen ist BGHSt 32, 367 = NJW 1984, 2639 (Fall. Dr. Wittig).
- 59) Unter Bezugnahme auf AE-Sterbehilfe, § 215 (Nichthinderung einer Selbsttötung).
- 60) *E.-W. Hanack*, Strafrecht, Sterbehilfe und Nichtverhinderung fremder Selbsttötung, MedR 1987, 96 ff., 98.
- 61) *R. Hegselmann u. R. Merkel* (Hrsg.), Zur Debatte über Euthanasie, 1991.
- 62) *M. v. Lutterotti*, Der Arzt und das Tötungsverbot, MedR 1992, 7 ff. – Vgl. auch das bedenkliche Buch von *H.M. Kuitert*, Der gewünschte Tod. Euthanasie und humanes Sterben, 1991.
- 63) BGH, NJW 1991, 2357 (zur Heimtücke bei „Mitleidstötung“).
- 64) LG Karlsruhe, NJW 1992, 756 (kein Anspruch auf Anschluß an eine Beatmungsmaschine).
- 65) Nach wie vor wichtig BVerfGE 39, 1 (1975) zur Verfassungswidrigkeit der Fristenregelung.
- 66) Pränatale und perinatale Schmerzempfindung. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer, DÄBl. 1991, 4157 ff. Vgl. ferner *K.V. Hinrichsen* (Hrsg.), Humanembryologie. Atlas der vorgeburtlichen Entwicklung des Menschen, 1990.

Zur Person des Verfassers

Dr. jur. Dr. h.c. (Univ. de Montpellier I) Adolf Laufs, Professor für Deutsche Rechtsgeschichte und Bürgerliches Recht an der Universität Heidelberg.