

## Norbert Hoerster: Sterbehilfe im säkularen Staat (1998)

Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Frankfurt am Main 1998,  
7. Herbeiführen des Todes im Interesse der Gesellschaft (S. 99 ff)

### 7. Herbeiführung des Todes im Interesse der Gesellschaft?

[99] Nicht nur die aktive, sondern auch die passive Herbeiführung des Todes bei einem Menschen, die anstatt im Interesse des Betroffenen im Interesse Dritter oder der Gesellschaft liegt, muß prinzipiell verboten bleiben. Dieses Prinzip ist nicht nur, wie in den vorangehenden Kapiteln deutlich geworden sein dürfte, ethisch gut begründbar. Es ist in unserer Gesellschaft auch im Grundsatz unbestritten. Gleichwohl gibt es Grenzbereiche in der Praxis des medizinischen Alltags, in denen die Gefahr besteht, daß von diesem Prinzip de facto - und zwar ohne rechtliche Folgen - abgewichen wird.

Diese Grenzbereiche sind durch die folgenden beiden Stichworte charakterisierbar: Organentnahme zu Transplantationszwecken und Behandlungsabbruch bei Koma-Patienten zwecks Kostenersparnis. Beide Themenkomplexe sind derzeit in unserer Gesellschaft Gegenstand äußerst kontroverser Diskussionen. Wir werden sehen, daß eine überzeugende Lösung der anstehenden ethischen Probleme gleichwohl durchaus möglich ist. Voraussetzung einer solchen Lösung ist allerdings, daß man nicht einfach seinen spontan sich einstellenden Intuitionen vertraut, sondern die einschlägigen logischen Konsequenzen aus gut begründeten ethischen Prinzipien, wie sie im Vorangehenden entwickelt wurden, zu ziehen bereit ist.

Beginnen wir mit dem Problem der Organentnahme zu Transplantationszwecken. Zwei Fallgruppen sind hier grundsätzlich zu unterscheiden: Organentnahme bei Lebenden und Organentnahme bei Toten. Dabei steht natürlich nicht zuletzt die Frage nach der richtigen Grenzziehung zwischen beiden Gruppen - der Grenzziehung zwischen Leben und Tod - zur Debatte.

[100] Wie wichtig die Antwort auf diese Frage ist, ist leicht zu erkennen: Eine Organentnahme bei lebenden Menschen ohne Einwilligung der Betroffenen kann mit Sicherheit nicht als legitim betrachtet werden; sie wäre ein klarer Verstoß gegen das individuelle Recht auf Leben bzw. körperliche Unversehrtheit, das jedem Menschen zusteht. Ja, selbst eine Organentnahme mit Einwilligung der Betroffenen erscheint bei lebenden Menschen keineswegs unter allen Umständen als rechtsethisch unproblematisch. Man denke etwa an Fälle, in denen die Einwilligung mit Geld erkaufte ist; oder man denke an Fälle, in denen das betreffende Organ zwar aus reinem Altruismus abgegeben wird, wegen der Lebenswichtigkeit des Organs die Abgabe bei dem Spender jedoch zum Tode führen muß. Könnte es nicht gerechtfertigt sein, zumindest unter gewissen Umständen selbst eine von der Einwilligung des Betroffenen begleitete Organspende in seinem eigenen wohlverstandenen, langfristigen Interesse rechtlich zu verbieten?

Man vergleiche zu dieser Problematik meine obigen Ausführungen auf S. 52 ff. Auf der Grundlage dieser Ausführungen muß man die genannte Frage jedenfalls dann, wenn die Organspende tödlich wirkt, offenbar bejahen. Bei Organspenden unterhalb dieser Schwelle dürfte es darauf ankommen, wie man generell die Vornahme von Körperverletzungen mit Einwilligung - verglichen mit Tötungen einerseits und etwa mit Sachbeschädigungen andererseits rechtsethisch beurteilt. Wir können dieser Problematik hier nicht weiter nachgehen; sie würde den Rahmen der vorliegenden Untersuchung sprengen.

Hinreichend nah bei unserer Sterbehilfethematik liegt jedoch das Problem der Organentnahme in der zweiten Fallgruppe, also das Problem der Organentnahme bei Menschen, die offiziell als tot gelten: Kann man sicher sein, daß diese Menschen wirklich tot sind? Oder sind sie richtiger als Sterbende zu betrachten, deren Tod, genau genommen, [101] durch die Organentnahme beschleunigt wird? Haben wir es hier, da auch die Beschleunigung des ohnehin nah bevorstehenden Todes eine Tötung ist (siehe oben S. 42 f.), in Wahrheit also mit einer illegitimen Tötung von Menschen im Interesse Dritter, nämlich der Organempfänger, zu tun? Doch selbst unter der Voraussetzung, daß die Betroffenen als tot betrachtet werden können: Dürfen sie ohne weiteres im Interesse der Organempfänger »ausgeschlachtet« werden? Setzt dies nicht ihre schon zu Lebzeiten vorliegende (ausdrückliche oder mutmaßliche) Einwilligung voraus? Diese Problematik steht bekanntlich im Mittelpunkt der gegenwärtigen rechtspolitischen Diskussion um den Erlaß eines Transplantationsgesetzes.<sup>63</sup> Zwei Fragen sind in diesem Zusammenhang zu unterscheiden: 1. Unter welchen Voraussetzungen sind Menschen als tot zu betrachten? 2. Unter welchen Voraussetzungen darf man toten Menschen zu Transplantationszwecken Organe entnehmen?

Unter welchen Voraussetzungen sind Menschen als tot zu betrachten? Die Antwort auf diese Frage hängt wesentlich davon ab, wie wir den Tod des Menschen überhaupt definieren. Wir müssen uns an dieser Stelle also zunächst einmal mit der Definition des Todes beim Menschen befassen.

Wie wir neu einzuführende Begriffe definieren bzw. in unserem Sprachgebrauch vorgefundene Begriffe präzisieren, ist nicht eine Frage der Erkenntnis, sondern eine Frage der Zweckmäßigkeit. Dies bedeutet freilich nicht, daß jeder beliebige Zweck eine Definition legitimieren könnte oder daß man zwischen unterschiedlichen Definitionen desselben Begriffs nicht häufig durchaus eine intersubjektiv gut begründete Entscheidung treffen könnte. Die Richtigkeit dieser Behauptung können wir uns an folgenden Beispielen klar-

<sup>63</sup> Die folgenden Ausführungen zu dieser Problematik stellen eine überarbeitete Fassung von Hoerster 1997 dar.

machen.

[102] Es ist sehr gut begründet, daß wir den Begriff »Mensch« nicht etwa definieren im Sinne von »Mitglied der Spezies Homo sapiens, das nicht kleiner als 160 cm und nicht größer als 190 cm ist«. So zu verfahren, wäre nämlich zum einen unter deskriptivem Aspekt höchstgradig unzweckmäßig. Denn die durch diese Definition nicht erfaßten Mitglieder der Spezies Homo sapiens haben eine ungeheure Anzahl von auffälligen und interessanten Eigenschaften mit jenen Individuen gemeinsam, die durch diese Definition erfaßt sind. So zu verfahren, wäre aber auch unter normativem Aspekt höchstgradig unzweckmäßig. Denn es läßt sich unschwer begründen, daß die durch diese Definition nicht erfaßten Mitglieder der Spezies Homo sapiens tatsächlich genau denselben moralischen und rechtlichen Status - insbesondere in Form der sogenannten »Menschenrechte« verdienen, der jenen Individuen zukommt, die durch diese Definition erfaßt sind.

Diesen Überlegungen und ihrem Ergebnis wird vermutlich jeder zustimmen, ja meine Ausführungen hierzu als trivial und selbstverständlich betrachten. Es empfiehlt sich in philosophischen Fragen aber nicht selten, vom Selbstverständlichen auszugehen, um von dieser Basis aus dann das, was kontrovers ist, besser entscheiden zu können. Dies mag folgende Erweiterung des obigen Beispiels zeigen. Soll der Begriff »Mensch« nicht nur so definiert werden, daß die Mitglieder der Spezies Homo sapiens unabhängig von ihrer Körpergröße unter diesen Begriff fallen, sondern auch so, daß die Mitglieder der Spezies Homo sapiens unabhängig davon, ob sie bereits geboren sind, unter diesen Begriff fallen? Mit anderen Worten, sollen wir auch die menschliche Leibesfrucht als »Mensch« bezeichnen?

Diese Frage wird in unserer Gesellschaft bekanntlich sehr kontrovers beantwortet. Dabei ist diese Kontroverse ein unmittelbarer Reflex der Kontroverse um den moralischen Status der Leibesfrucht: Wer die Leibesfrucht in normativer [103] Hinsicht prinzipiell wie (geborene) Menschen behandelt wissen und ihr insbesondere die sogenannten »Menschenrechte« (wie das Recht auf Leben) zuerkennen will, bezeichnet sie als »Mensch«; wer dies dagegen nicht für richtig hält, geht von einer Definition von »Mensch« aus, die die Leibesfrucht nicht miteinschließt. Ob eine weite Definition von »Mensch« (unter Einschluß der Leibesfrucht) oder eine enge Definition von »Mensch« (unter Ausschluß der Leibesfrucht) die zweckmäßigere ist, hängt in diesem Fall also ausschließlich von dem Resultat einer normativen Bewertung ab.<sup>64</sup>

Was können wir aus diesen Vorüberlegungen zur Zweckmäßigkeit von Definitionen für die Suche nach der zweckmäßigen Definition des Begriffes »Tod« lernen? Zunächst einmal: Es kann bei dem Begriff »Tod« - ebenso wie bei dem Begriff »Mensch« - nicht etwa darum gehen, diesen Begriff neu in unsere Sprache einzuführen oder in seiner Bedeutung völlig neu zu bestimmen. Unser Ziel muß es vielmehr sein, diesen im deutschen Sprachgebrauch vorgefundenen und im allgemeinen Alltag, aber auch in vielfältigen medizinischen und juristischen Kontexten durchaus gebräuchlichen Begriff in seinem Grenzbereich unter Zweckmäßigkeitsgesichtspunkten zu präzisieren.

Wir müssen uns dabei vor Augen halten, daß der Begriff »Tod« - ebenso wie der Begriff »Mensch« - insbesondere in einer Vielzahl normativer Kontexte von Recht und Moral vorkommt, d. h. in hohem Maß normativ besetzt ist. So ist es Inhalt einer ethischen Grundannahme unserer Moral und Rechtsordnung, daß mit »toten« Menschen grundsätzlich und in vieler Hinsicht anders als mit »lebenden« Menschen umgegangen werden darf. Zwar darf man auch mit toten Menschen nicht nach Belieben verfahren; man hat in bezug auf sie gewisse Pflichten der Pietät. [104] Doch sind die Pflichten, die man gegenüber lebenden Menschen hat, ungleich zahlreicher, gravierender und strikter. Ja, die sich aus den fundamentalen Menschenrechten ergebenden Pflichten sind in bezug auf tote Menschen weitgehend gegenstandslos.

Unsere Fragestellung nach den Voraussetzungen einer zulässigen Organtransplantation erfordert es, den Begriff des Todes im Hinblick auf seine normativen Konsequenzen zu präzisieren. Um hierfür den entscheidenden Gesichtspunkt zu finden, müssen wir jener ethisch-normativen Begründung nachgehen, die hinter der Forderung eines radikal unterschiedlichen Umgangs mit toten und mit lebenden Menschen steht. Welches ist der für diese unterschiedliche Einstellung ausschlaggebende Gesichtspunkt? Bei rationaler Betrachtung gibt es auf diese Frage nur eine einzige, von jedermann auch unabhängig von einer möglichen weltanschaulichen Betrachtung von Leben und Tod nachvollziehbare Antwort: die Interessen, die lebende Menschen mit ihrem Leben verbinden können. Sicher ließe sich über diese Interessen, die sehr vielfältiger Natur sein können, manches Nähere sagen. Das aber ist im vorliegenden Kontext nicht erforderlich. Es genügt hier, darauf hinzuweisen, daß diese Interessen - welcher Art im einzelnen auch immer - bei einem Individuum spätestens zu jenem Zeitpunkt endgültig erlöschen, zu dem dieses Individuum auf immer, also irreversibel sein Bewußtsein verliert. Ohne Bewußtsein gibt es nämlich überhaupt keine Interessen - ob diese nun an Empfindungen, Wünsche oder Erfahrungen, an Rationalität oder Autonomie, an Kommunikation oder Kontemplation gebunden sind. Eine Pflanze beispielsweise, die bekanntlich kein Bewußtsein hat, kann als solche zwar gedeihen, aber weder an ihrem Gedeihen noch an irgend etwas anderem ein Interesse haben. Es sind die Menschen (und auch manche Tiere), [105] die am Leben und Gedeihen von Pflanzen ein Interesse haben können. Diesem Interesse dienen also jene Normen, die zum Lebensschutz von Pflanzen gelegentlich erlassen werden. Pflanzen selbst können an ihrem Leben und am Schutze ihres Lebens kein Interesse haben. Aber auch ein Mensch, der sein Bewußtsein irreversibel verloren hat, kann - insoweit ebenso wie eine Pflanze kein Interesse mehr an irgend etwas haben. Also kann er auch kein Interesse etwa an der weiteren Aufrechterhaltung irgendwelcher seiner Körperfunktionen haben. Eine solche ist für ihn ohne jeden Wert und kann deshalb auch nicht die Basis jenes moralischen Status bilden, der dem »Leben« des Menschen zukommt. Um dies einzusehen, bedarf es durchaus keiner anthropologisch umfassenden Theorien oder Menschenbilder - weder im Sinne eines Leib-Seele-Monismus noch im Sinn eines Leib-Seele-Dualismus, noch im Sinne irgendeines anderen -ismus.

<sup>64</sup> Vgl. ausführlich Hoerster 1995a, 66 ff.

Vielmehr ist es jede alternative ethische Begründung, die unsere normativen Forderungen im Umgang mit lebenden Menschen letztlich nicht auf die Interessen dieser Menschen gründen will, die auf intersubjektiv kaum vermittelbare, spekulativ-weltanschauliche Voraussetzungen, seien sie metaphysischer oder religiöser Art, angewiesen ist.

Nebenbei bemerkt: Es ist keineswegs der Fall, daß die hier vertretene interessenorientierte Konzeption menschlichen Lebens utilitaristischer Natur ist. Es sind nicht etwa die Interessen der Allgemeinheit, sondern ausschließlich die Lebensinteressen der Betroffenen, die für die Definition ihres Lebens bzw. Todes maßstabsetzend sind.

Nach alledem ist es gerade unter normativem Aspekt sehr gut begründet, jene für den moralischen und rechtlichen Umgang mit Lebenden bzw. Toten entscheidende Grenzziehung, welche die Todesdefinition darstellt, in nichts anderem als im irreversiblen Bewußtseinsverlust der Betroffenen zu erblicken. Was aber den deskriptiven Aspekt [106] der Grenzziehung betrifft, so sind auch unter diesem keine durchgreifenden Einwände gegen diese Todesdefinition ersichtlich.

Stellt der den Tod des Menschen angemessen definierende Begriff »irreversibler Verlust des Bewußtseins« aber auch ein für die medizinische und juristische Alltagspraxis brauchbares Kriterium zur Feststellung des Todes dar? Dies würde voraussetzen, daß der Begriff »irreversibler Verlust des Bewußtseins« unter den Bedingungen des gegenwärtigen Wissensstandes auch ein geeigneter Anknüpfungspunkt ist, um mittels genau angegebener Tests in jedem Anwendungsfall zu einem zweifelsfreien Ergebnis zu führen. Gerade dort, wo es um Leben oder Tod geht, kommt für die Praxis nur ein in diesem Sinne zuverlässiges Kriterium in Betracht, das bei sachgemäßer Anwendung keinerlei Fehler zu Lasten des Lebens zuläßt. Wir müssen im konkreten Fall sicher sein können, daß ein Mensch, den wir als tot bezeichnen, weder gegenwärtig irgendwelche Empfindungen hat oder irgendwelche Erfahrungen macht noch als dieses körperliche Wesen in der Zukunft wieder irgendwelche Empfindungen haben oder irgendwelche Erfahrungen machen kann. Die Frage, ob tatsächlich der Begriff »irreversibler Verlust des Bewußtseins« selber oder nicht vielmehr ein oder mehrere andere Begriffe in diesem Sinne zuverlässige Kriterien der Todesfeststellung sind, ist eine medizinische Fachfrage, die sich philosophischer oder ethischer Beurteilung entzieht. Die Lektüre einschlägiger Veröffentlichungen medizinischer Fachleute<sup>65</sup> legt nach meiner Auffassung dem Laien folgende Antwort auf diese Frage nahe: Während der Begriff »irreversibler Verlust des Bewußtseins« dem genannten Erfordernis an ein brauchbares Kriterium offenbar nicht genügt, trifft dies sowohl auf den Begriff »Herz- [107] Kreislauf-Tode als auch auf den Begriff »Hirntod« durchaus zu. Wenn dies richtig ist, bedeutet es, daß sowohl der Herz-Kreislauf-Tod als auch der Hirntod (also das unumkehrbare Hirnversagen) - unter der Voraussetzung der Definition des Todes als des irreversiblen Verlustes des Bewußtseins - als alternative Kriterien zur Feststellung des Todes dienen können.

Die in diesem Punkt gegenüber dem Kriterium des Hirntods heute - ganz ähnlich wie die gegenüber dem Kriterium des Herz-Kreislauf-Tods im vorigen Jahrhundert - in manchen Kreisen genährten Bedenken scheinen weit mehr auf weltanschauliche Fixierungen und irrationale Ängste als auf wissenschaftlich-medizinische Befunde zurückzugehen. Ob daneben auch ein auf bestimmte Weise umschriebener »Teilhirtod« dem genannten Erfordernis genügen und insoweit als weiteres Alternativkriterium zur Feststellung des Todes Anwendung finden kann, erscheint bei dem derzeitigen Stand der Wissenschaft noch nicht ausdiskutiert. Sollte es in Zukunft aber beispielsweise möglich sein, in bezug auf gewisse Patienten mit apallischem Syndrom (»WachkomaPatienten«) ein derartiges Kriterium anzugeben, das einwandfrei getestet werden kann und einen irreversiblen Verlust des Bewußtseins mit Sicherheit zur Folge hat, so sehe ich keine Bedenken dagegen, daß auch diese Menschen als »tot« bezeichnet werden.

Wer im übrigen den Hirntod als Kriterium des Todes ablehnt und einen hirntoten Menschen deshalb noch als lebend betrachtet, muß konsequenterweise auch die Einstellung künstlicher Beatmung bei diesem Menschen zumindest dann, wenn sie nicht seinem eigenen mutmaßlichen Willen entspricht, für unzulässig halten: Ein Töten oder Sterbenlassen im Interesse der Allgemeinheit muß tabu bleiben. Welches nun sind die normativen Konsequenzen, die sich aus der von mir vertretenen Position zu Definition und Kri- [108] terien des Todes des Menschen für die rechtsethische Frage nach den Voraussetzungen einer zulässigen Organentnahme zu Transplantationszwecken bei für hirntot erklärten Menschen ergeben? Da für hirntot erklärte Menschen nach meiner Position als »tot« zu bezeichnen sind, ist zunächst einmal die Frage zu behandeln: Unter welchen Voraussetzungen darf man toten Menschen, also Leichen, zu Transplantationszwecken Organe entnehmen?

Da Transplantationszwecke im Regelfall Zwecke der Lebensrettung anderer Menschen (nämlich der Organempfänger) sind, verweist uns diese Frage auf die allgemeinere Frage: Unter welchen Voraussetzungen darf man Leichen zur Lebensrettung von Menschen Organe entnehmen? Soll es auf den (zuvor erklärten) Willen des Betroffenen oder auf den (aktuell erklärten) Willen seiner Angehörigen ankommen? Soll der betreffende Wille in Form der Zustimmung oder in Form des Widerspruchs entscheidend sein? Soll der Wille der Angehörigen gegenüber dem Willen des Betroffenen eine Ergänzungs- oder eine Ersatzfunktion haben? Welcher Wille soll im Fall eines Konfliktes unter den Angehörigen zählen? Sollen vielleicht überhaupt nur solche Menschen - als Spender wie als Empfänger - von lebenswichtigen Organen in Betracht kommen, die zuvor einem auf Gegenseitigkeitsbasis gegründeten »Club« beigetreten sind? Haben danach ältere Menschen, deren Organe nicht mehr gefragt sind, nur dann eine Chance auf ein Spenderorgan, falls sie schon in jüngeren Jahren beigetreten sind? Der Leser dieser Zeilen wird mit den verschiedenen Modellen einer Transplantationsregelung, die als Antworten auf diese Fragen seit geraumer Zeit in der politischen Diskussion sind, mehr oder weniger vertraut sein. Ich möchte auf sie und ihre möglichen Kombinationen nicht weiter eingehen. Ich halte sie im Grunde nämlich allesamt für überflüssig.

<sup>65</sup> Siehe beispielsweise Angstwurm 1995, aber auch Klein 1995.

Es ist erstaunlich, mit welcher Selbstverständlichkeit prominente Medizinethiker ihre Vorschläge zur Regelung [109] der Organtransplantation der politischen Diskussion anpassen.<sup>66</sup> Nach meiner Überzeugung rechtfertigt die Rettung eines menschlichen Lebens im Prinzip ohne alle weiteren Voraussetzungen eine Organentnahme bei Leichen. Ich begründe diese für manchen sicher überraschende These im einzelnen wie folgt.

Natürlich darf man, wie oben schon gesagt, auch mit toten Menschen, mit menschlichen Leichen nicht nach Belieben verfahren. Sowohl ein zu Lebzeiten geäußertes Wille des Verstorbenen als auch ein aktueller Wille seiner Angehörigen verdienen in mancher Hinsicht - was etwa die Form der Bestattung angeht - durchaus Beachtung. Außerdem verbietet sich aus Pietätsgründen jeder entwürdigende, das Andenken an den Verstorbenen herabsetzende Umgang mit einer Leiche. In diesem Sinn untersagt etwa § 168 Strafgesetzbuch unter Androhung von Strafe, an Leichen oder Leichenteilen »beschimpfenden Unfug« zu verüben. Andererseits jedoch sind der Rücksichtnahme auf den Willen des Verstorbenen bzw. seiner Angehörigen im Interesse des Gemeinwohls enge rechtliche Grenzen gesetzt. Und in der Tat wohl niemand würde von einem »beschimpfenden Unfug« dann sprechen, wenn sich sehr gravierende Interessen Lebender für bestimmte Umgangsweisen mit Leichen anführen lassen. Wir können uns dies an einem einfachen, hypothetischen Beispiel klarmachen: Angenommen, eine Erdbestattung von Verstorbenen ist aus irgendeinem Grund faktisch nicht möglich, und ein Verzicht auf jegliche [110] Bestattung ist mit schweren Seuchengefahren verbunden. Würde jemand ernsthaft daran zweifeln, daß unter diesen Bedingungen etwa eine Feuerbestattung auch dann legitim ist, wenn sie dem Willen von Verstorbenen oder ihren Angehörigen zuwiderläuft?

Ein weiteres, ganz realistisches Beispiel: Angenommen, es gibt Anhaltspunkte dafür, daß der Tod eines Menschen auf eine Straftat zurückgeht. Dann können die Justizbehörden zur Aufklärung dieser Straftat die Obduktion sowie gegebenenfalls die Ausgrabung der Leiche anordnen, wie sich aus § 87 Strafprozeßordnung ergibt. Der - möglicherweise entgegenstehende - Wille des Verstorbenen bzw. seiner Angehörigen bleibt dabei völlig außer Betracht.

Es gibt also Fälle, in denen unsere Moral- und Rechtsordnung davon ausgeht, daß selbst massive Eingriffe bei Verstorbenen auch unabhängig vom Willen der Betroffenen legitim sind. Diese Fälle sind dadurch charakterisiert, daß der betreffende Eingriff der Abwehr schwerwiegender Gefahren für Leib und Leben von Menschen dient. Man beachte dabei, daß der Zusammenhang zwischen Eingriff und Gefahrenabwehr insbesondere im zweiten, realistischen Beispiel nur sehr indirekter Natur ist: Man kann hier sicher nicht sagen, daß durch die betreffende Obduktion irgendein bestimmtes Leben unmittelbar gerettet wird.

<sup>66</sup> So schreibt Schöne-Seifert (1995, 482), nachdem sie für eine bestimmte Todesdefinition ausführlich argumentiert hat, lapidar, wer aus weltanschaulichen Gründen den Tod anders definiert, müsse natürlich »seine Zustimmung zu einer Organentnahme problemlos verweigern können«. Und Birnbacher (19952, 356) fordert im Hinblick auf irrationale Befürchtungen gegenüber dem Hirntodkriterium ohne weiteres dazu auf, diesen Befürchtungen trotzdem Rechnung zu tragen und »ausreichende Möglichkeiten zum Widerspruch gegen eine postmortale Explantation von Organen anzubieten«.

Man kann zur Rechtfertigung dieser Obduktion lediglich darauf hinweisen, daß sie im Fall eines Mordes der Bestrafung des Täters förderlich ist und auf diese Weise indirekt der Prävention künftiger Morde und so dem Lebensschutz potentieller Opfer dient.

Spätestens an diesem Punkt drängt sich aber die Frage auf: Müssen nach derselben Logik, wonach in diesen Fällen elementare Interessen von Lebenden diverse Eingriffe an Leichen ohne weiteres legitimieren, nicht auch der Lebensrettung dienende Organentnahmen aus Leichen ohne weiteres als zulässig angesehen werden? Kann jemand wirklich ei- [111] nen stärkeren Grund haben, im Falle seines Todes einer Organentnahme zur Lebensrettung als einer Obduktion zur Aufdeckung eines Mordes zu widersprechen? Gibt es deshalb für die Gesellschaft wirklich einen stärkeren Grund, Obduktionen zur Aufdeckung von Morden als Organentnahmen zur Lebensrettung zuzulassen?

Vielleicht wird mancher Leser an dieser Stelle sagen: Der hier angestellte Vergleich hinkt; denn eine (zu Transplantationszwecken sinnvolle) Organentnahme setzt ja voraus, daß der Betroffene durchaus noch nicht im ganz vertrauten Sinne »tot«, d. h. Herz-Kreislauf-tot ist, während dies im Fall der Obduktion oder der Ausgrabung eines Toten anders ist. Warum aber, so frage ich zurück, soll es auf diesen Unterschied ankommen - sofern man sich einmal im Sinn meiner obigen Ausführungen mit guten Gründen für Herz-Kreislauf-Tod und Hirntod als prinzipiell gleichwertige Kriterien zur Feststellung des Todes entschieden hat? Warum soll der nach den alternativen Kriterien festgestellte Tod unterschiedliche rechtsethische Konsequenzen nach sich ziehen - sofern die den beiden Kriterien gleichermaßen zugrunde liegende Definition des Todes gerade unter ethischem Aspekt die richtige ist? Wer den angestellten Vergleich nicht akzeptieren will, wird mit seiner Kritik konsequenterweise bereits bei meiner Position zu Definition und Kriterien des Todes ansetzen und zu dieser Position eine begründete Gegenposition ausarbeiten müssen! Im übrigen möge man einmal das Gedankenexperiment machen, eine Transplantation lebenswichtiger Organe wäre nicht nur - wie es tatsächlich der Fall ist - vor, sondern auch noch nach Eintreten des Herz-Kreislauf-Todes möglich. Zumindest dann wäre doch der oben angestellte Vergleich schlüssig. Und außerdem: Soll es unter dieser fiktiven Voraussetzung zwar zulässig sein, bei einem Hirntoten wegen seines irreversiblen Zustandes jede weitere Behandlung (also insbesondere die künstliche Beatmung) [112] einzustellen und ihm anschließend, also im Zustand des Herz-Kreislauf-Todes, Organe zu entnehmen, aber unzulässig sein, demselben Betroffenen dieselben Organe unmittelbar vor der ohnehin indizierten Behandlungseinstellung zu entnehmen?

Natürlich kann man - und sollte man - die rechtsethische Frage nach den Zulässigkeitsvoraussetzungen einer Organtransplantation auch noch auf einer prinzipielleren Ebene erörtern: Unter welchen Voraussetzungen kann es ganz generell als zulässig betrachtet werden, in die persönliche Rechtsstellung, die geschützte Interessensphäre eines Menschen - ob vor oder nach seinem Tode - zum Nutzen anderer Menschen einzu-

greifen?

Auch auf diese ganz allgemeine Frage gibt bereits unser geltendes Recht im Kern eine Antwort. So normiert § 34 Strafgesetzbuch, daß ein solcher Eingriff dann zulässig ist, wenn er der Abwendung einer »gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr« für irgendein Rechtsgut dient und wenn außerdem das durch den Eingriff geschützte Interesse das durch den Eingriff beeinträchtigte Interesse »wesentlich überwiegt«. Nach dieser Vorschrift darf man z. B. ohne weiteres - auch gegen den Willen des Betroffenen - in das Eigentum eines Menschen gravierend eingreifen, wenn man nur so das Leben eines anderen Menschen retten kann.

Man kann nun zwar juristisch darüber streiten, inwieweit diese Vorschrift unmittelbar unsere Problematik der Organtransplantation erfaßt. Denn erstens ist das beeinträchtigte Interesse hier nicht das aktuelle Interesse eines Lebenden, sondern das nachwirkende Interesse eines Toten bzw. das nur mittelbare Interesse seiner Angehörigen. Und zweitens ist das vorgesehene Erfordernis einer »gegenwärtigen« Gefahr bei Organtransplantation zumindest dann nicht erfüllt, wenn die betreffende Organentnahme anstatt der unmittelbaren Lebensrettung eines bereits identifizierten Kranken lediglich der Vorratshaltung dient. Trotzdem ist unschwer zu erkennen, daß jedenfalls der den angeführten § 34 Strafgesetzbuch tragende rechtsethische Grundgedanke auch für die Konstellation der Organtransplantation zutrifft. Dieser Grundgedanke besteht nämlich offensichtlich darin, daß die Solidaritätspflicht unter Menschen es erfordern kann, einen Eingriff in die eigene Interessenssphäre zu dulden, wenn nur so das weit gewichtigere Interesse eines Mitmenschen geschützt werden kann.

Man betrachte zum Vergleich auch den folgenden Fall: Dem Opfer eines Verkehrsunfalls kann nur dadurch das Leben gerettet werden, daß man ihm von einem der Umstehenden eine Bluttransfusion gibt. Der potentielle Spender jedoch will der Entnahme seines Blutes, obschon diese mit keinerlei Gefahr für ihn verbunden ist, nicht zustimmen. Darf man ihn unter Hinweis auf § 34 Strafgesetzbuch zur Duldung der Blutentnahme zwingen? Diese Frage - sie hat wegen der heutzutage generell schnellen Verfügbarkeit von Blutkonserven kaum noch praktische Bedeutung - ist unter Juristen umstritten. Teilweise wird geltend gemacht, Eingriffe in die körperliche Integrität bzw. Autonomie eines Menschen seien selbst zum Zweck der Lebensrettung prinzipiell unzulässig. Diese These ist schwer nachvollziehbar; scheint sie doch dem ethischen Grundgedanken von § 34 Strafgesetzbuch durchaus zu widersprechen. Man betrachte in diesem Zusammenhang auch etwa, daß die zwangsweise Entnahme einer Blutprobe durch die Polizei im Zuge einer »Rasterfahndung« durchaus als zulässig betrachtet wird.

Aber selbst wenn man im Fall der Blutentnahme anderer Meinung ist: Wird nicht ein gegenüber dem Tod rational eingestellter Mensch an seiner körperlichen Integrität nach seinem Tod jedenfalls ein weit weniger wichtiges Interesse haben als an seiner körperlichen Integrität vor seinem Tod? Soll selbst ein (eventuell vorhandenes) Interesse an [114] der körperlichen Integrität nach dem Tod vor dem Überlebensinteresse von Mitmenschen Priorität genießen?

Nun kann man in der Tat auch gegenüber dieser Argumentation noch skeptisch bleiben, indem man jede Solidaritätspflicht - und damit auch die Wertentscheidung von § 34 Strafgesetzbuch - prinzipiell in Frage stellt.

Die allermeisten Menschen dürften jedoch bei langfristiger, rationaler Betrachtung gerade ihrer egoistischen Interessen einen durchaus guten Grund haben, die rechtliche Festschreibung einer dem Grundgedanken von § 34 Strafgesetzbuch entsprechenden Solidaritätspflicht jedenfalls unter der Bedingung zu akzeptieren, daß das geschützte Interesse - wie im Regelfall der Organtransplantation - das Interesse am Überleben ist. Denn erstens kann jeder in die Lage kommen, auf ein Spenderorgan zum Überleben angewiesen zu sein. Und zweitens dürfte wohl für jeden vernünftigen Menschen das eigene Überleben nicht nur schwerer, sondern ungleich schwerer wiegen als die Vermeidung eines postmortalen Eingriffs in den eigenen Leichnam.

Unter diesen Umständen kann es aber - anders als nach der faktischen Regelung des alle möglichen Interessen schützenden § 34 Strafgesetzbuch - auch keinen relevanten Unterschied machen, ob die betreffende Organentnahme zur Rettung eines bestimmten, aktuell gefährdeten Menschen oder zur Vorratshaltung vorgenommen wird. Schließlich ist die entscheidende Bedingung, daß die Rettung eines menschlichen Lebens von der Organentnahme abhängt, in beiden Fällen in gleicher Weise erfüllt - jedenfalls solange man von einem eventuellen Überschuss an auf Vorrat gehaltenen Organen weit entfernt ist.

Diese gesamte Argumentation dürfte wohl auch dann noch schlüssig sein, wenn die Organtransplantation zwar nicht dem Interesse am Überleben, wohl aber dem Interesse an der Beseitigung einer gravierenden Gesundheitsstörung dient.

[115] Es steht also durchaus im Einklang mit einer wohlbegründeten ethischen Position, wie sie außerdem in unserem geltenden Recht an verschiedenen Punkten ihren Niederschlag findet, wenn eine Organentnahme bei einem Toten zu Transplantationszwecken prinzipiell auch unabhängig von einer vorliegenden Zustimmung des Betroffenen bzw. seiner Angehörigen zugelassen wird.

Sollte man aber nicht doch wenigstens einen - zu Lebzeiten geäußerten - ausdrücklichen Widerspruch des Betroffenen als relevant ansehen und einem solchen Widerspruch eine Sperrfunktion für eine Organentnahme zubilligen? Selbst wer meinen bisherigen Ausführungen sowohl zur Todesdefinition als auch zu ihren ethischen Konsequenzen in der Transplantationsfrage grundsätzlich zustimmt, könnte trotzdem in der gegenwärtigen rechtspolitischen Diskussion für eine solche Berücksichtigung eines ausdrücklichen Widerspruchs des Betroffenen plädieren. Und zwar könnte er es für erforderlich halten, daß jene Bürger, die de facto eine fundamental abweichende (obzwar unaufgeklärte) Einstellung zu dieser Frage haben, jedenfalls für ihre eigene Person einen gewissen Schutz erhalten, der in der Respektierung ihres zu Lebzeiten erklärten Widerspruchs besteht. In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, daß eine solche fundamental abweichende Einstellung derzeit in unserer Gesellschaft vor allem den folgenden beiden Quellen zu entspringen scheint: zum einen gewissen persönlichen Ängsten in bezug auf eine Organentnahme selbst nach eingetretenem Hirntod und zum anderen gewissen weltanschaulichen Motiven für eine andersgeartete Definition des Todes. Diese beiden Quellen können natürlich miteinander verbunden sein bzw. sich gegenseitig verstärken. Wer meinen obigen Ausführungen zumindest im Prinzip zustimmt, wird sie beide für irrational halten müssen - im ersten Fall wegen ihres Widerspruchs zu empirisch erwiesenen wissenschaftlichen Erkenntnissen, im zweiten Fall wegen ihrer rein spekulativen, intersubjektiv nicht hinreichend begründbaren Voraussetzungen. Verdienen die aus ihnen entspringenden Einstellungen gleichwohl, soweit tatsäch-

lich vorhanden, den Schutz der Rechtsordnung?

Eine bejahende Antwort auf diese Frage ist alles andere als selbstverständlich. Jedenfalls sind wir von einer solchen Antwort gerade in unseren rechtlichen Anforderungen an den Umgang mit toten Menschen normalerweise weit entfernt: Auch wer sich nach seiner persönlichen Todesdefinition erst mit dem endgültigen Absterben aller seiner Organe und Zellen als »tot« betrachtet, oder wer für sein religiös erhofftes Weiterleben nach dem Tode seine Mumifizierung für unumgänglich hält, muß sich nach unserer Rechtsordnung damit abfinden, daß er innerhalb von wenigen Tagen nach seinem Herz-Kreislauf-Tod auf eine der gesetzlich vorgeschriebenen Weisen zu bestatten ist. Den hygienischen Interessen der Allgemeinheit wird insoweit absoluter Vorrang eingeräumt.

Wer sich als Ethiker in der Transplantationsfrage mit einer bloßen Ad hoc-Entscheidung im Sinne einer Anpassung an gängige Vorurteile nicht zufriedengeben will, wird sich an diesem Punkt zumindest der allgemeinen Frage stellen müssen: Soll auf rein emotional gespeiste bzw. aus weltanschaulichen Gründen eingenommene Einstellungen selbst dann von der Rechtsordnung Rücksicht genommen werden, wenn elementare, unzweifelhaft rationale Interessen von potentiell jedermann dem entgegenstehen? Eine bejahende Antwort auf diese allgemeine Frage dürfte sich kaum überzeugend begründen lassen.

Es gibt also durchaus gute ethische Gründe dafür, die Art und Weise des Umgangs mit toten Menschen prinzipiell an den elementaren Interessen Dritter oder der Gesellschaft auszurichten. Zwar sind auch für den Umgang mit einem Leichnam die Interessen des Betroffenen selbst - nämlich [117] die Interessen, die ein lebender Mensch daran haben kann, wie nach seinem Tode mit seinem Leichnam verfahren wird - keineswegs irrelevant. So spricht alles dafür, etwa Art und Umstände der Bestattung eines Menschen im Normalfall von seinem zu Lebzeiten geäußerten Willen abhängig zu machen. Die postmortalen Interessen der Betroffenen selbst sind jedoch generell nicht gewichtig genug, als daß sie im Konfliktfall gegenüber elementaren Interessen Lebender Vorrang beanspruchen könnten. Sie können prinzipiell mit elementaren Interessen Lebender nicht auf eine Stufe gestellt werden. Insofern ist die Konstellation hier eine ganz andere, als wenn ein zentrales Interesse des Betroffenen zu Lebzeiten (insbesondere sein Lebensinteresse) auf dem Spiele steht.

Eine Organtransplantation bei einem (im relevanten Sinn des Wortes) toten Menschen - selbst dann, wenn sie im offenen Widerspruch zu dem zu Lebzeiten erklärten Willen des Betroffenen steht - verletzt also keineswegs das unaufgebbare ethische Prinzip, daß der Tod eines Menschen nicht im Interesse Dritter oder der Gesellschaft herbeigeführt werden darf. Wir kommen damit zu dem zweiten zu Beginn dieses Kapitels genannten Grenzbereich, in dem möglicherweise eine Verletzung des genannten ethischen Prinzips zu befürchten ist: dem medizinischen Umgang mit Koma-Patienten.

Ist es ethisch vertretbar, die Behandlung von Koma-Patienten unter Umständen einzustellen bzw. abzubrechen? Darf dies etwa auch aus Gründen bloßer Kostenersparnis geschehen? Oder wäre damit unvermeidlich ein erster Schritt zur Tötung Kranker und Behinderter aus sozialen Nutzenerwägungen getan?

Diese Fragen sind tatsächlich leichter zu beantworten, als es auf den ersten Blick scheinen mag. Zunächst einmal ist zu betonen, daß jedem geborenen menschlichen Individuum [118] duum das Recht auf Leben zusteht.<sup>67</sup> Dieses Recht auf Leben erlischt nicht eher, als das betreffende Leben selbst erlischt: Solange der Mensch lebt, steht ihm auch das Recht auf Leben zu. Dies gilt uneingeschränkt auch dann, wenn man den eigentlichen Grund für das Menschenrecht auf Leben im typisch menschlichen Interesse am Überleben erblickt. Denn solange ein Mensch lebt, läßt sich nicht mit hinreichender Sicherheit ausschließen, daß er auch noch über dieses Interesse - zumindest in rudimentärer Form verfügt.<sup>68</sup>

Erst wenn der Mensch jedes Bewußtsein irreversibel verloren hat und somit als »tot« bezeichnet werden kann, erlischt auch sein Recht auf Leben mit allen daraus ableitbaren Konsequenzen. Wenn man auf der Basis dieses Todesverständnisses, für das ich im ersten Teil dieses Kapitels argumentiert habe, allein den Herz-Kreislauf-Tod sowie den Hirntod als Kriterien zur Todesfeststellung in der Praxis akzeptiert, sind Koma-Patienten, gleichgültig welcher Art und Schwere, offenbar nicht als tot, sondern als lebend zu betrachten. Die Konsequenzen dieser Feststellung aber sind ebenso zwingend wie einfach: Da Koma-Patienten leben, müssen sie auch in allen Belangen wie Lebende mit einem Lebensrecht behandelt werden. Das bedeutet insbesondere: Nicht nur eine Organentnahme wie bei Toten (und natürlich auch eine Herbeiführung des Todes zu diesem Zweck) ist bei ihnen unzulässig. Auch eine - aktive oder passive - Herbeiführung ihres Todes etwa auf Verlangen ihrer Angehörigen oder aus Gründen der Kostenersparnis muß verboten bleiben. Mit alledem vereinbar ist eine Herbeiführung des Todes [119] von Koma-Patienten, die im Einklang mit den allgemeinen Voraussetzungen einer legitimen Sterbehilfe steht, also im Interesse der Betroffenen selbst erfolgt. Eine solche Sterbehilfe setzt, wie wir wissen, eine vorliegende Ermächtigung seitens des Betroffenen voraus, wobei - wegen ihrer Entscheidungsunfähigkeit zum relevanten Zeitpunkt - im Fall der Koma-Patienten nur eine mutmaßliche Ermächtigung in Betracht kommen kann.

All dies gilt selbstverständlich auch für die sogenannten »Wachkoma-Patienten« oder Apalliker. Die seit einigen Jahren bei uns geführten, massiven Kontroversen um ihre angemessene Behandlung<sup>69</sup> wären weitgehend vermeidbar, wenn man auch in diesem Bereich - ähnlich wie im Bereich der Hirntoten - an der für unseren gesamten moralischen und rechtlichen Umgang mit Menschen fundamentalen Unterscheidung zwischen lebenden und toten Menschen konsequent und ohne die ausdrückliche oder stillschweigende Einführung irgendwelcher Zwischenstadien (»sterbende Menschen« oder ähnliches) festhalten würde. Solange Wachkoma-Patienten nicht unter eines der für das Vorliegen des

<sup>67</sup> Eine Ausnahme von diesem Grundsatz kommt lediglich bei Neugeborenen, die extrem früh geboren sind, in Betracht. Siehe Hoerster 1995b, Kap. 3.

<sup>68</sup> Ausführlich hierzu Hoerster 1995, 141 f. 118.

<sup>69</sup> Für eine aufschlußreiche Darstellung siehe Keller 1996, 12 ff.

Todes akzeptierten Kriterien fallen, kann der Umgang mit ihnen im Einzelfall nur den generellen Prinzipien einer legitimen Sterbehilfe unterliegen.<sup>70</sup> Die Voraussetzungen einer mutmaßlichen Ermächtigung zur Sterbehilfe sind in Kapitel 6 im einzelnen dargestellt und argumentativ untermauert worden. In diesem Zusammenhang ist zu betonen, daß nach der von mir vertretenen Sichtweise eine aktive Sterbehilfe bei Koma-Patienten von vornherein nicht in Betracht kommt, da bei diesen Patienten [120] die Voraussetzung, daß sie schwer und unheilbar leiden, nicht erfüllt ist: Wer leidet, befindet sich nicht im Koma; und wer sich im Koma befindet, leidet nicht.<sup>71</sup> Die medizinische Fachfrage, unter welchen besonderen Bedingungen ein Koma irreversibel, also unheilbar ist, kann in diesem Zusammenhang also offen bleiben. Sofern Sterbehilfe gegenüber Koma-Patienten zulässig ist, kann sie nur passiver Natur sein, also in einem Verzicht auf ärztliche Behandlung bestehen.

Müssen die Voraussetzungen, an die wir in Kapitel 6 den Behandlungsverzicht gegenüber urteilsunfähigen Patienten geknüpft haben, aber auch im Fall von Koma-Patienten tatsächlich unter allen Umständen erfüllt sein? Nehmen wir einmal an, der Koma-Patient A hat vor Verlust des Bewusstseins ausdrücklich seine Behandlung bis zum natürlichen Eintritt des Todes verlangt, sich also jede Art von Sterbehilfe im Vorhinein ausdrücklich verbeten. Nehmen wir weiter an, daß A noch etliche Jahre ohne jede Heilungsaussicht im Koma verbringt, bevor er stirbt. Wollen wir auch für solche Fälle wirklich an unserer Auffassung festhalten, wonach die Behandlung - ohne Rücksicht auf ihre immensen Kosten - bis zum natürlichen Ende nicht abgebrochen werden darf?

An diesem Punkt müssen wir eine wichtige Unterscheidung in unsere Überlegungen aufnehmen. Es ist die Unterscheidung zwischen einer ärztlichen Behandlungspflicht im konkreten Fall und einer gesellschaftlichen Norm, die generell, d. h. für eine Vielzahl von konkreten Fällen, eine ärztliche Behandlungspflicht vorsieht. Daß der individuelle Arzt nicht im Einzelfall nach eigenem Gutdünken aus Kostengründen eine Behandlung ablehnen darf, besagt nicht, [121] daß nicht die Gesellschaft insgesamt berechtigt ist, generelle Regeln für eine ärztliche Behandlungspflicht in bestimmten Fällen unter Berücksichtigung von Kostengesichtspunkten aufzustellen.<sup>72</sup>

Ein solches Recht der Gesellschaft steht insbesondere nicht im Widerspruch zu dem von unserer Verfassung garantierten Recht auf Leben, das jeder einzelne Mensch besitzt.<sup>73</sup>

Dieses Recht auf Leben kann nämlich sinnvollerweise lediglich als Abwehrrecht, nicht aber als Anspruchs- oder Leistungsrecht verstanden werden. Das bedeutet insbesondere: Die Gesellschaft darf den einzelnen zwar prinzipiell nicht töten, muß ihn andererseits aber nicht prinzipiell am Leben erhalten. Allerdings sind Töten und Sterbenlassen durch eine bestimmte Person dann als gleichwertig und insofern gleichermaßen als Verletzungen des anerkannten Rechtes auf Leben zu betrachten, wenn gerade diese Person dem Betroffenen gegenüber eine spezielle »Garantenstellung« innehat.<sup>74</sup> Eben deshalb darf ein Arzt seinem Patienten, dem gegenüber ihm eine solche Garantenstellung in einem gewissen, rechtlich und möglicherweise vertraglich festgelegten Behandlungsrahmen zukommt, eine in diesem Rahmen liegende lebensrettende bzw. lebensverlängernde Behandlung nicht verweigern. Dies bedeutet aber offensichtlich nicht, daß eben dieser Rahmen nicht von der Gesellschaft durch ihre Rechtsordnung im einzelnen definiert werden dürfte. Daß sich ein solches Recht der Gesellschaft kaum leugnen läßt, kann man sich an einem einfachen, hypothetischen Beispiel klarmachen. Angenommen, man kann Patienten bei irreversiblen Herzversagen mit Hilfe eines »künstlichen Herzens« noch für ein paar Monate in einem äußerst reduzierten Zustand am Leben erhalten. Die Anschaffungskosten dieses Apparates betragen jedoch zehn Millionen DM seine täglichen Betriebskosten zehn tausend DM. Da etwa jeder zehnte Bürger am Lebensende den Apparat in Anspruch nehmen könnte, wären die Kosten seiner flächendeckenden Anschaffung und Einsetzung enorm; eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung für jeden Beitragszahler des Gesundheitssystems wäre die Folge.

Warum sollten in diesem Fall nicht die Bürger selbst bzw. ihre politischen Repräsentanten zu dem Ergebnis kommen dürfen, daß ihnen die zehnpromtente Wahrscheinlichkeit einer Lebensverlängerung unter den genannten Umständen die gravierenden finanziellen Mehraufwendungen während ihrer normalen Lebenszeit nicht wert ist?

Wer eine solche Entscheidung in diesem hypothetischen Fall für legitim hält, muß konsequenterweise prinzipiell bereit sein, die Festlegung der Standards medizinischer Versorgung unter Umständen auch von Kostengesichtspunkten abhängig zu machen. Dies bedeutet natürlich nicht, daß Kostengesichtspunkte in jedem Fall den Ausschlag geben oder auch nur eine wesentliche Rolle spielen dürften. Offenbar muß die primäre Frage immer lauten, welchen Wert die betreffende kostenintensive Behandlung für die Patienten selbst noch hat.

<sup>70</sup> Dies übersehen z. B. die Verfasser des Alternativentwurfs (1986, 15). Wenn sie im Fall irreversibler Bewußtlosigkeit einfach eine »unter Lebensschutzaspekten sinnlos gewordene Behandlung« annehmen, so ignorieren sie die logisch zwingende Wahrheit, daß die Behandlung eines Lebenden nie »unter Lebensschutzaspekten sinnlos« sein kann.

<sup>71</sup> Sollten (alle oder manche) Apalliker, wie gelegentlich angenommen wird, jedoch tatsächlich empfindungs- und somit leidensfähig sein, so sollte man besser aufhören, die Betroffenen überhaupt als »KomaPatienten- bzw. »Wachkoma-Patienten- zu bezeichnen.

<sup>72</sup> Daß diese Unterscheidung gewöhnlich nicht in aller Deutlichkeit getroffen wird, ist ein weiterer Grund für die Fruchtlosigkeit vieler Kontroversen um die Behandlung der Wachkoma-Patienten.

<sup>73</sup> Vgl. oben S. 12 ff.

<sup>74</sup> Vgl. auch schon S. 59 f. 121.

Ganz wesentlich scheint mir in dieser Hinsicht der folgende Punkt zu sein: In einer Gesellschaft mit prinzipiell gleichen Rechten aller Bürger darf die Entscheidung über die Standards medizinischer Versorgung nicht ad hoc von den Gesunden über das Schicksal der bereits Kranken, der Betroffenen gefällt werden. Es muß vielmehr so sein, daß die Gesunden im Wege der Abwägung ihrer eigenen mittel und langfristigen Interessen bestimmen, was sie im Zustand der Gesundheit für sich selbst im Falle späterer Krankheit aufzuwenden willens sind.

[123] Durch ein solches Entscheidungsverfahren wird insbesondere der nicht selten erhobene Einwand entkräftet, Gesichtspunkte der Kostenersparnis dürften in Fragen medizinischer Versorgung schon deshalb keine Rolle spielen, weil hier unvermeidlich die Gesunden über die Kranken bzw. die Nichtbehinderten über die Behinderten - kurz: die Starken über die Schwachen - entscheiden würden. Denn absolut niemand, der heute stark und gesund ist, kann selbst bei optimaler Konstitution ausschließen, daß er selbst eines Tages, ja urplötzlich - etwa infolge eines Verkehrsunfalls - schwach oder behindert sein wird.

So gesehen, muß die Antwort auf die in unserem Beispielfall (S. 120) aufgeworfene Frage nach dem Bestehen einer Behandlungspflicht gegenüber dem Koma-Patienten A wie folgt lauten: Solange die Gesellschaft nicht in der skizzierten Weise und auf demokratischem Wege generelle Grenzen einer Behandlungspflicht gegenüber Koma-Patienten festgelegt hat, muß A, solange er »lebt«, d. h. nicht unter die Todesdefinition fällt, eine nach den vorhandenen Möglichkeiten optimal lebensverlängernde Behandlung erfahren. Dies schließt aber nicht aus, daß in Zukunft eine generelle (zeitliche und/oder qualitative) Behandlungsbegrenzung gegenüber Koma-Patienten vom Gesetzgeber festgelegt wird und von diesem Zeitpunkt an auch für den individuellen Arzt Verbindlichkeit gewinnt. In diesem Zusammenhang hat sich jeder für sich selbst die Frage vorzulegen, was es ihm wert ist, als eventueller Koma-Patient über Monate oder Jahre mit einer immer geringer werdenden Chance des Erwachens aus dem Koma am Leben gehalten zu werden. Aufgabe der Fachmedizin aber ist es, die Gesellschaft über die genaue Natur dieses Zustands, Aufgabe der Gesundheitsökonomie, sie über die betreffenden Behandlungskosten so präzise und umfassend wie möglich aufzuklären.