

Zur Autonomiefrage in der ärztlichen Suizidhilfe

Bewusstsein und Leben

Selbstbestimmung ist ein zentrales Argument für ärztliche Suizidhilfe. Der Autor beklagt, dass in der Sterbehilfedebatte aber keine Grundlagenbetrachtung zur menschlichen Autonomie geführt werde. Auch würde von «Erlösung» eines leidenden Menschen gesprochen. Ob sich der Mensch nach dem Tod überhaupt in einem wie auch immer gearteten Bewusstseinszustand befinde, müsse aber zuerst untersucht werden.

Jürg E. Lehmann

Am 27.11.2012 fand in Basel das Podiumsgespräch «Suizidhilfe – [k]eine ärztliche Aufgabe?» statt. Es wurde deutlich, dass die Frage nach der menschlichen Autonomie essentiell die Gesamtgrundlage der Thematik prägt. Ebenso zentrieren sich die seither in der SÄZ erschienenen Artikel und Leserbriefe auf die Selbstbestimmungsfähigkeit. Namentlich Befürworter der ärztlichen Suizidhilfe verweisen auf «die Respektierung des Selbstbestimmungsrechts von urteilsfähigen und gutinformierten Patienten und Patientinnen» [1] und auf die «Selbstbestimmung in schwierigen Lebenslagen» [2]. Auch von juristischer Seite wird auf die «Selbstbestimmung am Lebensende» hingewiesen [3].

Was ist menschliche Selbstbestimmung? Keine andere Frage nimmt in der Geistesgeschichte eine so fundamentale Stellung ein wie die nach der freien Selbstbestimmung des Menschen. Ein seit der Antike bestehender philosophischer, ethischer und naturwissenschaftlicher Diskurs ringt darum, diese Frage einer wirklichkeitsgemässen Antwort zuzuführen. Kaum je aber wird in der Sterbehilfedebatte eine Grundlagenbetrachtung zur menschlichen Autonomie geführt. Zwar wird gefordert, «..., dass die Probleme der klinisch sicheren Feststellung der Selbstbestimmungsfähigkeit von Patienten besser erforscht werden müssen, bevor über die ärztliche Tötung auf Verlangen bzw. Assistenz zur Selbsttötung von Patienten medizinethisch diskutiert werden kann» [4]. Aber hier wird nur die Frage der Diagnostik und nicht die ungleich essentiellere nach dem Wesen der Selbstbestimmung gestellt. Zwar wird das Kriterium der sogenannten Urteilsfähigkeit herangezogen, die im zweifelhaften Falle extern fachärztlich begutachtet werden kann. Ist ein urteilsfähiger Mensch aber notwendig selbstbestimmt?

Die angedeuteten Fragen können im Rahmen dieses bereits stark gekürzten Aufsatzes nicht in ihrer Tiefe ausgelotet werden. Die SÄZ wäre aber ein Forum, in dem die Frage menschlicher Selbstbestimmung, die gemäss weltanschaulicher, wissenschaftli-

Conscience et vie

Principal argument en faveur de l'assistance médicale au suicide, l'autodétermination est invoquée sans que l'on ait étudié son essence au préalable. On souhaite que le médecin soit juridiquement tenu de «délivrer» de ses souffrances un patient éclairé qui veut mourir, mais sait-on seulement dans quel état une personne suicidée se trouve après sa mort? En effaçant la différence entre volonté de guérir et fin de vie bien intentionnée, on en vient vite à faire de la valeur de la vie un critère du droit à la vie. Agir avec autodétermination suppose que l'on connaisse les raisons et les motivations de nos actes, ce qui n'est possible que si le sujet qui agit se perçoit lui-même comme l'objet de sa pensée: l'autodétermination présuppose ainsi la connaissance de soi. En matière de fin de vie, une personne n'est donc autonome que si elle est en mesure de connaître non seulement sa situation de souffrance mais aussi sa biographie et sa destinée. Mais si elle disposait de ces connaissances, souhaiterait-elle encore se suicider? Si la capacité d'autodétermination appartient potentiellement à chaque être humain, il devient clair que chacun possède en lui une essence spirituelle susceptible d'être étudiée par une science de la réalité de l'esprit de manière aussi précise que le corps par les sciences naturelles.

cher und menschlich-individueller Voraussetzung unterschiedlich beleuchtbar ist, in ihrer medizinischen Relevanz und Konsequenz entwickelt werden sollte.

Korrespondenz:
Dr. med. Jürg E. Lehmann
Leonhardsgraben 15
CH-4051 Basel
j.lehmannpraxis[at]bluewin.ch

Für viele Menschen ist der Sterbewunsch und Suizid eines Menschen eine existentiell anrührende und zur Selbstbesinnung aufrufende Erfahrung. Und wer wollte für sich selbst garantieren, im Zustand anhaltenden Leidens nicht auch einem Suizidverlangen ausgesetzt sein zu können? Kein mitfühlender Mensch wird seinem in existentieller Not stehenden, todeswilligen Mitmenschen Verständnis und Hilfe versagen. Moralisierende und paternalistische Haltung wird einer menschlichen Hinwendung weichen. Dieses Verhältnis stellt eine grundlegend *individuell-menschliche* Angelegenheit dar. Ganz andere Gesichtspunkte ergeben sich aber, wenn in der *sozial-rechtlichen* Sphäre einer Menschengemeinschaft die Erfüllung eines Suizidwunsches zum juristisch begründeten ärztlichen Auftrag und Ethos erhoben wird. Die Vermischung der zwei Gesichtspunkte leistet der Suggestion Vorschub, die Befürworter ärztlicher Suizidhilfe verfügten über ein moderneres Verständnis und höheres Mass an Empathie als Ärzte, die ärztlicher Suizidhilfe hinterfragend gegenüberstehen.

«Ist ein urteilsfähiger Mensch aber notwendig selbstbestimmt?»

Wenn von «Erlösung» [1] eines leidenden Menschen gesprochen wird, schwingt dieses Selbstverständnis implizit mit. Ob ein Mensch sich nach dem Tode in einem Zustand der «Erlösung» befindet, was darunter zu denken wäre, und ob sich der Mensch im Nachtodlichen überhaupt in einem wie auch immer gearteten Bewusstseinszustand befindet, sind Fragen, die zuerst untersucht werden müssten. Die Möglichkeit dazu wird von der gegenwärtigen Naturwissenschaft aber kategorisch abgelehnt. «Man will zwar die Tabus von Sterben und Tod durch die Sterbehilfedebatte endlich brechen, aber das bedeutendste Tabu, die Frage nach der über Geburt und Tod hinausgehenden Existenz des Menschen wird fraglos beibehalten» [5]. Wenn behauptet wird, es sei «noch keiner vom Tode zurück gekommen» [6], sollte man konsequenterweise auch keine suggestiven Termini wie «Erlösung» verwenden, da man gemäss eigener Urteilsprämisse über den Post-mortem-Zustand nichts wissen und aussagen kann. Will man sich diesbezüglich mit dem Verweis auf die gegenwärtig herrschende Neurowissenschaft retten, die die Kontinuität eines menschlichen Bewusstseins nach dem Tod aufgrund des Wegfalls der leiblichen Grundlagen für unmöglich erklärt, sollte man allerdings die logische Konsequenz dieser Anleihe bedenken: Denn dieselbe Neurowissenschaft, die dem Suizidhilfebefürworter die Argumente für das postmortale Bewusstseins-Nichts liefert, hebt mit exakt denselben Argumenten jede Möglichkeit menschlicher Selbstbestimmung vollumfänglich und radikal

auf. Das neurobiologische Diktum lautet: «Keiner kann anders, als er ist» [7]. Beruft man sich auf die aufgeklärte Naturwissenschaft, sollte man aufhören, von Selbstbestimmung zu sprechen, da diese von der soeben angerufenen Autorität annulliert worden ist.

Die Heilung eines Menschen ist von der beabsichtigten Lebensbeendigung fundamental zu unterscheiden. Und das Ausserachtlassen dieses essentiellen Unterschiedes rückt die Forderung nach gesetzlicher Beauftragung des Arztes zur Suizidhilfe auch von unheilbar chronisch kranken und schwer behinderten Menschen [1] in den begrifflichen Umkreis der Lebensbewertung und damit in bedenkenwerte Nähe zu einer der dämonischsten Epochen mitteleuropäischer Medizin. Diese Nähe wird auch nicht durch den Verweis auf die Autonomie aufgehoben, denn es stellt sich ebendie Frage, was Selbstbestimmung überhaupt, speziell aber am Lebensende heisst, und ob ein Suizidwunsch eine solche autonome Entscheidung darstellen, oder umgekehrt auch ein Krankheitssymptom sein kann [4, 8].

Bereits 1806 erkannte der bedeutende Arzt und Wissenschaftler Wilhelm Hufeland in klarer Vorausschau Folgendes: «(Der Arzt) soll und darf nichts anderes tun als Leben erhalten, ob es ein Glück oder Unglück sei, ob es Wert habe oder nicht, dieses geht ihn nichts an, und masst er sich einmal an, diese Rücksicht in sein Geschäft mitaufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar, und der Arzt wird der gefährlichste Mensch im Staat; denn ist einmal die Linie überschritten, glaubt sich der Arzt einmal berechtigt, über die Notwendigkeit eines Lebens zu entscheiden, so braucht es nur stufenweise Progressionen, um den Unwert und folglich die Unnötigkeit eines Menschenlebens auch auf andere Fälle anzuwenden» [9]. Diese im Nationalsozialismus in geradezu verstörender Weise wahrgewordene Prophetie ist wohl mit ein Grund, dass die deutschen Gäste der Podiumsdiskussion ein offenkundig hochgradig sensibilisiertes und differenziertes Sensorium für die latente Abgründigkeit staatlich-juristischer Aufgabenerteilung für ärztliche Suizidhilfe aufweisen. Denn es kann nicht übersehen werden, dass anfängliche «... feine Akzentverschiebungen in der Grundhaltung der Ärzte» [10] einerseits sowie theoretische, oft genug mit dem Mitleidsargument operierende Erwägungen andererseits für den Übergang zur praktischen Euthanasie vorbereitend waren [11, 12].

So lange nicht geklärt ist, was menschliche Autonomie ihrem *Prinzip* nach ist, bleibt sie als Argument für ärztliche Suizidhilfe hinterfragbar. Es wird im Folgenden in groben Umrissen ein Gesichtspunkt entwickelt, der ungewohnt erscheinen mag. Vielleicht werden sich Leser finden, die auch ungewohnte Standpunkte probeweise einnehmen und deren Konsequenzen immanent-kritisch verfolgen und beurteilen wollen.

Evolutiv betrachtet ist die Entstehung menschlichen Ichbewusstseins durch die Verleiblichung bedingt. Der Leib als «principium individuationis» [13]



Was erwartet den Menschen nach seinem Tod? Erlösung? Was wird aus seiner «Seele»? Der Antwortversuch dieses Holzchnitts aus dem 15. Jahrhundert vermag heutzutage nicht mehr recht zu überzeugen. (Bild und Text: Redaktion)

ermöglicht erst das Individualbewusstsein des Menschen als eines seelisch-geistigen Wesens. Die Erscheinung des Denkens als individuelle menschliche Bewusstseinsqualität ist *zunächst* an bestimmte leibliche Voraussetzungen gebunden. Diese sind geradezu daraufhin organisiert, ichbewusstes, selbständiges Denken zu ermöglichen. Prägnanter formuliert: «Der Menschenleib hat einen dem Denken entsprechenden Bau» [14]. Insofern menschliche Selbstbestimmung ein Ichbewusstsein voraussetzt, kann sich auch Erstere nur mittels des Leibes entwickeln. Bewusstseinsgenetisch besehen ist Autonomie eine emergente Entwicklungsstufe des Menschen, die des Leibes als Instrument bedarf und die Weiterentwicklung zu einem leibunabhängigen Ichbewusstsein implizit einschliesst. In jedem Fall setzt individuelle Bewusstseinsentwicklung leibliches Leben voraus und nicht umgekehrt. Dieses kategoriale Verhältnis führt zur Frage, wie menschliche Autonomie zur Annullierung des Lebens, auf dessen Boden sie überhaupt erwächst, begründeterweise angeführt werden kann.

Mit Hilfe des Denkens bestimmt der Mensch die Dinge und sich selbst. Handlungen, deren Entstehungsgründe in der Dunkelheit des Vor- oder Unbewussten liegen, sind nicht wahrhaft unsere. Erst ein Handeln, dessen Gründe aus der Sphäre des erkennenden Denkens erfließen, ist ein vollbewusstes und dadurch unser eigenes. «Was heisst es, ein *Wissen* von den Gründen seines Handelns zu haben? Man hat diese Frage zu wenig berücksichtigt, weil man leider immer in zwei Teile zerrissen hat, was ein untrennbares Ganzes ist: den Menschen. Den Handelnden und den Erkennenden unterschied man, und leer ausgegangen ist dabei nur der, auf den es vor allen anderen Dingen ankommt: der aus Erkenntnis Handelnde» [15]. Diese Erkenntnis erstreckt sich nicht nur auf die gegebene Situation, in

die handelnd eingegriffen wird, sondern ebenso auf das erkennende und handelnde Subjekt selbst. Damit wird das aus dem Denken heraus handelnde Selbst seinerseits zum Objekt der Erkenntnis und erlangt so erst ein Vollbewusstsein über den Ursprung seiner Absichten: Selbsterkenntnis geht der Selbstbestimmung notwendig voraus. Die Frage lautet: Ist ein Mensch, der seinen Tod und die ärztliche Assistenz dazu fordert, eine sich in ihren Wesenstiefen aktuell selbsterkennende Individualität? Erleiden von Schmerz, Verlassenheit, Sinnlosigkeit kann nachvollziehbar zu Todeswünschen führen, aber nur aktueller Denkvollzug vermag *erlittene* Erlebnisse in *erkannte* Erlebnisse zu wandeln und damit autonomes Bewusstsein zu begründen. Autonomie des suizidwilligen Menschen heisst, eine solche für die Selbstbestimmung unabdingbare Erkenntnisleistung – die auch die individuellen Biographie- und Schicksalshintergründe vollumfänglich zu umgreifen hätte – wirklich vollzogen zu haben. Hat sich ein suizidwilliger Mensch durch eigenen, bewussten Willensakt tatsächlich zur Erkenntnisschau über sein Leben und seine Aufgaben, über seinen Ursprung und sein Ziel befähigt, dann ist er für das Problem der Lebensbeendigung wahrhaft autonom geworden. Ob er sich dann noch suizidieren will?

So besteht die eigentliche Aufgabe ärztlichen Handelns darin, dem leidenden Menschen so lange helfend beizustehen, als dieser als ein letztlich geistig-seelisches Wesen in seinem Leibe als dem Instrument eines Bewusstseinsprozesses lebt, keinesfalls aber darin, ihn dieses Instrumentes vorsätzlich zu berauben. Gerade weil die Verleiblichung als *conditio humana* menschlich-irdischen Daseins einer bewusstseinsbildenden Dynamik dient, wird eine therapeutische Gesinnung, die diesen Zusammenhang zwischen Bewusstseinsentwicklung und leiblichem Leben durchschaut, dem Menschen auch dann entsprechende Therapie und Pflege zukommen lassen, wenn ein Heilungserfolg aussichtslos erscheint.

Rudolf Steiner macht in einem Kurs für Ärzte mit aller Deutlichkeit auf diesen Sachverhalt aufmerksam: «Es ist eine ungeheure stärkende Kraft, wenn Sie unter allen Umständen bis zuletzt den Gedanken an den Tod – bis zuletzt! – fortschicken und nur denken, was tue ich, um an Lebenskraft zu retten, was zu retten ist. Wenn solche Gesinnung entfaltet wird, werden viel mehr Menschen gerettet, als wenn jene andere Gesinnung entfaltet wird, die aus diesen oder jenen Dingen irgendwie den Tod prognostiziert» [16]. Die Würde des Menschen liegt nicht in der geäusserten Aktualität des autonomen Bewusstseins, sondern bereits in der jedem Menschen zukommenden Potentialität desselben. Betrachtet man die Würde und den Wert des Menschen gebunden an definierte Bewusstseinsstufen, Fähigkeitsäusserungen oder Selbstbestimmungsgrade, verliert jeder demente, behinderte oder hirutraumatisierte Mensch gleichermassen seine Würde wie jeder Embryo und Säugling [17].

Die veranlagte Realmöglichkeit zur stufenweise evolvierenden Bewusstseinsbefähigung ist allein Wesenskonstituente menschlicher Würde, die konsequenterweise jedem Menschen ungeachtet seiner raum-zeitlichen Vollkommenheits- und Daseinsformen inhärent ist und bleibt [18].

Der Mensch als geistig-seelisches Wesen wird im Akt der freien Selbstbestimmung real erfahrbar. Und gerade dieses Erlebnis geistiger Wirkenspotenz des menschlichen Wesenskerns ist der tiefere Grund, warum innerhalb der europäischen Medizintradition über Jahrhunderte hinweg menschliches Leben als unantastbar galt. Unter dem zunehmend von utilitaristischen und ökonomischen Gesichtspunkten untergründig durchsetzten und dominierten Menschenbild der Gegenwartsmedizin ist das Leben aber zu einem relativen und verhandelbaren Gut herabgesunken. Der australische Ethiker Peter Singer zieht nur die Konsequenzen aus einer auf die Sinnesbeobachtung gebannten, sich selbst nicht mehr verstehenden Naturwissenschaft, die den Geist und die Seele des Menschen nur noch als Epiphänomen komplexer biologischer Vorgänge begreift, wenn er festhält: «Vorausgesetzt, dass wir Entscheidungskriterien dafür aufstellen können, wen man sterben lassen darf und wem Behandlung zukommt: Warum sollte es dann unrecht sein, Entscheidungskriterien – vielleicht dieselben Kriterien – dafür aufzustellen, wer getötet werden darf?» [19]. Diese «praktische Ethik» bemisst Wert und Schutzwürdigkeit des Menschenlebens nach der aktuellen Bewusstseinsgradierung, die zur massgebenden Richtschnur für die Berechtigung zum Leben gesetzt wird [20]. In begründeter Art wird man sich von einer solchen Todeslogik nur distanzieren können, wenn man die seelische und geistige Substanz des Menschen genauso ernsthaft zu beobachten und zu erkennen strebt, wie man es seit mehreren Jahrhunderten mit seiner leiblich-materiellen Natur fruchtbar tut. Denn an der Frage der Selbstbestimmung in der ärztlichen Suizidhilfe wird evident, dass sich eine rein positivistische Naturwissenschaft mit ihrem Begriffsinstrumentarium notwendig vor eine unüberwindbare Grenze gestellt sieht. Und diese Frage wird nur dann befriedigend und umfassend beantwortet werden können, wenn eine Wissenschaft nicht mehr davor zurückschreckt, die nichtsinnlichen, aber ebenso realen Wesensfaktoren des Menschen erkennend ins Auge zu fassen. Ergreift und erlebt man die welthistorisch epochemachende, auf dem Denken beruhende Erkenntnis-methode der Naturwissenschaft in ihrem tieferen Kern, wird man es nicht mehr *a priori* als unmöglich bezeichnen, höhere Daseinsebenen wissenschaftlich erforschen zu können. Durch Selbstergreifung und Steigerung dieser Methode wird es stufenweise möglich, «...zu zeigen, dass richtig verstandenes Denk-Erleben schon Geist-Erleben ist» [21]. Eine daraus sich entwickelnde eigentliche Geistes-Wissenschaft ist in der Lage, die Zeit und Raum überwirkende, sich immer neu aktualisierende menschliche Entelechie

und ihr Verhältnis zur Welt ebenso systematisch fruchtbringend zu erforschen, wie es die Entwicklungstheoretiker mit den leiblichen Grundlagen des Menschen exemplarisch getan haben.

Literatur

- 1 Schafroth M. Suizidhilfe ist Teil der ärztlichen Aufgaben. Die Zeit ist reif für eine Anpassung der SAMW-Richtlinien. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(34):1226–7.
- 2 Preisig E. Ärztliche Suizidhilfe. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(16):581.
- 3 Petermann F. Europas Bevölkerung verlangt Selbstbestimmung am Lebensende. Schweiz Ärztezeitung. 2013;94(26):1045–8.
- 4 Vollmann J. Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit. Beiträge zur klinischen Ethik. Stuttgart: Kohlhammer; 2008. S. 150.
- 5 Heusser P, Riggenbach B. Sterbebegleitung – Sterbehilfe – Euthanasie. Bern: Verlag Paul Haupt; 2003. S. 132.
- 6 Schafroth M. Mündliche Äusserung. Podiumsdiskussion der Schweizerischen Ärztezeitung am 27.11.2012.
- 7 Singer W. Verschaltungen legen uns fest: Wir sollten aufhören, von Freiheit zu sprechen. In: Geyer C. Hirnforschung und Willensfreiheit. Frankfurt a.M.: Suhrkamp; 2004. S.63.
- 8 Hoff P. Suizidwunsch bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung: Symptom oder autonomer Entscheid? Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(23):852–3.
- 9 Hufeland CW. Die Verhältnisse des Arztes. In: Hufelands Journal. Heft 23; 1806. Zit. n. Selg P. Die geistige Dimension des Menschen? Zur Entwicklung der medizinischen Anthropologie im 20. Jahrhundert. In: Heusser P, Selg P. Das Leib-Seele-Problem. Arlesheim; 2011. S. 52.
- 10 Alexander L. Medical science under dictatorship. New Engl Journal of Medicine. 241; 1949. Zit. nach Singer P. Praktische Ethik. Stuttgart: Reclam; 2013. S. 334.
- 11 Benzenhöfer U. Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart. München: Verlag C.H. Beck; 1999.
- 12 Heusser P, Riggenbach B. Sterbebegleitung. S. 32.
- 13 Von Aquin T. Über das Sein und das Wesen. Köln: J. Hegner Verlag; 1953. S. 23.
- 14 Steiner R. Theosophie. Dornach: Rudolf Steiner Verlag; 1987. S. 34.
- 15 Steiner R. Die Philosophie der Freiheit. Grundzüge einer modernen Weltanschauung. Seelische Beobachtungsergebnisse nach naturwissenschaftlicher Methode. Dornach: Rudolf Steiner Verlag; 1987. S. 21.
- 16 Steiner R. Physiologisch-Therapeutisches auf Grundlage der Geisteswissenschaft. Dornach: Rudolf Steiner Verlag; 1989. S. 283.
- 17 Rager G. Embryo – Mensch – Person: Zur Frage nach dem Beginn des personalen Lebens. In: Beckmann JP. Fragen und Probleme einer medizinischen Ethik. Berlin/New York: W. de Gruyter; 1996. S. 274.
- 18 Ziegler R. Erkenntnismethodische und ethische Grundlagen der klinisch-therapeutischen Wirksamkeitsforschung. In: Fintelmann V. (Hrsg.) Onkologie auf anthroposophischer Grundlage. Stuttgart: Johannes M. Mayer; 2004. S. 9.
- 19 Singer P. Praktische Ethik. Stuttgart: Reclam; 2013. S. 335f.
- 20 Singer P. ebd. S. 288f.
- 21 Steiner R. Die Philosophie der Freiheit. [15] S. 255ff.