



WESTFÄLISCHE
WILHELMS-UNIVERSITÄT
MÜNSTER

› Moderne Medizinethik

Problemfeld: Sterbehilfe

Bettina Schöne-Seifert



Preprints and Working
Papers of the Centre for
Advanced Study in Bioethics
Münster 2015/73



› **Moderne Medizinethik**

Problemfeld: Sterbehilfe*

Bettina Schöne-Seitfert

Darf man Schwerstkranken zu einem vorzeitigen Tod verhelfen, wenn sie dies dezidiert und selbstbestimmt wünschen? Diese Frage gehört zu den klassischen und kontrovers beantworteten Fragen der Medizinethik. Von der Antike bis in die 1960er Jahre ging es dabei um die Varianten der Tötung auf Verlangen oder der (unterstützten) Selbsttötung, wie sie etwa von den Hippokratischen Ärzten in ihrem „Eid“ apodiktisch abgelehnt wurden. Erst in Zeiten der Hochleistungsmedizin mit ihrem Arsenal an lebenserhaltenden Maßnahmen – von der Blutwäsche bis zur künstlichen Ernährung – geht es auch um Sterbehilfe durch absichtlich unterlassene medizinische Lebenserhaltung. Ebenfalls erst durch die Entwicklung moderner Medikamente und das Verständnis ihrer Wirkungsweisen stellt sich außerdem die Frage, ob eine Beschleunigung des Todes in Kauf genommen werden darf, wenn sie absehbar als mögliche Nebenwirkung einer Symptomlinderung am Lebensende eintritt. Dieses Bündel an Fragen führt in komplexe und anhaltend kontroverse Debatten, die in der gesamten westlichen Welt geführt werden.

* Der nachfolgende Text enthält vereinzelt Formulierungen aus früheren Texten der Autorin. Manche Überzeugungen lassen sich schwerlich ganz neu fassen.

1 Hintergrundüberlegungen

1.1 Moderner Kontext der Sterbehilfe-Debatten

Der rasante medizinische Fortschritt des vergangenen halben Jahrhunderts hat nicht nur die Varianten möglicher Sterbehilfe vermehrt, sondern auch dazu beigetragen, dass Patienten sich häufiger als früher einen vorzeitigen Tod wünschen. So überleben viele Menschen in einem körperlich und geistig reduzierten Zustand Unfälle und Erkrankungen, an denen sie in früheren Zeiten gestorben wären. Dauerhaft bettlägerige Patienten etwa müssen nicht mehr an Infektionen sterben und Patienten nach Schlaganfällen können heute durch Intensivmaßnahmen erfolgreich am Leben erhalten werden – oft allerdings, ohne dass sich an ihrem eingeschränkten Grundzustand etwas ändert. Kurz: zahlreiche Patienten erleben am Ende ihres Lebens Phasen des Leidens, des Siechtums, der krankheitsbedingten Eingeschränktheit und Pflegebedürftigkeit, wie sie unseren Urgroßeltern weitgehend fremd waren. Außerdem wissen viele Kranke dank der heutzutage möglichen medizinischen Diagnostik und Prognostik, dass sie an einer unheilbaren Krankheit leiden und welche Entwicklungen diese Erkrankung im besten wie im schlechtesten Falle nehmen kann.

Das eigene Sterben unter solche Umständen mitbestimmen, erbitten oder in die eigene Hand nehmen zu wollen, wird zudem durch die zunehmende Säkularisierung der Gesellschaft befördert – zum Teil gegen die dezidierten Voten der katholischen Amtskirche und vieler protestantischer Theologen. Und schließlich führen auch Veränderungen relevanter sozialer Strukturen dazu, dass sich immer mehr Menschen privat und öffentlich mit der ‚Gestaltung‘ ihres Lebensendes auseinandersetzen: Die fortschreitende Auflösung enger familiärer Lebensformen und die berufliche Situation der Nachwuchsgeneration zwingt viele Menschen dazu, ihr Lebensende in Pflegeheimen zuzubringen, in denen sie lieber nicht wohnten oder lägen. Und schließlich wird im Arzt-Patienten-Verhältnis heutiger Prägung über das Sterben wohl noch immer allzu oft geschwiegen. Vor diesem Hintergrund ist Selbstbestimmung in Fragen des eigenen Sterbens zu einem bedeutsamen Thema geworden.

1.2 Begriffliche Unterscheidungen

Man unterscheidet im Umgang mit Todkranken und Sterbenden zwischen *Sterbebegleitung* und *Sterbehilfe*. Allerdings wird diese Unterscheidung fach- wie alltagssprachlich nicht ganz einheitlich getätigt. Ebenso naheliegend wie üblich ist jedenfalls, unter Sterbebegleitung alles (fürsorgliche) Handeln am Sterbebett zusammenzufassen, das den Zeitpunkt des Todeseintritts unbeeinflusst lässt. Hierzu gehören also große Bereiche der symptomlindernden Palliativmedizin, menschliche Zuwendung, Pflege oder spirituelle Begleitung. Als Sterbehilfe, um die es im Folgenden der Sache nach geht, werden hingegen wohlwollend motivierte Handlungen zusammengefasst, mit denen der Todeszeitpunkt – gezielt oder in Kauf nehmend, sicher oder möglicherweise – vorverlegt wird. Für manche Kritiker der einen oder anderen solchen Handlungsweise hat der Oberbegriff Sterbehilfe einen unangemessen positiven Unterton, weswegen sie ihn ganz ablehnen.

Im anglo-amerikanischen Sprachgebrauch wird statt von Sterbehilfe (*assistance in dying*) häufig allgemein von *euthanasia* gesprochen. Speziell in den Niederlanden wiederum verwendet man den Begriff *euthanasia* einzig für die Form von Sterbehilfe, die *aktiv* (siehe unten) und auf Verlangen des Patienten erfolgt. Demgegenüber ist in Deutschland der aus der Antike stammende Begriff Euthanasie (ursprünglich: sanftes Sterben, guter Tod) nachhaltig dadurch

diskreditiert, dass die Nationalsozialisten ihre hunderttausendfachen Morde an behinderten und kranken Menschen verbrecherisch-verlogen mit diesem ursprünglich positiven Etikett bemäntelten. Überhaupt werfen jene Gräueltaten in Deutschland bis heute dunkle Schatten auf Begriffe wie auf Inhalte der Sterbehilfedebatten.

Nach einem sehr üblichen Sprachgebrauch bezeichnet *passive Sterbehilfe* rein beschreibend jeden Behandlungsverzicht, mit dem der Tod des Patienten absichtlich herbeigeführt oder in Kauf genommen wird. Passive Sterbehilfe kann entweder durch unterlassendes Handeln verwirklicht werden (beispielhaft: Verzicht auf Wiederbelebungsversuche nach einem Herzstillstand) oder durch tätiges Handeln (beispielhaft: Abstellen eines Beatmungsgeräts). Der Verzicht auf eine weitere Erhaltung des Lebens kann zudem von vornherein oder nach anfänglichen Behandlungsversuchen erfolgen, wenn diese nicht zu dem ursprünglich erhofften Erfolg geführt haben. Die Kausalkonstellation, die alle diese Varianten vereint, besteht darin, dass hier der betroffene Patient an den Folgen seiner Krankheit stirbt – eines ‚natürlichen Todes‘, wie es oft heißt. Um diesen Kausalaspekt unmissverständlich zum Ausdruck zu bringen, bevorzugen viele Autoren eine Alternativ-Terminologie und sprechen vom *Sterbenlassen*.

Als *indirekte Sterbehilfe* bezeichnet man traditionell eine symptomlindernde Behandlung bei tödlich Kranken, die in Art und Dosierung medizinisch angezeigt ist, zugleich aber als mögliche Nebenwirkung den Eintritt des Todes beschleunigen könnte. Beispielhaft ist hier die Behandlung anderenfalls unstillbarer Schmerzen mit der Nebenwirkung einer todesbeschleunigenden Beeinträchtigung des Atemzentrums. Während solche ‚zweischneidigen‘ Therapien in den zurückliegenden Jahrzehnten häufig die einzigen Optionen waren, um einem leidenden Patienten symptomatisch zu helfen, hat der medizinische Fortschritt sie zunehmend vermeidbar gemacht. In der Systematik der normativen Beurteilung von Sterbehilfen behält die indirekte Variante gleichwohl einen wichtigen Platz.

Aktive Sterbehilfe ist der traditionelle Begriff für das direkte Töten eines Patienten. Der Tod tritt hier weder infolge einer Krankheit noch als Nebeneffekt einer Symptomlinderung ein, sondern – gewissermaßen krankheits- und therapieunabhängig – gezielt durch die Hand eines anderen, etwa durch eine tödliche Überdosis an Medikamenten. Die Alternativ-Terminologie spricht hier von *Töten* – wobei es in den Debatten praktisch ausnahmslos um Töten auf Verlangen des Patienten geht.

Suizidhilfe schließlich besteht in der Unterstützung (in diesem Kontext: eines leidenden Patienten) bei der Planung oder Durchführung seiner Selbsttötung. Im Zentrum medizinethischer Auseinandersetzungen steht die Frage nach der Zulässigkeit *ärztlicher* Suizidhilfe, wie sie in einigen Ländern gebilligt und legal praktiziert wird. Konkret geht es hier darum, ob Ärzte ihren Patienten unter bestimmten Umständen ein tödliches Medikament verschreiben und sie auf Wunsch bei ihrer Selbsttötung begleiten dürfen.

1.3 Rechtliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Ein wichtiger Ausgangsbefund für die nachfolgenden Überlegungen ist die Tatsache, dass passive Sterbehilfe (Sterbenlassen) einerseits und Suizid- oder aktive Sterbehilfe (Töten) andererseits in der Alltagsmoral wie im Recht zumeist grundsätzlich unterschiedlich bewertet werden. Das gilt auch dann, wenn die konkreten Umstände (unheilbares Leiden und selbstbestimmter Wunsch zu sterben) völlig vergleichbar sind. So gilt nicht nur für Deutschland, sondern wohl für alle westlichen Länder oder Gesellschaften und über diese hinaus, dass ein Abwehrrecht gegenüber lebenserhaltenden Behandlungen als Extremfall des uneingeschränkt anerkannten Vetorechts mündiger Patienten gegenüber den Behandlungsempfehlungen ihrer Ärzte gesehen

wird. Suizid- und aktive Sterbehilfe hingegen werden in der Regel als verbotswürdige Tötungshandlungen bewertet, die allenfalls als zulässige Ausnahmen gerechtfertigt werden können.

In Deutschland hat die Rechtsprechung 2010 eindeutig geklärt, dass entscheidungsfähige Patienten alle lebenserhaltenden medizinischen Behandlungen ablehnen dürfen – einschließlich künstlicher Beatmung und der Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit als Infusionen oder über Sonden.¹ Entsprechendes gilt grundsätzlich auch für Patientenverfügungen, in denen Patienten für Zeiten eingeschränkter oder verlorener Entscheidungsfähigkeit vorsorgliche Anweisungen treffen.²

Allgemein akzeptiert ist zudem, dass auch bei nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens abgebrochen werden dürfen, wenn diese lediglich eine Verzögerung des Todesintritts bewirken würden.³

Unstrittig und rechtssicher ist überdies das Praktizieren indirekter Sterbehilfe, die als Gebot humaner Medizin gilt – auch wenn sie aufgrund der verbesserten Palliativmedizin faktisch offenbar immer seltener vorkommt.

Töten auf Verlangen ist in Deutschland strafrechtlich ausnahmslos verboten, ohne dass hier ein Unterschied zwischen Todkranken (aktive Sterbehilfe) und anderen Todeswilligen gemacht wird. Repräsentative Meinungsumfragen zeigen demgegenüber seit vielen Jahren, dass über 70 % der Bevölkerung eine Legalisierung aktiver Sterbehilfe begrüßen würden. Unter deutschen Ärzten gilt dies hingegen nur für 17 %, wie eine gleichfalls repräsentative Befragung von 2009 zeigte.⁴

Ein Suizid(-versuch) schließlich ist in Deutschland seit 1751 nicht strafbar und damit ist auch die Suizidhilfe nicht rechtswidrig. Auch ohne Vorliegen einer expliziten gesetzlichen Regelung oder eines höchstrichterlichen Urteils schließt dies nach mehrheitlichem Juristen-Urteil die Suizidhilfe durch Ärzte ein. In früheren Jahren war deren Rechtskonformität mit Hinweis auf eine ärztliche Garantenpflicht zur Lebensrettung bezweifelt worden.⁵ Wohl aber wird ärztliche Suizidhilfe von einer Mehrheit der Landesärztekammern gegenwärtig standesrechtlich abgelehnt⁶ und widerspricht nach Auffassung der Bundesärztekammer dem ärztlichen Ethos und somit der offiziellen Standesethik („Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe“⁷). Unter Ärzten hingegen liegt die Zustimmungsrate zu einer ausdrücklichen Legalisierung ärztlicher Suizidhilfe bei 30 %, in der Bevölkerung bei fast 80 %. Wie man von einzelnen ‚Bekennern‘ weiß, gibt es in Deutschland eine weitgehend verdeckte Praxis ärztlicher Suizidhilfe⁸; ihr Umfang ist nicht bekannt.

Demgegenüber haben derzeit die Schweiz, Holland, Belgien und die US-Staaten Oregon, Vermont, Washington DC und Montana eine Legalisierung der ärztlichen Suizidhilfe (Holland/Belgien: auch aktive Sterbehilfe) vorgenommen.

1 BGH, Urteil vom 25.06.2010 – 2StR 454/09 – BGHSt 55, 191–206= NJW 2010, 2963.

2 Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 29.07.2009, Bundesgesetzblatt 2009 I Nr. 48, S. 2286–2287. Jetzt §§ 1901a ff. BGB.

3 Bundesärztekammer (2011): Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 108 (7), A346–A348.

4 Institut für Demoskopie Allensbach (2010) Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft. URL: www.bundesaeztekammer.de/page.asp?his=0.6.5048.8668. Letzter Zugriff: Dez. 2014.

5 Vgl. Borasio GD, Jox RJ, Taupitz J, Wiesung U (2014): *Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben*, Stuttgart, S. 27ff.

6 Vgl. Borasio et al.(2014) FN 5, S. 33ff.

7 Bundesärztekammer (2011) siehe FN 3, S. 346.

8 Arnold UC (2014): *Letzte Hilfe. Ein Plädoyer für das selbstbestimmte Sterben*, Reinbek.

2 Sterbehilfe-Varianten im ethischen Disput

Die Standardbedingungen, unter denen Sterbehilfe zumeist diskutiert wird, sind (i) ein selbstbestimmter – oder juristisch: freiverantwortlicher – Wunsch zu sterben; (ii) eine unheilbare Erkrankung und (iii) bestehendes oder antizipiertes Leiden an subjektiv unerträglichen Beschwerden. Auch jenseits dieser Standardbedingungen stellen sich zahlreiche schwierige Fragen – etwa nach der Zulässigkeit von Sterbehilfe bei kleineren Kindern und anderen noch nicht oder nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten; nach möglichen Grenzen von Sterbehilfe durch eine Patientenverfügung – etwa bei Demenzpatienten im Spätstadium; oder nach Sterbehilfe für Hochbetagte, die lebensmüde sind, ohne an einer unerträglichen Krankheit zu leiden. Diese und andere Sonderprobleme können hier aus Platzgründen kaum behandelt werden.

2.1 Absichtliches Sterbenlassen

Seitdem die moderne Medizin es ermöglicht, Schwerstkranke mithilfe von unterschiedlichsten Medikamenten und Funktionsüberbrückungen am Leben zu halten, auch wenn dies nicht mehr ihrem Willen entspricht oder ihrem Wohlergehen dient, gehören Entscheidungen zum Verzicht auf solche Behandlungen (passive Sterbehilfe) zum alltäglichen Umgang mit Schwerstkranken. Für mehrere europäische Länder wurde erhoben, dass die Mehrheit aller nicht plötzlichen Todesfälle im Kontext solcher Verzichtsentscheidungen erfolgt.⁹ Wo dabei über den Willen gemutmaßt oder von Dritten über das Wohlergehen geurteilt werden muss, kann es zu schwierigen und strittigen Einschätzungen kommen. Aber wenn entscheidungsfähige Patienten eine lebenserhaltende Behandlung informiert, wohlüberlegt und freiwillig – also selbstbestimmt – ablehnen, gilt ihr Sterbenlassen einhellig als Paradigma zulässiger Sterbehilfe. Die betroffenen Patienten können für ihre Entscheidung zwei deutlich unterschiedliche Motivationen haben: Entweder erachten sie die konkrete Behandlung wegen ihres Aufwands, ihrer Nebenwirkungen oder auch ihrer Kosten als zu belastend. Oder sie ziehen den Tod dem Weiterleben als solchem vor, weil dieses mit Kontroll- oder Partizipationsverlusten, Schmerzen, Funktionseinschränkungen oder auch Zumutungen für Dritte einhergeht (oder einherzugehen droht), die sie nicht erleben möchten.

Beide Motivationen, die spezifisch therapiebezogene wie die allgemein lebensqualitätsbezogene, gelten gemeinhin als legitim. Allerdings gilt dies nur für die direkt selbstbezüglichen Gründe und deutlich weniger für das Kosten- und das Zumutungsargument. Doch auch wenn die Finanzierung von Behandlungskosten in Deutschland wie in vielen anderen Ländern als solidarische Aufgabe angesehen wird, ist die Sorge um unverhältnismäßige Belastungen Dritter – Kosten für die Solidargemeinschaft oder ein Sich-Aufopfern der Angehörigen – ja eigentlich ein durchaus nobles Anliegen. Seine Abwehr lässt sich nur als Ausdruck der Angst davor verstehen, dass besagte Dritte die geforderte Selbstbestimmtheit des Sterbewunsches auf subtile Weise unterlaufen könnten.

Die *spezifische* Rechtfertigung passiver Sterbehilfe interpretiert diese (i) als letzte Konsequenz des generellen medizinischen Abwehrrechts von Patienten (keine Therapie ohne infor-

9 Van der Heide A, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E, van der Wal G, van der Maaes PJ (2003): "End-of-Life Decision-Making in Six European Countries: Descriptive Study", *The Lancet* 362 (9381), S. 345–350.

mierte Zustimmung), verweist (ii) darauf, dass die Kranken hier an den Folgen ihrer Krankheit und somit eines „natürlichen Todes“ sterben und betont (iii), dass Ärzte diesen Tod nur zuließen, nicht aber „aktiv“ verursachten. Ob diese Merkmale plausible normative Differenzen markieren, wird im Folgenden noch zu erörtern sein.

2.2 Indirekte Sterbehilfe

Palliativtherapie mit in Kauf genommener Lebensverkürzung um Stunden oder Tage ist die zweite einhellig akzeptierte Sterbehilfe-Variante. Auch wenn sie faktisch offenbar an Bedeutung verliert, weil die entsprechenden Behandlungsmaßnahmen zunehmend weniger mit dem Risiko der Todesbeschleunigung behaftet sind, bleibt die normative Argumentation zugunsten der indirekten Sterbehilfe von systematischer Bedeutung.

So verweist die einschlägige Rechtsprechung auf die Zulässigkeit der dahinter stehenden Güterabwägung: Schmerzfreiheit dürfe höher veranschlagt werden als eine terminale Lebensverlängerung. Bei der *spezifisch* ethischen Rechtfertigung von indirekter Sterbehilfe wird im Allgemeinen betont, der Patiententod werde hierbei – anders als bei aktiver Tötung – nicht direkt beabsichtigt, sondern lediglich als Nebenwirkung in Kauf genommen. Ob diese Differenz in der Absichtsstruktur einen ethisch bedeutsamen Unterschied markiert, wie es die moraltheologische Lehre vom Doppelleffekt postuliert, ist ebenfalls eine der Kontroversen, die im Folgenden noch aufgegriffen wird.

2.3 Aktive Sterbehilfe

Sterbehilfe im Modus des absichtlichen Tötens ist die am wenigsten konsensfähige Variante. Das gilt auch dann, wenn sie, wie etwa in den Niederlanden unter den oben genannten Standardbedingungen stattfindet (freiverantwortliches Verlangen, unheilbare Erkrankung und subjektive Unerträglichkeit). Kritiker führen vor allem die intrinsische Unzulässigkeit von Tötungshandlungen, die Gefahr von Missbrauch und Dammbrüchen sowie das vermeintlich entgegen stehende ärztliche Ethos an. Befürworter sind der Auffassung, diese Argumente seien entweder unplausibel oder gleichermaßen auf die anderen Formen der Sterbehilfe anwendbar – auch dazu unten mehr.

Die praktische Bedeutung dieser Debatten betrifft grundsätzlich diejenigen sterbewilligen Patienten, deren Tod nicht durch passive Sterbehilfe herbeigeführt werden könnte, weil ihr Leben (noch) nicht „an Schläuchen“ hängt: Patienten ohne lebensbedrohliche Symptome, die gleichwohl ihr Leben aufgrund schwerster motorischer, neurologischer oder sensorischer Beeinträchtigungen nicht mehr erträglich finden, oder Patienten, denen das Endstadium einer nicht mehr behandelbaren Krebserkrankung bevorsteht. Für manche von ihnen galt bisher zudem, dass sie sich aufgrund ihrer Beeinträchtigung, auch bei entsprechender Hilfe, nicht mehr selbst das Leben hätten nehmen können. Das allerdings hat sich durch die moderne, über Augenbewegungen zu steuernde Computertechnologie geändert.

2.4 Suizidhilfe

Damit wird Sterbehilfe im Modus der (ärztlichen) Suizidhilfe eine prinzipielle Alternative für Schwerstkranke, die ihr Leben nicht mehr ertragen wollen, aber nicht durch den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen sterben können. In der ethischen Debatte um Suizidhilfe bei schwerstkranken Patienten deckt sich ein großer Teil der Pro- und Contra-Argumente

mit denjenigen, die zur aktiven Sterbehilfe vorgebracht werden. Aber nicht wenige beurteilen aktive Sterbehilfe und ärztliche Suizidhilfe ethisch unterschiedlich. Zugunsten einer solchen Differenz wird zum einen mit der angeblich unterschiedlichen moralischen Dignität von *Fremd-* und *Selbsttötungen* argumentiert; zum anderen gilt Suizidhilfe im Vergleich zu aktiver Sterbehilfe als weniger missbräuchlich und besorgniserregend, weil sie ein deutlicheres Signal der Selbstverantwortung setze.

3 Systematisierungsversuche und Kohärenzargumente

3.1 Tun und Unterlassen

Wer das Sterbenlassen eines Schwerstkranken für ethisch zulässig, dessen Tötung oder Selbsttötung unter sonst identischen Randbedingungen hingegen für verwerflich hält, argumentiert oft mit der angeblich grundsätzlichen ethischen Differenz zwischen Tun und Unterlassen.¹⁰ Die Position, bestimmte Handlungen seien *als solche*, also gänzlich unabhängig von ihren direkten oder indirekten Folgen, unzulässig, ist jedoch sehr umstritten. Der hier relevante Disput verweist auf einen grundlegenden Dissens zwischen ethischen Konsequentialisten und Anti-Konsequentialisten. Auch Erstgenannte, die alle ethischen Normen letztlich auf die relevanten Folgen von Handlungen oder Regelungen zurückführen, können zugestehen, dass aktive Tötungshandlungen, anders als zum Tode führende Unterlassungen, oft oder zumeist ethisch inakzeptabel sind – vielleicht gerade innerhalb der Medizin. Doch unter den oben klar definierten Randbedingungen, unter denen betroffene Patienten ihren Tod ausdrücklich als das kleinere Übel bewerten, kann ein prinzipieller normativer Unterschied zwischen einem Akt vorsätzlichen Sterbenlassens und einer Tötungshandlung ihnen nicht einleuchten. Zu klären bliebe dann immer noch, ob eine regelrechte Praxis der aktiven Sterbehilfe das Risiko von Missbrauch oder Fehlentwicklungen trüge und daher mit Blick auf diese indirekten Folgen verboten werden müsste (siehe Abschnitt 3.4.).

Manche Autoren verweisen in diesem Zusammenhang im Übrigen darauf, dass die Kopplung zwischen Töten und ethischer Inakzeptabilität sowie zwischen Sterbenlassen und ethischer Akzeptabilität in der Medizin traditionell bereits begrifflich fest so etabliert sei, dass es beim Auseinanderfallen der beiden Merkmale zu Uneindeutigkeiten und begrifflichen Verwirrungen kommen könne. Aus diesem Grunde haben die renommierten Bioethiker Tom Beauchamp und James Childress inzwischen vorgeschlagen, (auch) die terminologische Unterscheidung zwischen Töten und Sterbenlassen (siehe oben Abschnitt 1.2.) möglichst aufzugeben und unter dem Oberbegriff *intentionally arranged deaths* zwischen ethisch akzeptablen und inakzeptablen Konstellationen oder Fällen von Sterbehilfe zu differenzieren.¹¹

Die Rechtfertigung von (passiver) Sterbehilfe durch Verweis auf einen ‚natürlichen‘ Tod appelliert an etwa dieselbe Intuition wie das Argument vom zulässigen ‚Geschehenlassen‘: Beides scheint naheulegen, dass hier die Natur oder ein hinter ihr stehender Gott gewissermaßen die Verantwortung für den Eintritt des Todes übernehme, während beim aktiven (Selbst-)Töten der Patient, der Arzt oder ein Dritter sich dies unzulässig anmaße. Dagegen lässt sich anführen, dass das Sterben unter heutigen Umständen fast immer verhindert, verzögert und insofern ma-

10 Vgl. Birnbacher D: (1995): *Tun und Unterlassen*, Stuttgart.

11 Beauchamp/Childress (2013): *Principles of Biomedical Ethics*, S. 175ff.

nipuliert wird. Vor allem aber, so die Kritiker, würden sich Vorstellungen von der ‚weisen‘ Natur oder einem (nur) das Sterbenlassen erlaubenden Gott in einer auf Weltanschauungs- und Religionsfreiheit verpflichteten Gesellschaft nicht zur Grundlage einer allgemein verbindlichen Ethik machen lassen.

3.2 Der intendierte Tod als Skandal?

Eine andere Argumentationslinie skandalisiert aktive Sterbe- und Suizidhilfe deswegen, weil hier der Tod, anders als bei der indirekten Sterbehilfe, direkt beabsichtigt werde. Die zugrunde liegende ethische Differenzierung zwischen einem unzulässigen beabsichtigten Tod und dessen zulässiger Inkaufnahme als negativer Nebeneffekt folgt der moraltheologischen Lehre vom Doppeleffekt, die sich jedenfalls in diesem konkreten Anwendungsfall alltagsmoralisch fest etabliert zu haben scheint: Ein im Gefolge therapeutisch dosierter schmerzstillender Behandlungen eintretender Tod sei ein Übel, dürfe aber in Abwägung gegen die sonst zu befürchtenden Qualen des Patienten und mangels direkter Beabsichtigung (als Mittel oder Ziel) herbeigeführt werden.

Unabhängig davon, dass zeitgenössische Philosophen die Doppeleffektlehre wohl mehrheitlich *generell* in Frage stellen, leuchtet bei ihrer Anwendung auf Sterbehilfe-Bewertungen schon die Prämisse vom Tod als Übel nicht ein. Unbestritten gilt diese Bewertung für alle Zusammenhänge, in denen derjenige, um dessen Tod es geht, am Leben bleiben möchte oder seinen Tod aus zweifelhaften oder abwendbaren Gründen wünscht. Die Standard-Konstellation diskutierter Sterbehilfe lässt sich so aber gerade nicht beschreiben. Vielmehr geht es *immer* darum, den Tod des Patienten eintreten zu lassen, weil dieser selbst das Sterben unter den bestehenden Umständen nachvollziehbar als das kleinere Übel beurteilt. Damit, so die Verfechter der Gleichwertigkeit von indirekter und aktiver Sterbehilfe, werde auch die Differenzierung zwischen Inkaufnahme und Beabsichtigung des (erwünschten) Todes von vornherein ethisch irrelevant.¹²

Hier allerdings schließt sich eine andere Überlegung an: Was bei der indirekten Sterbehilfe in der Waagschale der Güterabwägung liegt, sind im engeren Sinne medizinische Schäden – etwa Schmerzen, Atemnot oder Erregungszustände, deren Behandlung Vorrang vor dem reinen Lebenserhalt erhält. Bei der aktiven, aber auch der passiven Sterbehilfe hingegen können aus Patientensicht etliche weitere Aspekte der subjektiven Lebensqualität in die Waagschale ihrer Güterabwägung fallen – etwa krankheitsbedingter Autonomieverlust, Kontrollverlust oder Verlust des persönlichen Lebenssinns. Manche Patienten sehen darin *subjektiv* eine eklatante Verletzung ihrer eigenen Würde im Leben und Sterben. Demgegenüber behaupten Teile der organisierten Palliativmedizin und der Ärzteschaft, moderne Schmerzmedizin, umfassende Pflege und liebevolle Zuwendung erlaubten für jeden Patienten ein schmerzloses Sterben in Würde, notfalls durch Sterben in Schlafnarkose. So erübrige sich die Forderung nach aktiver Sterbehilfe, wenn nur endlich mit dem überfälligen Ausbau der Palliativmedizin Ernst gemacht werde. Diese Position nötigt in den Augen ihrer Kritiker Patienten ein fragwürdiges *objektives* Würdeverständnis auf – nach dem Motto: Schmerzfreiheit ja, dann aber Durchhalten bis zum naturgewollten Ende.

12 So auch Sumner LW (2011): *Assisted Death. A Study in Ethics and Law*, Oxford, Kap. 3.

3.3 Probleme mit der Selbstbestimmung zum Tode?

Bei der Befürwortung von Suizid- und aktiver Sterbehilfe spielt das Selbstbestimmungsrecht eine zentrale Rolle. Eine politische und ethische Kultur, die allen urteils- und entscheidungsfähigen Menschen ein Recht auf die Gestaltung ihres eigenen Lebens einräumt, müsse dies auch auf Fragen des eigenen Sterbens und Leidens ausdehnen, argumentieren insbesondere Vertreter liberaler Denktraditionen.

Gegen dieses liberale Plädoyer wird von manchen – kantianisch – eingewandt, Selbstbestimmung dürfe niemals die Bedingungen ihrer eigenen Möglichkeit abschaffen; Selbstbestimmung zum Tode sei daher als (performativer) Selbstwiderspruch anzusehen und abzulehnen. Die Gegenseite führt ins Feld, die Annahme, Selbstbestimmung habe einen Eigenwert unabhängig von den Interessen ihres ‚Trägers‘ sei absurd, stehe nicht im Einklang mit dem sonst üblichen Verständnis von Selbstbestimmung und sei daher nicht konsensfähig. Zudem müsste der vermeintliche Selbstwiderspruch aus Gründen der Konsequenz auch dort geltend gemacht werden, wo Patienten selbstbestimmt auf lebenserhaltende Therapie verzichten wollen.¹³

Konsequenz im Respekt für Selbstbestimmung dient aber auch Kritikern von Suizidhilfe (und aktiver Sterbehilfe) als Argument: Wenn man diesen Respekt fordere, so behaupten sie, lasse er sich nicht auf Todeswünsche im Zusammenhang von Leid und Unheilbarkeit begrenzen, sondern müsse alle autonomen Todeswünsche gleichermaßen ernst nehmen – etwa auch solche aus Lebensüberdruß, überbordendem Selbstgestaltungswillen, Einsamkeit oder Lebenssattheit von Hochbetagten. Dagegen führen Befürworter an, die Bindung der Hilfe zum Sterben an die Bedingungen von Leid und Unheilbarkeit setze für eine soziale Praxis, um die es hier gehe, die richtigen Signale. Geholfen werden dürfe dann aus Fürsorge *und* Respekt vor der Selbstbestimmung, was Missbrauchsgefahren einenge und bei potentiellen Sterbehelfern allgemein wünschenswerte Grundeinstellungen zum Lebensschutz wahren und befestigen könne.

3.4 Dammbürche?

Missbrauchsgefahren einer legalisierten ärztlichen Suizidhilfe (oder aktiven Sterbehilfe) werden gleichwohl von vielen Seiten beschworen. Beides könne den allgemeinen Respekt vor dem Lebensschutz aufweichen, einen gesellschaftlichen Erwartungsdruck zugunsten von Sterbehilfe bei Alten und Schwachen schüren oder unaufhaltsamen und problematischen Ausweitungen den Weg ebnen. Wehret den Anfängen, heißt es dann. Diese Dammbürch- und Fehlentwicklungs-befürchtungen werden von der anderen Seite in Abrede gestellt, insbesondere mit Verweis auf empirische Daten aus Ländern, in denen Tötung auf Verlangen oder ärztliche Suizidhilfe gesetzlich zugelassen und geregelt sind. Bereits die Interpretation solcher Daten ist allerdings kontrovers. Sieht man etwa auf den Anteil, den freiwilliges und legales Sterben Schwerstkranker in Oregon, der Schweiz oder Holland an der Gesamtzahl der jährlichen Todesfälle hat, zeigen sich gleichbleibende oder leicht ansteigende Raten.¹⁴ Letzteres mag auf eine Zunahme leidvoller Sterbeumstände oder auf weiter wachsende Zustimmung zur Sterbehilfe

13 Vgl. Schöne-Seifert B (2006): „Selbstbestimmte Lebensbeendigung als Selbstwiderspruch? Prüfung eines (Kantianischen) Arguments gegen aktive Sterbehilfe und Suizid“, In: Kaminsky C, Hallich O (Hrsg.): *Verantwortung für die Zukunft*, Münster, S. 163–174.

14 Vgl. etwa Onwuteaka-Philipsen BD, Brinkman-Stoppelenburg A, Penning C, de Jong-Krul GJE, van Delden JJM, van der Heide A (2012): “Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey”, *The Lancet* 380, S. 908–15.

fepraxis zurückzuführen sein. Für einen Dammbbruch spricht es doch wohl nicht, zumal die Zulässigkeitskriterien in Holland unverändert geblieben sind, während sich gerade die Mel-deraten deutlich gebessert und die Zahl unzulässiger Fälle massiv verringert haben. Dass dort, wie anderswo auch, Debatten für und wider die Erweiterung von Zulässigkeitsgrenzen geführt werden, signalisiert zunächst nichts anderes als den Stellenwert des Themas. Der dürfte bei uns vergleichbar, nur tabuisierter sein. Überdies gäbe es mit Dokumentations- und Begleit-forschungsaufgaben und mit einer Gesetzesregelung auf Zeit rechtstechnische Möglichkeiten, einer ungewollten Ausweitung wirksam zu begegnen.

Zudem gilt: sozialem Druck auf Entscheidungen am Lebensende muss durch entsprechen-de gesellschaftliche und ärztliche Wachsamkeit vorgebeugt werden. Das gilt schon heute mit Blick auf Entscheidungen zur Begrenzung lebenserhaltender Behandlungen (passive Sterbe-hilfe). Wenn wir aber, zum Glück, bei diesen tagtäglich anstehenden Entscheidungen bisher keinen Anlass zur Sorge sehen, warum dann bei den absehbar viel selteneren Fällen erbetener Suizidhilfe?

3.5 Das ärztliche Ethos

Viele Ärztfunktionäre und mit ihnen zahlreiche Politiker behaupten apodiktisch, Suizidhilfe und aktive Sterbehilfe unterminierten die moralische Integrität des Ärztestandes, zerstörten die Vertrauensbasis im Arzt-Patienten-Verhältnis und verstießen gegen das Suizidhilfe verbie-tende ärztliche Ethos. Aber diese Behauptungen sind spekulativ oder unplausibel. Das ärzt-liche Ethos, sagen andere, müsse im Dienste berechtigter Patientenbedürfnisse stehen. Dazu bräuchten Bürger ihre Ärzte, dazu ließen sie sie ausbilden und bezahlten sie. Und daher hätten sie ein indirektes Mitspracherecht bei der Formulierung dessen, was ärztlich erlaubt, geboten oder verboten sein soll. Patientenbedürfnisse richten sich fast immer auf das Heilen oder Ver-hindern von Krankheiten, das Lindern von Beschwerden, das Verhindern vorzeitigen Sterbens. Dem sollen Ärzte entsprechen: mit Fachkompetenz, Zugewandtheit und Integrität sowie einer Verpflichtung zu Fürsorge und Respekt vor der Patientenautonomie. Wo nun die moderne Medizin als Schattenseite ihres segensreichen Könnens auch Siechtum, chronisches Leiden und zuverlässige Unheilbarkeitsprognosen produziert, sollten Ärzte in der Mitverantwortung bleiben dürfen.

4 Ausblick

Blickt man auf die letzten 50 Jahre zurück, so zeigt sich für ganz Europa und nicht zuletzt auch für Deutschland ein Zunehmen liberaler Positionen in den Debatten um Sterbehilfe, welches den veränderten Sterbeumständen, der wachsenden ‚Würdemündigkeit‘ von Bürgern und Patienten sowie der Säkularisierung dieser und anderer gesellschaftlicher Wertedebatten geschuldet ist. Je mehr es gelingt, Menschen dank medizinischer und anderer Verbesserungen ein sehr langes und in vielen Fällen beschwerdefreies Leben zu ermöglichen und je mehr sie die Gestaltung ihres Lebens als persönliche Aufgabe und Herausforderung ansehen, desto näher wird es vielen liegen, sich (und anderen) die Krankheitslasten der letzten Lebensphase zu erspa-ren. Ein bereits eingetretenes Siechtum abzukürzen oder dem Fortschreiten einer unheilbaren Erkrankung – wie etwa der bisher nicht behandelbaren alterskorrelierten Demenzerkrankung – durch selbstbestimmtes Sterben vorzubeugen, könnte zur Normalität werden. Eines Tages mag hierfür auch Lebenssatttheit ein akzeptiertes Motiv sein – doch bis dahin müsste die Ge-sellschaft noch deutlich und zuverlässig humaner werden, um zu gewährleisten, dass solche tödlichen Entscheidungen tatsächlich in maximaler Selbstbestimmtheit erfolgen.

Ein- und weiterführende Literatur

- Arnold UC (2014): *Letzte Hilfe. Ein Plädoyer für das selbstbestimmte Sterben*, Reinbek.
- Beauchamp TL, Childress JF (2013): *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, S. 174–186.
- Birnbacher D, Dahl E (2008): *Giving Death a Helping Hand. Physician-Assisted Suicide and Public Policy. An International Perspective*, Heidelberg.
- Borasio GD, Jox RJ, Taupitz J, Wiesung U (2014): *Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben*, Stuttgart.
- DeRidder M (2010): *Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin*, München.
- Dworkin, R (1993): *Life's Dominion: An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*. New York (dt. 1994).
- Frewer A, Eickhoff C (Hrsg.) (2000): *«Euthanasie» und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik*, Frankfurt am Main.
- Holderegger A (Hrsg.) (1999) *Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer u. theologischer Sicht*, Freiburg.
- Jox RJ (2013): *Sterbenlassen. Über Entscheidungen am Lebensende*, Hamburg.
- Keown J (2002): *Euthanasia, Ethics and Public Policy. An Argument Against Legislation*, Cambridge.
- Nationaler Ethikrat (2006): *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende*, Berlin.
- Schöne-Seifert B (2007): *Grundlagen der Medizinethik*, Stuttgart, Kapitel 5.
- Sumner LW (2011): *Assisted Death. A Study in Ethics and Law*, Oxford.