

Patientenverfügung und Sterbehilfe

Interdisziplinäres Modell, Praxiserfahrungen, ethische Reflexionen
und Vorschläge des Humanistischen Verbandes für eine gesetzliche Regelung

von Gita Neumann

Vorbemerkung

Strafbar macht sich, wer – auch auf dessen Verlangen hin – einen Schwerkranken tötet, um sein Leiden zu beenden. Nach den Vorstellungen von traditionsreichen Bürgerrechtsorganisationen aus dem humanistischen Spektrum wie der *Humanistischen Union* (HU) und der *Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben* (DGHS) liegt in einer Änderung des Strafrechtsparagrafen 216, die Kernfrage der Sicherstellung der Patientenselbstbestimmung. Rigorose Lebensschützer sehen – genau umgekehrt – eben hier den Dambruch zur Barbarei und Menschenverachtung.

Seit Beginn der 1980er Jahre wurde die Auseinandersetzung über ein selbstbestimmtes, humanes Lebensende vor allem geführt, indem man das Verfassungsrecht bemüht und eine Gegenüberstellung kontroverser Auslegungen desselben abhandelt. Von dezidiert kirchenkritischen Stimmen humanistisch-atheistischer Sichtweisen wird darüber hinaus – im Tonfall nicht selten ihrerseits als Eiferer auftretend – das christlich begründete absolute Lebensschutzgebot verächtlich gemacht.

Als völlig abwegig wird von entschiedenen Sterbehilfebefürwortern zudem der Bezug auf das nationalsozialistische Deutschland zurückgewiesen: Schließlich sei es damals um Mord gegangen, heute ginge es ausschließlich um das Recht auf Autonomie. Lösungen für konkrete Behandlungsentscheidungen und zur Verbesserung der Situation hilfsbedürftiger Patienten bleiben demgegenüber weitgehend ausgeblendet.

Der *Humanistische Verband Deutschland* (HVD) hat mit seiner Gründung Anfang 1993 eine andere Richtung als die angedeuteten eingeschlagen und der folgende Beitrag ist aus der Perspektive der *Bundesbeauftragten für Patientenverfügung, Hospiz und Humanes Sterben* dieser Organisation geschrieben. Der HVD ist nicht denselben Weg wie die HU und die DGHS gegangen, obwohl es auch für ihn nahe gelegen hätte, ebenfalls die Freigabe der Tötung auf Verlangen unter geregelten Voraussetzungen zu fordern. Dies hätte seinem weltanschaulichen Hintergrund durchaus entsprechen, der sich auf Werte der Aufklärung und Selbstbestimmung in sozialer Verantwortung stützt. Warum hat es sich der HVD hier bedeutend schwerer gemacht? Warum bietet er nicht einfach auch nur streng juristisch abgefasste Mustervordrucke für Patientenverfügungen an, mit denen sowohl die HU wie auch die DGHS meint auskommen zu können?

Diese Fragen sollen Gegenstand der folgenden Überlegungen und Erläuterungen sein. Sie sind von der Überzeugung getragen, dass die eigentliche Bewegung in der Praxis stattfindet, die sich verändert und von uns mitgestaltet wird. Diese tritt in ein dialektisches Verhältnis zur theoretischen, juristischen und ethischen Reflexion. Auf dieser Ebene setzt sich die Auseinandersetzung fort im

Kampf um die Begriffe. Wer diese zu definieren, abzugrenzen und positiv oder negativ zu besetzen vermag, bekommt – zugespitzt ausgedrückt – die Deutungshoheit in dieser Debatte. Dabei liegt die Zukunft des selbstbestimmten, humanen Lebensendes – anders als vor zwanzig Jahren – nicht mehr maßgeblich in juristischen Abhandlungen, sondern in interdisziplinären und praxisorientierten Lösungen.

Diese Thesen voraussetzend, widmet sich der Text folgenden Fragen: Was kann und muss eine Patientenverfügung leisten? Wie kann man die jetzige Regelung der Tötung auf Verlangen ungetastet lassen und dennoch Sterbehilfe erlauben? Gibt es zwischen Sterbenlassen und Töten gravierende ethische Unterschiede? Wer definiert, was erlaubte und gewünschte Sterbehilfe ist?

Standards bei Patientenverfügungen

Die folgende Definition stammt aus dem *Ratgeber Patientenverfügung – vorgedacht oder selbst verfasst*, herausgegeben in der Reihe *Ethik in der Praxis* von Hans-Martin Sass: „In einer Patientenverfügung äußert sich ein einwilligungsfähiger Patient in Ausübung seines Selbstbestimmungsrechtes zu der Frage, wie er in einer Situation behandelt werden möchte, in der er selbst nicht mehr entscheiden kann. Eine Patientenverfügung enthält Angaben zu Art und Umfang medizinischer Maßnahmen, die von einer vollständigen Ablehnung einer Therapie bis zum Wunsch einer eventuell noch nicht etablierten Therapie reichen können.“¹

Das Buch enthält eine Übersicht über verschiedene Modelle und Formen von Patientenverfügungen und verwandten Instrumenten.² Es möchte „Wege durch den Verfügungswald“ ebnen, denn die Zahl der Anbieter und Vorschläge ist in den letzten Jahren unübersehbar geworden. Sie wird mit weit über 150 angegeben.³ Der *Ratgeber Patientenverfügung* diene mit seiner Übersicht verschiedener Formulierungsmuster und Textbausteinen auch der Kommission des Bundesjustizministeriums *Patientenautonomie am Lebensende* (unter dem Vorsitzenden Richter am BGH a.D. Klaus Kutzer) zur Orientierung.⁴

Nach den von der Bundesärztekammer 1999 veröffentlichten *Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen* soll eine Patientenverfügung „Aussagen zu den Situationen enthalten, für die sie gelten sollen, z.B.: Sterbephase, nicht aufhaltbare schwere Leiden, dauernder Verlust der Kommunikationsfähigkeit, Notwendigkeit andauernder schwerwiegender Eingriffe (z.B. Beatmung, Dialyse, künstliche Ernährung, Organersatz). In einer Patientenverfügung sollen mög-

¹ Th. Jacobi, A. T. May, R. Kielstein u. W. Bienwald: *Ratgeber Patientenverfügung – vorgedacht oder selbstverfasst?* Hg. von H.-M. Sass, 3. Aufl., Münster 2002, S.7 (*Ethik in der Praxis / Practical Ethics*).

² *Ratgeber Patientenverfügung*.

³ Das Zentrum für Medizinische Ethik der Ruhr-Universität Bochum hat sich – Stichwort: Verfügungssammlung – hier verdient gemacht, um einen Überblick zu geben. Dies ist dringend erforderlich. Denn neben der hohen Zahl verwirren auch unterschiedliche Bezeichnungen den Interessenten: Patientenanwaltschaft, -anwaltschaftsverfügung, -schutzbrief, -testament, Vorausverfügung, Willenserklärung, Euthanasie-, Schwerstverletzten- oder Lebensverfügung usw. Vgl. dazu im Internet unter: www.Medizinethik-Bochum.de/verfuegungen.htm – Alle genannten Instrumente wenden sich unmittelbar an den Arzt, das Krankenhaus, evntl. das Pflegeheim. Es handelt sich also nicht um eine Betreuungsverfügung, die sich an das Amtsgericht wendet.

⁴ Berufen in diese Kommission, die in Folge des umstrittenen BGH-Beschlusses vom 17.03.2003 zur Patientenverfügung vom BMJ ins Leben gerufen wurde, sind Vertreter/innen der Kirchen, des HVD, der Bundesärztekammer, der Wohlfahrtsverbände, der Ministerien u.a.

lichst genau „Aussagen zur Einleitung, zum Umfang und zur Beendigung ärztlicher Maßnahmen formuliert werden, insbesondere für folgende Maßnahmen: Künstliche Ernährung, Beatmung, Dialysebehandlung, Verabreichung von Medikamenten ..., Schmerzbehandlung, Art der Unterbringung und Pflege, Hinzuziehung eines oder mehrerer Ärzte.“ Die Bundesärztekammer empfiehlt ergänzende persönliche Angaben, die „Lebenseinstellungen, religiöse Überzeugungen sowie die Bewertung von Schmerzen und schweren Schäden“ usw. zu treffen. Rechtlich sei es nicht erforderlich, etwa „eine notarielle Beglaubigung der Unterschrift herbeizuführen“. Um möglichen Zweifeln zu begegnen, wird eine Bezeugung, eine Beratung und/oder regelmäßige Aktualisierung empfohlen.⁵

Einen ähnlichen, wenngleich in Fragen der möglichen Sterbehilfe noch weitergehenden Ansatz bietet der *Humanistische Verband* mit seinem Modell zur Abfassung einer individuellen Patientenverfügung. Zur näheren Beschäftigung hiermit, insbesondere zur *Bundeszentralstelle für Patientenverfügungen* des HVD, wo diese auch hinterlegt werden können mit Änderungsmöglichkeit und regelmäßiger Aktualisierung, sei auf bestehende Publikationen und Informationsmöglichkeiten im Internet verwiesen.⁶ Als einzige zu empfehlende Organisation wird der HVD im renommierten Beck-Rechtsberater im dtv zum Thema *Patientenrechte am Ende des Lebens* ausdrücklich hervorgehoben. Es heißt dort über den *Humanistischen Verband*: „Dieser Organisation geht es um eine möglichst individuell formulierte Patientenverfügung. Damit diese dennoch rechtlich korrekt ist, wird den Interessenten gegen Erhebung einer Gebühr ein umfassender Fragebogen zur individuellen Wertanamnese zugesandt. Die Antworten werden vom Humanistischen Verband in eine juristisch korrekt formulierte Patientenverfügung eingearbeitet und fälschungssicher als Dokument erstellt.“⁷

Als Negativbeispiel wird an gleicher Stelle die christliche Patientenverfügung der katholischen und evangelischen Kirche in Deutschland aufgeführt. Fälle schwerst- oder chronischkranker Patienten, die keine Sterbenden seien, sollen darin gerade nicht geregelt werden – weil die Kirche bei diesen ein Sterben-Lassen ablehnt. Die Autoren des Beck-Rechtsberaters kritisieren daran: „Hunderttausende von Benutzern dieser 'christlichen' Patientenverfügung in Deutschland ahnen nicht, dass sie gerade das, was sie dringend regeln wollen, mit diesen Formularen gerade nicht geregelt haben.“⁸

Geschichtlicher Aufriss: Juristische Standards der 1980er Jahre

Im *Ratgeber Patientenverfügung* findet sich ein geschichtlicher Aufriss, der die allgemeine Entwicklung von Verfügungsmustern und -modellen der letzten 25 Jahre nachzeichnet. Deutlich wird der Weg „vom juristisch aufgesetzten Patientenbrief zur individuell verfassten Verfügung“.⁹ Zu erstere, welche aus dem Geist der 1980er Jahre stammen, wird z.B. der DGHS-Patientenschutzbrief nur für Mitglieder genannt mit DGHS-Freitodverfügung (und zeitweilig auch geleisteter, inzwischen aber eingestellter praktischer Anleitung und Hilfe zur Selbsttötung). Diese Dokumente der ersten

⁵ Bundesärztekammer: Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen. Deutsches Ärzteblatt 96:1999, A 2720-2721.

⁶ Vgl. G. Neumann: Entscheidungsqualität, Patientenautonomie und Sterbehilfe. In: AIDS-Forumband der DAH, Bd. 46, 2004, Grenzwanderungen zwischen Aids- und Hospizbewegung(en), 2004. – Vgl. unter www.patientenverfuegung.de

⁷ B. Steldinger u. W. Putz: Patientenrechte am Ende des Lebens, Vorsorgevollmacht – Patientenverfügung – Selbstbestimmtes Sterben. München 2003, S.111 (Beck-Rechtsberater im dtv).

⁸ Patientenrechte am Ende des Lebens, S.113.

⁹ Ratgeber Patientenverfügung, S.10f.

Stunde ließen „deutlich die Absicht erkennen, den Patienten zunächst vor von ihm nicht mehr gewünschten Behandlungsmaßnahmen zu schützen. Aus diesem Grund dominieren juristische Verwahrungsförmulierungen.“¹⁰

Diese Art von Verfügungen dienten als Ersatz – wenn an der Rechtswidrigkeit der Tötung auf Verlangen schon nicht zu rütteln war. Sie werden, da die persönliche Auseinandersetzung um mögliche Behandlungsoptionen im Glauben an einen juristisch vorgegebenen Text eher verhindert als befördert wird, im medizinethischen Jargon auch „Autonomie-Placebos“ genannt. Für die Patientenverfügungsmuster nach den Standards der 1980 Jahre, wie sie von der DGHS¹¹ und der HU angeboten werden, gilt paradoxerweise, das sie zumindest für Fälle von absolutem Behandlungsverbot im Reanimationsfall oder einer Vielzahl von unheilbar-chronischen Erkrankungen ebenso wenig gelten wie die christliche Verfügung.

Das juristische Diktum, dass die Unterlassung oder der Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen in Sterben verbindlich zu befolgen sei, wenn in einer Patientenverfügung gefordert, ist zweifellos richtig. Jedoch erscheint es in seiner Unbedarftheit und Praxisabgehobenheit beinahe lächerlich gegenüber den ernsthaften Abwägungen, die in konkreten Behandlungssituationen zu treffen sind. Der Alltag in den Altenheimen sieht folgendermaßen aus: Bedingt durch schwere Stoffwechselerkrankung, Blutgefäßstörungen, Demenzsymptome usw. sind hochbetagte Patienten mehr oder weniger verwirrt, kommunikationsgestört oder auch lebensbedrohlich gefährdet. Ihr Zustand kann durch künstliche Ernährung entweder stabilisiert, vielleicht sogar verbessert, oder aber nur noch „künstlich“ bis zum bald eintretenden Tod hinausgezögert werden (dies lässt sich wegen prinzipieller Prognoseunsicherheiten definitiv jedoch erst im Nachhinein sagen).

Eine pauschale Patientenverfügung lautet sinngemäß: Keine lebensverlängernden Maßnahmen bei schweren Dauerschädigungen mehr, die ein sinnlos gewordenes Leiden oder Sterben nur noch verlängern würden. Wie hätten Sie nun als Verantwortlicher entschieden: Die künstliche Ernährung gar nicht erst beginnen, sie zeitlich begrenzen, zu einem bestimmten Zeitpunkt (welchem?) abbrechen? Eine zum Grundleiden hinzutretende Lungenentzündung nicht mehr mit Antibiotika behandeln lassen? Zwei Ärzte – gar unabhängig voneinander – um „Feststellungen“ bitten? Eine vor-mundschaftsgerichtliche Genehmigung zum Behandlungsverzicht einholen? Nach dem Gesetzgeber rufen, der die auftretenden Fragen doch endlich (wie?) lösen soll? Oder aber die individuelle Einstellung und Ausgangsposition des Patienten berücksichtigen, ob er sowieso schon lebensüberdrüssig gewesen ist und sterben wollte oder umgekehrt noch stark am Leben hängt?

Aktuelle Patientenverfügungsmodelle – Inhalte und Verbindlichkeit

In diesem Sinne stellt der *Ratgeber* „aktuelle Patientenverfügungsmodelle als Antwort auf grundsätzliche Fragen“ als neue Generation seit Mitte der 1990er Jahre vor. Diese „fordern ausdrücklich

¹⁰ Ratgeber Patientenverfügung, S.10f.

¹¹ Die DGHS hat in letzter Zeit die Schlussfolgerung daraus gezogen, ihren sehr umfangreichen Patientenschutzbrief-Unterlagen zusätzlich Material zur „narrativen Wertanamnese“ von Kielstein u. Sass beizufügen. Dies dürfte es Interessenten und DGHS-Mitgliedern aber nicht eben einfacher machen – zumindest wird ihnen eine auf sie zugeschnittene Patientenverfügung damit nicht in Aussicht gestellt.

zur Bearbeitung und persönlichen Anpassung auf. Sie fordern damit zur intensiven Beschäftigung mit möglichen Entscheidungskonflikten auf.“

Zu diesen Modellen – die auch Formulare mit enthalten können – werden u.a. gezählt: a) *Esslinger Initiative*; b) *Humanistischer Verband Deutschlands*; c) Rita Kielstein und Hans-Martin Sass: *Die persönliche Patientenverfügung. Ein Arbeitsbuch*; d) Bayerisches Staatsministerium der Justiz: *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter* (verfasst durch ein interdisziplinäres Team).

Erwähnt sei hier, dass darunter der *Humanistische Verband Deutschlands* die bisher einzige Organisation ist, welche Interessenten nicht nur mit Formularen und Materialien versorgt, sondern ihnen auch – aufgrund einer Wertanamnese per Fragebogen oder eines Beratungsgesprächs – die kompetente Abfassung einer individuellen Patientenverfügung bis zur Unterschriftsreife anbietet. Der Vorsorgewillige – und später der Arzt bzw. Bevollmächtigte – hat am Ende statt einer unüberschaubaren Fülle von Papieren, die u.U. einen ganzen Hefter füllen, nur ein einziges maßgeschneidertes Dokument in der Hand.

Entscheidend ist, dass persönliche Beratung, Aufklärung und Nachsorge fachkompetent gewährleistet ist. So hat die *Bundeszentralstelle für Patientenverfügung* des HVD seit über zehn Jahren Erfahrungen sammeln können, was die Ermittlung individueller Wertvorstellungen und was die spätere Durchsetzung einer bei ihr hinterlegten Patientenverfügung betrifft. Unterstützt werden dabei auch die Angehörigen – teilweise bis über den Tod des Betroffenen hinaus in der Trauerarbeit.

Grundsätzliche Fragen im Umfeld der Patientenverfügung betreffen etwa die nach der Reichweite (wie sehen die Schaltstellen in kritischen Entscheidungssituationen aus), nach der praktischen Durchsetzungsfähigkeit (was verschafft Beachtung bei der Ärzteschaft und ggf. bei Gericht), nach der Absehbarkeit (wie präzise kann eine Vorausverfügung den möglicherweise viel später eintretenden Ernstfall erfassen).¹²

Laut *Ratgeber Patientenverfügung* würden dabei, um zu befriedigenden Antworten zu gelangen, die folgenden Strategien als besonders wirksam angesehen: Wenn in einer Patientenverfügung die gewünschten oder nicht gewünschten Maßnahmen „besonders konkret benannt werden“ oder wenn „ein überzeugendes Persönlichkeitsprofil erkennbar wird“ und / oder „die Person des Fürsprechers über ihre Bevollmächtigung umfassend informiert wird“.¹³ Eine einheitlich ideale Lösung für jedermann gibt es dabei mit Sicherheit nicht.

In der einschlägigen medizinrechtlichen und -ethischen Fachliteratur besteht kein Dissens darüber, dass vorgefertigte, nur noch zu unterschreibende Muster in aller Regel untauglich sind.¹⁴ Auch das im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erstellte Gutachten *Möglichkeiten einer standardi-*

¹² Ratgeber Patientenverfügung, S.12ff.

¹³ Ratgeber Patientenverfügung, S.14.

¹⁴ Die Zahl der medizinethisch-wissenschaftlichen Begleitletatur zum Thema wächst ebenso wie der „Verfügunswald“ selbst beständig an. Dabei handelt es sich ausschließlich um interdisziplinäre bzw. medizinrechtliche Ansätze, vor allem auch im internationalen Rahmen. – Vgl. zwei Beispiele von vielen: Th. Klie u. J.-C. Student: *Die Patientenverfügung*. Freiburg 2001 sowie J. G. Meran u. H. Poliwoda: *Clinical Perspectives on Advance Directives and Surrogate Decision Making in Transcultural perspective*. Ed. by R. Veatch and H. M. Sass. Johns Hopkins University Press 1998.

sierten Patientenverfügung (Vorwort: Ulla Schmidt) kommt nach gut hundert Seiten schließlich zu dem Ergebnis:

„Die Probleme bei der Abfassung und Anwendung einer Patientenverfügung resultieren aus der besonderen Entscheidungssituation zum Zeitpunkt, in dem der Verfügende nicht mehr zu seinen Festlegungen gefragt werden kann. Somit muss eine Patientenverfügung die vorab geäußerten individuellen Wünsche und Werte nachvollziehbar zum Ausdruck bringen. Bei der Umsetzung einer Patientenverfügung stellt sich die Frage nach deren Verbindlichkeit. Der Grad der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen ist abhängig von Klarheit, Genauigkeit und Präzision der geäußerten Wünsche des Patienten einerseits und der tatsächlichen Situation andererseits. ... Aufgrund der Vielzahl von individuellen Situationen und heterogenen weltanschaulichen Positionen kann es eine standardisierte, allgemeingültige Verfügung nicht geben. ... Aus der Patientenverfügung sollten die Ausgangssituation, die Vorerfahrungen und die gewünschten Ziele hervorgehen.“¹⁵

Zu empfehlen sei vorangehende Beratung durch Ärzte des Vertrauens, fachkundige Personen mit sozialer Kompetenz und Einfühlungsvermögen bzw. „lokale interdisziplinäre Beratungsstellen, in denen medizinisches Fachwissen vorhanden ist.“ Die Beratung zu Patientenverfügungen falle keinesfalls unter das Rechtsberatungsgesetz. Rechtsanwälte und Notare sind in aller Regel – es sei denn sie verfügten über eine Zusatzqualifikation – gerade nicht die richtigen Ansprechpartner, wenn es um medizinische Angelegenheiten geht.¹⁶

Tötung auf Verlangen unangetastet lassen und Sterbehilfe erlauben

Es ist für die Konzeptionsbildung von einiger Bedeutung, dass der *Humanistische Verband Deutschlands* – anders als eine rein oder doch überwiegend theoretisch bzw. juristisch argumentierende Bewegung – in Praxisfeldern der Wohlfahrtspflege tätig ist (wie im Betreuungswesen, Hospizdienst, in der Pflege, Kinder- und Jugendarbeit, Trauerhilfe usw.) Der HVD hält, vor allem in Berlin, eine breite Angebotspalette bereit für Menschen mit psychischen Störungen, Demenz, vielfältigen Krankheitsbildern und Altersbeschwerden.

Ein wichtiger Ausgangspunkt unserer Überlegungen ist demzufolge, wie eine Verbesserung der Entscheidungsqualität für die konkrete Praxis und damit für alle Beteiligten in ihr zu erreichen ist.¹⁷ Die Forderung nach einer legalisierten Tötung auf Verlangen würde hier in zweierlei Hinsicht nichts bringen: *Zum einen* hat sie wohl nicht die geringste Chance auf Realisierung, blockiert vielleicht sogar, dass eine gesetzliche Regelung überhaupt in Gang kommt; *zum anderen*, auch wenn theoretisch die Tötung eines sterbewilligen Schwerstkranken hierzulande rechtlich zulässig wäre: unsere verfasste Ärzteschaft weigert sich bekanntlich hartnäckig, sogar von der in Deutschland bereits heute bestehenden straffreien Freitodhilfe Gebrauch zu machen. Sie lässt nicht den geringsten

¹⁵ Gutachten im Auftrag des Bundesministerium der Gesundheit: Möglichkeiten einer standardisierten Patientenverfügung, erstellt von G. Meran, S. E. Geissendörfer, A. T. May u. A. Simon. Münster 2002, S.107f., unter Mitarbeit eines interdisziplinären Expertenteams.

¹⁶ Gutachten, S.82ff.

¹⁷ Das zentrale Anliegen der Verbesserung von Entscheidungsqualität in Praxisprozessen wird ausführlich behandelt in G. Neumann: Entscheidungsqualität.

Zweifel daran, dass deutsche Ärzte nie und nimmer für die Tötung von Patienten zur Verfügung stehen.¹⁸

Gesetzesvorschlag des HVD zur Patientenautonomie und der Sterbehilfe

Als alternative, durchaus auch „aktive“ Form der Sterbehilfe kommt hingegen – sowohl in der Debatte wie auch in der Praxis z.B. der Palliativmedizin – immer häufiger die sogenannte terminale Sedierung vor. Mit einer gesteigerten Dosis z.B. von Morphin in Kombination mit starken Sedativa (Beruhigungs- bzw. Schlafmitteln) kann damit beim unheilbar schwerkranken Patienten ein „friedliches Hinüberdämmern“ bewirkt werden. Gleichwohl ist hier wie in jedem Spannungsfeld von Leben und Tod – vor allem auch bei der Unterlassung von lebensverlängernden Maßnahmen – ein Missbrauch nicht ausgeschlossen. Deshalb gehört es zu der zentralen Forderung des HVD, auch die Grauzone der sogenannten aktiven indirekten Sterbehilfe und des Behandlungsverzichts (bzw. der passiven Sterbehilfe) in einem umfassenden Gesetz zu Patientenrechten am Lebensende zu regeln.¹⁹

Eine besondere Beachtung findet dabei die mögliche Absehung von Strafe, wenn bei einer Tötung auf Verlangen nachweislich ein rechtfertigender Notstand vorliegt. Der HVD Entwurf differenziert *einerseits* zwischen den Selbstbestimmungsrechten mündiger BürgerInnen (einschließlich der Freitodmöglichkeit bei unerträglichem Leiden, siehe Punkt 6) und *andererseits* den Lebensschutzzinteressen hilfloser und willensunfähig gewordener Patienten (siehe Punkt 4). Ein weiterer zentraler Handlungsbedarf besteht – ebenfalls nicht nur aus Sicht des *Humanistischen Verbandes* – in der verbindlichen Regelung des vorsorglichen Selbstbestimmungsrechtes durch gültige Patientenverfügungen (Punkt 2). Schließlich soll eine umfassende gesetzliche Regelung gemäß dem Vorschlag des HVD auch im Sozialgesetzbuch die Sicherstellung und den Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung einbeziehen (Punkt 3), denn diese ist bei aller Anerkennung in der Öffentlichkeit und Fachwelt massiv bedroht. Der übrige Regelungsbedarf bezieht sich auf Fragen des Betreuungsrechtes und den Sonderstatus eines Bevollmächtigten (Punkt 8, 9 und 10).²⁰

Der HVD ruft Einzelpersonlichkeiten, Organisationen und Medienvertreter dazu auf, diese zu diskutieren, zu kommentieren und an ihrer Verbreitung mitzuwirken. Er geht davon aus, dass bei der vorgeschlagenen umfassenden Gesamtregelung ein Konsens mit anderen gesellschaftlichen Gruppen und weltanschaulich-religiösen Positionen möglich ist. In der Ärztezeitung vom Januar 2004 werden das Anliegen und die Position des HVD in diesem Zusammenhang wie folgt wiedergegeben:

„In Deutschland fordern einzelne Gruppen, so etwa der Humanistische Verband Deutschlands, seit Jahren ein 'umfassendes Sterbehilfegesetz, in dem geregelt und zusammengefasst werden soll,

¹⁸ „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos ...“. Vgl. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Deutsches Ärzteblatt, 95:1998, A 2365-2367.

¹⁹ Siehe Punkte 1, 5 und teilweise 7 des HVD-Entwurfs für eine gesetzliche Regelung im Dokumentations-Teil dieser Ausgabe.

²⁰ In *diesseits* 18(Berlin 2004: 66)1, der Zeitschrift des Humanistischen Verbandes, findet sich eine Kurzfassung der ausführlicheren zehn Eckpunkte zur Regelung der Patientenrechte und Sterbehilfe. Die ausführliche Version, wie sie im Herbst 2003 auf der Bundesdelegiertenversammlung des Humanistischen Verbandes Deutschlands beschlossen wurde, findet sich außerdem in: *diesseits* 17(Berlin 2003: 65)4, S.12 f. oder unter www.patientenverfuegung.de

was unter konkreten Bedingungen ärztlicherseits getan oder unterlassen werden darf, soll oder muss'. ... Doch die erbitterten Gegner der aktiven Sterbehilfe – unter ihnen die Deutsche Bischofskonferenz, die Hospizstiftung und Spitzenpolitiker aller Parteien – haben sich wiederholt strikt gegen eine Legalisierung ausgesprochen. Vom Votum des Europarates könnte eine Signalwirkung ausgehen, die die Diskussion in Deutschland neu entfacht.“

Es scheint an der Zeit, dass sich die Debatte weg von fruchtlosen Grundsatzfragen und Appellen hin zu konkreten Regelungsvorschlägen bewegt. Dazu sollen die Eckpunkte des HVD zur Patientenautonomie am Lebensende als Anregung und Grundlage dienen. Sie sind im September 2003 nach einer langen, internen und mit Hilfe von unabhängigen Experten geführten Debatte von der Bundesdelegiertenversammlung des HVD einstimmig verabschiedet worden.

Frühere Pionierleistung zum humanen Sterben – heute scheinradikal und unzeitgemäß

Mit der Forderung nach Strafbefreiung der Tötung auf Verlangen scheint hingegen dem Patienten ebenso wenig weitergeholfen wie dem Arzt, der vor einem medizinischen Entscheidungskonflikt steht. Unabhängig von diesen pragmatischen oder vielleicht sogar taktisch anmutenden Überlegungen versucht eine humanistische Ethik, sich der Fragestellung von einer theoretischen Seite her zu nähern. Wäre die Freigabe der Tötung auf Verlangen wirklich das geeignete und wünschenswerte Mittel, um körperliches und seelisches Leiden z.B. von krebserkrankten oder hochbetagten Menschen wirksam zu beseitigen?

Es muss natürlich gewährleistet sein, dass diese Möglichkeit nur für extreme Ausnahmefälle unerträglichen Leidens gilt, antworten die Befürworter eines solchen Weges, z.B. die *Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben* in ihren *Rechtspolitischen Leitsätzen zu einer gesetzlichen Regelung der Sterbehilfe und -begleitung*.²¹ Die DGHS möchte, dass definitiv von Bestrafung abgesehen wird, „wenn eine schriftliche Erklärung des Patienten vorliegt, dass er getötet zu werden wünscht“ und wenn ein zweiter Arzt das Vorliegen bestimmter Voraussetzungen bestätigt. Es handelt sich also um den Vorschlag für eine Verfahrensregelung, ähnlich wie die in den Niederlanden. Das Denken, Fordern und Argumentieren scheint sich, obwohl nur für vielleicht ein bis fünf Prozent aller Sterbefälle relevant, seltsamerweise doch um ein vermeintliches Bedürfnis nach genereller Zulassung dieser Form der „aktiven Sterbehilfe“ zu drehen.

Solche Forderungen waren zweifellos vor etwa zwanzig Jahren, als entsprechende Strafrechtsänderungen erstmals von angesehenen Rechts- und Medizinwissenschaftler vorgeschlagen wurden, eine Pionierleistung. Die Hospizbewegung und Palliativmedizin gab es damals noch nicht, dank derer sich große Leistungen und Verbesserungen bei der Schmerztherapie, Beschwerdelinderung und Sterbebegleitung vollzogen haben.

Dabei kann allerdings das Recht auf den eigenen Tod laut sogenanntem Alternativentwurf²² von 1986, auf den sich bis heute die DGHS ausdrücklich beruft, lediglich als strafrechtliche „Darbestimmungen“ verankert werden. Das heißt, ein gutwilliger Arzt oder Helfer hätte sich freiwillig zur Tötung bereit zu erklären und dürfte dies dann straflos tun. Der Sterbewillige bliebe aber Bittsteller.

²¹ Vgl. www.dghs.de sowie Dokumentations-Teil dieser Ausgabe.

²² Baumann u.a.: Alternativentwurf eines Gesetzes über die Sterbehilfe (AE-Sterbehilfe), 1986.

Von einem allgemeinen „Recht auf Selbstbestimmung“ kann also in diesem Zusammenhang nicht die Rede sein. Denn selbstverständlich wird ein Getötet-Werden oder eine Suizidhilfe allenfalls erlaubt sein, ohne dass es – selbst im Extremfall – einen Rechtsanspruch darauf gibt. Wäre es dann nicht für eine humane und vernünftige Regelung aller übrigen Fälle sinnvoll und vorrangig, einen solchen gesetzlich zu verankern? Eben dies strebt der *Humanistische Verband* an. D.h. umgekehrt, zu einer Strafflosigkeit im extremen Ausnahmefall soll eine allgemeine Strafbarkeit gelten für ein Zuwiderhandeln gegen den Patientenwillen. Demgegenüber erscheint die herkömmliche Forderung zum humanen Sterben, ein Getötet-Werden (von dem alle hoffen, dass es nur sehr selten vorkommen möge) zu erlauben, gewissermaßen scheinradikal.

Der Vorschlag des HVD geht konsequent vom Patientenrecht aus und sieht ärztliche „Mussbestimmungen“ vor: dem Recht auf Abwehr unerwünschter Behandlungen muss (!) nach dem HVD-Entwurf – bei Strafandrohung wegen Körperverletzung – in jedem Fall entsprochen werden. Hier ist der – leider auch bei „fortschrittlichen“ Juristen – weit verbreiteten Auffassung entgegen zu wirken, dass der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen nur in unmittelbarer Todesnähe erlaubt sein soll.

Einen Regelungsbedarf unterhalb der Grenze der direkten Tötung und vor dem unmittelbaren Sterbeprozess gibt es für unzählige Entscheidungskonflikte. Hier ist nicht zuletzt deshalb eine zunehmende Tendenz zu verzeichnen, weil die moderne Medizin namentlich in den letzten Jahrzehnten eine fast unübersehbare Vielfalt an Behandlungsoptionen eröffnet hat. Neben die allein auf Heilung abzielende kurative Medizin, bei der es früher allein um die Frage ging, noch weiterbehandeln oder sterben lassen, ist heute die palliative Medizin getreten. Diese bietet ein breites Spektrum linderner Maßnahmen, insbesondere im Bereich der Schmerzbekämpfung.

In unserer Zeit geht es oft um schwierige Abwägungen zwischen Linderung, Besserungsmöglichkeiten, Leben mit chronisch-unheilbaren Krankheiten, konsequentem Sterbenlassen, Förderung der Lebensqualität bis zuletzt und Sterbebegleitung. Dazu muss man sich in Erinnerung rufen, dass die palliativmedizinischen Maßnahmen bei unheilbar Schwerkranken normalerweise lebensverlängernd wirken – auch die Schmerztherapie mit fachgerecht dosiertem Morphium führt im Regelfall keineswegs zu einer Todesbeschleunigung, sondern zu mehr Lebensqualität.

Damit verliert die in vielen früheren Patientenverfügungen nach dem Standard der 1980er Jahre zugrundeliegende Formel „Passive Sterbehilfe und Schmerzlinderung statt aufgezwungener Lebensverlängerung“ zumindest weitgehend an Bedeutung. Stattdessen haben die gewaltigen Fortschritte in der Medizin und Pflorgetechnik dazu geführt, dass der Tod in der Regel heute am Ende einer längeren, oft chronischen Krankheit steht. Der hauptsächliche Vorsorgebedarf besteht heute darin, eine zum Teil dem Sterben weit vorgelagerte Phase der Pflegebedürftigkeit und Hinfälligkeit zu regeln.

„Lebensunwert-Problematik“ – wirklich kein Thema mehr?

Also geht es vor allem um die „Lebenswert-Frage“ schwer behinderten, altersschwachen und geistig eingeschränkten Lebens. Sollten wir hier so tun, als hätte es die jüngere deutsche Vergangenheit nie gegeben? Oder – besser gefragt – haben die heimtückische Morde an Behinderten, Sinti, Roma und Juden wirklich ganz und gar nichts mit einer Sterbehilfe zu tun, die von Schwerstkranken selbst

erbeten wird? Beide – sowohl Sterbehilfebefürworter wie -gegner – haben dazu beigetragen, dass diese Frage zu einem abgenutzten Schlagabtausch verkommen ist.

Unmöglich scheint ein gleichsam unbefangenes, „originelles“ Herangehen, welches von der eigenen Positionsbestimmung in der aktuellen Sterbehilfe-Debatte absieht – und welches auch eine Anerkennung des Irrwegs in der eigenen Denktradition eröffnen würde.²³ Hier soll es dennoch einmal versucht werden. Zunächst muss die Tatsache benannt werden, dass in den der Wirtschaftskrise nach 1929 folgenden Jahren keinesfalls nur Deutschland, sondern auch zahlreiche andere Länder ähnliche Gesetze zur Verhütung erbkranken Nachwuchses verabschiedeten.

Die perversen Tötungsmaschinerien der Nazis setzten das aufgegriffene, weit verbreitete zeitgenössische Gedankengut allerdings skrupellos und brutal um, aber – und dies unterschied sie grundsätzlich von vorherigen wie parallelen Überlegungen mit ähnlichen oder gleichen Begriffen – sie interpretierten es rassistisch. Dabei waren nicht einmal direkte Tötungen das Schlimmste und Qualvollste (so unangebracht hier die Meiststufe ist), sondern grausame und heimtückische Maßnahmen wie das u.a. aus Vertuschungsgründen vorgenommene langsame „Sterbenlassen“ durch Hungerkost – also Mord durch Unterlassen.

Ist es nicht vor allem das Wissen darum, welches uns heute mit so tiefem Abscheu erfüllt über das – von den Nazis vorgefundene! – menschenverachtende Vokabular? Da war von „Ballastexistenzen“, „leeren Menschenhülsen“ und „unnützen Essern“ die Rede, deren Freigabe zur Vernichtung²⁴ von angesehenen bürgerlichen Wissenschaftlern vorgeschlagen wurde. Auch Freidenkerisch-monistische Forderungen nach möglicher „Selbsterlösung“ hatten sich unter der Hand mit sozialdarwinistischem und rassehygienischem Gedankengut verbunden.²⁵

Eine gewissermaßen innere Logik ist im Folgenden nicht zu verkennen. Wenn ein Leben, das nicht mehr durch selbstbestimmte Interessen bzw. ein personales Dasein charakterisiert ist, menschenunwürdig sein soll, hat dies rational gesehen folgende Konsequenz: Dann käme es der Missachtung der Menschenwürde gleich, Kranke und geistig Behinderte in einem derartigen Dasein „dahinvegetieren“ zu lassen. Im Grunde ergäbe sich daraus sogar eine moralische Pflicht, auch Sieche, Komatöse und Demente, die vorher nicht ausdrücklich darum gebeten haben, durch einen mutmaßlich von diesen gewünschten „Gnadentod“ zu erlösen. Ist es da nicht ein ungeheurer zivilisatorischer Fortschritt, wenn von Staats wegen eine Abstufung oder gar Aufhebung des Lebens-

²³ Vgl. H. Groschopp: „Selbstmord ist Auflehnung gegen Gott ...“. In: *humanismus aktuell*, Berlin 5(2001)9.

²⁴ Vgl. K. Binding u. A. Hoche: *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, ihr Maß und ihre Form*. Leipzig 1920, 2. Auflage 1922.

²⁵ „Welche ungeheure Summe von Schmerz und Leid“, so fragt der Monist Erich Haeckel, nachdem er die Zahl der Geisteskranken in Deutschland genannt hat, „bedeuten diese entsetzlichen Zahlen für die unglücklichen Kranken selbst, welche namenlose Fülle von Trauer und Sorge für ihre Familien, welchen Verlust an Privatvermögen und Staatskosten für die Gesamtheit.“ In einer monistischen, naturwissenschaftlich begründeten Moral sollte der Einklang von Eigen- und Nächstenliebe oberstes Gebot sein und erschien eine biologische Auslese – nach dem Modell des alten Sparta – durchaus als vernünftig. Siehe: E. Haeckel: *Natürliche Schöpfungsgeschichte*. In: Ders., *Gemeinverständliche Werke*, Bd. 2, Leipzig u. Berlin 1924, S.177.

schutzes verworfen wird und der strafrechtliche Schutz vor Tötungen zunächst absolut jedem Menschen in gleicher Weise zusteht?²⁶

Sterbenlassen oder Töten – (k)ein ethischer Unterschied?

Doch trotz dieser wesentlichen Bedenken lautet die Pointe des Versuches, sich vorurteilsfrei und unbefangen der historischen Dimension der Ausrottung „unwerten Lebens“ anzunähern: Dieses „Argument“ taugt gar nichts, um einseitig nur die „aktive“ Sterbehilfe bzw. Euthanasie zu verteideln.²⁷ Im Gegenteil: Es geht – unter heutigen gesellschaftlichen Verhältnissen – von einem Behandlungsverzicht (nämlich einem Vorenthalten gewünschter und notwendiger Medizin- und Pflegemaßnahmen) eine viel größere Gefahr für Leib und Leben hilfloser Menschen aus. Dies gilt gerade auch dann, wenn ein sehr pessimistisches Menschen- und Gesellschaftsbild dem Urteil zugrunde gelegt wird. Dieses unterstellt Krankenkassen, Ärzten und Angehörigen, es nur darauf abgesehen haben sollen, sich hilfloser und alter Schwerkranker zu entledigen. Ein Morden oder direktes Töten dürfte dabei am wenigsten wahrscheinlich sein. Ein sehr ernst zu nehmendes Problem ist hingegen die nicht-freiwillige Euthanasie aufgrund gesundheitspolitischer Rationierungsmaßnahmen.

Heute sind es nicht Überlegungen zur Rassehygiene, sondern der Anteil des Bruttosozialproduktes, der für die ständig expandierenden medizinischen Technologien aufgebracht werden muss, wobei die Aufwendungen der Gesundheits- und Sozialleistungen für die allerletzte Lebensphase unverhältnismäßig hoch sind. Entscheidungen zu Sparmaßnahmen, die für den betroffenen Personenkreis mit erheblicher Lebensverkürzung einher gehen können, werden aber z.B. mit einem angeblich viel schlechteren Therapieerfolg bei älteren Menschen begründet.

Gerade Lebensschützer, die einen sogenannten Dambruch fürchten, müssten deshalb die weitgehend geduldete „passive Sterbehilfe“ und die Behandlungsbeschränkung viel schärfer kritisieren als den selten „aktiv“ herbeigeführten, vom Patienten verlangten Tod.

Warum passiert das jedoch nicht? In Wirklichkeit geht es der Lebensschutz-Ideologie um eine vorwiegend durch religiöse Ethik geprägte Norm, derzufolge das Unterlassen von lebensverlängernden Maßnahmen in jedem Fall weniger verwerflich sein soll als eine vom Todkranken gewünschte und zielgerichtete Lebensverkürzung.

Zwar erkennt auch eine humanistische Ethikauffassung den intuitiv-moralischen und psychologischen Unterschied an zwischen „Sterben-Lassen“ und Töten. Andernfalls würde (was heute im gesamten humanistisch-freigeistigen Spektrum der Fall ist), eine direkte Tötung nicht an die unbedingte Voraussetzung geknüpft werden, dass der Betroffene selbst ausdrücklich zugestimmt haben muss.²⁸ Dies ist bei einem Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen zumindest in todesnahe

²⁶ Diese Fragen wirft der Bundesrichter a.D. Klaus Kutzer auf. Auch wenn ein Arzt den Tatbestand eines Tötungsdeliktes erfülle, könne es jedoch nach der Notstandsregelung des § 34 StGB gerechtfertigt sein. Siehe: K. Kutzer: Die Auseinandersetzung mit der aktiven Sterbehilfe, in: Zeitschrift für Rechtspolitik, Juni 2003, S.211.

²⁷ Das Fremdwort „Euthanasie“ benutzten die Nazis selbst gar nicht. Um den Nachkriegsmythos um diesen verharmlosenden Begriff der Nürnberger Prozesse aufzuzeigen, bedarf es einer gesonderten Abhandlung.

²⁸ Hierzu gibt es freilich abweichende Auffassungen, die, wenngleich zu recht sehr umstritten, nicht indiskutabel sein sollten. So bei dem australischen Bioethiker Peter Singer und dem deutschen Rechtsphilosophen Norbert Hoerster.

Situation nicht im gleichen Maße erforderlich, hierzu würde die Ermittlung des mutmaßlichen Willens hinreichend sein. Doch anders als eine traditionelle, christlich geprägte Ethik sehen Humanisten in der Abgrenzung von „aktiver“ und „passiver“ Sterbehilfe nicht einen alles entscheidenden Unterschied, keinesfalls einen moralischen Abgrund, der sich angeblich zwischen „böser Sterbehilfe“ und „guter Sterbebegleitung“, zwischen barbarischer und zivilisierter Gesellschaft auf tun soll.

Eine humanistische Ethik ist vielmehr differenziert am konkreten Einzelfall orientiert sowie an der Nachvollziehbarkeit einer Entscheidung, die möglichst im Konsens mit allen Beteiligten getroffen werden sollte. Schließlich geht sie von der empirischen Tatsache aus, dass zwischen allen Formen der Sterbehilfe und -begleitung – einschließlich des Behandlungsverzichts und der Freitodhilfe – fließende Übergänge bestehen und keine klar abgrenzbaren Unterschiede.

Kant und die Autonomie – an der Wende zur Moderne

Zurück zur Ausgangsfrage: Warum vertritt der *Humanistische Verband Deutschlands* nicht die zentrale Forderung nach Legalisierung der Tötung auf Verlangen bzw. der ärztlichen Euthanasie ähnlich dem niederländischen oder belgischen Modell? In der Tat erscheint dies rechtfertigungsbedürftig, wenn, wie deutlich geworden sein dürfte, diese Lösung unserer Nachbarn keineswegs verdammt oder auch nur missbilligt wird.

Zunächst ist festzustellen, dass z.B. auch die Schweiz ein ganz anderes Modell bevorzugt, in dem nämlich die dort großzügig praktizierte Freitodhilfe in den Händen von Laien – und ausdrücklich nicht von Ärzten – liegt. Es zeigt sich, dass hier nationale Besonderheiten und Mentalitäten eine nicht unerhebliche Rolle spielen. Erscheint es da nicht sinnvoll, auch einen eigenen, spezifisch deutschen Weg einzuschlagen²⁹, der von besonderen Sensibilitäten bestimmt ist und das Recht auf Selbstbestimmung, gepaart mit Verantwortung und Fürsorge, ins Zentrum stellt? Der HVD sieht in seinem Entwurf auch einen moderaten Beitrag zur vorgesehenen Sterbehilfe-Debatte im 1949 gegründeten *Europarat* – die dort freilich „Euthanasie“-Debatte heißt.

Stellen wir uns ethisch und philosophisch gesehen die folgende Ausgangsposition und die zwangsläufigen Konsequenzen vor: Seit der Renaissance und der Aufklärung, vor allem seit ihrem „Vollender“ Immanuel Kant³⁰, wurde die Autonomie als das entscheidende Kriterium der Menschenwürde begriffen. Das heißt aber nicht, dass das Freiheitsverständnis sich als verabsolutiertes Verfügungsrecht über den eigenen Körper im Sinne eines Besitzgutes darstellt. Vielmehr bleibt die Autonomie im Sinne Kants an ein allgemeines „Sittengesetz“ gebunden.

Wir würden heute lieber sagen: Das Individuum steht nicht für sich isoliert als Eigentümer seiner selbst in der Welt, sondern ist aufgehoben in Gemeinschaft, Gesellschaftlichkeit, Begegnung und Zwischenmenschlichkeit. Weltanschaulicher Pluralismus, Individualisierung und subjektive, empiri-

Diese gehen davon aus, dass auch Menschen, die nicht gefragt werden können, in der Regel der „Erlösung“ von einem „menschunwürdigen Dasein“, also dem sogenannten „Gnadentod“, zustimmen würden. Vgl. P. Singer: *Leben und Tod. Der Zusammenbruch der traditionellen Ethik*. Erlangen 1998 sowie N. Hoerster: *Sterbehilfe im säkularen Staat*. Frankfurt a.M. 1998.

²⁹ Vgl. G. Neumann: *Deutschland braucht ein eigenes Sterbehilfe-Modell*. In: *humanismus aktuell*, Berlin 5(2001)9, S.55ff.

³⁰ Vgl. I. Kant: *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Akademie Ausgabe Bd. IV.

sche Leiderfahrung spielen zudem heute eine ganz andere Rolle als in der „idealistischen“ Vernunft- und allgemeinen Sittenlehre Kants.

Für diejenigen, die sich einer kirchenfernen, konfessionslosen, agnostischen oder weltlich-humanistischen Weltanschauung zugehörig fühlen, gehören Selbstbestimmung, Verantwortung und Mitgefühl zusammen. Insofern werden sie auch kaum mit Nietzsche den „freien Tod“ überschwänglich loben, „der kommt, weil ich will“ und nicht, weil die „Natur“ oder „Gott“ es will. Auch ist es nicht ihr Ziel, an der Zerstörung der traditionellen Ethik mitzuwirken, nur weil diese das Recht, von einem anderen erlöst zu werden, nicht kennt – ein Ziel, welches z.B. dem Bioethiker Peter Singer vorschwebt. Die Alternative einer rein rational-naturwissenschaftlichen Ethik erscheint nicht gerade wünschenswert, selbst wenn eine darwinistische Beimischung bzw. aktuell ein Rückbezug auf das Bruttosozialprodukt garantiert ausgeschlossen bliebe.

Letztlich nur ein kleiner Unterschied

Aus all dem folgt: Der *Humanistische Verband* verfolgt einen moderaten, dabei durchaus erfolgversprechenden, praxisorientierten Weg, der auf Konsens zielt, wenn dies möglich und sachgerecht ist. Ohne Not sollte das „Tötungstabu“ nicht über Bord geworfen werden. Stattdessen sollten alle Alternativmöglichkeiten – einschließlich weitgehender Formen der „aktiven“ Hilfe zum Sterben (indirekte Todesbeschleunigung, terminale Sedierung, ärztlich assistierter Suizid) – ausgeschöpft werden. Ganz selten wird es dann immer noch extreme Einzelfälle auch von ärztlichen Tötungsdelikten geben, die sich rechtfertigen lassen. Wer eine Strafbefreiung darauf einschränken möchte, wird eine solche mit Hilfe der Notstandsregelung des § 34 StGB befürworten können.

Würde die Tötung auf Verlangen nämlich durch verfahrensmäßige Regelungen legalisiert, erfolgte zwangsläufig eine schrittweise Erweiterung des Kreises von „Anspruchsberechtigten“. Hierbei sollte auch die Zumutbarkeit für die Ärzte nicht außer Acht gelassen werden. Es geht also letztlich nur um den „kleinen Unterschied“, wie eng der Kreis der Ausnahmefälle, die eine direkte Tötung im Rahmen der Sterbehilfe rechtfertigen, gezogen werden soll. Darüber wird man verschiedener Auffassung sein können – mit u.U. erheblichen Folgen.

Wer definiert erlaubte und gewünschte Sterbehilfe?

Die bisherige Argumentation läuft darauf hinaus, begrifflich zu trennen zwischen Töten durch fremde Hand – auch auf Verlangen eines Schwerstkranken – und einer möglichen (durchaus auch aktiven) Sterbe- oder Suizidhilfe für diesen. Ferner soll strikt getrennt werden zwischen Totschlag (oder sogar Mord) durch Unterlassen einerseits und einem Behandlungsverzicht auf Wunsch und Verlangen des Patienten andererseits – auch wenn er kein Sterbender ist. Dies mag gewöhnungsbedürftig erscheinen, wird doch sonst weitgehend die aktive Sterbehilfe mit der Tötung auf Verlangen in eins gesetzt und demgegenüber die „passive Sterbehilfe“ als allgemein anerkannt und tolerabel dargestellt.

Der Begriff Sterbehilfe kommt in keinem einzigen Gesetz vor, allerdings wird durch die Rechtsprechung und vor allem die Fachliteratur eine bestimmte Begriffsregelung transportiert. Demgegenüber wird in der *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* zum Thema „Sterbebegleitung“ im hier

vertretenen Sinne darauf hingewiesen, dass der Sterbehilfebegriff in hohem Maße ideologisch geprägt und emotional aufgeladen ist. Dazu heißt es in der *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*: „Durch eine einengende Begriffswahl können moralische Vorentscheidungen getroffen werden, ohne diese offen zu legen. In Deutschland wird im Gegensatz zur neueren englischsprachigen Fachliteratur zwischen sog. 'aktiver' und 'passiver' Sterbehilfe unterschieden ... Aus medizinethischer Sicht ist diese Unterscheidung jedoch fragwürdig, da sie suggeriert, dass 'aktives' Tun im Bereich der Sterbehilfe stets verwerflich, dagegen 'passives' Unterlassen erlaubt sei. In der medizinischen Praxis führt dies zu Missverständnissen und Verwirrung. Z.B. bezeichnen viele Ärzte den Abbruch einer mechanischen Beatmung als aktives Tun und damit als moralisch verwerfliche 'aktive' Sterbehilfe.“³¹ Sie verweigern den Abbruch von lebensverlängernden Maßnahmen auch dann, wenn dies vom Patienten z.B. in einer Patientenverfügung ausdrücklich gewollt wurde.

Solche Folgen und auch Probleme bei einer hochdosierten Morphintherapie sind der herrschenden Atmosphäre geschuldet, in der rigore Lebensschützer und auch Juristen es definitorisch (fast) durchgesetzt haben, „aktive Sterbehilfe“ als unter allen Umständen für verboten zu erklären. In Wirklichkeit ist in Deutschland ausschließlich die Tötung auf Verlangen (selbstverständlich neben sonstiger Tötungsdelikte wie Totschlag oder Mord) im Strafrecht ausdrücklich aufgeführt.

Die Bedeutsamkeit der Definitionsmacht in der öffentlichen Debatte scheint bisher nur wenigen klar geworden zu sein – außer den Ideologen etwa der *Deutschen Hospiz-Stiftung*. Diese versuchte im letzten Jahr in einer beispiellosen Kampagne mit großformatigen Straßenplakaten der Bevölkerung klarzumachen, dass zwischen „passiver“, „indirekter“ und „aktiver“ Sterbehilfe angeblich ganz klar abzugrenzende moralische und juristische Gegensätze bestehen sollen.³² In Wirklichkeit ist zumindest auch die „indirekte“ Sterbehilfe, welche meist im Rahmen einer Schmerztherapie eine lebensverkürzende Nebenwirkung in Kauf nimmt, selbstverständlich eine Form aktiven Tuns und Helfens.

Terminale Sedierung – eine aktive Alternative?

Dies gilt erst recht für die neuerdings häufig diskutierte und auch zunehmend in der Palliativmedizin praktizierte „terminale Sedierung“.³³ Dabei kann durch Einsatz von beruhigenden und einschläfernden Medikamenten die Bewusstseinslage von Patienten mit weit fortgeschrittenen tödlichen Erkrankungen so weit eingeschränkt werden, dass sie quälende Symptome nicht mehr erleiden müssen.

Eine Umfrage der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin* im Jahr 2002 ergab, dass über neunzig Prozent der Palliativärzte aber auch andere Ärzte diese Möglichkeit des „Tiefschlafs“ bei sonst nicht mehr zu linderndem, unerträglichem Leiden befürworten.³⁴ Wie gezielt, vorsätzlich und

³¹ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Sterbebegleitung Heft 01/01, Robert Koch Institut in Zusammenhang mit dem Statistischen Bundesamt, S.3.

³² Eine Darstellung und ausführliche Kritik dieses Schemas vgl. G. Neumann: Entscheidungsqualität.

³³ Vgl. H. C. Müller-Busch u. T. A. Jehser: Sedation in palliative care – a critical analysis of 7 years. In: *BMC Palliative Care*, 2003 May 13 / 2, 2.

³⁴ Studie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Thema Sterbehilfe im Jahre 2002, H. C. Müller-Busch, E. Klaschik u.a. in: *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 2003.

wie schnell dabei eine sterbebeschleunigende Wirkung sein darf, darüber wird in Zukunft gerungen werden müssen.

Unterschieden wird auch zwischen einer „milden“ und einer „tiefen“ bzw. „totalen“ Sedierung, wobei letztere wiederum extremen Ausnahmefällen vorbehalten sein soll. Provozierend könnte man fragen, ob denn unheilbar Schwerstkranke erst bis zum Sterben in einen Tiefschlaf versetzt werden müssen – statt ihnen direkte und schnelle Euthanasie zuteil werden zu lassen. Im Sinne einer rein rational argumentierenden Ethik ist dieser Einwand berechtigt. Doch sollten wir, wie oben ausführlich dargelegt, bei der moralischen Bewertung unsere Intuition in Bezug auf ein Tötungsverbot und psychologisch-subjektive Motive durchaus beachten – auch wenn dies manchmal im Sinne der Logik als nicht völlig widerspruchsfrei erscheint.

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass auch in den Niederlanden die terminale Sedierung stark in den Blick geraten ist. Sie wird zunehmend bei Schwerstkranken eingesetzt – sei es, um den strengen Formalien der dortigen Euthanasiegenehmigungsverfahren zu entgehen, sei es um die eigene Belastung zu reduzieren, denen Ärzte bei der direkten, schnellen Tötung ausgesetzt sind.³⁵

Ausblick: Klärung und Verschiebung von Bedeutungshorizonten statt Konfrontation

Wer hingegen – unabhängig von den fraglos bestehenden und wahrscheinlich immer bleibenden Schwierigkeiten im Einzelnen – den Begriff der Sterbehilfe bewusst ideologisch und weltanschaulich auflädt, führt in Wirklichkeit einen Kulturkampf. Im Sinne der radikalen Sterbehilfegegner aus kirchlichen Kreisen richtet sich dieser gegen eine immer egoistischer und gottloser werdende Gesellschaft. Die Unschärfe des Begriffs der „aktiven Sterbehilfe“ und die Grauzone wird propagandistisch eingesetzt gegen die Autonomie am Lebensende. Bei diesen anti-emanzipatorischen Tendenzen geht es nicht zuletzt um die Definitionsmacht über die Begriffe. Hier tut sich leider auch die Hospizbewegung hervor, die sich nur allzu gern einen Absolutheitsanspruch über ein selbstbestimmtes Sterben in Würde anmaßt. Jede Form der aktiven Sterbehilfe wird von ihr abgelehnt, ob darunter auch die – strafrechtlich ja nicht verbotene – Suizidhilfe zu verstehen ist, bleibt im Unklaren.³⁶

Für Aufklärung und für eine differenzierte Regelung von Patientenautonomie und Sterbehilfe wird am Besten beigetragen, indem für bestimmte Sachverhalte möglichst eindeutig zu verstehende Begriffe verwendet werden (wenngleich man auf die Begriffe der sogenannten aktiven und passiven Sterbehilfe freilich nicht immer verzichten können). So schlägt auch die *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* vor, sich dieser interdisziplinären Aufgabe zu widmen: „Statt 'aktiver' Sterbehilfe wird eindeutiger von Tötung auf Verlangen des Patienten oder ärztliche Beihilfe zum Suizid gesprochen werden, während der Begriff 'passive' Sterbehilfe durch eine genaue Beschreibung des Sachverhalts, z.B. Abbruch / Einstellung, Begrenzung / Limitierung oder Unterlassung von Therapie, Schmerzbehandlung mit eventueller Lebensverkürzung etc., ersetzt wird.“³⁷

³⁵ F. van Kolschooten: Dutch television report: Euthanasia controversy. The Lancet 2003; 361: 1352f.

³⁶ Ausführlich dazu: G. Neumann: Entscheidungsqualität.

³⁷ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S.5ff.

Dies ist ein kleiner, aber notwendiger Schritt auf dem langen Weg, der noch vor uns liegt. Eine frontale Konfrontation ist kontraproduktiv, wird auch jeden Gesetzgeber umso mehr davon abhalten, sich in dieses „Minenfeld“ zu begeben. Vielmehr geht es um Gratwanderungen beim Verschieben von Bedeutungen und um ein zähes Ringen darum, an welcher Stelle die Grenzen zwischen „strafbar“, „erlaubt“ und „geboten“ zu ziehen sein werden.

Ein positiver Bedeutungshorizont der Sterbehilfe scheint am ehesten möglich, wenn er vom Begriff der Tötung abgegrenzt wird. Schließlich sollten wir uns und anderen das kritische Nachdenken über sensible ethische Fragen nicht ersparen, und gerade damit BündnispartnerInnen überzeugen und gewinnen – in der konkreten Praxis, im medizinethischen Kontext und vielleicht auch einmal in der Politik.

Aus: humanismus aktuell, Heft 14 (2004), S. 45-49