

Sterbehilfe - eine philosophische Sicht

von Dieter Birnbacher

1. Realprobleme und philosophische Probleme

Ein vielzitatierter Satz aus Wittgensteins *Philosophischen Untersuchungen* (§ 123) lautet: "Ein philosophisches Problem hat die Form: 'Ich kenne mich nicht aus.'" Danach sind philosophische Probleme gedankliche Knoten, die es zu entwirren gilt. Ein philosophisches Problem zu lösen heißt, Klarheit zu gewinnen, wo vorher Unklarheit war - wobei die gewonnene Klarheit gelegentlich auch darin bestehen kann, zu erkennen, dass ein Problem - jetzt oder auf Dauer - unlösbar ist.

Wirft die Sterbehilfe philosophische Probleme in diesem Sinne auf? Ich meine ja. Zahlreiche ethische Fragen im Zusammenhang mit der Sterbehilfe sind nicht nur in Hinsicht auf die Praxis bisher nicht hinreichend gelöst, zahlreiche Fragen sind auch noch nicht hinreichend *verstanden*, um sie einer in der Praxis befriedigenden Lösung zuzuführen. Aus demselben Grund ist die Diskussion um die Sterbehilfe eine Herausforderung nicht nur für den (in die Praxis wirkenden) *Moralisten*, sondern auch für den (akademisch tätigen) *Ethiker*. Es geht nicht nur darum, vernünftige Regeln für die Praxis zu finden, es geht auch darum, Klarheit über die dabei zu berücksichtigenden Gesichtspunkte zu gewinnen und die unterschiedlichen Argumentationsstränge zu trennen und jeweils auf ihre Überzeugungskraft zu prüfen.

Das heißt nicht, dass der Ethiker, der mit seinen Mitteln zu dieser Klarheit beizutragen sucht, ausschließlich von theoretischer Neugier oder aufklärerischem Pathos getrieben ist. Auch für ihn ist die Sterbehilfe nur deswegen ein philosophisches Problem, weil es zugleich ein Realproblem ist. Nach wie vor ist die reale Situation der Sterbenden in Deutschland unbefriedigend. Obwohl Fragen des würdigen Sterbens und der Sterbehilfe in unserem Land seit längerem kein Tabu mehr sind, hat sich an der nach wie vor beklagenswerten Situation Sterbender nur wenig geändert:

1. Der Wunsch der meisten Menschen, zu Hause und in ihrer vertrauten Umgebung zu sterben, bleibt immer öfter unerfüllt. Immer mehr Bundesbürger, inzwischen etwa drei Viertel, sterben im Krankenhaus, u. a. weil sie im eigenen Haushalt nicht angemessen versorgt werden können. Erschwerend kommt hinzu, dass ein wachsender Anteil von Sterbenden ohne Angehörige ist oder die Angehörigen nicht in der Nähe leben.
2. Anders als etwa in England sind Hospize und ambulante Hospizdienste in Deutschland nicht vollständig in das Gesundheitssystem integriert und sind durch den Leistungskatalog der Krankenkassen nur teilweise abgedeckt.
3. Die Schmerzbehandlung in der Endphase von Krebserkrankungen ist nach wie vor unzureichend. Nach Expertenschätzungen erhalten ein großer Teil der deutschen Krebspatienten im End-

stadium keine ausreichende Schmerzbehandlung. Noch immer gehört die Bundesrepublik bei der Verordnung von morphinhaltigen Schmerzmitteln im Vergleich mit anderen europäischen Ländern zu den Schlusslichtern. Schuld daran sind u. a. Bequemlichkeit und sachlich verfehlte Ängste vor Suchtgefahren.

4. Ein Teil der Krebspatienten (nach Einschätzung des niederländischen Anästhesisten Admiraal 5%) sind auch mit einer optimalen Schmerzbehandlung nicht schmerzfrei zu halten.

5. Auch eine optimale Schmerzbehandlung kann die Belastungen nur unwesentlich mildern, die - nach den Erfahrungen in den Niederlanden - die Hauptgründe für das Verlangen nach Sterbehilfe ausmachen: physische Belastungen wie Atemnot, Übelkeit und Unruhe und psychische Belastungen wie der Verlust von Autonomie, Gefühle von Würdelosigkeit und das Empfinden, anderen zur Last zu fallen.

6. Vielfache Unzulänglichkeiten und Befangenheiten verhindern, dass mit den Betroffenen über Sterben und Tod einfühlsam, aber auch offen und realistisch gesprochen wird. Die Kommunikation über Tod und Sterben ist zwischen Ärzten und Patienten, Ärzten und Pflegenden, Patienten und Angehörigen systematisch gestört. Ärzte sind von ihrer Ausbildung und Aufgabe her zuallererst auf das Heilen ausgerichtet und nicht immer fähig oder willens, mit dem Sterbenskranken über sein bevorstehendes Sterben zu sprechen und ihn im Sterben zu begleiten. Auch die standesethische Debatte leidet unter Kommunikationsstörungen. Bereits der Titel der letzten einschlägigen Richtlinien der Bundesärztekammer: "Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung" verweist auf eine - von der öffentlichen Debatte schon längst hinter sich gelassene - Berührungsangst dem Thema gegenüber. Tatsächlich geht es in diesen Richtlinien nur ganz am Rande um *Sterbebegleitung* im Sinne einer psychologisch-seelsorgerischen Hilfe im Sterben. In der Hauptsache geht es um *Sterbehilfe* im Sinne einer medizinischen Hilfe im und zum Sterben.

7. Die Rechtslage zur Sterbehilfe in Deutschland lässt es an der nötigen Rechtssicherheit für Ärzte, Patienten und Angehörige fehlen. Verantwortlich dafür ist vor allem, dass die Rechtslage primär durch die Rechtsprechung statt durch gesetzliche Regelungen definiert und u. a. deshalb für die Praxis nur unzureichend einschätzbar ist. Vielen in der Praxis tätigen Ärzten ist nicht bekannt, dass der Abbruch einer lebenserhaltenden Behandlung entsprechend dem ausdrücklichen oder mutmaßlichen Willen des Patienten nicht nur rechtlich zulässig, sondern eine Weiterbehandlung gegen den Willen des Patienten rechtlich unzulässig ist und den Tatbestand der Körperverletzung erfüllt. Ebenso ist vielen in der Praxis tätigen Ärzten nicht bewusst, dass eine einmal aufgenommene lebensverlängernde Behandlung nach denselben rechtlichen und moralischen Kriterien abgebrochen werden kann und muss, nach denen auch eine Behandlung von vornherein nicht aufgenommen werden kann und muss. Zwar ist die Nichtaufnahme einer Behandlung für Ärzte und Pflegekräfte in der Regel leichter zu bewältigen als ein Abbruch einer einmal aufgenommenen Behandlung. Mit der Aufnahme der Behandlung wird eine Rollenbeziehung zum Patienten eingegangen, die bei der Nichtaufnahme einer Behandlung nicht in derselben Weise vorliegt. Aber dieser psychologischen Differenz steht keine entsprechende Differenz auf der normativen Seite gegenüber. Für die Nichtweiterführung einer einmal aufgenommenen lebensverlängernden Behandlung ist der Wille des Patienten in genau derselben Weise verbindlich wie für die Nichtaufnahme einer lebensverlängernden Behandlung.

8. Die durch die Rechtsprechung geschaffene Rechtslage ist vor allem hinsichtlich der Sterbehilfe durch Beihilfe zum Patientensuizid unbefriedigend. Im internationalen Vergleich weist das deutsche Strafrecht das Paradox auf, dass es einerseits die Beihilfe zum Suizid selbst in Fällen erlaubt, in denen der Suizid nicht auf eine freie und wohlinformierte Entscheidung des Suizidenten zurückgeht, dass es aber andererseits die Verhinderung des durch den Suizid eingetretenen Todes (d. h. die Wiederbelebung nach eingetretener Bewusstlosigkeit) von allen fordert, die - wie Ärzte und Angehörige - als "Garanten" für den Suizidenten in besonderer Weise verantwortlich sind. Auch wenn die Rechtsprechung mittlerweile dazu übergegangen ist, in Fällen eines "freiverantwortlichen" Suizids die Verpflichtung zum rettenden Eingreifen fallenzulassen, kann bis heute kein Arzt oder Angehöriger sicher sein, dass er sich durch die Nichtverhinderung eines Suizids nicht strafbar macht. Das liegt u. a. daran, dass sich der Bundesgerichtshof bisher nicht entschließen konnte anzuerkennen, dass ein Patient dadurch, dass er den Suizid freiverantwortlich will, den Arzt oder seine Angehörigen aus ihrer Garantenstellung und Hilfsverpflichtung entlässt. Nur so könnten diese sicher sein, wegen des Verzichts auf lebensrettende Maßnahmen nicht wegen Tötung durch Unterlassen oder unterlassener Hilfeleistung belangt zu werden. Auch die rechtliche Bewertung des Suizids selbst ist weiterhin unklar und moralisch dubios. Während in der Ethik (vgl. die Beiträge in Eser 1976 und Battin/Mayo 1980) und in der Öffentlichkeit (vgl. etwa die Reaktionen auf den Suizid der Kanzlergattin Hannelore Kohl) der freiverantwortliche Suizid in Sterbehilfesituationen seit längerem überwiegend als Bestandteil des grundrechtlich verbürgten Freiheitsrechts gilt, hat noch im letzten Jahr der Bundesgerichtshof an seinen Grundsatz aus den 50er Jahren angeknüpft, nach dem "die Rechtsordnung eine Selbsttötung - von äußersten Ausnahmefällen abgesehen - als rechtswidrig" betrachtet (NJW 2001, Heft 24, 1803). Dies wird mit dem Argument begründet, "das Leben eines Menschen stehe in der Werteordnung des Grundgesetzes - ohne eine zulässige Relativierung - an oberster Stelle der zu schützenden Rechtsgüter". Dieses Argument entspricht weder herrschenden Rechtsanschauungen noch der Verfassungsrealität. In der Wertordnung des Grundgesetzes steht nicht das Leben, sondern die Menschenwürde an der Spitze der geschützten Rechtsgüter. Anders als die Menschenwürde ist das Leben nicht unabwägbar, sondern steht ausdrücklich unter Gesetzesvorbehalt.

2. Der Beitrag der Philosophie: Korrekturen am Schwarz-Weiß-Denken

Die Debatte um die Sterbehilfe verfängt sich immer wieder in einem Schwarz-Weiß-Denken, das der Vielschichtigkeit der Sache nicht gerecht wird. Über lange Jahre war die Diskussion in Deutschland beherrscht von dem Gegensatz zwischen *aktiver* und *passiver* Sterbehilfe. Die eine galt als unzulässig, die andere als zulässig - wobei man darüber hinwegsah, dass selbstverständlich auch eine "passive" Sterbehilfe nicht immer und unter allen Bedingungen ethisch unproblematisch ist und dass auch viele Formen von Sterbehilfe, die man für legitim ansah, durchaus nicht nur "passiv" sind, sondern ein positives Tun auf der Seite des Sterbehilfe Leistenden beinhalten. Heute wird die Diskussion beherrscht von dem nicht weniger irreführenden Gegensatz zwischen *Palliativmedizin* und *Sterbehilfe* - so als handele es sich hierbei um sich wechselseitig ausschließende Optionen. Das ist jedoch keineswegs der Fall. Versteht man unter Sterbehilfe jede Form der Leidenslinderung am Lebensende, die das Leben des Leidenden verkürzt oder eine Verkürzung als sichere oder mögliche Folge der Leidenslinderung in Kauf nimmt, dann muss auch die Palliativmedizin in vielen

Fällen als eine Form von Sterbehilfe gelten, nämlich immer dann, wenn sie den Verzicht auf anderweitige medizinische Maßnahmen bedeutet, die das Leben des Patienten mit Wahrscheinlichkeit oder Sicherheit verlängern würden. Die Frage ist deshalb nicht: Palliativmedizin oder Sterbehilfe?, sondern: welche *Form* von Sterbehilfe? Darüber hinaus suggeriert die Alternative "Palliativmedizin oder Sterbehilfe", die Palliativmedizin sei in der Lage, die letzte Lebensphase so annehmbar zu gestalten, dass sich ein Wunsch nach aktiver Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid durchweg erübrigt. Die Realität zeichnet jedoch ein anderes Bild. Auch die Palliativmedizin sieht sich vor Grenzen gestellt. Einige Krebspatienten sind auch mit einer optimalen Schmerzbehandlung nicht schmerzfrei zu halten. Diese Fälle dürfen aber wegen ihrer relativen Seltenheit (in absoluten Zahlen sind es nicht mehr so wenige) nicht einfach unter den Tisch fallen. Hinter diesen Fällen stehen Schicksale, denen sich keiner, was seine eigene Person betrifft, ausgeliefert sehen möchte. Selbst für den Fall eines flächendeckenden Angebots an Palliativmedizin und menschlicher Betreuung in der letzten Lebensphase (von dem wir bedauernswerterweise noch weit entfernt sind) wären nicht alle Probleme der Leidensbegrenzung gelöst. Falsch ist die polarisierende Entgegensetzung von Palliativmedizin und Sterbehilfe noch in einem anderen Punkt: Sie subsumiert unter das Schlagwort "Sterbehilfe" Wege zu einer Leidensbegrenzung am Lebensende, die sich nicht nur der Sache nach, sondern auch der moralischen und rechtlichen Bewertung nach erheblich unterscheiden. Nicht vernachlässigbar ist etwa die Unterscheidung zwischen aktiver Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung in Sterbehilfefällen. Bei der Beihilfe zur Selbsttötung liegt die Herbeiführung des Todes in den Händen des Sterbewilligen, bei der aktiven Sterbehilfe in den Händen eines anderen. Die Beihilfe zur Selbsttötung verwirklicht lediglich eine Bedingung des Sterbens des Sterbewilligen, der Sterbewillige behält die Tatherrschaft über das Geschehen. Bei der aktiven Sterbehilfe dagegen setzt der andere nicht nur eine Bedingung des Todes, sondern führt diesen selbst herbei. Er setzt eine nicht nur notwendige, sondern zugleich auch hinreichende Bedingung des Todes. Nicht nur für die Ethik, auch für das geltende Strafrecht ist diese Differenz relevant. Solange der Sterbewillige "freiverantwortlich" den Tod wünscht, ist die Beihilfe zur Selbsttötung auch dann straffrei, wenn sie von einem "Garanten" wie dem behandelnden Arzt oder einem Angehörigen geleistet wird, während die (direkte) aktive Sterbehilfe unter denselben Bedingungen in jedem Fall den Straf tatbestand der "Tötung auf Verlangen" verwirklicht.

An demselben undifferenzierten Schwarz-Weiß-Denken scheitern viele Bemühungen, das moralische und rechtliche Verbot der direkten aktiven Sterbehilfe angesichts der niederländischen (und belgischen) Herausforderung zu behaupten. Die Mehrzahl der Argumente, die in diesem Zusammenhang für die Aufrechterhaltung des Verbots angeführt werden, entbehren so sehr der Überzeugungskraft, dass man sich beinahe schon daran gewöhnt hat, ihnen mehr oder weniger nur rhetorische Bedeutung zuzuschreiben und die entsprechenden Äußerungen mehr als Ausdruck von Herzensüberzeugungen zu verstehen denn als Angebote zu einem rationalen Diskurs. Ich gehe im Folgenden einige von diesen Argumenten durch.

1. Nur bei der direkten aktiven Sterbehilfe (im Sinne der aktiven und direkten Tötung auf Verlangen zum Zweck der Leidensminderung) ist der Sterbehilfe Leistende *ursächlich* an der Beschleunigung des Todes des Patienten *betelligt*. - Dies kann schon deshalb nicht der Fall sein, weil wir andere Formen der Sterbehilfe kennen, bei denen der Arzt aktiv und kausal in das zum Tode führende Geschehen eingreift, etwa die indirekte Sterbehilfe und diejenigen Formen der passiven Sterbehilfe, bei denen der Behandlungsabbruch (wie beim Abstellen eines Beatmungsgeräts) durch ein

positives Tun vollzogen wird. Stirbt der Patient infolge dieser Einwirkungen, liegt zumindest eine partielle Kausalität vor. Aber auch bei dem Abbruch einer lebensverlängernden Behandlung durch bloßes Untätigbleiben (wie z. B. dem "Einfrieren" der Beatmung auf einem Wert, von dem man weiß, das er mit dem Überleben des Patienten unvereinbar ist) oder bei der Nichtaufnahme einer lebensverlängernden Behandlung liegt Kausalität vor, wenn auch eine rein negative. Jedesmal hat das Untätigbleiben des Arztes zur Folge, dass der Patient früher stirbt, als er andernfalls gestorben wäre. Hätte der Arzt eingegriffen, hätte der Patient länger gelebt.

Dem entspricht in weiten Teilen auch die Wahrnehmung der Kausalität durch den Sterbehilfe Leistenden selbst. Für diese ist es zwar im Allgemeinen nicht gleichgültig, ob der frühere Tod des Patienten durch ein aktives Eingreifen oder durch ein bloßes Geschehenlassen verursacht ist. Aber zumindest unter zwei Bedingungen wird sich die subjektive Kausalitätswahrnehmung in Fällen eines passiven Geschehenlassen von der in Fällen einer aktiven Einwirkung nicht wesentlich unterscheiden:

1. wenn der Tod des Patienten ohne große zeitliche Verzögerung auf den Behandlungsabbruch folgt und
2. wenn der Tod nicht durch das Unterlassen im eigentlichen Sinne medizinischen Maßnahmen, sondern durch das Unterlassen von Maßnahmen der Basisbetreuung wie Ernährung und Hydrierung bewirkt ist.

Im ersten Fall lässt sich die Kausalität schwerer auf das Krankheitsgeschehen oder auf zusätzlich hinzukommende Faktoren "abwälzen" als bei einem verzögerten Todeseintritt. Vielmehr wird bei einem unmittelbaren Eintritt des Todes auch das bloße Unterlassen als ein aktives Bewirken des Todes (als ein "Gott spielen") empfunden. Im zweiten Fall wird die Beurteilung der Kausalität von der "Normalität" der Basisbetreuung abhängig gemacht. Das Unterlassen einer "normalen" Handlungsweise wird eher als kausal für den Tod des Patienten gedeutet als das Unterlassen einer "künstlichen" Maßnahme. Je mehr es sich bei der unterlassenen zum Tode führenden Maßnahme um keine rein medizinische handelt, desto eher wird dieser und nicht der zugrunde liegenden Erkrankung eine kausale Rolle bei der Herbeiführung des Todes zugeschrieben.

2. Nur wer direkte aktive Sterbehilfe leistet, *verfügt* über fremdes Leben. Eine *Verfügung* über fremdes Leben muss jedoch strikt ausgeschlossen werden. - Bei diesem Argument ist zweierlei klärungsbedürftig:

1. Warum "verfügt" man nur dann über ein Leben, wenn man es aktiv, d. h. durch ein tätiges Einwirken auf den Betroffenen nimmt und nicht durch ein gezieltes Unterlassen in einer Situation, in der man es durch ein aktives Eingreifen verlängern könnte? Viele Autoren, die eine "Verfügung über das Leben eines anderen" ablehnen, haben gegen das gezielte Sterbenlassen eines Schwerkranken nichts einzuwenden, gelegentlich selbst dann nicht, wenn dies ohne einen entsprechenden Wunsch des Kranken geschieht. Aber "verfügbar gemacht" wird ein Leben auch durch ein Unterlassen. Auch derjenige "verfügt" über sein eigenes Leben, der sich einer "passiven" Methode der Selbsttötung bedient, etwa indem er sich zu Tode hungert.
2. "Verfügung" suggeriert ein Herrschaftsverhältnis, bei dem der eine dem anderen den Tod

aufdrängt. Aber bei der aktiven Sterbehilfe, die mit diesem Argument getroffen werden soll, geht es nicht um einen aufgenötigten, sondern einen vom Patienten selbst gewollten Tod.

3. Nur bei der direkten aktiven Sterbehilfe wird die Beschleunigung des Todes des Patienten *beabsichtigt*, während sie bei allen anderen Formen allenfalls *in Kauf genommen* wird. - Der Abbruch einer lebensverlängernden Behandlung gemäß dem geäußerten oder mutmaßlichen Willen des Patienten in einer Sterbehilfesituation, d. h. in einer Situation, in der der Behandlungsabbruch dem Patienten das Sterben erleichtern soll, nimmt den beschleunigten Tod des Patienten nicht nur in Kauf (so wie die indirekte Sterbehilfe den Tod des Patienten in Kauf nimmt), sondern zielt unmittelbar darauf. Selbstverständlich wird dieses Ziel wie bei allen Sterbehilfehandlungen nicht als Selbstzweck angestrebt, sondern als Zwischenziel, das seinerseits der Leidensminderung dient. Aber das ändert nichts daran, dass es angestrebt und als solches gewollt wird. Der besondere moralische und rechtliche Unwertgehalt der direkten aktiven Sterbehilfe kann deshalb nicht darin bestehen, dass nur in diesem Fall der Tod beabsichtigt ist.

4. Ein anderes Argument besagt, dass eine wie immer eingeschränkte *Berechtigung* zur direkten aktiven Sterbehilfe, einmal erteilt, quasi unweigerlich - in einer Art normativen "Dammbruchs" - in eine Verpflichtung zur aktiven Sterbehilfe umschlagen würde. Eine *Verpflichtung* zur aktiven Sterbehilfe widerspräche jedoch unaufgebbaren Grundsätzen der Gewissensfreiheit. - In der Tat hat nicht nur der Patient, sondern auch der Arzt ein Selbstbestimmungsrecht. Wie der Patient kann auch der Arzt weltanschauliche oder moralische Gründe dafür haben, bestimmte Mittel der Leidensbegrenzung wie die direkte aktive Sterbehilfe abzulehnen. Aber auch beim Schwangerschaftsabbruch hat die begrenzte Erlaubnis durch Indikationen- oder Fristenlösung das Recht des Arztes, einen Schwangerschaftsabbruch zu verweigern, nicht in Frage gestellt.

5. Ein weiteres Argument besagt, dass eine Praxis der direkten aktiven Sterbehilfe auf Verlangen das *Vertrauensverhältnis* zwischen Arzt und Patient beeinträchtigen würde. - Auch dies ist nicht plausibel. Eine Ermöglichung aktiver Sterbehilfe würde die Rechte des Patienten nicht beschneiden, sondern erweitern. Für den Patienten wird das Wissen um die Möglichkeit, gegebenenfalls auf direkte aktive Sterbehilfe als *Ultima Ratio* der Leidensbegrenzung rechnen zu können, in der Regel eher willkommen sein.

Wenn nicht in diesen Argumenten, worin liegen dann aber die moralischen Vorbehalte gegen die direkte aktive Sterbehilfe begründet?

Auch hier muss man differenzieren. Bei den Ärzten scheinen die Vorbehalte im Wesentlichen in der Unvereinbarkeit der direkten aktiven Sterbehilfe und der Beihilfe zum Patientensuizid mit dem traditionellen ärztlichen Selbstverständnis begründet zu sein. Diese Vorbehalte laufen allerdings eher auf ein *Motiv* als einen *Grund* hinaus. Denn warum sollte sich das ärztliche Selbstverständnis nicht ändern - hin zu einem Arztbild, nach dem der Arzt nicht nur *Heiler*, sondern wesentlich auch *Helfer* ist, und nach dem nicht in allen Situationen das *Leben*, sondern in bestimmten Situationen die *Lebensqualität* den Vorrang hat? Ich halte es eher für bedauerlich, dass selbst noch die "Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung" von 1998, die dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten zum ersten Mal den Respekt zollen, der ihm nach unserer Verfassung

gebührt, die Vorbehalte gegen die ärztliche Beihilfe zum Suizid zementieren statt relativieren. Der lapidare Satz der Präambel: "Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos" klingt allerdings so, als sollten die fehlenden Gründe durch einen schlichten Machtspruch ersetzt werden.

Die Vorbehalte in der Politik und in Rechtsprechung und Rechtswissenschaft gehen in eine andere Richtung. Hier gilt weniger die aktive Sterbehilfe als solche als problematisch als vielmehr die möglichen Folgelasten, die man sich mit ihr einhandeln könnte. Diese werden insbesondere in den durch eine Legalisierung eröffneten Missbrauchsmöglichkeiten gesehen: das mögliche Ausufern einer einmal etablierten Praxis der aktiven Sterbehilfe in den Bereich der Mitleidstötung, d. h. der Tötung aus Gründen der Leidensminderung ohne ausdrückliches Verlangen des Patienten (auch wenn dieser ein Verlangen äußern könnte) sowie die Insinuation von Todesverlangen bei Patienten, die als Last empfunden werden und die andernfalls ein Todesverlangen nicht äußern würden bzw. bei denen einem Todesverlangen andernfalls nicht nachgekommen würde.

Beide Gefahren bestehen allerdings auch bei der indirekten Sterbehilfe und beim Behandlungsabbruch in Sterbehilfesituationen. Insbesondere wird beim Behandlungsabbruch die Versuchung, den Willen des Patienten zu übergehen oder gar nicht erst zu erfragen, in der Regel größer sein als bei einer aktiven Sterbehilfe, da er sehr viel leichter zum Teil ärztlicher Routine wird und weniger Legitimationsaufwand erfordert. Auch die Gefahr einer Insinuation von Todeswünschen ist bei der passiven Sterbehilfe nicht geringer als bei der aktiven Sterbehilfe. Die entscheidenden Unterschiede - und m. E. auch die ausschlaggebenden Gründe für eine besondere Vorsicht bei der aktiven Sterbehilfe - können deshalb kaum in diesen Gefahren als solchen liegen.

Worin liegen dann die entscheidenden Unterschiede? Ich meine, dass zumindest drei Faktoren von Bedeutung sind:

1. das erhöhte *Ängstigungspotential* einer aktiven Tötung gegenüber einem Sterbenlassen im Falle des Missbrauchs. Tun und Geschehenlassen unterscheiden sich bei Eingriffen in die körperliche Integrität durch ihre unterschiedlichen Nebenwirkungen. Die Aussicht, in einem irreversiblen Leidenszustand, auch ohne dass man danach verlangt hat, nicht weiter behandelt zu werden, ist immer noch eher zu ertragen als die Aussicht, in derselben Lage, ohne dass man eingewilligt hat, getötet zu werden. Diese Nebenwirkungen sind auch dann für die moralische und rechtliche Bewertung relevant, wenn man einer konsequentialistischen Ethik folgt und die Unterscheidung zwischen Tun und Unterlassen als solche für normativ irrelevant hält (vgl. Birnbacher 1995, Kap. 5).

2. Die Missbrauchsgefahren könnten weiter gehen als erwartet. Es ist nicht auszuschließen, dass die Zivilisationsdecke dünner ist, als es dem vorherrschenden kulturellen Selbstverständnis entspricht. Dass die menschlichen Tötungswünsche ernst zu nehmen sind, legen z. B. Befragungsergebnisse nahe, die auf eine erschreckend hohe Akzeptanz von Mitleidstötungen und sozialdarwinistischen "Euthanasie"-Aktionen hinweisen (vgl. Tennstädt 1974 für Deutschland, Lamb 1988, 38 ff. für die USA). Auch das kleine Risiko eines Einbruchs sollte deshalb zur Vorsicht mahnen. Es ist nicht auszuschließen, dass eine Liberalisierung der direkten aktiven Sterbehilfe die Hemmschwelle gegen die Mitleidstötung senkt und eine ethisch nicht zu rechtfertigende Praxis begünstigt.

3. Nicht unwichtig sind schließlich die *quantitativen* Verhältnisse. Mit einer Zulassung der direkten aktiven Sterbehilfe nehmen die Missbrauchsgefahren, die in gleicher Weise bei der passiven Sterbehilfe bestehen, quantitativ zu. Sie betreffen nicht mehr nur die eng definierten Situationen, für die die passive oder indirekte Sterbehilfe definiert sind, sondern einen sehr viel größeren Kreis von Fällen. Während passive und indirekte Sterbehilfe daran geknüpft sind, dass sich der Tod des Patienten durch Behandlungsabbruch oder palliativmedizinische Eingriffe beschleunigen lässt, würde diese Bedingung bei einer Zulassung der direkten aktiven Sterbehilfe wegfallen. Um für eine aktive Sterbehilfe in Frage zu kommen, bräuchte der "Patient" noch nicht einmal krank, geschweige denn todkrank zu sein. Missbräuche lassen sich auch für die gegenwärtig etablierte Praxis der passiven Sterbehilfe nicht ausschließen. Aber bei einer Praxis der direkten aktiven Sterbehilfe wären Missbräuche in einer ganz anderen Größenordnung vorstellbar.

3. Wie zwingend sind die Argumente gegen die aktive Sterbehilfe?

Ersichtlich sind alle diese Vorbehalte vom Typ der "Schiefen Ebene"-Argumente und damit wohlbekannten Einwänden ausgesetzt: Wer sagt, dass sich die Missbräuche tatsächlich einstellen? Wer sagt, dass ein mögliches Abgleiten in eine nicht mehr vertretbare Praxis schlechthin unumkehrbar, der einmal eingebrochene Damm irreparabel ist? - In der Tat wäre es misslich, ein kategorisches Verbot einer für sich genommen wohlthätigen Praxis lediglich mit *worst-case*-Szenarien begründen zu wollen. Warum soll die Binsenwahrheit, dass sich Missbräuche niemals vollständig verhindern lassen, gerade hier, wo es um das Schicksal weniger, aber dafür schwer leidender Menschen geht, soviel Gewicht beanspruchen dürfen? Warum soll nicht auch hier die alte Wahrheit gelten: *abusus non tollit usum* - der Missbrauch hebt den Nutzen nicht auf?

M. E. sind die drei genannten Gründe in der Tat allzu spekulativ, um ein *kategorisches* Verbot der aktiven Sterbehilfe begründen zu können. Sie mahnen aber zumindest zur Vorsicht und, soweit verfügbar, zur Bevorzugung von Alternativen. Dazu gehören vor allem ein flächendeckendes Angebot an Palliativmedizin und, wo auch diese nicht geeignet ist, Schmerz-, Unruhe- und andere Leidenszustände in der letzten Lebensphase zu lindern, eine großzügige Anwendung der *terminal sedation*, des Verzichts auf weitere Ernährung und Hydrierung des Patienten unter langdauernder Anästhesie, einer Kombination von passiver und indirekter Sterbehilfe. Auch eine legalisierte Praxis des ärztlich assistierten Suizids (wie sie gegenwärtig im amerikanischen Bundesstaat Oregon besteht) wäre einer Praxis der aktiven Sterbehilfe vorzuziehen. Da hierbei die Tatherrschaft beim Sterbewilligen selbst liegt, sind einige der Missbrauchsgefahren zumindest gemildert. Allerdings kann der von der schweizerischen Sterbehilfeorganisation Exit gewählte Weg, bei dem ein Arzt lediglich das Rezept für das tödliche Mittel ausstellt, die Übergabe aber bei einem nicht-ärztlichen Helfer liegt, allenfalls als Kompromiss gelten. Geeigneter als Helfer *im* und, wenn nötig, *zum* Sterben wäre statt eines Sterbehelfers der Arzt, vorzugsweise der Hausarzt. Nur er kennt den Patienten hinreichend gut, um seine Wünsche zuverlässig einschätzen zu können, und nur er verfügt zugleich über die erforderliche Sachkenntnis.

Erübrigt sich damit eine Diskussion um die aktive Sterbehilfe? Falls es tatsächlich im Wesentlichen folgenorientierte Argumente sind, die gegen eine aktive Sterbehilfe sprechen, dann muss man sich fragen, wie zwingend diese Argumente sein können, wenn sie - wie es der Fall ist - weitgehend auf

Spekulationen einer Apriori-Soziologie beruhen statt auf empirisch gesicherten Ergebnissen. Sollten diese Argumente nicht besser geprüft als unbesehen für bare Münze genommen werden? Seit einiger Zeit existiert der Begriff einer "experimentellen Gesetzgebung". Könnte man nicht die Probe aufs Exempel machen und eine vorsichtige Öffnung wagen, unter sozialwissenschaftlichem Monitoring (wie es in den Niederlanden seit 1990 ungefähr alle fünf Jahre vorgenommen wird) und widerrufbar, sobald sich Entgleisungen bemerkbar machen? Anders als die Metapher vom "Dammbruch" nahelegt, wäre eine solche Erprobung alles andere als die Überschreitung eines *point of no return*. Sollte sich herausstellen, dass eine Praxis der aktiven Sterbehilfe auf Verlangen auch unter strikten Sicherheitsvorkehrungen dazu führt, dass die Sicherheitsvorkehrungen missachtet werden oder sich die Praxis der Sterbehilfe zu einer Praxis der Mitleidstötung (bei der das zentrale Kriterium der Selbstbestimmung aufgegeben wird) ausweitet, dürften sich die Grenzen durch eine restriktivere Politik auch wieder enger ziehen lassen. Vergleichsfälle finden sich in anderen Bereichen der Gesetzgebung zur Biomedizin. So hat etwa das Embryonenschutzgesetz von 1990 die Grenzen in der Reproduktionsmedizin und in der Embryonenforschung sehr viel enger gezogen, als sie zuvor durch die entsprechenden Richtlinien der Bundesärztekammer gezogen waren.

Unabhängig davon scheint mir eine Öffnung des Rechts für Extremfälle vordringlich, in denen auch die fortgeschrittensten Mittel der Palliativmedizin versagen und in denen der Patient die Alternative einer terminalen Sedierung für sich ablehnt. Dazu machte 1986 ein Arbeitskreis von Professoren des Strafrechts und der Medizin im sogenannten "Alternativentwurf Sterbehilfe" den Vorschlag einer rechtlichen Ausnahmeregelung in Form einer Ermöglichung des Absehens von Strafe - ein Vorschlag, der von der Bioethikkommission des Landes Rheinland-Pfalz in ihrer Stellungnahme zur Sterbehilfe von 2004 erneut aufgegriffen worden ist. Danach soll die Tötung auf Verlangen weiterhin grundsätzlich verboten sein, in den § 216 des Strafgesetzbuches jedoch eine Ausnahmebestimmung aufgenommen werden, die dieses Verbot für bestimmte Fälle mildert. In Fällen unerträglicher Leidenszustände, die "nicht durch andere Maßnahmen behoben oder gelindert werden" können, solle das Gericht von Strafe absehen können (Baumann 1986, 12). Dieser Vorschlag ist in Deutschland nicht aufgegriffen worden. Er gilt allerdings gegenwärtig in Polen aufgrund des neuen Strafgesetzbuchs von 1998. Eine noch restriktivere Ausnahmeregelung sehen die rechtspolitischen Leitsätze der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben vor, die eine aktive Sterbehilfe nur unter der weiteren Bedingung zulassen, dass der "unheilbare Kranke, der den Tod wünscht, zu einer Selbsttötung physisch nicht in der Lage ist" (Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben 2000, 234 f., ebenso in den revidierten rechtspolitischen Leitsätzen von 2004).

Um den schwersten Fällen gerecht zu werden, scheint mir der restriktivere Vorschlag ausreichend - wenn auch nur dann, wenn die rechtlichen Unklarheiten, die gegenwärtig im Zusammenhang mit der Beihilfe zur Selbsttötung in Sterbehilfesituationen bestehen, ausgeräumt sind. Auf der anderen Seite sollte in den wenigen Fällen, in denen die vorgeschlagene Ausnahmeregelung zum Tragen kommt, nicht nur von einer Bestrafung abgesehen werden können, sondern die Strafbarkeit gänzlich entfallen. Auf diese Weise würde auch die Unsicherheit wegfallen, dass das Gericht lediglich von einer Bestrafung absehen kann, aber nicht muss. Das entscheidende Argument dafür sehe ich darin, dass eine aktive Sterbehilfe in den fraglichen Fällen moralisch nicht nur *berechtigt*, sondern sogar *verpflichtend* erscheint. Dass eine Handlung unter ethischen Gesichtspunkten jedoch nicht nur *berechtigt*, sondern sogar *verpflichtend* ist, ist ein guter Grund, sie auch rechtlich straflos zu stellen.

Zitierte Literatur

Battin, M. P./D. J. Mayo (Hrsg.), Suicide: the philosophical issues. Englewood Cliffs, N. J. 1980.

Baumann, Jürgen u. a.: Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe. Stuttgart 1986.

Birnbacher, Dieter: Tun und Unterlassen. Stuttgart 1995.

Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben: Rechtspolitische Leitsätze und Vorschläge der DGHS zu einer gesetzlichen Regelung der Sterbehilfe und -begleitung. In: Urban Wiesing (Hrsg.): Ethik in der Medizin, Ein Reader. Stuttgart 2000, 231-236.

Eser, Albin (Hrsg.): Suizid und Euthanasie als human- und sozialwissenschaftliches Problem. Stuttgart 1976.

Lamb, D. : Down the slippery slope. Arguing in applied ethics. London 1988.

Tennstädt, Friedrich: Euthanasie im Urteil der öffentlichen Meinung. Herder-Korrespondenz 1974, 175-178.

Veröffentlicht auf der Internetseite der DGHS (Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben)
<http://www.dghs.de/beirat/real.htm>, ohne Jahr.

© bei **Dieter Birnbacher**