

Monika Bobbert
Sterbehilfe als medizinisch assistierte Tötung
auf Verlangen: Argumente gegen eine
rechtliche Zulassung

Befürworter einer medizinisch assistierten Tötung auf Verlangen machen häufig mit Ergebnissen aus Meinungsumfragen auf die Notwendigkeit einer Änderung bestehender rechtlicher Regelungen aufmerksam. Lassen sich oft schon Anlage und Aussagewert solcher Umfragen methodisch kritisieren, so haben empirische Studien zu Moralauffassungen darüber hinaus auch nur begrenzten Stellenwert für eine ethische Reflexion. Mit Blick auf eine moralisch-normative Behandlung der Frage, ob eine medizinisch assistierte Tötung auf Verlangen rechtlich zugelassen werden sollte, ließen sich eine ganze Reihe von Einzelfragen und -gesichtspunkten behandeln. Einige davon werden im Folgenden in unterschiedlicher Ausführlichkeit näher beleuchtet.

I. Die Unterscheidung zwischen Töten
und Sterbenlassen

Eine gesonderte moralisch-normative Beurteilung der medizinisch assistierten Tötung auf Verlangen ist nur dann sinnvoll, wenn es möglich ist, das (aktive) Töten als Form der Lebensbeendigung von Formen des (passiven) Sterbenlassens zu unterscheiden, die häufig noch mit medizinischen und pflegerischen (Palliativ-)Interventionen verbunden sind. Dabei kommt es letztlich darauf an, den unterschiedlichen moralischen Charakter des jeweiligen Handelns sichtbar zu machen.

Als Ausgangspunkt eignet sich folgende Unterscheidung Birnbachers: »Sterbehilfe ist immer dann *passiv* zu nennen, wenn sie in einem *Geschehenlassen* des Sterbens besteht, andernfalls *aktiv*.«¹ Im Fall passiver Sterbehilfe lasse man *dem Geschehen der Krankheit* eines Patienten seinen Lauf, indem man *Maßnahmen* beende, die den tödlichen Ausgang der Krankheit verzögerten. Im Falle aktiver Sterbehilfe

1 Birnbacher (1995), S. 344, Hervorhebung dort.

werde dagegen der Tod durch direkte Einwirkung auf den Patienten herbeigeführt.²

Weiterführend lassen sich bei einem solchen aktiven Töten folgende Merkmale erkennen, die moralisch relevant sind: Es besteht ein *unmittelbarer kausaler Zusammenhang* zwischen der direkten Handlung des Akteurs am Körper des Patienten und ihrer Wirkung, nämlich dessen Tod. Der Akteur *weiß um die hohe Eintrittswahrscheinlichkeit dieser einen Wirkung* und *beabsichtigt die Beendigung des Lebens* des Patienten und nicht die Linderung konkreter Beeinträchtigungen. Die *Handlungsfolge betrifft also ein moralisch hochrelevantes Gut*, nämlich *das Leben* eines Menschen – und nicht das *Wie* seines Lebens. Das auf diese Weise charakterisierte aktive und direkte Töten muss einer gesonderten moralischen Beurteilung unterliegen, weil es unmittelbar das Tötungsverbot betrifft, während das Abbrechen oder Unterlassen von Behandlungen mit der Pflicht zur Lebenserhaltung abzuwägen ist.

2. Das selbstbestimmte Verlangen des Betroffenen

Es ist umstritten, ob das moralische Recht auf Selbstbestimmung auch das Recht umfasst, sich zu töten, beziehungsweise die Pflicht der anderen, hier nicht einzuschreiten. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob eine zweite Person jemand anderen auf dessen Verlangen hin töten darf und ob es unter Umständen sogar ein moralisches Anspruchsrecht auf Tötung durch fremde Hand gibt. Diese komplexen moralischen Fragen können hier nicht erörtert werden.

Doch selbst dann, wenn man dem expliziten Verlangen eines kranken Menschen nach Tötung sehr hohen Stellenwert einräumt, ergeben sich Probleme. Denn um das Recht auf Selbstbestimmung in Anspruch nehmen zu können, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Bei aller Kriterienvielfalt sind für die aktuelle Fähigkeit zur Selbstbestimmung als Mindestbedingungen Freiwilligkeit und Einsichtsfähigkeit unstrittig. Freiwilligkeit erfordert Freisein von großem inneren oder äußeren Druck und das Vorhandensein akzeptabler Handlungsalternativen. Einsichtsfähigkeit bedeutet ausreichendes Wissen über die Umstände und Folgen einer Entscheidung oder Handlung.

2 Vgl. ebd.

In Bezug auf einen Tötungswunsch können folgende Umstände die Einsichtsfähigkeit ernsthaft einschränken: Zum einen kann das Wissen des Patienten über institutionelle Hilfsangebote und damit verbundene Möglichkeiten der Palliativtherapie, Pflege und Sterbegleitung lückenhaft oder verzerrt sein.³ Zum anderen kann die Freiwilligkeit einer Entscheidung durch innere und äußere Faktoren, die subtilen Druck ausüben oder Entscheidungsspielräume stark einschränken, beeinträchtigt werden. Gesunde wie Kranke fürchten sich in Bezug auf das Lebensende vor Schmerzen, davor, den Angehörigen zur Last zu fallen, hohe Kosten zu verursachen, die geistigen Fähigkeiten zu verlieren oder nicht mehr akzeptiert zu werden.⁴ Eine Beschränkung ihrer Wahlmöglichkeiten ergibt sich zum Beispiel durch eine mangelhafte Schmerztherapie, aber auch durch die Umstände des Sterbens im Krankenhaus, die oft geprägt sind durch Überlastung des Personals, mangelnde Kenntnisse über palliative Medizin und Pflege, kommunikative Hilfllosigkeit und fehlende Räumlichkeiten. So hielten Ärzt(inn)e(n) und Pflegenden in 70 deutschen Krankenhäusern die Sterbep Praxis für unvereinbar mit der menschlichen Würde und wollten selbst keinesfalls im Krankenhaus sterben.⁵

Nun heben diese potenziellen Einschränkungen zwar die grundsätzliche Fähigkeit zur Selbstbestimmung und den rechten Gebrauch des Selbstbestimmungsrechts nicht auf. Dennoch ist die Gefahr, dass die Bitte um ›Mitleidstötung‹ unter dem verinnerlichten Druck der Umgebung entsteht,⁶ ernst zu nehmen – insbesondere deswegen, weil eine Tötung irreversibel ist und das grundlegendste aller moralisch relevanten Güter betrifft.

Weiterhin gilt es, den Kranken mit seiner ihm zu Recht unterstellten Fähigkeit zur Selbstbestimmung nicht abstrakt und isoliert zu betrachten. Besonders bei schweren oder letalen Erkrankungen sind Menschen ›verletzt‹, ist ihre körperliche und seelisch-emotionale Integrität angetastet, so dass ihre allgemeine Autonomie im Sinne einer Selbststeuerung, einer Planung des Lebens und der zugehörigen

3 Vgl. Dt. Hospiz Stiftung (2000): Der Bekanntheitsgrad des Begriffs ›Hospiz‹ liegt bundesweit unter 30 %; in Regionen mit vielen Palliativeinrichtungen wird aktive Sterbehilfe weniger befürwortet.

4 Vgl. Zulehner (2001) und Owen (1992).

5 Vgl. George u. a. (1989). Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass sich die Situation seither gebessert hätte.

6 Vgl. Zulehner (2001), S. 830 f. und in Student (1993) die Beiträge von Kutzer S. 60 und Grewel S. 70 ff.

praktischen Erwägungen zur Realisierung dieser Pläne häufig eingeschränkt ist.⁷ So verschärft sich bei einem primär auf den aktuellen Zustand gerichteten Verständnis von Selbstbestimmung auch die Frage nach der ›Beständigkeit des Willens‹. Denn psychologische Studien zeigen, dass sich bei Lebenskrisen, schweren Krankheiten oder erworbenen Behinderungen im Laufe psychischer Bewältigungsprozesse die subjektive Lebensqualität und der Lebenswille oft positiv verändern. Offensichtlich grenzt ein auf ›ausdrückliches, wiederholtes Verlangen‹ reduziertes Verständnis von Selbstbestimmung umfassendere Reflexionen, die sich auf ein gelingendes Leben beziehen, eher aus.

Zudem steht die individuelle Selbstbestimmung in enger Wechselwirkung mit gesellschaftlichen Wertungen und sozialpolitischen Weichenstellungen in Bezug auf alte, kranke und behinderte Menschen. Ein zu starkes Abheben auf das individuelle Selbstbestimmungsrecht blendet die gesellschaftlichen Kontexte aus, lässt die von schwerer Krankheit Betroffenen unter Verweis auf ihr Selbstbestimmungsrecht allein und unterfordert Angehörige, professionelle Helfer(innen) und die Gesellschaft in ihrer Verantwortung.

3. Zusatzkriterien für die Zulässigkeit einer Tötung

Von den Befürwortern der aktiven Sterbehilfe wird häufig nicht gesehen, dass Regelungsvorschläge neben der Selbstbestimmtheit des Wunsches weitere Kriterien enthalten, die einer eigenen Rechtfertigung bedürften. Denn üblicherweise wird nicht jedem entscheidungsfähigen Menschen das Recht auf eine Tötung auf Verlangen zugestanden, sondern lediglich einem mehr oder weniger eng umrissenen Personenkreis, zum Beispiel ›Sterbenden‹, ›terminal Kranken‹, ›Schwerkranken‹ oder ›unheilbar Kranken‹. Hier zeigt sich zum einen, dass weitergehende Interpretationen erforderlich sind: Fallen unheilbare chronische Krankheiten wie zum Beispiel Multiple Sklerose oder eine Alzheimererkrankung generell oder erst ab einem bestimmten Stadium darunter? Selbst der Sterbeprozess ist medizinisch unstrittig nur in Bezug auf die letzten Tage beziehungsweise Stunden definierbar. Zum anderen werden unausgewiesene evaluative Kriterien deutlich: Warum stellen terminale oder bereits unheilbare (meist

7 Vgl. weiterführend Wils (1999), S. 176 ff.; 232 ff.

somatische) Erkrankungen die Bedingung für die Respektierung einer Tötung auf Verlangen dar, andere Gesundheitszustände oder Lebenssituationen hingegen nicht?

Den Personenkreisen werden in der Regel noch Zusatzkriterien zur Seite gestellt, welche sich zwar auf die Situation der Betroffenen beziehen, meist aber zwischen subjektiver und quasi-objektiver Beurteilung oszillieren: Es muss ein ›schwerstes‹ oder ›unerträgliches Leiden‹ vorliegen, ein ›Zustand, der aussichtslos ist‹ oder eine Situation, in der es ›keine angemessene andere Lösung‹ gibt.⁸ Nun bedürfte der Begriff ›Leiden‹ sicher einer näheren Bestimmung im Hinblick auf die körperliche, psychische, soziale und spirituelle Dimension.⁹ Davon abgesehen ist jedoch insbesondere die systematische Vermischung von Urteilen Betroffener mit denen ›Außenstehender‹ problematisch.¹⁰ Wie Studien zur niederländischen Praxis darlegen, nahmen Ärzt(inn)e(n) unter Bezugnahme auf Urteile Angehöriger oder auf die für Missbrauch anfällige Argumentationsfigur des ›mutmaßlichen Willens‹ Tötungen an entscheidungsfähigen Kranken ohne deren explizites Verlangen vor und darüber hinaus an nicht entscheidungsfähigen Kranken.¹¹

So zeigt die unumgängliche Heranziehung von Zusatzbedingungen zum einen, dass die Berufung auf das Selbstbestimmungsrecht für die Gewährung einer Tötung auf Verlangen nicht ausreicht. Überspitzt könnte man sagen, dass das Recht auf Selbstbestimmung nur unter Voraussetzung bestimmter Zusatzkriterien ›zugeteilt‹ wird. Zum anderen zeigt sich, dass nicht nur gängige, so genannte ›objektive‹ Kriterien beziehungsweise Bewertungen von Lebensqualität erforderlich wären, sondern allgemein gültige Urteile. Ein solches Unterfangen ist jedoch nicht nur argumentativ zum Scheitern verurteilt, sondern entsprechende Versuche würden sich zu Lasten des Menschenrechts auf Leben und Versorgung im Krankheitsfall auswirken. Um diese offensichtliche Problematik zu umgehen, werden in der Regel Zusatzkriterien recht allgemein gehalten und über *prozedurale Vorgaben* an das individuelle Urteil der Betroffenen und zugleich an eine zweite Prüfinstanz gebunden.¹² Aber selbst im Rahmen einer prozeduralen Regelung muss diese zweite Instanz interpre-

8 Vgl. das niederländische Gesetz von 2001 oder Hoerster (1998), S. 37 f.

9 Vgl. Student (1993), S. 100 ff.

10 Vgl. zum Beispiel Hoerster (1998), S. 96 f.; Küng/Jens (1995), S. 60 ff.

11 Vgl. Van der Maas u. a. (1996).

12 Vgl. zum Beispiel das niederländische Gesetz.

tierend und damit wertend darüber befinden, ob die vorgegebenen allgemeineren Kriterien erfüllt sind. Insofern stellt dieses Vorgehen lediglich eine Verlagerung des Problems dar.

4. Die Ausführung der Tötungshandlung durch Ärztinnen oder Ärzte

Indem bei einer Tötung auf Verlangen die Herbeiführung des Todes an Ärztinnen oder Ärzte delegiert wird, fallen psychische Barrieren weg, die häufig einen eigenhändigen Suizid verhindern. Die Tatsache, dass etwa bei Krebskranken, die im Verlauf ihrer Krankheit nicht selten einen Suizid erwägen, eigenhändige Tötungen nicht oder kaum häufiger als in der Normalbevölkerung vorkommen,¹³ verschärft die Frage, wann einem Tötungswunsch wirklich Taten anderer folgen sollen.

Wenn Ärztinnen oder Ärzte bereits bei der Einschätzung des Patientenverlangens eine wichtige Rolle spielen, übernehmen sie nicht nur eine schwere zusätzliche Verantwortung, sondern sie erhalten gleichzeitig großen Einfluss. So sehen z. B. die Regelungen des neuen niederländischen Gesetzes vor, dass jeweils zwei Ärzte beurteilen, ob der Tötungswunsch »freiwillig und nach reiflicher Überlegung« und »über [...] Zustand und [...] Aussichten informiert« zustande kommt. Weiterhin sind sie auch die Prüfinstanz für zusätzliche Kriterien, denn der Arzt sei »mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt«, »dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich war« und dass es »keine angemessene andere Lösung gab«.¹⁴ Diese prozedurale Lösung bedeutet, dass Ärztinnen oder Ärzte den Zugang zur Tötung auf Verlangen regeln. In diesem Zusammenhang gilt es auch zu bedenken, dass gerade Ärztinnen oder Ärzte, die in Bezug auf Sterben und Tod kaum emotional-reflexiv und kommunikativ ausgebildet werden, vielleicht aufgrund eigener Unsicherheiten und Vermeidungsstrategien das vorzeitige Beenden des Lebens von Patient(inn)en als »lebensvermindernde« Problemlösung empfinden.

Schließlich könnten Tötungen in der Hand von Ärztinnen oder Ärzten sowohl zur Unterminierung der moralischen Integrität des Ärztestands als auch zu generellem Misstrauen bei Patientinnen und Patienten führen.

13 Vgl. Kappauf (1996), S. 39 ff.

14 Niederländisches Gesetz Kapitel II Sorgfaltskriterien, Art. 2.

5. Die Frage der rechtlichen Zulassung

Aus ethischer Sicht muss darüber reflektiert werden, welche rechtlichen Regelungen für das gesellschaftliche Zusammenleben notwendig und zugleich verantwortbar sind. Weil das Rechtssystem abgestufte Regelungsmöglichkeiten kennt,¹⁵ lassen sich unterschiedliche Wege beschreiten. Derzeit stehen insbesondere zwei Möglichkeiten zur Debatte: Soll eine rechtliche Regelung bestimmte Bedingungen für den Verzicht auf Strafe bei einer aktiven Tötung enthalten oder soll es einen rechtlich abgesicherten Anspruch einvernehmlich entscheidender Personen (hier Arzt und Patient) auf die Ausführung einer aktiven Tötung geben?

Das Recht hat insgesamt die Aufgabe, das moralisch wie rechtlich hohe Gut ›Leben‹ zu schützen. Das Strafrecht will in erster Linie Missbrauch abwehren, also unter anderem Patient(inn)en vor fremdbestimmter Lebensverkürzung bewahren. In diesem Sinne ist bei rechtlichen Regelungen, die ein zentrales Grundrecht berühren, besondere Vorsicht geboten. Sonst könnte die »Freiheit zum Tode letztlich umschlagen in die Unfreiheit zum Leben.«¹⁵

Zahlreiche konsequentialistische und deontologische Argumente sprechen gegen jedwede rechtliche Zulassung der medizinisch assistierten Tötung auf Verlangen. Eine entsprechende rechtliche Regelung könnte bei alten, behinderten oder schwer kranken Menschen subtilen familiären oder gesellschaftlichen Erwartungsdruck zugunsten ›erlösender‹ Sterbehilfe erzeugen. In Zukunft müssten sich womöglich diejenigen rechtfertigen, die nicht ›von ihrem Leiden erlöst‹ werden möchten. So würden das Verbot der Tötung, das individuelle Recht auf Leben und Lebensschutz und die Rechte auf medizinische, pflegerische und soziale Hilfen relativiert. Eine rechtliche Regelung, die isoliert auf dem moralischen beziehungsweise juristischen Selbstbestimmungsrecht aufbaute, würde möglicherweise einen gesellschaftlichen Rückzug aus der Verantwortung für Hilfen in schwierigen Lebenslagen begünstigen. Dies wiederum würde dem sozialstaatlichen Grundsatz, die Sozial- und Rechtsordnung an den schwächsten Gliedern der Gemeinschaft zu orientieren, zuwiderlaufen.

Die Frage der aktiven Sterbehilfe ist Teil eines größeren gesellschaftlichen Problems, das in der Auflösung eines einheitlichen mo-

¹⁵ Eser (1995), S. 174.

ralischen Bezugsrahmens, in der Verdrängung von Sterben und Tod und in einer Tendenz besteht, nicht (mehr) leistungsfähige Menschen auszugrenzen. Die Zulassung einer medizinisch assistierten Tötung auf Verlangen wäre eine individualistisch verkürzte ›Lösung‹, die nicht nur für die Selbstbestimmung von entscheidungsfähigen Menschen große Gefahren mit sich brächte, sondern im Fall der unzulässigen Verallgemeinerung partikularer Werturteile auch für entscheidungsunfähige Menschen und deren Recht auf Leben.

Die Vorstellung eines vitalen, beschwerdelosen Menschen, der in freier Selbstbestimmung und allein verantwortlich sein Leben in die Hand nimmt und gegebenenfalls auch beendet, mag uns faszinieren, trifft jedoch letztlich nicht unsere Realität. Das Einfordern eines Rechts auf Selbstbestimmung für schwache und abhängige, also leicht verletzbar Menschen bedarf komplexer sozialetischer Reflexionen. So steht für Phasen von Krankheit, Alter und Behinderung zur Debatte, inwieweit das Recht auf Selbstbestimmung ein Netz von Fürsorge und Begleitung erfordert, um in seinem Zielgehalt zur Geltung zu kommen.

Literatur

- Birnbacher, Dieter, *Tun und Unterlassen*, Stuttgart 1995.
- Deutsche Hospiz Stiftung, Emnid-Umfrage: *Aktive Sterbehilfe, Palliativmedizin und Hospizarbeit*, Dortmund, Juli 2000.
- Eser, Albin, »Möglichkeiten und Grenzen der Sterbehilfe aus der Sicht eines Juristen«, in: Jens/Küng, S. 149-184.
- George, W., u. a., »Aktuelle empirische Daten zu den Sterbebedingungen im Krankenhaus«, in: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 39 (1989), S. 306-309.
- Gesetz zur Überprüfung bei Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei Selbsttötung, Niederlande, April 2001.
- Hoerster, Norbert, *Sterbehilfe im säkularen Staat*, Frankfurt am Main 1998.
- Jens, Walter/Küng, Hans, *Menschenwürdig sterben*, München 1995.
- Kappauf, Herbert, »Suizidalität bei Krebspatienten«, in: *Suizidprävention und Sterbehilfe*, hg. von Felix Anschutz u. a., Berlin 1996, S. 37-48.
- Owen, Cathy, u. a., »Suicide and Euthanasia: Patient Attitudes in the Context of Cancer«, in: *Psycho-Oncology* 1 (1992), S. 79-88.
- Student, Johann-Christoph (Hg.), *Das Recht auf den eigenen Tod*, Düsseldorf 1993.
- Van der Maas, Paul, u. a., »Euthanasia, Physician-Assisted-Suicide, and other

- Medical Practices Involving the End of Life in the Netherlands», 1990-1995, in: *New England Journal of Medicine* 335 (1996), S. 1699-1705.
- Wils, Jean-Pierre, *Sterben. Zur Ethik der Euthanasie*, Paderborn 1999.
- Zulehner, Paul, »Für die Freiheit des Sterbens«, in: *Stimmen der Zeit* 219 (2001), S. 827-836.