

Titel

Tötung auf Verlangen als Sterbehilfe aus medizinethischer Sicht

Autoren

Jürgen Brunner

Department Kinder- und Jugendheilkunde

Medizinische Universität Innsbruck

Klinisches Ethikkomitee Innsbruck

Anichstraße 35

A-6020 Innsbruck

juergen.brunner@tirol-kliniken.at

Bruno Niederbacher

Institut für Christliche Philosophie

Leopold-Franzens Universität Innsbruck

Karl-Rahner-Platz 1

A-6020 Innsbruck

Zusammenfassung

Die Auseinandersetzung mit der Frage nach Tötung auf Verlangen ist hochaktuell und brisant. Nach einer Einführung in die Thematik werden zur Verdeutlichung Begrifflichkeiten der Sterbehilfediskussion erklärt. Zu unterscheiden sind bei aller Problematik klarer Grenzziehungen die folgenden Dimensionen: Aktive (diese beinhaltet auch Tötung auf Verlangen) und passive Sterbehilfe sowie direkte und indirekte Sterbehilfe. Die zeitgemäße Terminologie mit Sterbebegleitung, Therapie am Lebensende, Symptomlinderung mit potentiell lebensverkürzender Nebenwirkung, Sterbenlassen (Behandlungsabbruch), Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid) und Tötung auf Verlangen ist hilfreich und reduziert einen großen sprachlichen Interpretationsraum. Nach einem kurzen historischen Rückblick zur Thematik werden Argumente für die moralische Richtigkeit von Tötung auf Verlangen und Argumente gegen Tötung auf Verlangen dargelegt. Die Diskussion darüber zeigt, dass es letztlich eine ethische, durch die Gesellschaft und Politik getragene Richtungsentscheidung ist, welchem Gut ein höherer Wert zugebilligt wird: der Autonomie oder der Fürsorge und dem Lebensschutz. Voraussetzung hierfür ist eine offene Diskussion, in der die unterschiedlichen Positionen mit ihren jeweiligen Anliegen und Ängsten wahr- und ernst genommen werden.

Schlüsselwörter

Tötung auf Verlangen, assistierter Suizid, Euthanasie, Autonomie

Summary

The examination of the question of killing on demand is highly topical and explosive. After an introduction, the terminology used in the euthanasia discussion will be explained. With all the problems of clear demarcation, the following dimensions have to be distinguished: active (this also includes killing on request) and passive euthanasia as well as direct and indirect euthanasia. The up-to-date terminology with end-of-life care, end-of-life therapy, symptom relief with a potentially life-shortening side effect, treatment discontinuation, assisted suicide and killing on request is helpful and reduces a large range of linguistic interpretations.

Arguments

After a brief historical review of the topic, arguments for the moral correctness of killing on request and arguments against killing on request are presented.

Conclusion

The discussion about it shows that it is ultimately an ethical decision made by society and politics, which goods are given greater value: autonomy or care and life protection. The prerequisite for this is an open discussion in which the different positions with their respective concerns and fears are perceived and taken seriously.

Key words

Assisted suicide, euthanasia, autonomy

Einführung: Die Thematik ist hochaktuell und brisant

In Deutschland trat Ende 2015 das Verbot "geschäftsmäßiger" Sterbehilfe in Kraft. Der Paragraf 217 des Strafgesetzbuches stellte die geschäftsmäßige Beihilfe zum Suizid unter Strafe. „Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung: (1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. (2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht“ (StGB). Eine Geschäftsmäßigkeit wurde angenommen, wenn wiederholt Sterbehilfe geleistet wurde. Diese Norm hat das Bundesverfassungsgericht am 26. Februar 2020 nun für verfassungswidrig und auch für "nichtig" erklärt, also für ungültig von Anfang an.

Die Richter stellen die Gefahren einer Freigabe der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe nicht infrage. Der assistierte Suizid könnte sich als normale Form der Lebensbeendigung insbesondere für alte und kranke Menschen etablieren. Die RichterInnen haben realisiert, dass dies auch vor dem Hintergrund von Kostendruck und Versorgungslücken im Gesundheitssystem (z.B. mangelnde Pflegekräfte) eine reelle Gefahr ist; trotzdem argumentieren sie: Menschen, die sterben wollen, sollen Hilfe beim Suizid erhalten können. Begründet wird dies damit, dass es ein Grundrecht auf einen selbstgewählten Tod gibt. Das Recht gelte für Menschen „in allen Phasen ihres Lebens“, betonte der Präsident des Bundesverfassungsgerichtes Andreas Voßkuhle in der Pressemitteilung und Urteilsbegründung des Senates (Urteil des Bundesverfassungsgerichtes 2020). Das „Recht auf selbstbestimmtes Sterben" wird anerkannt, und zwar unabhängig vom Alter, vom Gesundheitszustand, von besonderen Motiven oder moralischen oder religiösen Erwägungen. „Die selbstbestimmte Verfügung über das eigene Leben sei ein, wenngleich letzter, Ausdruck von Würde" (Urteil des Bundesverfassungsgerichtes 2020). Die Würde des Menschen (Anfang des Grundgesetzes) ist unantastbar. Dieses Urteil ist ein Zeugnis der Autonomie und kann als Ausdruck einer Gesellschaft, deren Kern das Individuum darstellt, interpretiert werden.

Die Richter treten damit der Rechtsauffassung unterschiedlichster Organisationen (christliche Kirchen, Zentralrat der Juden, deutscher Bundestag, Bundesärztekammer und Marburger Bund, Hospiz- und Palliativverband, Stiftung Patientenschutz) entgegen und schließen sich der Meinung der Suizidwilligen und zur Suizidhilfe entschlossenen Vereine und Ärzte an (Rehder 2020). Dies hat konsequenterweise zu den unterschiedlichsten Reaktionen geführt.

Klaus Reinhardt (Präsident der Deutschen Bundesärztekammer) sagt: „Die Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten ist es, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten Leben

zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zu ihrem Tod beizustehen.“ „Die Beihilfe zum Suizid gehört grundsätzlich nicht zu den Aufgaben von Ärztinnen und Ärzten.“ (Deutsches Ärzteblatt 2020).

Der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) fürchtet aufgrund des Urteils „auf lange Sicht eine Entsolidarisierung mit schwerstkranken und sterbenden Menschen in unserer Gesellschaft“ (Hardinghaus 2020).

In einer Pressemeldung vom 26. Februar 2020, erklären der Vorsitzende der Deutschen Bischofskonferenz, Kardinal Reinhard Marx, und der Ratsvorsitzende der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD), Landesbischof Dr. Heinrich Bedford-Strohm: „Das Urteil markiert einen Einschnitt in unsere auf Bejahung und Förderung des Lebens ausgerichtete Kultur. An der Weise des Umgangs mit Krankheit und Tod entscheiden sich grundlegende Fragen unseres Menschseins und des ethischen Fundaments unserer Gesellschaft. Die Würde und der Wert eines Menschen dürfen sich nicht nach seiner Leistungsfähigkeit, seinem Nutzen für andere, seiner Gesundheit oder seinem Alter bemessen. Sie sind – davon sind wir überzeugt – Ausdruck davon, dass Gott den Menschen nach seinem Bild geschaffen hat und ihn bejaht und dass der Mensch sein Leben vor Gott verantwortet. So wollen und werden wir uns weiterhin dafür einsetzen, dass organisierte Angebote der Selbsttötung in unserem Land nicht zur akzeptierten Normalität werden“ (Deutsche Bischofskonferenz und Evangelische Kirche in Deutschland 2020a).

Kurz nach der Urteilsverkündung fing die COVID19 Pandemie an, das gesellschaftliche Leben zu prägen. In einer diesbezüglichen Presseerklärung der Deutschen Bischofskonferenz wird deshalb nochmals auf das Urteil Bezug genommen. In Anbetracht der Pandemie wird zunächst auf die Empfindlichkeit des Lebens und die besondere Schutzbedürftigkeit von alten und vorerkrankten Menschen Bezug genommen. „Als Gesellschaft können wir aus dieser Situation nur gestärkt hervorgehen, wenn wir das Leben neu zu sehen lernen als das, was es ist: eine kostbare Gabe Gottes, die es gerade in ihrer Zerbrechlichkeit zu schützen gilt“. In der Presseerklärung wird dann die dazu diametral im Gegensatz stehende Urteilsfindung dargestellt.

„Das Urteil ist nicht mit dem christlichen Verständnis eines durch Gott geschenkten Lebens, das der Mensch vor Gott verantwortet, vereinbar, da es die autonome Selbstbestimmung über das Ende des Lebens als absolut setzt. Wenn der Eindruck erweckt wird, dass die Selbsttötung ein gesellschaftlich akzeptierter Weg aus einer Krankheits- oder Leidenssituation sei, ist die Menschenwürde auf fundamentale Weise bedroht“ (Deutsche Bischofskonferenz 2020b).

Eine völlig andere Position für ein selbstbestimmtes Sterben wird und wurde von den Vereinen, die Beratung, Begleitung und Beihilfe zum Suizid und zur Freitodbegleitung anbieten, vertreten. Diesen Argumentationen folgte der 2019 verstorbene deutsche Mediziner Uwe-Christian Arnold. Am Tag vor seinem Tod hatte er eine Stellungnahme verfasst, die bei der mündlichen Verhandlung vor dem Bundesverfassungsgericht vorgetragen wurde. Am Tag nach der Urteilsverkündung wurde in der ZEIT ein Interview publiziert, welches mit Uwe-Christian Arnold kurz vor dessen Tod vor Prozessbeginn geführt wurde, in dem er sagt: „Da ich in den letzten Jahrzehnten mehrere hundert Personen in den Tod begleitet habe, weiß ich genau, was in einer solchen Situation zu tun ist. Als Arzt und Sterbehelfer bin ich in dieser Hinsicht privilegiert, die meisten Menschen hingegen wissen nicht, wie sie mit ihrem Elend, ihrer Not, ihrem Schmerz, ihren Ängsten umgehen sollen und an wen sie sich in ihrer Notlage wenden können“. Basierend auf seiner Erfahrung der Hilfe beim Sterben seiner Patienten plädiert Arnold für ein selbstbestimmtes Sterben und eine humane Sterbehilfe. Er bezeichnet Sterbehilfe als Lebenshilfe. Arnold warnt, sich nicht vom „Mythos des natürlichen Todes“ blenden zu lassen. Sterben soll „mit Hilfe eines erfahrenen Arztes möglichst schmerzfrei und selbstbestimmt geschehen“ (Arnold 2019).

Das Urteil des deutschen Bundesverfassungsgerichtes ist möglicherweise richtungsweisend aber auch problematisch für die weitere Entwicklung unserer Gesellschaft. Es soll im Folgenden versucht werden, die Problematik des Themas „Töten auf Verlangen“ darzulegen. Es werden Argumente, die für das moralische Erlaubt sein von Töten auf Verlangen sprechen könnten, Argumenten die dagegensprechen gegenübergestellt. Die Konklusio beantwortet die Frage ob es moralisch richtig ist, einen Menschen auf dessen Verlangen hin zu töten: „Ist Beihilfe zum Suizid erlaubt?“. Selbst wenn es zu einer Legalisierung kommen sollte kann es moralisch falsch sein.

Definitionen und Grundlagen

Im Zusammenhang mit Sterbehilfe und Tötung auf Verlangen müssen zunächst Ausdrücke geklärt und Begriffe definiert werden. Der Ausdruck „Euthanasie“ stammt aus dem altgriechischen Wörtern „eu“ und „thanatos“ (εὐθανασία) und bedeutet „angenehmer Tod“. „Euthanasie“ und „Sterbehilfe“ können synonym verwendet werden. Der Ausdruck „Euthanasie“ hat aber seit der Zeit des Nationalsozialismus eine historisch belastete Konnotation.

Zu unterscheiden sind bei aller Problematik klarer Grenzziehungen die folgenden Dimensionen: Aktive (diese beinhaltet auch Tötung auf Verlangen) und passive Euthanasie: Passivität meint nicht Verzicht auf jegliches ärztliche Handeln, aber auf lebensverlängernde

Maßnahmen (Therapiezieländerung). Für alle Formen der passiven Sterbehilfe sollte der Wille des Sterbenden entscheidend sein – explizit oder mutmaßlich.

Direkte und indirekte Euthanasie: Bei der direkten Form zielt das Tun oder Lassen auf das Sterben der Patienten hin, bei der indirekten Euthanasie ist das Sterben eine Folge der palliativen Maßnahmen.

Beim assistierten Suizid handelt es sich um eine Selbsttötung, die Tatherrschaft liegt beim Betroffenen, der jemand anderen um Hilfe (Rat, Vermittlung, Rezept, Substanz) bittet. Beim Töten auf Verlangen liegt sie bei der um Hilfe gebetenen Person. Unter „Tötung auf Verlangen“ (früher: „aktive Sterbehilfe“) versteht man die gezielte Herbeiführung des Todes einer PatientIn auf deren Wunsch durch einen nicht ihrer Heilung, der Symptomkontrolle oder Behandlungsbegrenzung dienenden Eingriff (z.B. durch die bewusste Überdosierung eines Medikaments). Töten auf Verlangen ist ein Straftatbestand innerhalb der Tötungsdelikte. Er ist sowohl im deutschen (§ 216 StGB) wie auch im österreichischen (§ 77 StGB) Strafgesetzbuch enthalten. In Deutschland wird derjenige milder bestraft, der einen Menschen auf dessen ernsthaftes und eindringliches Verlangen tötet, beispielsweise einen Ehepartner, der jahrelang gepflegt wurde und der Tötungsakt als Liebesbeweis dem Sterbenden gegenüber betrachtet werden könnte. Problematisch ist jedenfalls die Grenzziehung zwischen Tötung auf Verlangen und strafloser Beihilfe zum Suizid, weil nicht immer der Grad der Aktivität beim Helfenden klar zu bemessen ist. „In Deutschland stellt das Gesetz die Beihilfe zur Selbsttötung nicht in Abgrenzung zur Tötung auf Verlangen straffrei, sondern erwähnt diese nicht. Mithin ist bei der Auslegung, was als Tötung auf Verlangen zu gelten hat, nicht auf eine Abgrenzung zur Beihilfe zum Suizid Rücksicht zu nehmen; erst wenn diese Auslegung geschehen ist, kann das, was nicht unter sie hineinfällt, als Beihilfe zur Selbsttötung bezeichnet werden. In Österreich besteht dieses Problem hingegen nicht. Hier werden Mitwirkung am Selbstmord (§ 78 StGB) und Tötung auf Verlangen (§ 77 StGB) gleichermaßen bestraft. Der Strafrahmen beträgt jeweils sechs Monate bis zu fünf Jahre Freiheitsstrafe“ ([https://de.wikipedia.org/wiki/Tötung auf Verlangen](https://de.wikipedia.org/wiki/Tötung_auf_Verlangen); Strafgesetzbuch Österreich §§77 und 78).

Straf- und berufsrechtlich zulässig ist in Österreich und Deutschland die Inkaufnahme einer lebensverkürzenden Nebenwirkung einer palliativ indizierten Maßnahme (früher: „indirekte Sterbehilfe“) (Deutsche Bundesärztekammer 2011, Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte 2020). Diese rechtliche Situation wird auch weitestgehend moralisch im Geltungsbereich der Gesetze für richtig erachtet.

Die klassische Einteilung in passive, indirekte und aktive direkte Sterbehilfe ist nicht mehr zeitgemäß. Die zeitgemäße Terminologie mit Sterbebegleitung, Therapie am Lebensende

Symptomlinderung mit potentiell lebensverkürzender Nebenwirkung, Sterbenlassen (Behandlungsabbruch), Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid) und Tötung auf Verlangen ist hilfreich und reduziert einen großen sprachlichen Interpretationsraum (Bioethikkommission 2011; Nationaler Ethikrat 2006 Gesang 2001). In die Überlegungen darüber, ob Töten auf Verlangen moralisch erlaubt ist, sollten folgende Aspekte einfließen:

-historischer Aspekt: Euthanasie im Nationalsozialismus

-individuelle Aspekte: Angst vor unerträglichem Leiden und Sinnentleerung des Lebens, aber auch Zweifelhafteigkeit des Sterbewunsches

-ökonomische Aspekte: Sterbehilfe als fragwürdiges Geschäft, Gefahr eines Drängens zum Tode

-gesellschaftliche Aspekte: Sterbehilfe als Zumutung für die Helfer, zweifelhafte Interessenlage von Angehörigen

-medizinische Aspekte: Krankhaftigkeit von Suizidentschlüssen, Widerspruch zum ärztlichen Ethos, Alternative der Schmerztherapie und Palliativmedizin wird nicht ausgeschöpft

-religiöse Aspekte

„Tötung auf Verlangen“: ein kurzer historischer Rückblick

Während der sogenannte hippokratische Eid aus dem 5. - 4. vorchristlichen Jahrhundert dem Arzt die aktive Beendigung des Lebens ausdrücklich untersagt, ist es dem Menschen in der platonisch-stoischen Tradition erlaubt, sein Leben selbst oder mit ärztlicher Unterstützung (arztassistierter Suizid) zu beenden (Plato, Politeia, 409e-410a). Aktive Sterbehilfe und der Suizid können seit der Renaissance im Gegensatz zum Mittelalter wieder positiv beurteilt werden. Francis Bacon (1623) unterscheidet eine „innere Euthanasie“ (euthanasia interior) als seelischer Vorbereitung auf das Sterben (animae praeparatio) von einer „äußeren Euthanasie“ (euthanasia exterior) als leichte und angenehme Lebensverkürzung (excessus e vita lenis et placidus) (Bacon 1963). Die Ärzte sind Bacons Gedanken bis ins 20. Jahrhundert nicht gefolgt. Mehrfach wird dann seit 1900 in verschiedenen Ländern und Wissenschaften für aktive Euthanasie plädiert, die auch in der Bevölkerung auf Unterstützung stößt. Der Jurist Karl Binding und der Psychiater Alfred Hoche setzen sich in ihrer Schrift für die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens ein. Sie plädieren zugleich ausdrücklich für die „Achtung des Lebenswillens aller, auch der kränksten und gequältesten und nutzlosesten Menschen.“ (Binding, Hoche 1920, 280). Im Dritten Reich pervertiert Euthanasie dann zur Tötung von beeinträchtigten Menschen („Behinderten und Geisteskranken“) ohne Einwilligung und Gesetzesgrundlage.

Argumente für die moralische Richtigkeit von Tötung auf Verlangen

Es werden nun Argumente präsentiert, welche für die moralische Richtigkeit von Tötung auf Verlangen ins Feld geführt werden können. Es gibt keinen Unterschied zwischen Tötung auf Verlangen und Sterben lassen (Thalhofer 2019): es wird mit dem Ziel einer Handlung argumentiert: die Tötung auf Verlangen und die passive Sterbehilfe unterscheiden sich bezüglich ihres Handlungszieles moralisch nicht wesentlich, da in beiden Fällen die Leidensminderung Ziel der Handlung ist und der Tod Mittel zur Leidensminderung (Hick 2007).

Um Tötung auf Verlangen annähernd rechtfertigen zu können, wird versucht das „Prinzip des doppelten Effektes“ zu verwenden: Die Regel wurde von Thoma von Aquin (1225-1275) geprägt, um das Handeln einer sich verteidigenden Person zu rechtfertigen, die als Nebeneffekt der Selbstverteidigung den Tod des Angreifers in Kauf nimmt. Es besagt, dass eine Handlung mit sowohl (moralisch) schlechten wie auch (moralisch) guten bzw. (moralisch) neutralen Folgen dann moralisch erlaubt ist, wenn die schlechten Folgen nur unbeabsichtigte Nebenfolgen sind. Moralisch verboten ist sie immer dann, wenn (auch) die schlechten Folgen beabsichtigt sind. Bei dem Versuch diese Regel auf das Töten auf Verlangen anzuwenden, also den negativen (früheren Todeseintritt) durch den positiven Effekt (Schmerzlinderung) zu rechtfertigen, scheidet dieser Versuch beziehungsweise das Argument, denn Thomas ging es eben nicht nur um den Unterschied zwischen beabsichtigten und nicht beabsichtigten Folgen einer Handlung: „Eine Handlung, die sowohl positive als auch negative Folgen hat, ist nach dem „Prinzip des doppelten Effektes“ aber nur erlaubt, wenn die Handlung an sich gut ist, ausschließlich der gute Effekt intendiert ist, der negative Effekt zwar in Kauf genommen aber nicht beabsichtigt ist, der positive Effekt nicht durch den negativen Effekt herbeigeführt wird und der Handlungsgrund gewichtig ist“ (Boyle 2004; Cavanaugh 2006). Diese Voraussetzungen sind bei der Schmerzlinderung und Sedierung in der Palliativmedizin erfüllt, sind aber bei Tötung auf Verlangen nicht erfüllt. Also wäre letztendlich dieses Argument als Argument gegen „Töten auf Verlangen“ im nächsten Kapitel an seinem richtigen Platz.

Ein drittes Argument für „Töten auf Verlangen“ könnte man bei Thomas Morus finden In seinem 1516 erschienen Roman *Utopia* schrieb der Humanist Thomas Morus: „Sei die Krankheit nicht nur unheilbar, sondern dazu noch dauernd qualvoll und schmerzhaft, solle er nicht darauf bestehen, die unheilvolle Seuche noch länger zu nähren, und nicht zögern zu sterben, zumal das Leben doch nur eine Qual für ihn sei“. Der Mensch solle sich "getrost und hoffnungsvoll aus diesem bitteren Leben wie aus einem Kerker oder aus der Folterkammer befreien oder sich willig von anderen herausreißen lassen" (Timmermann 1993). Wenn das

subjektive Leiden zur Qual wird kann dieses Leiden auch mithilfe anderer beendet werden. Allerdings ist das sozialutopische Werk in einer Zeit erschienen, in der das individuelle Lebensrecht nicht annähernd das gesellschaftliche Gewicht hatte wie heutzutage; daher spielt es in meiner persönlichen Einschätzung keine zeitgemäße argumentative Rolle. Außerdem beinhaltet die Beschreibung auch chronische, nicht potenziell tödliche Erkrankungen.

Ein viertes Argument beruht auf dem moralischen Recht auf Selbstbestimmung: Die Selbstbestimmung als oberstes ethisches Prinzip, welches „Töten auf Verlangen“ rechtfertigt, bildet das Hauptargument (Hick 2007). Demnach folgt aus dem Respekt vor der Autonomie das Recht, auf Verlangen getötet zu werden und zwar als Ultima Ratio, insbesondere in Notsituationen aus Mitleid und Fürsorge zum Patientenwohl. Aus dem Prinzip des Patientenwohls wird abgeleitet, dass Sterbehilfehandlungen aufgrund der Leidvermeidung dem Wohl des Patienten entsprechen können, wenn das Interesse zur Leidvermeidung des Betroffenen gegenüber seinem Interesse am Weiterleben überwiegt (Thalhofer 2019; Pöltner 2006). Das Selbstbestimmungsrecht zusammen mit dem Prinzip der Wohltätigkeit und dem Mitleidsargument gebieten auch einen todeswilligen Menschen nicht daran zu hindern, sich freiwillig töten zu lassen, unter Umständen auch im Hinblick auf das Bedürfnis, anderen nicht zur „Last“ fallen zu wollen (Mokrosch,2011; Pöltner 2002).

Dieser Ansatz rechtfertigt das Recht auf die Beendigung eines von der betroffenen Person als unwürdig oder unerträglich empfundenen Lebens auch mittels Beihilfe auf Verlangen getötet zu werden (Pöltner 2006). Da diese Handlung auf der Respektierung individueller Autonomie basiert, ist sie von der „Tötung lebensunwerten Lebens“ zu unterscheiden. Nach Hoerster stellt die Tötung auf Verlangen „kein Übel, sondern eine Wohltat“ dar und dient „im umfassenden Sinn seinen Interessenten“ (Hoerster 1989).

Ein weiteres Argument für „Tötung auf Verlangen“ ist semantisch ableitbar. Aus der Tatsache, dass passive und indirekte Euthanasie erlaubt ist und Suizid straffrei, ließe sich das Recht auf assistierten Suizid beziehungsweise auf Tötung auf Verlangen herleiten: 1. Es ist moralisch erlaubt, Patienten Schmerzmittel zu verabreichen, obwohl man weiß, dass diese Mittel ihren Tod schneller herbeiführen (indirekte Euthanasie, Palliativmaßnahme). 2. Den Tod eines Patienten zu beabsichtigen und den Tod in Kauf zu nehmen, sind moralisch gleichwertig. 3. Der Unterschied zwischen Palliativmaßnahme und Tötung auf Verlangen besteht darin, dass erstere den Tod in Kauf nimmt, letztere ihn beabsichtigt. 4. Also ist Tötung auf Verlangen moralisch erlaubt (Eibach 2014). Ein weiteres Argument lautet „Patientenwohl“. Ein Arzt muss zum Wohl des Patienten entscheiden und handeln. Dieses Wohl ist nicht immer identisch mit dem Lebenserhalt. Ein (assistierter) Suizid ist möglicherweise nicht mehr durchführbar.

Allein der andauernde Wunsch des Patienten nach Beendigung eines aussichtslosen Leidenszustandes rechtfertigt das Handeln eines Dritten. Der Tod ist letztendlich auch hier nur das Mittel zur Leidensminderung. Die Möglichkeit der Tötung auf Verlangen könnte dazu führen, dass sich das Leiden leichter ertragen lässt. Die Möglichkeit der Tötung auf Verlangen könnte also eine Lebenshilfe sein (Mokrosch 2011; Pöltner 2002).

Ein weiteres Argument für die Legalisierung der „Tötung auf Verlangen“ könnte auch die daraus resultierende höhere Rechtssicherheit und Transparenz in der Sterbehilfedebatte sein (Mokrosch 2011; Pöltner 2002).

Mit dem Bezug auf die Autonomie als Ausdruck der Würde stützt das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes in Deutschland die Argumentation für eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen (BVerfG, 2020). Dass der Mensch seinem Leben selbst ein Ende setzen kann, ist eindeutig. In der christlichen Tradition wird einem Recht auf Selbsttötung entgegengetreten, weil der Mensch sich das Leben nicht selbst gegeben, sondern es von Gott empfangen hat (Eibach 2014). Wenn allerdings eine Gesellschaft und das Leben in ihr die Kopplung und Bindung an Gott verloren hat, ist der Mensch nur noch auf sich selbst bezogen, autonom und Besitzer seines Lebens. Die Kontrolle des Sterbens ist eine Angelegenheit menschlicher Würde. Ohne diese Kontrolle sei der Mensch eine „Marionette der Natur“, und das sei des Menschen unwürdig. (Fletcher 1969). Das Verbot der Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen sei ein religiös begründetes Tabu, das die Autonomie des Menschen unbegründet einschränke. Ein weltanschaulich neutraler Staat müsse die Interpretation seiner Verfassung unabhängig von religiösen Vorstellungen leisten. Wenn nun Menschenwürde und Autonomie einander bedingen, müssen jedem Menschen Lebenswerturteile über sein eigenes Leben zugestanden werden. Wenn sich dieses Recht aus der Autonomie ergibt, dann ist jeder Mensch befugt, sein Urteil über sein Leben zu vollziehen und diesem ein Ende zu setzen. Wenn er dazu nicht mehr in der Lage ist, hat er den Anspruch auf die (freiwillige) Hilfe anderer (Eibach 2014). Dazu muss diese Beihilfe rechtlich geregelt werden. Diejenigen, die den Wunsch nach Beihilfe erfüllen, dürfen dann nicht strafrechtlich verfolgt werden. Es werden also begründet auf die Autonomie Regeln geschaffen. Damit aber werden Regeln und „Regelfälle“ geschaffen die „zur Regel werden“ können.

Argumente gegen Tötung auf Verlangen

Im Folgenden werden die Argumente präsentiert welche gegen eine „Tötung auf Verlangen“ sprechen. Einleitend kann auf das Ergebnis einer Studie verwiesen werden: In einer recht aktuellen Befragung (Sterbehilfe. Welche Argumente zählen?) unter Marburger Jura-, Medizin und Theologie-Studierenden im Rahmen einer Dissertation gab es folgende Aspekte, die die

Annahme oder Ablehnung von Beihilfe zur Selbsttötung und/oder Tötung auf Verlangen als moralisch zulässig prognostizierten: Generelles Tötungsverbot, Arztbelastung und Patientenautonomie. Die Studierenden zeigten insgesamt eine ablehnende Haltung gegenüber der Tötung auf Verlangen und der Beihilfe zur Selbsttötung (Philipp 2018).

Vom berufsrechtlichen Standpunkt aus ist klar festgehalten: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ (§6 Berufsordnung der Bundesärztekammer). Nach berufsrechtlichen Gesichtspunkten braucht die Frage nach „Töten auf Verlangen“ unter moralischen Gesichtspunkten nicht diskutiert werden, da ihre mögliche bejahende Antwort illegal wäre und somit irrelevant.

Ein weiteres Argument findet sich bei Thomas von Aquin, er spricht sich auch gegen Beihilfe zur Tötung aus, weil auch Selbsttötung nicht erlaubt ist: „Nun ist aber das Töten eines Menschen schlecht“ und „Sich selbst zu töten ist durchaus unerlaubt“ (Summa Theologiae II 64,2). Er nennt dazu drei Gründe:

Jegliches Ding liebt sich selbst und somit die Erhaltung seines Seins, es widersteht von Natur den seinem Sein verderblichen Einflüssen. Also ist es gegen die natürliche Neigung und gegen die heilige Selbstliebe, sich selbst zu töten; und ist dies Letztere als gegen das Naturgesetz und gegen die Liebe gerichtet immer schwere Sünde (1).

Jeder ist jedoch ein Teil der Gemeinschaft, und dergestalt gehört das, was er ist, der Gemeinschaft. Deswegen tut er dadurch, daß er sich selbst aus der Welt schafft, der Gemeinschaft ein Unrecht, wie es durch den Philosophen klargestellt ist (5 Ethic. ult.) (2).

Das Leben ist ein Geschenk Gottes und Gottes Macht unterworfen, der da tötet und lebendig macht. Also beleidigt der Selbstmörder Gott, wie wer den Knecht eines anderen tötet, ein Unrecht dem Herrn antut, dem der Knecht angehört; und wie derjenige sündigt, der ein Urteil sich anmaßt über eine Sache, über welche er nichts zu sagen hat. Gott allein gehört das Urteil über Leben und Tod an: „Ich werde töten und ich werde lebendig machen (Deut. 32.)“ (3).

¹ Respondeo dicendum quod seipsum occidere est omnino illicitum triplici ratione. Primo quidem, quia naturaliter quaelibet res seipsam amat, et ad hoc pertinet quod quaelibet res naturaliter conservat se in esse et corruptentibus resistit quantum potest. Et ideo quod aliquis seipsum occidat est contra inclinationem naturalem, et contra caritatem, quia quilibet debet seipsum diligere. Et ideo occisio sui ipsius semper est peccatum mortale, ut pote contra naturalem legem et contra caritatem existens.

² Secundo, quia quaelibet pars id quod est, est totius. Quilibet autem homo est pars communitatis, et ita id quod est, est communitatis. Unde in hoc quod seipsum interficit, iniuriam communitati facit, ut patet per philosophum, in V Ethic.

³ Tertio, quia vita est quoddam donum divinitus homini attributum, et eius potestati subiectum qui occidit et vivere facit. Et ideo qui seipsum vita privat in Deum peccat, sicut qui alienum servum interficit peccat in dominum cuius est servus; et sicut peccat ille qui usurpat sibi iudicium de re sibi non commissa. Ad solum enim Deum pertinet iudicium mortis et vitae, secundum illud Deut. XXXII, ego occidam, et vivere faciam.

Thomas fasst zusammen:

„Mit Rücksicht auf die eigene Person ist der Selbstmord eine Verfehlung gegen die Selbstliebe; mit Rücksicht auf das Gemeinwesen und auf Gott ist er der Gerechtigkeit entgegen“ (Summa Theologiae II II 64,5)¹.

Thomas spricht zunächst vom natürlichen Selbsterhaltungstrieb und der Selbstverteidigung gegenüber negativen Einflüssen auf das eigene Sein und Leben. Diesem natürlichen Verhalten zur Selbsterhaltung widerspricht der Suizid. Dieses Argument ist sicher stichhaltig und hochaktuell, da die moderne Gesellschaft doch sehr auf Leben und Lebensverlängerung, auch durch die Intensivmedizin, ausgelegt ist.

Darüber hinaus stellt die Selbsttötung auch ein Unrecht gegenüber der Gemeinschaft dar, da das Individuum immer nur als Teil einer Gemeinschaft betrachtet werden kann. In Anbetracht einer zunehmenden Individualisierung unserer Gesellschaft wird dieses Argument aktuell sicher nicht so stark bewertet werden. Das Recht des einzelnen stößt ja nur dort an seine Grenzen, wenn andere unmittelbar negativ betroffen sind.

Da der Suizid auch gegen die „heilige Selbstliebe“ gerichtet ist, folgt für Thomas, dass Suizid auch Verfehlung ist. Außerdem argumentiert Thomas theologisch, dass das Leben ein Geschenk Gottes ist und Gott allein Leben geben und nehmen kann. Diese Argumentation ist in aktuell vom Großteil unserer säkularen Gesellschaft nicht akzeptiert.

Eine völlig andere Argumentationsebene verfolgt Immanuel Kant. Die Selbsttötung nach Kant ist an zwei Bedingungen geknüpft: Der Suizident muss seinen Tod beabsichtigen und er muss selbst die Tat, die zum Tode geführt hat, ausgeführt haben (Gerhard 1990; Meiner 1922). Selbsttötung ist moralisch verwerflich, da nach Kant ansonsten Strafen vor kriminellen Handlungen an Wirkung verlieren, da sich der Kriminelle jederzeit von dieser Strafe erlösen kann (Gerhard 1990).

Außerdem zerstört der Mensch durch Suizid die moralische Person in ihm, den inneren Wert: „Der Mensch kann über sich selbst nicht disponieren, weil er keine Sache ist. Der Mensch ist nicht Eigentum von sich selbst. Das ist eine Kontradiktion. Denn sofern er eine Person ist, so ist er ein Subjekt, das ein Eigentum an anderen Dingen haben kann. Wäre er aber nun ein Eigentum von sich selbst, so wäre er eine Sache, über die er Eigentum haben kann. Nun ist er aber eine Person, die kein Eigentum ist, demnach kann er keine Sache sein, an der er Eigentum haben kann, denn es ist ja unmöglich, Sache und Person zugleich zu sein, ein Eigentümer und Eigentum zu sein (Gerhard 1990).

Der Begriff des Imperativs ist eine Aufforderung für ein Handeln. Der kategorische Imperativ lautet in einer „Moralgesetzformel“: „Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du

zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde“ (Kant 2011). Will man nun überprüfen, ob eine Handlung wie Töten auf Verlangen moralisch gut ist, muss man zunächst eine Maxime formulieren: „Wenn ich leide, soll ich mich mit der Hilfe anderer selbst töten oder mich von anderen Menschen töten lassen können“. Der erste Schritt wäre nun eine Selbstprüfung durchzuführen. Ist es vorstellbar, dass diese Maxime, dass man sich mit der Hilfe anderer töten kann allgemeines Gesetz wird? Ja das ist vorstellbar, die Maxime könnte verallgemeinert werden, ist also denkbar, aber ist sie auch in den üblichen Maßstäben wünschbar? Nein. Deshalb ist die Maxime nicht erfüllbar.

Da die Erhaltung des eigenen Lebens „erste Pflicht des Menschen gegen sich selbst ist, ist die Selbsttötung Mithilfe anderer nach Kant ebenfalls pflichtwidrig“ (Kant 1977). Da eine pflichtwidrige Handlung dem moralischen Gesetz widerspricht, kann Sterbehilfe nicht moralisch richtig sein. Außerdem wählt der Sterbende den Tod, um weiteres Leid zu vermeiden. Seine Handlung ist nicht durch Vernunft, sondern durch den Wunsch nach Schmerzfremheit, bestimmt. Das bedeutet, dass die Forderung nach Sterbehilfe nicht aus Pflicht erfolgen und daher auch nicht moralisch richtig sein kann. Da der Tod der Erlösung von Leid dient ist die „Selbstliebe“ der Grund für den Todeswunsch (Kant 2011). Die Selbstliebe dient jedoch im Allgemeinen zur Selbsterhaltung. Es widerspricht allerdings der Natur, dass eine einzige Empfindung sowohl für die Selbsterhaltung als auch für die Selbstvernichtung des Menschen sorgt (Kant 2011). Der Mensch ist als vernünftiges Wesen in der Lage, das moralische Gesetz zu befolgen. Der Mensch vernichtet jedoch bei einer Selbsttötung nicht nur sich selbst, sondern, durch seinen Tod, auch seine Sittlichkeit. Eine Vernichtung der Sittlichkeit kann aber nicht moralisch richtig sein. Letztendlich widerspricht es der Menschheits-Zweck-Formel, den eigenen Tod selbst herbeizuführen oder diesen durch andere herbeiführen zu lassen, da der Kranke in diesem Fall entweder einen anderen Menschen oder sich selbst als Mittel zum Zweck benutzt (Kant 2011). Zusammenfassend kann mit Kants Ethik ein „Töten auf Verlangen“ nicht unterstützt werden.

Bei Argumenten zu so sensiblen Themen wie „Tötung auf Verlangen“ ist auch der gesellschaftliche Kontext wichtig. Breiter gesellschaftlicher Konsens besteht darüber, dass am Lebensende anstelle lebensverlängernder Maßnahmen andere palliativmedizinische Therapien in den Vordergrund rücken sollten. Maßnahmen, die dem Therapieziel nicht mehr dienen, beziehungsweise medizinische Einzelmaßnahmen, die nicht mehr indiziert sind, sollten reduziert oder beendet werden. Hingegen bekommen Aufgaben wie Schmerzlinderung, psychologische Begleitung und Symptombehandlung einen neuen Stellenwert (Bioethikkommission 2011). Das Grundübel, das Patienten, Angehörigen und der Gesellschaft

Angst macht und wohl zur Akzeptanz des Tötens auf Verlangen führt, ist eine um sich greifende Fehlversorgung beeinträchtigter, kranker und sterbender Menschen in unserer Gesellschaft. Körperlich unerträgliches Leiden muss keine PatientIn mehr ertragen, insbesondere in einem exzellent ausgebauten Gesundheitssystem. ÄrztInnen können in Deutschland und Österreich ethisch gut, medizinisch korrekt und juristisch legal Sterbende begleiten, Leiden lindern, Medikamente in ausreichender Dosis verordnen. Die Inkaufnahme einer schlechten Handlungsfolge kann erlaubt sein, wenn sie zur Erreichung eines notwendigen Guten unabdingbar ist.

Bei der ethischen Bewertung der Tötung auf Verlangen und des assistierten Suizids muss unterschieden werden zwischen dem Wunsch der Betroffenen nach Tötung bzw. Suizidbeihilfe und der Frage, inwiefern es ÄrztInnen (oder anderen Personen) erlaubt sein soll, diesen Wunsch zu erfüllen.

Das Recht auf Leben enthält keine Pflicht zu leben, sondern nur die Aufgabe, verantwortungsvoll mit diesem Recht umzugehen. Der Wunsch eines Sterbenden nach einer aktiven Hilfe widerspricht dieser Aufgabe nicht. Eine „Lebenspflicht“ ist gesellschaftlich heutzutage sicher schwer zu argumentieren.

Der autonome Wunsch eines Sterbenden nach einer aktiven Hilfe zum Sterben kann nachvollziehbar und auch moralisch gerechtfertigt erscheinen. Aber „Wieso soll eigentlich Selbstbestimmung darin zur Geltung kommen, dass man sich von einem anderen töten lässt?“ (Müller, 1997). Diese Frage verdeutlicht, dass die Forderung nach einem Recht auf den eigenen Tod bei Tötung auf Verlangen mit der Pflicht für einen anderen Menschen einhergeht, diese Tötung auszuführen. Autonomie und Unabhängigkeit ist immer nur ein relativer Wert, weil immer irgendeine Abhängigkeit und Beziehung zu den Mitmenschen besteht. Deshalb ist nicht zu rechtfertigen, dass Minderung der Unabhängigkeit Selbsttötung oder Tötung auf Verlangen rechtfertigen kann (Müller 1999). Außerdem können Wünsche kein „Recht auf Unrecht“ begründen (Müller 1999). Ein Patient hat Rechte gegenüber seinem Behandler aber nicht einen Anspruch auf eine bestimmte Art der Therapie also auch kein Recht darauf, dass seinem Wunsch nach „Tötung auf Verlangen“ entsprochen wird. Die Tötung wird nicht dadurch zur Behandlung, dass ein Arzt sie vornimmt. Außerdem könnte die Pflicht zu einer Tötung nur unter der Voraussetzung ihrer moralischen Unbedenklichkeit zustande kommen (Müller 1999) Ein weiteres Argument gegen „Tötung auf Verlangen“ beruht auf den vier Grundsatzprinzipien der Medizinethik, die die Medizinethiker Beauchamp und Childress entwickelt haben:

- Selbstbestimmungsrecht des Patienten (respect for autonomy)
- Prinzip der Schadensvermeidung (non-maleficence)

- Patientenwohl (beneficence)
- Soziale Gerechtigkeit (justice)

Gerade am (drohenden) Ende des Lebens sind sie hilfreich in der Diskussion (Beauchamp 2008). Autonomie bedeutet: der Patient muss dem Beginn oder der Fortsetzung einer Behandlung zustimmen. Unheilbar kranke Menschen haben in besonderer Weise Anspruch auf Zuwendung und die Solidarität der Gesellschaft, um unter würdevollen Umständen aus dem Leben zu scheiden. Der Auftrag zur Minderung von Leid ist ein wichtiges Element der Fürsorge am Lebensende. An diesem Lebenszeitpunkt kann eine Therapiezieländerung vollzogen werden, also das Verlassen einer kurativen zu einer palliativen Behandlungsstrategie. Man könnte argumentieren, dass das „Selbstbestimmungsrecht“ dem Menschen auch eine Bestimmung über die Art des Sterbens zugesteht. Diesem Gedanken folgt das in der Einleitung diskutierte Urteil des Deutsch Bundesverfassungsgerichtes. Auch das Prinzip des Patientenwohls und der Schadensvermeidung könnte dieser Argumentationslinie folgen. Allerdings muss eine Therapiezieländerung dahingehend verstanden werden, dass mit ihr dem Patienten der Beginn des Lebensendes und damit der Sterbeprozess begonnen wird. „Je besser es gelingt, mit dem Patienten gemeinsam zu ergründen, welche Vorstellungen er vom Lebensende und Sterben hat, desto treffsicherer wird die Begleitung und Betreuung sein. Die Palliativversorgung sieht das Sterben als letztendlich normalen Prozess, den es zwar nicht zu beschleunigen, aber auch nicht zu verzögern gilt. Die optimale Lebensqualität gilt es bis zum Tod zu fördern und zu erhalten“ (Roggendorf 2011; Österreichische Bioethikkommission 2015). Eine palliative Sedierung kann neben der Schmerzbekämpfung durchgeführt werden, um das Bewusstsein des Patienten stufenweise einzutrüben, wenn nicht behandelbare Probleme und Symptome einen Patienten belasten. Dabei kann es erforderlich sein eine anhaltende, tiefe Sedierung zu erwägen, wo dann der kontinuierliche Tiefschlaf im Tod des Patienten enden kann. Die Sedierung verfolgt das Ziel einer Symptomlinderung. Die Verkürzung der verbleibenden Lebenszeit ist nicht das Ziel, sondern eine in Kauf genommene, nicht zu umgehende Nebenwirkung der Sedierung (Österreichische Bioethikkommission 2015; Nationaler Ethikrat 2006).

Es folgen einige religiös motivierte Argumente. Das von der „Päpstliche Akademie für das Leben“ 2019 publizierte „Weißbuch“ der Palliativmedizin, ist eine praxisnahe Grundlage für die Handelnden in der Palliativmedizin und stellt eine gute Erklärungsgrundlage dafür dar, dass eine geschäftsmäßige Beihilfe zur Selbsttötung nicht zur Leidenslinderung erforderlich ist.

Dazu der Kommentar des Papstes: „Man will dadurch (i.e. die Palliativmedizin) den Tod nicht herbeiführen, sondern nimmt nur hin, ihn nicht verhindern zu können (Katechismus Nr. 2278).

Dieser Perspektivenwechsel gibt der Begleitung der Sterbenden die Menschlichkeit zurück, ohne Rechtfertigungen für die Auslöschung von Leben zu liefern. Die persönliche und relationale Dimension des Lebens – und des Sterbens, das doch immer ein äußerster Moment des Lebens ist – muss in Behandlung und Begleitung des Kranken einen der Menschenwürde entsprechenden Raum einnehmen. Auch wenn wir wissen, dass wir die Heilung von einer Krankheit niemals garantieren können, so können und müssen wir uns doch des lebenden Menschen stets annehmen: ohne dass wir selbst sein Leben abkürzen, aber auch ohne uns sinnlos gegen seinen Tod zu wehren. Auf dieser Linie bewegt sich die Palliativmedizin. Sie ist von großer Bedeutung auch auf kultureller Ebene, da sie sich dafür einsetzt, all das zu bekämpfen, was das Sterben angst- und leidvoller macht, das heißt Schmerz und Einsamkeit“ (Papst Franziskus) (Päpstliche Akademie für das Leben 2019). Die österreichischen Bischöfe unterstützen den Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung und fordern die Verankerung des Verbots der aktiven Sterbehilfe in der Verfassung (Österreichische Bischofskonferenz 2014). „Ein Staat kann nicht verpflichtet werden Suizid zu unterstützen. Dies widerspricht der Werteordnung des Grundgesetzes. Die dort gesicherte unantastbare personale Würde besteht darin, dass auch einem schwer, unheilbar erkrankten Menschen die solidarische Zuwendung seiner Mitmenschen bis zuletzt zusteht. Der Wunsch zu sterben entsteht oft in Einsamkeit und Verzweiflung. Deshalb muss eine Ausweitung der Hospizangebote und eine Verbesserung der Palliativmedizin garantiert werden“ (Deutsche Bischofskonferenz 2017). Ein Gegenargument ist die Tatsache, dass es sicher Krankheitsverläufe gibt, in denen nicht immer absolute Schmerzfreiheit garantiert werden kann. Auch sind die Strukturen in den Gesundheitssystemen selbst innerhalb Europas so unterschiedlich, dass dies automatisch Unterschiede in der Qualität der Palliativmedizin mit sich bringt. Fehlende Qualifikationen und Personalmangel in der Pflege führen dazu, dass würdevolles, begleitetes Sterben eben nicht immer garantiert werden kann. Außerdem ist der im letzten Jahrhundert üblichere Tod im eigenen Heim im Kreise der Großfamilie heute zur Seltenheit. Diese Problematik steht sicher manchmal im Zwiespalt zum oben angeführten Auftrag zur Minderung von Leid am Lebensende.

Aus islamischer Sicht „ist der Mensch die edelste Schöpfung auf dieser Erde und hat infolgedessen, wenn seine Stunde schlägt, das Recht auf ein würdiges und natürliches Sterben. Jede weitere Maßnahme, die das Ziel hat, das elende Leben künstlich zu verlängern, wird im Islam abgelehnt“. Leben darf aber auch nicht verkürzt werden (vgl. Adel 1998). Die religiösen Argumente zielen darauf ab, dem Menschen Leid zu ersparen aber ohne aktiv den Sterbeprozess mit dem Ziel der Herbeiführung des Todes zu fördern.

Gibt es ein Recht auf Beihilfe zum eigenen Tod aus medizinethischer Sicht?

Durch die Verbesserung der (intensiv)-medizinischen Möglichkeiten, ist die Frage, was denn zum Wohle eines Patienten geschieht, sehr plural geworden: Was der eine Patient noch als zu seinem Wohle geschehend empfindet, beurteilt der andere bereits als Zufügen von Schaden und Leid. Eine zulässige Behandlungsmaßnahme muss grundsätzlich zwei Voraussetzungen erfüllen: Für den Beginn oder die Fortführung besteht nach Einschätzung der behandelnden Ärzte eine medizinische Indikation. Die Durchführung entspricht dem Willen der PatientIn. Beides kann sich im Verlauf einer Behandlung ändern.

Der Krankheitsverlauf kann dazu führen, dass das Ziel der Behandlung neu definiert wird (Therapiezieländerung). Die Frage nach dem Therapieziel ist immer ethisch-rechtlich geboten. Dieses muss eindeutig festgelegt werden. Bei fehlender Eindeutigkeit muss diese herbeigeführt und dokumentiert werden. Dabei heißt die Abkehr vom kurativen Ansatz niemals das Unterlassen einer medizinischen Versorgung. Die Begleitung des Patienten im Sterben ist ärztliche Pflicht. Durch eine Therapiezieländerung können sich bei Therapiebegrenzung folgende Vorgehensweisen ändern: Verzicht auf zusätzliche kurative Maßnahmen, Verzicht auf Ausweitung bestehender kurativer Maßnahmen, Reduktion bestehender kurativer Maßnahmen, Absetzen (aktives Beenden) bestehender kurativer Maßnahmen. Diese Maßnahmen können in einem Krankenhaus stattfinden aber auch im Rahmen einer palliativen Begleitung (z.B. Einbinden des hausärztlichen Palliativdienstes). Im Vordergrund muss immer eine menschenwürdige Unterbringung, menschliche Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Luftnot, Übelkeit und anderen subjektiv belastenden Symptomen stehen.

Dabei werden diese Maßnahmen und ihre Unterlassungen von den Beteiligten oft als verunsichernd erlebt. Hier spielen auch Fehlinformationen hinsichtlich gültiger Rechtsauffassungen oder ethischer Bewertungen eine Rolle und führen zu unnötigen Einengungen ärztlicher und pflegerischer Entscheidungs- und Handlungsspielräume.

Die meisten praktischen Diskussionen warf die indirekte Sterbehilfe und die passive Sterbehilfe auf. Obwohl bei der indirekten Sterbehilfe (z.B. Gabe von Opiaten zur Schmerzlinderung mit möglicher atemdepressiver Nebenwirkung) die Linderung von Schmerzen Vorrang vor Lebensverkürzung hat, besteht/ bestand ein Graubereich zur aktiven Sterbehilfe, da es Dosisbereiche bestimmter zur Leidenslinderung eingesetzter Medikamente gibt, bei denen die Unterscheidung zwischen indirekter und aktiver Sterbehilfe allein von der Intention des Therapierenden abhängt (Inkaufnahme vs. Herbeiführen des Todes), die von außen nur schwer überprüfbar ist. In diesem Graubereich lässt aber die Gesetzgebung Spielraum für palliativmedizinische Maßnahmen, sodass ein Recht auf Tötung auf Verlangen nicht

eingefordert werden müsste und auch das Stadium des Sterbeprozesses keine Rolle mehr spielen müsste.

Wenn es trotz der Tatsache, dass „Tötung auf Verlangen“ moralisch nicht richtig ist, legal sein sollte, diesen Wunsch zu erfüllen spielen folgende Aspekte für die betreuenden Personen eine entscheidende Rolle:

Freiwilligkeit: Möglicherweise ist der Wunsch auf Tötung von Dritten beeinflusst.

Missbrauchs- und Dammbruchgefahren: Möglicherweise werden durch Legalisierung des „Tötens auf Verlangen“ primär nicht intendierte gesellschaftliche Entwicklungen initiiert; zum Beispiel eine zu großzügige Anwendung?

Letztlich ist es eine ethische durch die Gesellschaft und Politik getragene Richtungsentscheidung, welchem Gut ein höherer Wert zugebilligt wird: der Autonomie oder der Fürsorge und dem Lebensschutz. Voraussetzung hierfür ist eine offene Diskussion, in der die unterschiedlichen Positionen mit ihren jeweiligen Anliegen und Ängsten wahr- und ernst genommen werden. Diese erneute offene Diskussion wurde in Deutschland mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 26. Februar 2020 initiiert.

Der Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat mit seinem Schreiben vom April 2020 die Diskussion eröffnet. Das Schreiben erging an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern, die Bundesapothekerkammer, die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, den Deutschen Pflegerat, an die Deutsche Stiftung Patientenschutz, die Deutsche Depressionshilfe, den Deutschen Hospiz- und Palliativverband, an das Nationale Suizidpräventionsprogramm Deutschland, an die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. und andere Palliativverbände, an den Deutschen Ethikrat, an die Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht, den Deutschen Richterbund, an universitäre Institute für Strafrecht und Zivilrecht, an den Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland und das Kommissariat der Deutschen Bischöfe.

In dem Brief heißt es: „...Der Suizidwunsch sei vom Staat zu respektieren, die Straflosigkeit der Selbsttötung und die Hilfe dazu stünden nicht zur freien Disposition des Gesetzgebers. Das BVerfG hält in seinem Urteil aber auch fest, dass es eine Verpflichtung zur Leistung von Suizidhilfe nicht geben darf. Aus dem Recht auf selbstbestimmtes Sterben leitet sich kein Anspruch gegenüber Dritten auf Suizidhilfe ab. Dem Gesetzgeber ist es auf Grund der Ausführungen des Gerichts jedoch möglich, eine Regulierung der Suizidassistenz in dem vom Gericht vorgegebenen Rahmen vorzunehmen. Meine Überzeugung ist, dass diese Möglichkeit eines „legislativen Schutzkonzeptes“ genutzt werden sollte.

Schlussfolgerung

Eine Neuregelung muss sich laut BVerfG auf den Schutz der Selbstbestimmung beschränken; dazu gehören nach meinem Verständnis auch Lebensschutz bzw. Fürsorge, um den Menschen, sofern seine Selbstbestimmung erheblich eingeschränkt ist, für die Dauer dieser Einschränkung vor sich selbst (und einem irreversiblen Schritt wie dem Suizid) zu schützen. Wesentlich muss deshalb sein, die Freiwilligkeit, Dauerhaftigkeit und Ernsthaftigkeit des Suizidwunsches festzustellen und zu gewährleisten. Hierzu sind vertiefte Diskussionen im Parlament und auch innerhalb der Bundesregierung notwendig. Bei diesem sensiblen Thema ist mir wichtig, dass eine verfassungsmäßige Lösung gefunden wird, die auf eine breite Zustimmung in der Gesellschaft stößt. Deshalb möchte ich mit Ihnen sehr frühzeitig in einen konstruktiven Dialog treten und Ihre Expertise und Erfahrung frühzeitig in den anstehenden politischen Diskussionsprozess einbeziehen“.

Eine medizinisch kompetente Behandlung am drohenden Lebensende muss jedenfalls alle rechtlichen Spielräume nutzen, um den anvertrauten PatientInnen ein würdiges Sterben, einen guten Tod auf der Basis ethischer Ansprüche zu ermöglichen. Die darüber zu führenden offenen Diskussionen aller Beteiligten in der PatientInnenbetreuung sollten es ermöglichen, dass der Umgang mit komplexen und ethisch brisanten Herausforderungen als originäre gemeinsame Aufgabe betrachtet wird. Eine ethisch komplexe Situation muss genauso professionell in Angriff genommen werden wie eine medizinisch komplexe Situation. Dabei bleiben Irrtümer und Fehler nicht aus. Aber: Palliativexperten müssen nicht das Sterben ihrer Patienten beschleunigen. Leidenslinderung ohne Lebensverkürzung ist möglich.

Ethik

Dem vorliegenden Manuskript liegen keine Untersuchungen an Menschen zugrunde. Die Einholung eines Ethikvotums (Deklaration von Helsinki) ist deshalb nicht erforderlich.

Interessenkonflikte

Die Autoren haben keine finanziellen oder sonstigen Interessenskonflikte anzugeben.

Literatur

Adel C (1998) Ethik und Medizin aus islamischer und arabischer Sicht. Ethik in der Medizin 10: 134-142.

Arnold, HC, 2019, Bitte verschließen Sie nicht die Augen vor der Realität!" <https://hpd.de/artikel/bitte-verschliessen-sie-nicht-augen-realitaet-16723>.

Bacon F (1963) De dignitate et augmentis scientiarum (1623). Stuttgart Bad-Cannstatt

Beauchamp TL, Childress JF (2008), Principles of Biomedical Ethics. 6th Edition. Oxford University Press.

Binding K, Hoche A (1920) Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Leipzig.

Boyle J (2004) Medical Ethics and Double Effect: The Case of Terminal Sedation. Theoretical Medicine and Bioethics 25:51-60.

Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte, 2020,

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10011138/%c3%84rzteG%201998%2c%20Fassung%20vom%2010.06.2020.pdf>

Cavanaugh TA (2006) Double-Effect Reasoning: Doing Good and Avoiding Evil. Oxford University Press.

Definition: Tötung auf Verlangen:https://de.wikipedia.org/wiki/Tötung_auf_Verlangen.

Deutsches Ärzteblatt, online, 26.2.2020).

Pressebericht des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz, Kardinal Reinhard Marx (2017), anlässlich der Pressekonferenz zum Abschluss der Frühjahrs-Vollversammlung der Deutschen Bischofskonferenz, www.dbk.de

Deutsche Bischofskonferenz (2020) Pressemeldung Nr. 070 vom 22.04.2020

Deutsche Bischofskonferenz und Evangelische Kirche in Deutschland (2020) Presseerklärung zum Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, Pressemeldung Nr. 026 vom 26.02.2020

Deutsche Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung 2011, Deutsches Ärzteblatt 108, 7

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2020), Beihilfe zur Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe, vgl. Pressemitteilung, online, 27.2.2020).

Eibach U (2014) Tötungswünsche und Beihilfe zur Selbsttötung in: Gewissen in FJ Bormann V. Wetzstein (Hg) Dimensionen eines Grundbegriffs der Ethik. De Gruyter, Göttingen, S.481-483.

Fletcher J (1969) The Patient's Right to Die, in: A. B. Downing (Hg.), Euthanasia and the Right to Death. The Case of Voluntary Euthanasia, London, 69.

Gerhard G (1990) Kant, Immanuel, „Eine Vorlesung über Ethik“, Fischer Taschenbuch, S.163.

Gerhard G (1990), Kant, Immanuel, „Eine Vorlesung über Ethik“, Fischer Taschenbuch, 1990, S. 178f.

Hardinghaus W (2020), Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV), Pressemitteilung, online 26.2.2020.

Hick C: Medizinethisches Argumentieren. In: Hick C, Gommel M, Ziegler A, Gaidzik PW (Hrsg): Klinische Ethik, Springer Medizin, Heidelberg, S. 56-113 (2007a).

Hoerster N: Tötungsverbot und Sterbehilfe. In: H. M. Sass (Hrsg): Medizin und Ethik, Reclam, Stuttgart (1989).

Kant, Immanuel, Werke: in sechs Bänden, Band IV. Schriften zur Ethik und Religionsphilosophie, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, 7. unveränderte Auflage (Nachdruck der Sonderausgabe, Darmstadt: 1998), Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 2011.

Kant, Immanuel, Werke in zwölf Bänden, Band 8, Die Metaphysik der Sitten: Tugendlehre, Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1977, § 5, S. 553.

Meiner F (1922) Kant, Immanuel, „Die Religion innerhalb der blossen Grenzen der Vernunft“5, Felix Meiner, Leipzig, S.91

Mokrosch, Reinhold (2011): Grenzfragen am Lebensbeginn und am Lebensende – Versuch einer ethisch-theologischen Kriterienbildung angesichts von Geburt und Tod. In: Remmers, Hartmut (Hg.): Pflegewissenschaft im interdisziplinären Dialog. Eine Forschungsbilanz. Osnabrück, 259–274

Müller AW, Tötung auf Verlangen. Wohltat oder Untat?, Stuttgart 1997, 150f

Müller AW, Das Recht auf Euthanasie, Autonomie mit Nachhilfe, ETHICA; 7 (1999) 1, 47 – 67

Nationaler Ethikrat 2006: Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende: Stellungnahme, zuletzt geprüft am 30.06.2014.

Österreichische Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (2011) Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende www.bundeskanzleramt.at/bioethik.

Österreichische Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (2015) Sterben in Würde www.bundeskanzleramt.at/bioethik.

Österreichischen Bischofskonferenz (2014) Presseerklärungen zur Sommervollversammlung der Österreichischen Bischofskonferenz vom 16. bis 18. Juni 2014 in Mariazell: Verbot der aktiven Sterbehilfe <https://www.bischofskonferenz.at/>.

Päpstliche Akademie für das Leben (2019) PAL-LIFE – Weißbuch zur weltweiten Förderung der Palliativversorgung. <https://www.palliativstiftung.de/palliativstiftung/pal-life>.

Philipp H (2018) Sterbehilfe. Welche Argumente zählen? Eine Befragung unter Marburger Jura-, Medizin und Theologie-Studierenden. Dissertation, Marburg <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2018/0435/>.

Pöltner, G (2002): Grundkurs Medizin-Ethik. Wien.

Pöltner G: Grundkurs Medizin-Ethik. Facultas, Wien (2006)

Plato (1971) Der Staat (Politeia): 409e-410a. Werke Bd 4. Darmstadt

Rehder S (2020) Mit seinem Urteil zum § 217 StGB macht das Bundesverfassungsgericht Politik im Stile Nietzsches. Tagespost vom 06. März 2020

Reinhardt K (2020) Gekipptes Sterbehilfeverbot löst heftige Reaktionen aus, Deutsches Ärzteblatt, online, 26.2.2020.

Roggendorf S (2011) Die indirekte Sterbehilfe aus ethischer Sicht, Centaurus Verlag & Media UG 2011

Strafgesetzbuch Österreich: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002296>.

Strafgesetzbuch <https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/index.html>

Thalhofer RE (2019) Argumente für und wider Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe – Analyse des aktuellen Diskurses in medizinethischen Fachzeitschriften mit Bezug zum „Ulmer Fall“

Dissertation, Ulm , <https://oparu.uni-ulm.de/xmlui/handle/123456789/12569>.

Thomas von Aquin (Summa Theologiae II II 64,5: Kröner 1985

Timmermann J (1993) Das Thema Sterbehilfe in Thomas Morus `Utopia (1515) in Hinrichsen K et al (Hg) Medizinische Materialien Heft 85, Seite 8, Bochum.

Urteil des Bundesverfassungsgerichtes: BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15 -, Rn. (1-343)

Urteil des Bundesverfassungsgerichtes Pressemitteilung Nr. 12/2020 vom 26. Februar 2020: Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung verfassungswidrig: <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/bvg20-012.html>