

Philosophische Aspekte der Sterbehilfe-Problematik

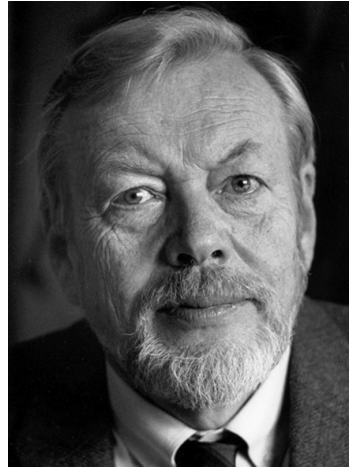
(Vortrag bei der öffentlichen Sitzung am 9. Februar 2007)

GÜNTHER PATZIG

Die Problematik der Sterbehilfe ist, entsprechend der Bedeutung dieser Frage für jeden einzelnen von uns, seit nun schon geraumer Zeit, etwa seit 1970 und – verstärkt – seit 1990, zum Thema öffentlicher Diskussion geworden. An ihr haben besonders Juristen, Theologen, natürlich auch Mediziner, und Philosophen, die sich für Fragen der Ethik interessieren, teilgenommen.

Manchmal hat man den Eindruck, die Diskussion drehe sich eher im Kreise, weil längst widerlegte Auffassungen immer wieder in der Debatte auftreten, auch schon gewonnene Klarheit abhanden kommt. Es gehört wohl zur Aufgabe der Philosophen, bei dieser Diskussion erstens insbesondere den weiteren Rahmen in den Blick zu fassen, in dem

sie steht, und zweitens – ebenso wichtig – die begrifflichen Verwirrungen, die in der Diskussion oft störend auftreten, aufzulösen. Daß es eine wichtige Aufgabe gerade der Philosophie ist, begriffliche Konfusionen in Grundlagendiskussionen zu beseitigen, ist vielleicht nicht selbstverständlich: Wenn auch gerade die größten Philosophen, wie zum Beispiel Platon, darin seinem Lehrer Sokrates folgend, Aristoteles, Hume und Kant der Analyse von Begriffen im Sinne einer Aufklärung viel Aufmerksamkeit und geistige Kraft gewidmet haben, so haben doch andererseits gerade auch Philosophen, vornehmlich und mit wachsender Tendenz in Neuzeit und Gegenwart, viel zur Verwirrung der Begriffe beigetragen. Wenn man pointierte Formulierungen schätzt, kann man sagen, daß Philosophen stets einen erheblichen Teil ihrer Zeit und Kraft darauf verwenden müssen, die durch andere Philosophen angerichteten Konfusionen zu beheben.



Günther Patzig, Professor der Philosophie an der Georg-August-Universität Göttingen, O. Mitglied der Göttinger Akademie seit 1971

Schon die für die verschiedenen Formen der Sterbehilfe eingebürgerten Ausdrücke sind ein solches „Hier stock' ich schon“-Hindernis: „passive“ Sterbehilfe, „aktive“ Sterbehilfe, „indirekte“ Sterbehilfe. Nach dem üblichen Gebrauch von „aktiv“ und „passiv“ müßte aktive Sterbehilfe etwas sein, was jemand einem anderen zukommen läßt oder antut; passive Sterbehilfe wäre das *Korrelat* dazu, nämlich das „Erleiden“ einer solchen Hilfe. Aber man merkt doch gleich, daß „passiv“ hier anders, nämlich im Sinne der *Inaktivität* gemeint ist: Wie etwa in einem Bericht gesagt wird, daß die Zeugen eines Verkehrsunfalls oder einer Straftat *passiv*, also *untätig*, zugehört haben. Jemand, besonders ein Arzt, kann Sterbehilfe leisten, indem er etwas *tut* (aktive Sterbehilfe), oder dadurch, daß er etwas *unterläßt* (passive Sterbehilfe). Aber sogleich meldet sich eine neue Frage: Wenn der Arzt zum Beispiel ein Beatmungsgerät *abschaltet*, weil weitere künstliche Beatmung nach seinem Urteil sinnlos geworden ist, dann *tut* er doch etwas. Ist das also *aktive* Sterbehilfe?

Es hat lange gedauert, bis man sich darauf geeinigt hatte, daß der Unterschied zwischen „aktiver“ und „passiver“ Sterbehilfe mit dem von „Tun“ und „Unterlassen“ nicht gleichgesetzt werden kann. Denn wer, zum Beispiel, ein Beatmungsgerät gar nicht erst einsetzt, weil er eine durch Beatmung mögliche Lebensverlängerung angesichts des Zustands des Kranken ohnehin für sinnlos hält, der unterscheidet sich in nichts von dem, der eine schon begonnene maschinelle Beatmung durch Abschalten des Geräts beendet. Andererseits: Durch Unterlassen jeder Ernährung wird ein Patient ebenso – wenn auch langsamer – getötet wie durch eine tödliche Injektion.

Barbara Guckes hat in ihrer Göttinger Dissertation „Das Argument der Schiefen Ebene“ (Stuttgart 1997) gezeigt, daß der Unterschied zwischen Handeln und Unterlassen nicht auf den von „aktiver“ und „passiver“ Sterbehilfe abgebildet werden kann: *Sterbehilfe ist immer ein Handeln*; im Bereich des Handelns kann man dann Vollzugs- und Unterlassungshandlungen unterscheiden. Jedoch kann man nun auch Töten und Sterbenlassen (die beiden möglichen Fälle von Sterbehilfe) wiederum nicht eindeutig auf Vollzugs- und Unterlassungshandlungen abbilden bzw. verteilen. Sterbehilfe allgemein liegt nach den Unterscheidungen von Guckes dort vor, wo (1) der Tod des Patienten (der Patientin) intendiert ist, (2) das Motiv des Handelns das Wohl des Patienten ist, (3) der Tod tatsächlich im subjektiven und im objektiven Interesse oder auch nur im objektiven Interesse des Patienten ist. Im Fall der sogenannten „passiven“ Sterbehilfe („Sterbehilfe SL“ bei Guckes) wird jeder Eingriff in den natürlichen Ablauf des Krankheitsgeschehens unterlassen oder eine zur Aufrechterhaltung des Lebens schon begonnene Intervention abgebrochen. Im Falle der aktiven Sterbehilfe (bei

Guckes „Sterbehilfe T“) wird eine Intervention gesetzt, die über das Abbrechen von lebensverlängernden Maßnahmen hinausgeht und das Geschehen entscheidend beeinflusst. Dieser Vorschlag scheint mir gegenüber den bisherigen Versuchen, zwischen „aktiver“ und „passiver“ Sterbehilfe begrifflich zu unterscheiden, einen deutlichen Fortschritt hinsichtlich der Klarheit der Begriffe darzustellen. Ich hoffe, daß er sich allmählich durchsetzen wird.

Eine besonders labile Stellung hat die dritte üblicherweise einbezogene Art der Sterbehilfe im Hinblick auf ihre genaue begriffliche Erfassung: die sogenannte „indirekte“ Sterbehilfe, die nach einigen Autoren nur als eine besondere Form der aktiven Sterbehilfe, von anderen als eine dritte, von den beiden anderen Formen zu trennende Form der Sterbehilfe angesehen wird. Die Bezeichnung bezieht sich zum Beispiel auf den Beschluß eines Arztes, die Leiden und Schmerzen eines Patienten (einer Patientin) im Endstadium einer unheilbaren Krankheit mit gegebenenfalls so hohen Dosen an schmerzstillenden Mitteln zu bekämpfen, daß dieses Verfahren nach aller Voraussicht den Tod des Patienten herbeiführt. Diese Form der Sterbehilfe wird von ihren Befürwortern meist mit der (auf Thomas von Aquin zurückgehenden) Lehre vom „Doppeleffekt“ von Handlungen begründet. Der Tod des Patienten ist dann das *nicht intendierte* Ergebnis einer auf andere Weise nicht erreichbaren Schmerzstillung – also mit einem heute sich einbürgernden bedenklichen Ausdruck ein „Kollateraleffekt“.

Bei der moralischen Beurteilung einer solchen indirekten Sterbehilfe kommt es darauf an, was der Arzt eigentlich beabsichtigte, Schmerztherapie oder Tötung. Wenn der Arzt weiß, daß so hohe Dosen von Schmerzmitteln von z. B. Opiaten im Regelfall zum Tode führen, ist eine klare Trennung von Ziel und Ergebnis nicht möglich. Wer etwa zum Zwecke eines Versicherungsbetrugs ein Haus anzündet und „billigend in Kauf nimmt“, daß dabei vielleicht auch Bewohner des Hauses ums Leben kommen, ist nach der Rechtsfigur des „dolus eventualis“ in unserem Strafrecht für den Tod der Hausbewohner uneingeschränkt verantwortlich. Man sollte daher die sogenannte „indirekte“ Sterbehilfe ganz aus der Erörterung ausschließen und sich statt „aktiver“ und „passiver“ Sterbehilfe mit Frau Guckes auf die beiden Formen der Sterbehilfe „Sterbehilfe SL“ und „Sterbehilfe T“ beschränken. Die „indirekte“ Sterbehilfe wäre dann ein Fall von „Sterbehilfe T“.

Sterbehilfe SL ist nach sehr langen und mühsamen Diskussionen in ärztlichen Berufsgruppen und juristischen Gremien, auch anhand einer Vielzahl von Prozessen, als, freilich unter sehr einschränkenden Bedingungen, rechtlich erlaubt und moralisch zulässig anerkannt worden: „Außerordentliche“ Maßnahmen, wie Intensivtherapie, künstliche Ernährung, z. B. durch von außen angelegte Magensonden, Beatmung u. dgl., können eingestellt

werden, wenn der Patient schwer leidet, sein Tod unmittelbar bevorsteht (der „Sterbeprozess“ bereits eingesetzt hat) und er bzw. seine Angehörigen der Einstellung solcher Maßnahmen zugestimmt haben oder zustimmen.

Mir scheint diese äußerst einschränkende Fassung der Erlaubnis in den verschiedenen Texten, die von ärztlichen Standesvertretern, Theologen, Juristen und Medizinern stammen, nicht rational begründbar. Wenn mit der hier überhaupt erreichbaren Sicherheit feststeht, daß der Zustand des Patienten hoffnungslos ist und er schwer leidet – wem könnte mit der Verlängerung dieses Zustands bis zum tatsächlichen Beginn des Sterbeprozesses gedient sein?

Es scheint daher erforderlich, die geltenden Regeln hinsichtlich der sogenannten „passiven“ Sterbehilfe (nach unserer Terminologie „Sterbehilfe SL“) in mehreren Richtungen zu „liberalisieren“. Entsprechende Erweiterungen, die rational sehr gut begründet werden könnten, sind: (a) nicht nur „außergewöhnliche“ Maßnahmen zur Lebenserhaltung sollten eingestellt werden dürfen, sondern *alle* Maßnahmen, die der Lebenserhaltung dienen. Dies dürfte auch (b) nicht zeitlich an den *Beginn des Sterbeprozesses* gebunden sein. Kann ein Patient verpflichtet sein, bis „zur Schwelle des Todes“ seinen körperlichen und geistigen Verfall mitzuerleben? Es sollte auch (c) nicht nur auf die Unerträglichkeit von *Schmerzen* abgestellt werden: Auch bei Krankheitsfolgen, die die Aufrechterhaltung der *Menschenwürde* gefährden, sollten, besonders auf Wunsch des Patienten, Maßnahmen zur weiteren Lebenserhaltung aufgegeben werden können. Man muß wohl immer wieder daran erinnern, daß nach unserem Grundgesetz nicht das Leben, sondern die *Menschenwürde* der höchste Wert ist!

Ich habe bisher die begrifflichen Unklarheiten, die die Diskussion über Fragen der Sterbehilfe oft behindert haben und noch behindern, aufzuheben versucht. Das scheint mir, wie schon gesagt, eine besonders dem Philosophen, aber auch dem Juristen obliegende Aufgabe zu sein, zu deren Lösung von beiden Expertengruppen über die Jahre hin viele wertvolle Beiträge vorgelegt worden sind. Nun ist die Begriffsklärung zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für die *Lösung der Probleme*, die sich im Zusammenhang mit den Fragen vom angemessenen Umgang mit Menschen in der letzten Phase ihres Lebens unvermeidlich stellen. Ich werde darauf zurückkommen.

Zunächst wollen wir aber unsere Aufmerksamkeit auf die umfassenden kulturellen Hintergründe unserer Existenz in dieser unserer Zeit und Weltgegend richten, die in der Diskussion zu Fragen der Sterbehilfe immer wieder emotionale Erregung und polemische Schärfe aufflackern lassen.

Diese emotionale Aufgeladenheit der Problematik hat mehrere Wurzeln: Zunächst einmal handelt es sich um Fragen, die man mit gutem Recht als „existentiell“ bezeichnen kann: Jeder Erwachsene ist, wie eingangs schon bemerkt, mit der Tatsache konfrontiert, daß er, früher oder später, man weiß nicht wann, sterben wird. Das ist es, was z. B. Martin Heidegger im Auge hatte, als er die menschliche Existenz als ein „Sein zum Tode“ bezeichnete.

Jeder weiß auch, daß der Tod manchen unheilbar Kranken schnell oder, wie wir dann oft sagen, „gnädig“ dahinrafft, andere, weniger Glückliche, eine lange, oft quälende Strecke bis zum Abschluß ihres Lebens durchmessen müssen, bis sie der Tod, wie man dann sagt, „erlöst“. Viele Menschen möchten auf jeden Fall vermeiden, daß diese Leidenszeit durch ärztliche Bemühungen in aussichtsloser Lage noch verlängert wird. Die meisten wünschen auch, daß die Ärzte dazu ermächtigt werden, das Leben der Patienten, das ihnen zur schweren Last geworden ist, auf ihren ausdrücklichen Wunsch hin abzukürzen. Bei entsprechenden Umfragen sind regelmäßig etwa 70 % der Befragten für die Legalisierung von passiver und auch aktiver Sterbehilfe (mit klarer Grenzziehung gegen möglichen Mißbrauch).

Demgegenüber steht nun eine immer noch sehr einflußreiche andere Konzeption, die sich an die Auffassung des englischen Autors H. Primatt (1776) anschließen läßt: der Mensch sei verpflichtet, „die ihm bestimmte Zeit abzuwarten, bis seine Stunde schlägt, bis er danieder sinkt und von der Last seines Elends erdrückt wird“.¹ Das ist eine schon in der Frühzeit des Christentums auftretende Einstellung, die sich gegen die damals verbreiteten stoischen und epikureischen Thesen wandte, nach denen die Selbsttötung unter besonderen Umständen nicht nur erlaubt, sondern sogar moralische Pflicht sein könne. „Vernünftiger Ausstieg aus dem Leben“ war das Grundkonzept der hellenistischen, von gebildeten Griechen und Römern gleichermaßen weiterhin akzeptierten Philosophie.

Dagegen vertraten mehrere frühchristliche Denker die These, Selbsttötung sei in jedem Falle ein Verbrechen. Augustin zog zur Begründung das alttestamentliche fünfte Gebot „Du sollst nicht töten!“ heran (De Civitate Dei I, 20). Eindrucksvoller noch wurde diese These durch eine Trias von Verbotgründen bei Thomas von Aquin (der uns schon als Vertreter der „Doppelwirkungstheorie“ begegnet ist) gestützt. Die Selbsttötung sei strikt untersagt, weil sie (1) dem Selbsterhaltungstrieb, der uns von Natur eingepflanzt ist, entgegengesetzt sei, weil sie (2) ein Unrecht gegenüber der Gemeinschaft sei, der jeder Mensch als Teil zugehört, und weil sie (3) nicht

¹ H. Primatt: A Dissertation on the Duty of Mercy and the Sin of Cruelty to Brute Animals, London 1776.

Gott die ihm allein zustehende Entscheidung über Leben und Tod jedes Einzelnen überlassen wolle (Summa theologiae II, II 64.5).

Imponierend ist, wie hier bei Thomas naturalistische, gesellschaftliche und theologische Argumente miteinander verknüpft werden. Das ändert nichts daran, daß die Argumente schwach sind: Zu (1): Ein starker Selbsterhaltungstrieb mag uns eingepflanzt sein; aber er herrscht nicht lückenlos, und jedenfalls kann es keine *moralische* Verpflichtung geben, allgemeinen Naturgesetzen zu entsprechen, denn aus bloßen *Fakten* kann keine *Norm* logisch folgen. Zu (2): Es ist sicher so, daß wir auch unsere Verpflichtungen *gegenüber den Mitmenschen* bei einem eventuellen Entschluß zur Selbsttötung ernst nehmen müssen; aber das kann kein unter allen Umständen zwingender Einwand sein. Zu (3): Das dritte Argument gilt offenbar nur für Menschen, die an die Existenz eines allmächtigen Gottes glauben. Aber selbst unter der Voraussetzung von dessen Existenz würde die Frage sich stellen, ob nicht *alles*, was geschieht, nach Gottes Willen geschieht, und daher nicht nur der eventuell für mich bestimmte Tod zum gegebenen Zeitpunkt, sondern auch mein Entschluß, das mir zu schwerer Last gewordene Leben jetzt aufzugeben. Und wäre mein jetziger Beschluß, mein Leben zu beenden, nach dieser Lehre nicht ebenso zu beurteilen wie meine frühere Praxis, eine sonst tödliche Krankheit, die mich befallen hat, zum Beispiel durch eine rettende Operation zu bekämpfen? Man kann nicht die sogenannte „eigenmächtige“ Aufgabe von Lebenschancen anders beurteilen als ebenso „eigenmächtige“ Versuche, dem Tod durch z. B. eine sonst tödliche Infektion durch die Einnahme von Antibiotika zu entgehen. Hier haben wir ein typisches Merkmal vieler auf religiöse Überzeugungen zurückgehende Argumente: Sie beschränken sich auf einen *Teilaspekt* der einschlägigen Phänomene und lassen naheliegende Gegenargumente außer Betracht.

Noch 1949 schrieb z. B. Rev. Joseph E. Sullivan, die Todesangst sei ein Teil des Opfers, das Gott von uns für die Sünden und Vergehen in unserem Leben verlangt. Ein gewisses Maß an Leiden sei nötig. Gott wisse schon, wieviel Leid jeder von uns braucht. Ähnliche Zitate, auch aus der deutschsprachigen Literatur, wären leicht beizubringen.²

Natürlich darf niemand daran gehindert werden, nach seinen religiösen Überzeugungen zu leben und zu handeln (vorausgesetzt, daß er dabei nicht in die Rechte anderer Menschen eingreift). Aber es ist nicht in Ordnung, wenn offizielle und inoffizielle Vertreter religiöser Überzeugungen sich dafür einsetzen, daß auch die staatlichen Gesetze und die Berufsordnungen,

² Entsprechende Hinweise z. B. in : Norbert Hoerster, Sterbehilfe im säkularen Staat, stw, Frankfurt a. M. 1998, bes. S. 154–166

zum Beispiel die der ärztlichen Berufe, sich nach den von ihnen (übrigens keineswegs jeweils übereinstimmend) vertretenen Prinzipien richten müßten. Alle staatlichen Gesetze eines liberalen Gemeinwesens sollten sich vielmehr dadurch begründen lassen, daß Handlungsweisen, die verboten werden sollen, nachweislich geeignet sind, die Rechte Dritter spürbar zu beeinträchtigen und/oder Gemeinschaftsinteressen ernsthaft zu gefährden.

In früheren Zeiten herrschte die Meinung vor, daß Gott oder die Götter eine Stadt oder einen Staat, deren Bürger in ihren Handlungen göttliche Vorschriften verletzen, bestrafen, wie Unzucht in Sodom und Gomorrha oder, im Theben des Ödipus, Vatermord und Inzest. Diese Tradition hat sich lange gehalten: Gotteslästerung blieb in vielen Staaten bis in die Gegenwart ein strafwürdiges Delikt, wenn dies auch heute, im Zuge der Liberalisierung und Verweltlichung des Strafrechts, nur noch als eine Schutzklausel für das religiöse Empfinden von Religionsgemeinschaften und Individuen und den religiösen Frieden zwischen verschiedenen Gruppen angesehen wird. Doch gab es im Strafrecht bis in die neueste Zeit noch Sanktionen, die wohl auch als Absicherung dessen, was als göttliche Schöpfungsordnung angesehen wurde, verstanden werden konnten.

So wurde die staatliche Verfolgung homosexueller Beziehungen unter Männern noch 1962 im Regierungsentwurf zu einem neuen westdeutschen Strafgesetzbuch wie folgt begründet: „Wo die gleichgeschlechtliche Unzucht um sich gegriffen und großen Umfang angenommen hat, war die Entartung des Volkes und seiner sittlichen Kraft die Folge“. Die Redewendung, die Rechtsordnung sei ein Damm gegen die Ausbreitung eines „lasterhaften Treibens, das eine schwere Gefahr für eine gesunde und natürliche Lebensordnung im Volke bedeuten würde“, klingt, jedenfalls in meinen Ohren, eher nach etwa 1935 als 1962; ich weise darauf hin, daß auch hier schon das *Dammbruchargument* auftaucht, das uns noch beschäftigen wird.

Seit im Jahre 1973 die Sanktionen des Strafrechts gegen Homosexualität in der Bundesrepublik entfallen sind, ist es um die 1962 prophezeiten katastrophalen Folgen eher still geworden. Die Zahl der homosexuell orientierten Individuen hat wohl nicht erheblich zugenommen; jedoch sind viele Bürger von der ständigen Furcht vor strafrechtlicher Verfolgung und, damit zusammenhängend, eventueller Erpressung, befreit worden. Sowohl in der Diskussion um die Verfolgung der Homosexualität als auch in der Debatte um die Streichung des §172 StGB, nach dem Ehebruch auf Antrag des verlassenen Partners mit Gefängnis bestraft werden konnte, wurde neben den apokalyptischen Erwartungen über die Wirkung solcher Regeländerungen auch, manchmal explizit, meist implizit, die Meinung geäußert, Gott selbst habe die umstrittene rechtliche und soziale Ordnung gesetzt:

So wurde die sachliche Kontroverse über Zweckmäßigkeit und Begründbarkeit moralischer oder juristischer Normen zu einer Auseinandersetzung zwischen Gottesfreunden auf der einen, Gottlosen oder gar Gottesfeinden auf der anderen Seite dramatisiert. Wer als an ethischen Fragen Interessierter an den moralischen und insbesondere den bio- und medizinethischen Diskussionen der Jahrzehnte seit ca. 1980 teilgenommen hat, sah sich immer wieder mit der These konfrontiert, daß jemand, der zum Beispiel für die gesetzliche Freigabe der Präimplantationsdiagnostik eintrat, die in Deutschland aufgrund der voreiligen Festlegungen im auch handwerklich miserablen „Embryonenschutzgesetz“ von 1991 verboten und unter Strafe gestellt wurde, nicht etwa bloß als jemand galt, der sich an anderen moralischen Grundsätzen als die Gegner dieses Verfahrens orientierte. Vielmehr wurde vermutet, daß er zum Beispiel „als Hausideologe der biotechnologischen Lobby“ die Interessen der biotechnischen Industrie fördern wolle, von der er sich wohl auch entsprechende Remuneration erhoffe. So ein Leitartikel der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ im Mai 2001 über Prof. Reinhold Merkel, Rechtsphilosoph und Strafrechtler in Hamburg. Und Ernst Albrecht, ehemaliger Ministerpräsident von Niedersachsen, schrieb zum gleichen Thema: „Es zeigt sich, daß wir vielleicht am Scheideweg stehen. Entweder wir folgen unseren Interessen oder wir folgen dem sittlich Gebotenen und respektieren menschliches Leben auch in seinen frühesten Anfängen. Wollen wir wirklich aus dem, was Kant das Sittengesetz nannte, ein Interessengesetz machen?“ (FAZ, 10. 8. 01)

Zu der verbreiteten Meinung, die jeweiligen Gegner in bioethischen Debatten verträten gar keine moralischen Überzeugungen, sondern z. B. bloße wirtschaftliche Interessen, gesellt sich oft die Meinung, nur die Religion (dabei ist natürlich vor allem die gemeint, der der jeweilige Sprecher angehört) könne uns moralische Grundsätze für unsere Praxis vorgeben. Als hätte es Konfuzius, Sokrates, Platon und Aristoteles, die Stoiker und Epikur oder Hume und Kant nie gegeben! Wir lassen uns von den genannten großen Autoren zu eigenem Nachdenken anregen; manches von dem, was sie gelehrt haben, akzeptieren wir, anderes nicht. Zum Beispiel nicht die aristotelische Rechtfertigung der Sklavenhaltung, auch nicht Platons Vorschlag der Weiber- und Kindergemeinschaft in seinem Idealstaat und seine These, ein Handwerker, der aus Gesundheitsgründen seinen Beruf dauerhaft nicht mehr ausüben könne, sollte auch keine medizinische Hilfe suchen, und die Ärzte sollten ihn auch nicht mehr behandeln. Ganz so betrachten wir auch die Lehren des „Heiligen des Evangelii“ (wie Kant ihn nennt), dessen Maximen der Nächstenliebe und der Friedfertigkeit aus der „Bergpredigt“ wir bewundern und gerne annehmen, dessen Anweisungen

zum seligen Leben wir aber ebenso nach Gesichtspunkten der Rationalität prüfen müssen wie die anderer bedeutender Autoren, so z. B. das Gebot, dem Bösen nicht zu widerstehen.

Wenn wir nun in diesem Sinne rational überprüfte (dadurch freilich noch nicht bewiesene) moralische Grundsätze auf die Sterbehilfe-Problematik anwenden, ergibt sich nach meiner Meinung folgendes: Wünscht ein Patient in einer aussichtslosen, von ihm als unerträglich empfundenen Situation, daß der Arzt oder die Ärzte die weitere Behandlung einstellen und sich auf Schmerzlinderung konzentrieren, so steht der Erfüllung eines solchen Wunsches moralisch nichts entgegen, vorausgesetzt, die Lage ist in der Tat aussichtslos, und es steht mit der erreichbaren Sicherheit fest, daß es sich um eine freie, von anderen nicht gesteuerte Entscheidung des Patienten handelt. Man kann sagen, daß sich auch die Gerichte sehr langsam zwar, aber doch erkennbar, in dieser Richtung bewegen. Ganz anders steht es einstweilen noch mit der sogenannten „aktiven“ Sterbehilfe (nach Guckes' Terminologie von „Sterbehilfe T“). Hier sind die Standesvertretungen der Ärzte, der Gesetzgeber und die Gerichte noch unerbittlich.

Man kann das an den Grundsatz von der „Heiligkeit des Lebens“ anknüpfen, für den ja schon Albert Schweitzer sich stark gemacht hat. Außerdem kann man gut nachfühlen, daß Ärzte davon überzeugt sind, ihr Beruf sei es, das Leben der Patienten zu retten oder zu erhalten. Sie akzeptieren, daß ihre Bemühungen oft vergeblich sind und daß alle Menschen trotz ärztlicher Bemühungen einmal sterben. Aber es widerstrebt ihnen, gleichsam als „Handlanger des Todes“ tätig zu werden. Es ist für Ärzte sicher nicht leicht, sich an den Gedanken zu gewöhnen, daß sie in Fällen, wo Medikamente und ärztliche Maßnahmen nicht mehr wirken, den Patienten einen unschätzbaren Dienst erweisen können, wenn sie ihr Leben verkürzen.

In diesem Zusammenhang wird immer wieder auf den Ausbau der palliativen Medizin, neu zu gründende oder schon gegründete Zentren für solche Sterbebegleitung und die allmähliche Ausbreitung der „Hospizbewegung“ hingewiesen, die sich zum Ziel gesetzt hat, den Patienten im letzten Stadium ihrer tödlichen Krankheit kompetente Hilfe in ihrer häuslichen Umgebung zu leisten. Auch wird betont, daß die verbreitete Abneigung von Ärzten, solchen schwer leidenden Patienten Opiate und Morphinum zu geben (wegen der hier doch vollkommen irrelevanten und daher *absurden* Befürchtung, es könnten Abhängigkeiten entstehen, und der damit zusammenhängenden Schwierigkeiten mit den vom Betäubungsmittel-Gesetz verlangten Formalitäten), durch entsprechende Information aufgelöst werden könnte. Alles dies ist natürlich sehr zu begrüßen und mit Dankbarkeit zu konstatieren; aber es bleibt die bittere Wahrheit, daß auch diese Ansätze, selbst wenn sie

nicht durch die zunehmende Mittelknappheit stark behindert würden, in einer leider erheblichen Zahl von Einzelfällen die erhoffte Milderung unerträglichen Leidens nicht erreichen können. Jedenfalls für diese Fälle müßten Gesetzgebung, Rechtsprechung und Standesordnungen den notwendigen Handlungsspielraum eröffnen.

Wenn es nun keine *primären* Ablehnungsgründe gegen Sterbehilfe T in extremen Fällen gibt, die rationale Prüfung überstehen können: Könnte es nicht *sekundäre* Gründe geben? Hier greifen die sogenannten „Dammbruch-Argumente“, die behaupten, es lasse sich nicht ausschließen, daß man, wenn man überhaupt die Möglichkeit „aktiver Sterbehilfe“ in speziellen Fällen zuläßt, damit eine Schleuse öffnet, durch die, besonders angesichts der zunehmenden Knappheit an Pflegepersonal, an finanziellen Mitteln und angesichts der demographischen Entwicklung, die Tendenz entstehen könnte, den Schwerkranken zu suggerieren, es sei gleichsam ihre Pflicht der Allgemeinheit gegenüber, entsprechende Wünsche auf Sterbehilfe zu äußern, obwohl sie eigentlich lieber noch, wenn auch unter schweren Leiden und Behinderungen, weiterleben würden. Die Erinnerung an die von der nationalsozialistischen Regierung 1940 beschlossenen sogenannten „Euthanasie“-Maßnahmen wirkt hier natürlich in unserem Lande noch besonders abschreckend, obwohl es damals ja gar nicht um den Willen und das Wohl der Patienten ging, sondern ausschließlich um die „Ausmerzungen“ nicht mehr arbeitsfähiger Menschen aus ökonomischen Gründen, wie schon 1920 von Binding und Hoche, zwei hochangesehenen Professoren, empfohlen worden war.

Bei allen Dammbruch-Argumenten dieses Typs muß der Vertreter solcher Argumente (1) gute Gründe dafür angeben, daß man sich nicht nur vorstellen kann, daß eine solche Einstellung Platz greift, sondern daß diese katastrophale Entwicklung notwendig oder wenigstens sehr wahrscheinlich ist und (2) daß man diese Entwicklung, wenn sie einmal begonnen hat, nicht mehr anhalten und gegebenenfalls sogar rückgängig machen kann. Bei vielen in der Literatur auftretenden Dammbruch-Argumenten sind weder die erste noch die zweite Bedingung erfüllt, bei einigen mag die erste erfüllt sein, aber die zweite keineswegs.

Warum sollte man nicht, wie zum Beispiel in den Niederlanden, eine „liberale“ Lösung des Problems der Sterbehilfe in ihren beiden Formen durch Gesetz ermöglichen, nach entsprechender Zeit die Ergebnisse einer sorgfältigen Beurteilung der Entwicklung zusammenfassen und danach eine eventuell revidierte Regelung einführen?

Freilich sind wohl die meisten Politiker nur ungern bereit, eine in diesem Sinne experimentelle Entwicklung in Gang zu setzen, deren Verlauf sie

möglicherweise zum Eingeständnis nötigen würde, sich geirrt zu haben. Ich möchte aber vermuten, daß die Politiker ihr Publikum in dieser Hinsicht unterschätzen. Es ist dem Bürger, meine ich, lieber, wenn die Politiker auch einmal eine riskante Entscheidung treffen und später offen zugeben, sie hätten sich geirrt, als wenn die Politiker möglichst wenig Risiken in Kauf nehmen wollen und, wenn trotzdem Mißerfolge eintreten, versuchen, ihre Fehler zu vertuschen oder auf andere abzuwälzen.

Mein verehrter Kollege und Mitredner des heutigen Abends, Prof. Hans-Ludwig Schreiber, vertritt, wie ich aus der Lektüre seiner Schriften und manchen Diskussionen, an denen wir gemeinsam teilgenommen haben, weiß, eine Kompromißlösung: Er ist völlig offen für eine rechtliche Regelung und Zulassung der Sterbehilfe SL; aber er ist entschieden gegen eine entsprechende formelle Freigabe von Sterbehilfe T. Er hat auch früher schon mit ernst zu nehmenden Argumenten zu bedenken gegeben, ob man nicht mit „indirekter“ Sterbehilfe auch die schwierigsten Fälle sonst unbeherrschbaren Leidens regeln könne. Im Notfall könne man ja auf die Rechtsfigur des „übergesetzlichen Notstands“ zurückgreifen. Das hätte aber, wie ich meine, den wichtigen Nachteil, daß die behandelnden Ärzte immer nur darauf hoffen können, ja müßten, daß die für sie zuständigen Richter eine so extreme Notlage als gegeben anerkennen werden. Das ist aber in keinem Falle wirklich sicher.

Noch 1994 verurteilte das Landgericht Kempten den Sohn einer 70jährigen Patientin und den sie behandelnden Arzt wegen versuchten Totschlags der Mutter, die an präseniler Demenz (mit Verdacht auf Alzheimer-Krankheit) litt. Nach einem Herzstillstand und Reanimation war die Patientin schwer hirngeschädigt und wurde durch eine perkutane endoskopische Magensonde (PEM) künstlich ernährt. Der als Betreuer bestellte Sohn beschloß nach Rücksprache mit anderen Verwandten die Einstellung der künstlichen Ernährung; es sollte nur noch Tee verabreicht werden. Der behandelnde Arzt entschied entsprechend. Auf Einspruch des Pflegepersonals entschied das Vormundschaftsgericht gegen die Anordnung des Arztes. Die Patientin starb, ohne ansprechbar gewesen zu sein, einige Zeit später an einer zusätzlich aufgetretenen Erkrankung. Das Urteil des Oberlandesgerichts Kempten (versuchter Totschlag) wurde vom Bundesgerichtshof aufgehoben und die Sache zur erneuten Behandlung an dasselbe Gericht verwiesen.³

Unter solchen Auspizien einer drohenden Verurteilung wegen Totschlags würde auch ich es, wäre ich Arzt, wohl kaum wagen, zu tun, was mir als

³ Laut freundlicher Mitteilung von Herrn Oberstaatsanwalt Erlbeck (Kempten) vom 10.4.2008 war das Ergebnis der erneuten Verhandlung am 17.5.1995 Freispruch für beide Angeklagten.

eine an sich selbstverständliche Hilfe für jemanden, der ohne Sinn schwer leidet, erscheinen müßte. Der alte Spruch „Fiat justitia, pereat mundus!“ wäre da wohl eine einigermaßen passende Beschreibung der Sachlage. Paul Baltes, Psychologe und einer der angesehensten Altersforscher unseres Landes, der leider im Herbst des vergangenen Jahres unerwartet verstorben ist, hat im Oktober 2005 einen Vortrag vor dem „Nationalen Ethikrat“ gehalten. Er hat darauf hingewiesen, daß, besonders dank der Fortschritte der Medizin, die meisten Menschen in Mittel- und Nordeuropa die Zeit vom 60. bis zum 80. Lebensjahr, im Vergleich mit früheren Generationen, in einem wesentlich besseren Allgemeinzustand und in besonders für sie selbst erfreulich körperlicher und geistiger Aktivität erleben, ja genießen können. Für das „hohe Alter“ ab 80 Jahren seien die Perspektiven leider nicht ähnlich günstig, wobei besonders der schnell ansteigende Anteil an Opfern der senilen Demenz und des Morbus Alzheimer schwer ins Gewicht falle, für die wirksamen Therapien nicht in Sicht seien.

Angesichts dieser Perspektiven hat P. Baltes für den Einzelnen den *größtmöglichen Freiraum* gefordert. Er schloß mit den Worten: „Diesen größtmöglichen Freiraum für eine individuelle Hochkultur des Alterns zu gestatten, und dies ohne Werte-Absolutismus sowie mit einem Verzicht auf eine Standardlösung zugunsten einer Palette von die Freiheit des Alterns fördernden Optionen ist meine Hoffnung für die Zukunft des Alterns.“

Diesen Sätzen von Baltes schließe ich mich dankbar an und frage nur, warum diese Entscheidungsfreiheit nur für die über 80jährigen gelten soll. Hier sollte doch sicher wieder einmal, ohne jeden parteipolitischen Akzent, der Grundsatz gelten: „In dubio pro libertate!“

Literatur

- Bericht der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, S. 141–280.
 Birnbacher, D.: Tun und Unterlassen. Reclam, Stuttgart (U.B. 9392) 1995.
 Guckes, B.: Das Argument der „Schiefen Ebene“, Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart 1997, 248 S.
 Hoerster, N.: Sterbehilfe im säkularen Staat, Suhrkamp-Verlag (stw 1377), Frankfurt a. M. 1997, 193 S.
 Nationaler Ethikrat: Selbstbestimmung zur Fürsorge am Lebensende, Berlin 2006, 111 S.
 Thiele, F. (Hrsg.): Aktive und Passive Sterbehilfe. Medizinische, rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte, Fink-Verlag, München 2005
 Birnbacher, D.: Sterbehilfe – eine philosophische Sicht, S. 31–42.
 Patzig, G.: Ist Lebensverlängerung ein höchstes Gut? S. 43–48.
 Schreiber, H.-L.: Die Neuregelung der Sterbehilfe in den Niederlanden und Belgien – Vorbild für die Bundesrepublik? S. 117–126.