

Medizinethische Überlegungen zur aktuellen Diskussion um
die Regelung von Sterbehilfe in der Schweiz

Diplomarbeit im Rahmen des
Master-Studienganges in Angewandter Ethik des
Institutes für Sozialethik der Universität Zürich

vorgelegt von
Dr. med. Georg Bosshard

Mai 2001

Inhalt

<u>Zusammenfassung</u>	4
Einleitung	6
1. Übliche Argumentationsfiguren im Sterbehilfebereich	8
1.1 Die Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens	8
1.2 Die vier ethischen Grundprinzipien nach Beauchamp und Childress	8
1.3 Dambruch- und Missbrauchsargumente	9
1.4 Gesinnungsargumente	10
2. Zur üblichen Terminologie im Sterbehilfebereich	11
2.1 Begriffsdefinitionen	11
2.2 Erste Beurteilung	12
3. 'Töten': Moralische Beurteilung von Suizid, Suizidhilfe, aktiver Sterbehilfe auf Verlangen und aktiver Sterbehilfe ohne ausdrückliches Verlangen anhand einer vergleichenden Gegenüberstellung	14
3.1 Suizid	14
3.2 Suizidhilfe	17
3.3 Aktive Sterbehilfe auf Verlangen	23
3.4 Aktive Sterbehilfe ohne ausdrückliches Verlangen	28
3.5 Zusammenfassende Beurteilung	29
4. 'Sterbenlassen': Moralische Beurteilung der passiven und der indirekt aktiven Sterbehilfe	30
4.1 Passive Sterbehilfe	30
4.2 Indirekt aktive Sterbehilfe	33
4.3 Zusammenfassende Beurteilung	39

5. Konsequenzen eines vorherrschend auf dem Autonomie- begriff aufbauenden Sterbehilfemodells	40
5.1 Vorstellung des Modells und einer adäquaten Terminologie	40
5.2 Grenzen der Autonomie	41
5.3 Euthanasia und LAWER	43
5.4 Die philosophische Letztbegründung	45
5.5 Zusammenfassende Beurteilung	46
6. Konsequenzen für die Schweizer Sterbehilfediskussion	47
6.1 Ausgangslage	47
6.2 Überlegungen zu Sterbehilfemassnahmen im Einzelnen	49
6.3 Zusammenfassende Beurteilung	55
Literatur	56

Zusammenfassung

Ziel dieser Arbeit ist es, aus ärztlicher Sicht die umfangreiche medizinethische Literatur über Sterbehilfe auf ihre Bedeutung für die Praxis hin zu gewichten und durch eigene Überlegungen insbesondere im Hinblick auf die Schweizer Situation zu ergänzen.

Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe werden anhand einer vergleichenden Gegenüberstellung mit dem Suizid untersucht. Dabei werden auf der normativen Ebene weder gegen den Suizid noch gegen Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe auf Verlangen entscheidende moralische Argumente gefunden. Die ernsthaften Probleme ergeben sich vielmehr aus dem möglichen Missbrauch. Dabei erscheint dem Autor die Zulassung von Suizidbeihilfe unter der Vorgabe klarer Regeln gerechtfertigt, ja wünschbar. Dagegen wird die Zulassung der aktiven Sterbehilfe wegen der deutlich grösseren Missbrauchsgefahr abgelehnt.

Die grosse Bedeutung der Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe für den klinischen Alltag wird aufgezeigt. Die entscheidende moralische Intuition hinter dem Konzept der passiven Sterbehilfe besteht allerdings wohl nicht im Unterschied zwischen Handeln und Unterlassen. Sie gründet sich auf typische Aspekte, welche Situationen passiver Sterbehilfe zukommen, sowie auf die Tatsache, dass mit der Beschränkung ärztlicher Sterbehilfe auf Unterlassung/Abbruch einer Behandlung ein Riegel gegenüber möglichem grobem Missbrauch insbesondere bei nicht urteilsfähigen Patienten geschoben ist.

Der Begriff der indirekt aktiven Sterbehilfe wird problematisiert: Im klinischen Alltag erscheinen sowohl das Konzept einer 'indirekt aktiven' Handlung (also einer Inkaufnahme) wie auch das im Zusammenhang mit diesem Begriff verwendete Intentionskonzept weitgehend unbrauchbar. Bei korrekter palliativer Therapie dürften in diesem Bereich nur wenige

Fälle vorkommen, wo es überhaupt um Sterbehilfe und damit um ein moralisches Problem geht. Hier stellt sich die moralische Frage, ob die spezielle Situation von Patienten im Todeskampf die Handlung des Arztes rechtfertigen kann.

Im letzten Kapitel werden Schlussfolgerungen im Hinblick auf einen kürzlich präsentierten Vorschlag zur Regelung von Sterbehilfe in der Schweiz (Bericht Arbeitsgruppe Sterbehilfe zu Händen des EJPD) gezogen.

Im Gegensatz zum Vorschlag dieser Kommission wird vom Autor der entscheidende Handlungsbedarf bei der Regelung der Suizidbeihilfe gesehen, wogegen die 'indirekt aktive Sterbehilfe' sich kaum befriedigend regeln lassen dürfte. In diesem Bereich sollte vielmehr die rasche Etablierung eines gesamtschweizerischen 'state of the art in palliative care' vorangetrieben werden. Die Empfehlung der Kommissionsmehrheit, in der Schweiz die aktive Sterbehilfe unter engen Bedingungen straffrei zu lassen und diese Straffreiheit nicht nur auf Medizinalpersonen zu beschränken, wird abgelehnt.

Einleitung

Allgemeine Bemerkungen:

Die vorliegende Arbeit wurde als Diplomarbeit im Rahmen des vom Institut für Sozialethik der Universität Zürich angebotenen Master-Studienganges in Angewandter Ethik verfasst. Daraus ergibt sich der primär geisteswissenschaftliche Zugang der Arbeit zu ihrem Thema. So dienen die ersten fünf Kapitel der Arbeit der Vorstellung und Analyse entsprechender moralphilosophischer und moraltheologischer Argumente.

Es gab für mich aber gute Gründe, ein Schwergewicht der Arbeit auf die konkrete medizinische und juristische Bedeutung der weiter oben entwickelten Gedankengänge zu legen: Zum Thema Sterbehilfe sind allein in unserem Land in den letzten Jahren drei ausgezeichnete, allesamt sehr umfangreiche Werke aus philosophischer und theologischer Optik veröffentlicht worden (Wettstein H. 1995; Zimmermann-Acklin M. 1997; Holderegger A. (Hsg.) 1999). Es ist weder meine Absicht noch liegt es in meinen Möglichkeiten, diesem Diskurs wesentliche neue Argumente beizufügen (wobei durchaus bezweifelt werden kann, ob solch neue, bisher an keiner Stelle vorgebrachte Argumente überhaupt noch zu finden wären). Es erscheint mir aber offensichtlich und weiss ich aus eigener Berufserfahrung, dass das zentrale Problem für die in Medizin und Recht an der Front Tätigen ja nicht der Mangel, sondern vielmehr die unüberblickbare Fülle der entsprechenden Literatur ist. Es geht mir also über weite Strecken darum, bereits vorhandene Gedanken auf ihre praktische Relevanz hin zu untersuchen sowie Probleme zu formulieren, die sich bei der Umsetzung derartiger Überlegungen in die Praxis ergeben könnten.

Moralisches Handeln ergibt sich nicht einfach aus der konkreten Anwendung vorher geprüfter und für richtig befundener Prinzipien. Vielmehr sind grundsätzliche moralische Einstellungen, konkrete

moralische Beurteilungen eines Sachverhaltes und verwendete Begrifflichkeit gegenseitig voneinander abhängige Grössen. Auch diesem Sachverhalt hat der Aufbau der Arbeit Rechnung zu tragen.

Zum Aufbau:

Im ersten und zweiten Kapitel werden moralphilosophische und moraltheologische Argumentationsfiguren, wie sie in der Sterbehilfethematik üblicherweise angewandt werden, sowie übliche Begriffsdefinitionen aus diesem Bereich vorgestellt und je einer ersten Beurteilung unterzogen.

Das derart Erarbeitete dient als Voraussetzung für den eigentlichen, detaillierten moralischen Untersuch einzelner Sterbehilfepraktiken (Kapitel 3, 4, 5). Dabei werden die in den ersten zwei Kapiteln vorgestellten Argumente und Begriffe einer weitergehenden Prüfung ihrer Tauglichkeit in Anbetracht konkreter Situationen unterzogen.

Während bis zu diesem Punkt Besonderheiten der Schweizer Situation oder der vielzitierten Situation in den Niederlanden nur in - allerdings ausführlichen - Fussnoten erwähnt werden, soll das letzte Kapitel explizit den Konsequenzen gewidmet sein, die sich aus dem oben Hergeleiteten für die Schweizer Praxis ergeben. Die bestehende Situation sowie bereits formulierte Lösungsvorschläge werden analysiert und anschliessend ein eigenes Lösungsmodell skizziert.

1. Übliche Argumentationsfiguren im Sterbehilfebereich

1.1 Die Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens

Gemäss einer strikt vertretenen 'Unverfügbarkeitsthese' ist alles menschliche Leben, unabhängig von seinem Entwicklungsstadium und seiner subjektiven Qualität, intrinsisch wertvoll und deshalb für jede darauf einwirkende menschliche Handlung unverfügbar. In dieser Absolutheit wird die These allenfalls in einem religiösen Bezugsrahmen¹ vertreten als 'Heiligkeit des Lebens', ausserhalb eines solchen Rahmens scheint sie schwer begründbar.

Eine relative 'Unverfügbarkeitsthese' macht die Notwendigkeit eines Schutzes des menschlichen Lebens unter gewissen Bedingungen (z.B. Unfähigkeit, die eigenen Interessen wahrzunehmen) geltend und/oder beschränkt ihn auf gewisse Formen des menschlichen Lebens (z.B. solches mit Bewusstsein seiner selbst). Letzteres führt in die Debatte um den Status von 'Personen', auf welche hier nicht näher eingegangen werden kann.

Den Kern der Problematik des Unverfügbarkeitsargumentes in unserem Zusammenhang scheint mir Leist (1990) mit folgendem Satz getroffen zu haben: 'Die Themenbereiche Sterbehilfe und Suizid stellen zusammen mit den Themenbereichen Abtreibung und neue Reproduktionstechniken Ausnahmesituationen dar, in denen die Unverfügbarkeitsthese der

¹ Selbst innerhalb der theologischen Sichtweise dürfte es schwerfallen, die Verbindlichkeit der Unantastbarkeit des menschlichen Lebens zu beweisen. Als Beispiel für einen derartigen Versuch sei das Positionspapier des Kirchenrates der Evangelisch-reformierten Landeskirche des Kantons Zürich genannt: Ausgehend von der Aussage 'Gott ist der Geber des Lebens' über den Satz 'Das Leben ist nicht in die freie Verfügung des Menschen gestellt' wird der Schluss gezogen, dass es weder ein moralisches Recht auf Selbsttötung noch ein Recht auf Tötung auf Verlangen geben könne. Offensichtlich liegt hier der Versuch vor, aus deskriptiven Aussagen zu normativen Schlüssen zu gelangen.

jüdisch-christlichen Moral auf die Probe gestellt und heute, im Rahmen einer eher folgen- als gebotsorientierten Moral, neu bedacht werden muss.'

1.2 Die vier ethischen Grundprinzipien nach Beauchamp und Childress

Die erwähnten Autoren führten 1979 folgende vier Grundprinzipien der Medizinethik in die Debatte ein: 1. Schadensvermeidung, 2. Fürsorge, 3. Autonomie, 4. Gerechtigkeit. Der Status dieser Prinzipien und die Methodik ihrer Anwendung wurde von den Autoren primär nicht geklärt. Dennoch verfügt dieses 'Modell' bis heute über eine beträchtliche Anziehungskraft. An dieser Stelle muss es genügen, Folgendes festzuhalten: Das Prinzip der Fürsorge, des Wohls des Patienten nimmt in der jahrtausendealten ärztlichen Standesethik einen zentralen Platz ein. Demgegenüber kommt dem Prinzip der Selbstbestimmung, der Autonomie, der Freiheit im Selbstverständnis moderner Gesellschaften ohne Zweifel entscheidendes Gewicht zu. Vor dem Hintergrund der Gewichtung dieser zwei Prinzipien spielt sich die in der modernen Medizinethik zentrale Paternalismus-Debatte ab, auf welche hier nicht explizit eingegangen werden kann.

1.3 Dambruch- und Missbrauchsargumente

Dambruchargumente (Slippery-slope-Argumente, Argumente der schiefen Bahn) bestreiten nicht grundsätzlich den Nutzen einer Veränderung bestehender Verhältnisse in einem konkreten Einzelfall. Sie machen aber geltend, dass eine solche Veränderung auf der kollektiven Ebene mit dem hohen Risiko lawinenartig sich fortpflanzender, nicht wünschbarer Konsequenzen in der einmal eingeschlagenen Richtung einhergehe, welche vor Ausbruch einer (sozialen) Katastrophe vielleicht nicht mehr zu bremsen seien. Deshalb sei bereits die zur Diskussion

stehende Änderung aufgrund des zuletzt formulierten, übergeordneten Interesses abzulehnen.

Derartige Argumente sind kritisch darauf zu prüfen, woraus sich die Plausibilität der postulierten Irreversibilität bis zur Katastrophe ergeben sollte: Immerhin sind doch wohl die meisten Entscheidungsprozesse in demokratischen Gesellschaften Resultat eines anhaltenden Diskurses. Deren Resultat ist damit grundsätzlich offen und führt nur dann konsequent in die eine Richtung, wenn ein weitgehender gesellschaftlicher Konsens zustande kommen sollte. Eine zur Diskussion stehende Änderung kann somit am ehesten dann mit einem Dammbuchszenario plausibel in Verbindung gebracht werden, wenn aufgezeigt werden kann, dass diese mit dem irreversiblen Ueberbordwerfen eines unverzichtbaren moralischen Prinzips einhergehe. Durch Anwendung des Dammbuchargumentes auf Situationen, wo diese Bedingung nicht gegeben ist, kann diese Argumentationsform leicht ad absurdum geführt werden.

Nicht jedes Geltendmachen eines sekundären Schadens auf der kollektiven Ebene ist ein Dammbuchargument: Davon abzugrenzen sind die Missbrauchsargumente, welche auf mögliche Missbräuche vorgeschlagener Lösungen zielen, ohne aber ein lawinenartiges Ausbreiten derartiger Missbräuche zu postulieren.

1.4 Gesinnungsargumente

Mehr dem Bereiche der Rhetorik als der ernsthaften Argumentation zugehörig ist die Methode, dem 'Gegner' gewisse - verwerfliche - Gesinnungen zu unterstellen, welche dieser selber von sich weist. Derartige Äusserungen sind allenfalls in Fällen zulässig, wo eine grobe Diskrepanz zwischen Äusserungen und Handlungen einer Partei ins Auge fällt. Manchmal gewinnt man den Eindruck, dass diese Methode in

ethischen Diskursen besonders häufig ist², was vielleicht damit zusammenhängt, dass moralische Einstellungen gegenüber rationalem Argumentieren bis zu einem gewissen Grade resistent zu sein scheinen.

2. Zur üblichen Terminologie im Sterbehilfebereich

2.1 Begriffsdefinitionen

Sterbehilfe: Handlungen und Unterlassungen, die darauf zielen, im Interesse eines schwerstkranken Patienten dessen Tod herbeizuführen (vgl. Schöne-Seifert 1996)³.

Suizid: Handlung, mittels welcher ein menschliches Individuum absichtlich sein eigenes Leben beendet⁴.

Suizidbeihilfe: Handlung, mittels welcher ein Individuum einem anderen hilft, sich das Leben zu nehmen⁵. Dies kann von einem Ratschlag, wie

² Zu den im Sterbehilfebereich häufig vorgebrachten Gesinnungsunterschiebungen gehört der Vorwurf (oftmals an die Adresse der Kirchen und/oder Aerzte), es gehe um die Abwehr eines drohenden Machtverlustes oder aber der Vorwurf (an die Adresse von Liberalisierungsbefürwortern), es gehe um Kostenersparnis im Gesundheitswesen.

³ Es ist also von Hilfe *zum* Sterben die Rede. Dagegen wird die Hilfe *beim* Sterben üblicherweise als Sterbebegleitung bezeichnet.

⁴ Synonym dazu wird der moralisch negativ gefärbte Ausdruck Selbstmord oder der neutralere Ausdruck Selbsttötung verwendet. Zum Begriff Freitod vgl. Fussnote 16 S. 24.

⁵ Synonym verwendet werden die Begriffe assistierter Suizid und Suizidhilfe, wobei mir (analog Schöne-Seifert 1999) letzterer Begriff dort günstiger zu sein scheint als Suizidbeihilfe, wo er nicht explizit in Zusammenhang mit dem juristischen Tatbestand verwendet wird.

eine solche Selbsttötung am besten zu bewerkstelligen sei, bis zum konkreten Bereitstellen eines entsprechenden Giftes reichen⁶.

Aktive Sterbehilfe: Sammelbegriff für Handlungen, mittels welcher ein Individuum ein anderes zur Verkürzung resp. zum Abbruch von dessen Leiden gezielt tötet⁷.

Assistiertes Sterben: Oberbegriff für Suizidhilfe und aktive Sterbehilfe.

Passive Sterbehilfe: Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen (resp. ein Abbruch derselben).

Indirekt aktive Sterbehilfe: Einsatz von Mitteln zur Symptomlinderung bei Schwerstkranken, welche als Nebenwirkung, also unbeabsichtigterweise, die Überlebensdauer herabsetzen können.

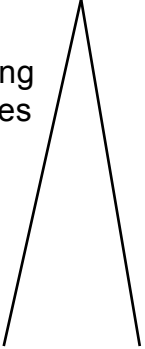
⁶ Nach neuerer Schweizer Rechtspraxis gelten - im Unterschied zu den Niederlanden - auch das Einflößen einer tödlichen Substanz oder das Anlegen eines zur Infusion der tödlichen Substanz bereiten Katheters als Suizidbeihilfe. Noch weiter ging die Suizidbeihilfe-Praxis des Arztes und Sterbehelfers Kevorkian im amerikanischen Staate Michigan: Die sog. 'Kevorkian machine' ermöglichte es auch bis zum Hals gelähmten Suizidwilligen, sich das Leben zu nehmen.

⁷ Liegt ein expliziter Wunsch zur Tötung vor, werden solche Handlungen im juristischen Sprachgebrauch als Tötung auf Verlangen bezeichnet. Juristisch grenzt sich davon ab das 'normale' Tötungsdelikt gegen den Willen des Opfers. Bezieht man den Aspekt der Freiwilligkeit auf den Kontext der Sterbehilfe, ergibt sich daraus der Begriff der freiwilligen aktiven Sterbehilfe oder, zutreffender, der aktiven Sterbehilfe auf Verlangen. Der zugehörige Gegenbegriff, welcher hier den Sachverhalt einer Tötung ohne ausdrückliches Verlangen, aber im vermuteten Interesse des übermässig Leidenden zu umschreiben hat, ist dann die aktive Sterbehilfe ohne ausdrückliches Verlangen resp. die nichtfreiwillige aktive Sterbehilfe. Nicht schlüssig erscheint es mir, von letzterem Begriff noch die unfreiwillige (gemeint: gegen den Willen) aktive Sterbehilfe abzugrenzen, da in solchen Zusammenhängen die Verwendung der Begriffe Euthanasie oder Sterbehilfe als Widerspruch in sich resp. als zynische Farce erscheint.

2.2 Erste Beurteilung

Das entscheidende Gewicht dieser Terminologie liegt auf der Art, in welcher die Unverfügbarkeit des Lebens durch die einzelnen Massnahmen relativiert wird: Dabei wird eine Unterscheidung in passive Massnahmen (also Unterlassungen) und aktive Massnahmen als relevant erachtet, weiter - insbesondere bei den aktiven Massnahmen - eine solche in beabsichtigte und unbeabsichtigte Lebensverkürzung.

Schematisch präsentiert sich die Situation folgendermassen:

implizierte ethische Problematik	Handlung des Sterbehelfers	Begriff
Uebertretung des Gebotes der Unver- fügbarkeit des Le- bens 	Unterlassung / Abbruch einer lebensverlängernden Therapie	passive Sterbehilfe
	Zur Symptomlinderung Einsatz von Mitteln, welche als Nebenwirkung die Ueberlebensdauer herabsetzen können	indirekte (aktive) Sterbehilfe
	Hilfe bei gezielter Selbsttötung des Sterbewilligen	Beihilfe zum Suizid
	(Aktive) Handlung zur Herbeiführung des Todes	aktive Sterbehilfe

Eine Aufgabe der folgenden Kapitel wird es sein, diese Unterscheidungen auf ihre Tauglichkeit bezüglich konkreter Sterbehilfemassnahmen zu prüfen.

Andere im ersten Kapitel vorgestellte, als moralisch relevant erachtete Prinzipien haben in dieser vorgestellten Nomenklatur kaum Niederschlag gefunden. Besonders im Hinblick auf den als zentral dargestellten Autonomiebegriff springt ins Auge, dass auf diesen primär nur gerade der aus der Juristensprache stammende Begriff der Tötung auf Verlangen rekurriert.

In der Folge wird also auch zu prüfen sein, ob es als hilfreich erscheint, neue Begriffe in die Diskussion einzuführen, die den erwähnten Aspekten besser Rechnung tragen (vgl. Kptl. 5.1).

3. Töten: Moralische Bewertung von Suizid, Suizidhilfe, aktiver Sterbehilfe auf Verlangen und aktiver Sterbehilfe ohne ausdrückliches Verlangen anhand einer vergleichenden Gegenüberstellung

In diesem Kapitel wird es darum gehen, sich eine moralische Beurteilung aktiver Sterbehilfemassnahmen zu erarbeiten. Ausgehend vom Suizid werden Massnahmen des assistierten Sterbens als Erweiterungen der Suizidhandlung verstanden und beurteilt. Dabei wird unter anderem zu prüfen sein, welche der üblicherweise gegen das assistierte Sterben vorgebrachten Argumente nicht auch gegen den Suizid vorgebracht werden müssten.

3.1 Suizid

Bevor die möglichen moralischen Einwände gegen eine Suizidhandlung erörtert werden können, muss zur Frage Stellung genommen werden, ob es eine freie Suizidhandlung, einen Freitod überhaupt gibt. Wird dies bestritten, kann sinnvollerweise gar keine moralische Beurteilung des Suizides erfolgen, weil dann gar keine freie Handlung vorliegt.

Ohne die Tatsache in Zweifel ziehen zu wollen, dass ein erheblicher Teil der Suizide, erst recht der Suizidversuche vor dem Hintergrund psychiatrischer Erkrankungen zu sehen ist, scheint mir persönlich die

Sichtweise, pauschal jeden Suizid unter dieser Optik sehen zu wollen, extrem und unplausibel. Näher auf diese Problematik einzugehen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, stellvertretend für andere sei diesbezüglich auf Schöne-Seifert (1999) sowie auf Rippe (1998) verwiesen.

Die entsprechende Einteilung von Rippe in rationale Suizide, Suizide vor dem Hintergrund psychischer Erkrankungen und in Suizide als Kurzschlusshandlungen erscheint mir für den Zweck der vorliegenden Arbeit genügend, ohne dass hier der Platz wäre, auf entsprechende Schwierigkeiten der Zuordnung einzugehen.

a) Moralische Einwände:

-Unverfügbarkeit des Lebens: Gegen den rationalen Suizid kann dieses Argument wohl nur vorgebracht werden, wenn diese Unverfügbarkeit absolut verstanden wird. Andernfalls dürften die sehr schwerwiegenden Rechtfertigungsargumente (s. unten) hier die Unverfügbarkeitsthese in fast paradigmatischer Weise relativieren.

-Dambruchargumente: Interessanterweise werden Dambruchargumente fast nie in Diskussionen um Suizid, sondern vielmehr in Diskussionen um das assistierte Sterben vorgebracht. Das ist aber nur dann in diesem Zusammenhang schlüssig, wenn auf die schiefe Bahn aufmerksam gemacht wird, auf welche potentielle Sterbehelfer gelangen könnten. Das häufiger vorgebrachte Schiefe-Bahn-Argument, es könnte sich unter immer mehr Menschen eine Suizidstimmung ausbreiten, wenn man Sterbeassistenz weiter liberalisieren würde, gehört bereits zur Erörterung des Suizids: Es könnte - und müsste logischerweise - geltend gemacht werden, dass es durch den Wegfall der kirchlichen und rechtlichen Sanktionen im Verlaufe der letzten 250 Jahre⁸

⁸ In Europa wurde die Bestrafung der Selbsttötung zuerst in Preussen durch Friedrich den Grossen aufgehoben. Birnbacher (1990) vermutet dabei einen direkten Einfluss des französischen Aufklärungsphilosophen Voltaire auf den preussischen Herrscher. Die Straffreiheit der Suizidhilfe im Schweizer Recht steht in dieser deutschen Tradition (vgl.

zu einer unaufhaltsamen Zunahme der Suizide gekommen sei: Dies deshalb, weil hier eine der wenigen echten potentiellen Dammbrechtsituationen vorgelegen hat, indem das vorher weitgehend unumstössliche Prinzip des Tötungsverbotes ausser in Notwehr verlassen wurde. Dieses Argument wird doch wohl deshalb so selten im Zusammenhang mit Suizid vorgebracht, weil es hier zu wenig plausibel erscheint. Die Tatsache aber, dass es uns heutige offensichtlich erscheint, dass nicht die Androhung einer weltlichen Strafe bei Misslingen, ja nicht einmal die Androhung schrecklicher Sanktionen im ewigen Leben Suizidwillige von ihrem Plan abhalten konnte, sollte uns, so denke ich, auch beim Vorbringen von Slippery-Slope-Argumenten für das assistierte Sterben (zumindest im Hinblick auf die Suizidwilligen) vorsichtig machen.

-Weitere Argumente: Das vielleicht am schwierigsten zu widerlegende Argument gegen den Suizid scheint mir - jedenfalls in einzelnen denkbaren Fällen - dasjenige der Verantwortung gegenüber seinen Mitmenschen zu sein.

Als moralisches Argument vielleicht wenig schlüssig, im praktischen Alltag aber wohl ein wichtiges Motiv zur Exkulpierung von Suizidenten dürfte die Überlegung sein, dass verstorbene Suizidenten nicht mehr bestraft werden können und Überlebende durch das Ereignis selber schon genug bestraft sein mögen.

dazu auch Fussnote 16 S. 24). In England war der Suizid bis vor wenigen Jahrzehnten ein Offizialdelikt, in Italien ist er es noch heute.

Uebrigens wurde der Suizid bereits in der Antike kontrovers diskutiert. Vgl. z. B. Seneca in seinen im 1. Jh.n.Chr. verfassten 'Ad Lucilium epistulae': 'Du wirst auch Philosophen finden, die behaupten, man dürfe seinem Leben nicht Gewalt antun, und die es für eine Sünde halten, sich selber zu töten: man müsse den Tod erwarten, den die Natur bestimmt hat. Wer das sagt, sieht nicht, dass er den Weg zur Freiheit verschliesst (...). Ich soll die Grausamkeit eines Menschen oder einer Krankheit erwarten, während ich die Möglichkeit hätte, mitten durch die Qualen hinauszugehen und die Widerwärtigkeiten zu zertrümmern?'

b) Rechtfertigungsargumente:

Es sprechen beim rationalen Suizid zwei zentrale ethische Prinzipien zugunsten der Suizidhandlung; nämlich dasjenige der Freiheit, der Autonomie einerseits, dasjenige des Abbruchs des (eigenen) Leidens andererseits. Es fällt wohl schwer, diesen zwei sehr starken Rechtfertigungsargumenten etwas entgegenzuhalten: Immerhin ist gegen die Anwendung des Autonomieprinzips bei Suizidhandlungen von Callahan (1992) das Argument vorgebracht worden, man könne autonom seine Selbsttötung sowenig wollen wie die eigene Versklavung, eine Argumentation, die mir persönlich allerdings reichlich gesucht erscheint.

c) Schlussfolgerungen

Eine prinzipielle moralische Verurteilung von Suizidhandlungen lässt sich meiner Ansicht nach nicht aufrecht erhalten, vielmehr erscheint die Freiheit zum Suizid als eine elementare Gegebenheit des Menschseins. Neben derartigen rationalen Suiziden sind aber in der Alltagsrealität ohne Zweifel eine hohe Anzahl von Suiziden oder Suizidversuchen im Rahmen von psychischen Krankheiten oder Impulshandlungen zu sehen. Solche Fälle können nicht als freie Handlung betrachtet und also auch nicht als solche moralisch beurteilt werden.

3.2 Suizidhilfe

In diesem Kapitel (wie auch im folgenden der aktiven Sterbehilfe auf Verlangen) müssen zwei verschiedene Probleme behandelt werden, nämlich einerseits die Handlung des Sterbewilligen, andererseits die Handlung des Helfenden.

3.2.1 Sich-beim-Suizid-Helfenlassen

a) Moralische Einwände

Die Selbsttötung als solche wurde bereits weiter oben behandelt und beurteilt. Als neuer Aspekt taucht hier das Faktum auf, dass jemand die Hilfe einer anderen Person bei der Durchführung dieser Selbsttötung in Anspruch nimmt.

Ich sehe auf der individuellen Ebene keinen moralischen Einwand gegen eine solche Bitte, welcher sich nicht auch schon gegen den Suizid selber vorbringen liesse, solange das Gegenüber die Möglichkeit hat, diese auszuschlagen.

Anders verhält es sich aber, wenn der Suizident nicht mehr als Bittsteller, sondern fordernd auftritt und beispielsweise seinem Arzt einen Auftrag zur Suizidhilfe erteilen will: Hier sind wir bei der Frage nach einem Recht auf Suizid und allfälligen korrespondierenden Pflichten des Gegenübers (vgl. zu dieser Frage ausführlich Rippe (1998), wobei ich allerdings bewusst eine etwas andere Terminologie verwende): Lässt man lediglich eine Freiheit zum Suizid gelten, verbinde ich damit lediglich ein Zulassen oder eine allfällige freiwillige Hilfe/Beteiligung durch das Gegenüber. Handelt es sich aber um ein Recht, bringe ich dieses mit einer Pflicht des Gegenübers zur Hilfe, wenn die Handlung ohne solche Hilfe nicht im Sinne des Suizidenten durchgeführt werden kann, in Verbindung.

Folgende Überlegung zeigt aber, dass es kein Recht und somit auch keine Pflicht zur Suizidhilfe geben kann: Derartige Rechte/Pflichten wären nur dann postulierbar, wenn das Gegenüber die Einschätzung des Suizidenten seiner Lage und der Bedeutung eines Suizides für sich selber und seine Umgebung im Wesentlichen teilen würde: In diesem Falle wäre die Unterlassung der Suizidbeihilfe tatsächlich eine unterlassene Hilfeleistung. Die erwähnte Voraussetzung dürfte aber in all den Fällen, wo eine solche Bitte ausgeschlagen wird, gerade nicht gegeben sein.

Auf der kollektiven Ebene, auf der Ebene der Missbrauchs- und Dambruchargumente also, ist die Gefahr einer Beeinflussung von Personen, welche Suizid erwägen, durch Sterbehelfer zu bedenken: In solchen Situationen wäre z.B. denkbar, dass ein gewisser Druck ausgeübt

würde, von einem einmal geäußerten Suizidwunsch nicht wieder Abstand zu nehmen ('Durchführungszwang').

b) Rechtfertigungsargumente

Diese sind im Wesentlichen dieselben, wie sie unter den Rechtfertigungsargumenten der Suizidhilfe dargestellt werden (vgl. unten S. 20).

c) Schlussfolgerungen

Aus der Freiheit zum Suizid folgt die Freiheit zur Bitte um Suizidhilfe. Es liegt wiederum in der Freiheit des Bittadressaten, die Bitte auszuschlagen, d. h. es gibt kein mit einer Pflicht zur Suizidhilfe korrespondierendes Recht auf Suizid.

3.2.2 Suizidhilfe leisten

Moralische Einwände:

Wenn der Suizidhelfer die Einschätzung des Suizidwilligen von dessen Lage als richtig beurteilt und die Motive zum Suizid als plausibel nachvollziehen kann, sehe ich auf der normativen Ebene nicht, welche Einwände sich gegen ein Leisten von Suizidhilfe erheben liessen, die nicht schon beim Suizid (s.o. S. 15) abgehandelt worden wären.

Offensichtlich ist nun aber diese Einschätzung des Suizidhelfers von zentraler Bedeutung: So ist Suizidalität ein häufiges, ja oft zentrales Symptom von im Prinzip behandelbaren psychiatrischen Krankheiten. In diesen Fällen wäre ein Erfüllen der Bitte des - aktuell für seinen Sterbewunsch nicht urteilsfähigen - Suizidwilligen fatal. Hier taucht die Frage auf, welche Kompetenzen zur Beurteilung solcher Situationen zu fordern sind. Hinzu kommt, dass in derartigen Fällen von der Person, welche um Suizidhilfe angegangen wird, nicht nur ein Ausschlagen der

Bitte gefordert ist, sondern in manchen Fällen eine Hilfeleistung (oder das Organisieren einer solchen).

Vor diesem Hintergrund ergeben sich also zwar nicht auf der normativen, wohl aber auf der praktischen Ebene gegenüber sehr vielen denkbaren Fällen von Suizidhilfe erhebliche Einwände, welche im weiteren Sinn als Missbrauchsargumente eingereicht werden können⁹. Damit ist die direkteste Form des denkbaren Missbrauchs, nämlich dass der Suizidhelfer sich einen persönlichen Vorteil verschaffen will, noch gar nicht erwähnt¹⁰.

Rechtfertigungsargumente:

⁹ In der internationalen Diskussion herrscht unter den Befürwortern einer legalen Suizidbeihilfe weitgehende Einigkeit darüber, dass Suizidbeihilfe nur unter zusätzlichen einschränkenden Regeln vertretbar ist. Als Beispiel sei das 'Oregon Death with Dignity Act' (vgl. Arthur 1999) erwähnt, welches die Suizidbeihilfe folgender sehr restriktiven Regelung unterwirft: 1. intakte Urteilsfähigkeit, Ausschluss einer psychischen Krankheit, Vorliegen eines schriftlichen und zweier mündlich formulierter Wünsche um Suizidbeihilfe, letztere mindestens zwei Wochen auseinanderliegend, 2. Vorliegen einer Krankheit, welche nach ärztlichem Ermessen in weniger als sechs Monaten zum Tode führen würde, 3. Information des Sterbewilligen über die Möglichkeiten der Palliativmedizin und -pflege. 1. und 2. müssen durch den Hausarzt und einen Gutachter bestätigt werden. Vgl. dazu auch Fussnote 14 S. 23.

¹⁰ Diese letzte Form des Missbrauches ist die einzige, welche im einschlägigen Paragraphen 114 des Schweizerischen StGB zur Suizidbeihilfe erwähnt wird - und eine solche zur Straftat werden lässt.

Die Schweizer Sterbehilfeorganisation Exit hat sich intern auf folgende Kriterien zur Suizidhilfeleistung festgelegt, ohne dass aber dafür bisher in der Schweiz eine gesetzliche Grundlage bestünde: Hoffnungslose Prognose und/oder unerträgliche Beschwerden und/oder unzumutbare Behinderung eines urteilsfähigen Suizidwilligen (vgl. aktuelle Exit-Statuten).

Das gewichtigste Rechtfertigungsargument für die Suizidhilfe ist ohne Zweifel das gleiche wie für den Suizid, nämlich die Freiheit des einzelnen, über sein eigenes Leben und Sterben zu entscheiden¹¹.

Es gibt aber darüber hinausgehend gewichtige Rechtfertigungsargumente ganz spezifisch für die Suizidhilfe. Diese setzen aber alle ein kompetente Beurteilung der Urteilsfähigkeit betreffend Suizidwunsch, eine kompetente Beratung über mögliche Alternativen zum Suizid sowie eine professionelle Durchführung einer allfälligen Suizidhilfe voraus:

-Professionelle Suizidhilfe ist mit einem Auswahlverfahren verbunden.

Bereits dieses Verfahren selber ist mit einer beträchtlichen suizidprophylaktischen Wirkung verbunden, einerseits weil Impulssuizide dadurch ausgeschlossen werden, andererseits weil schon das offene Ansprechen des Suizidwunsches diesen relativieren kann. Psychisch kranke Menschen, deren Suizidwunsch abgelehnt werden muss, können einer Therapie zugeführt werden.

-Es gibt wohl keinen im Gesundheitswesen Tätigen, der nicht schon Patienten gesehen hat, welche infolge eines gescheiterten Suizidversuches schwer invalidisiert sind. Das zeigt, dass manche Menschen gar nicht die Möglichkeit haben, sich die Informationen und den Zugang zu Mitteln zu verschaffen, wie man sich das Leben nehmen kann. Diese Tatsache wird gerade von Ärzten - denen es selber an diesbezüglichen Kenntnissen und Möglichkeiten ja nicht mangelt - oftmals ausser Acht gelassen. Eine kontrollierte, professionelle Suizidbeihilfe

¹¹ In diesem Zusammenhang sei der 'Philosophers Brief' 1997 an den Supreme Court der Vereinigten Staaten erwähnt, in welchem sich eine Gruppe führender amerikanischer Ethiker entschieden für die Straffreiheit der Suizidbeihilfe ausspricht. Am Schluss dieses Textes findet sich der Satz: (Eine Ablehnung der Straffreiheit der Suizidbeihilfe durch das Gericht würde bedeuten,) 'dass ein amerikanischer Bürger nicht, nicht einmal im Prinzip, das Recht hat, im Lichte seiner eigenen Religion und Ethik, seiner eigenen Ueberzeugungen darüber, warum sein Leben wertvoll sei und wo dieser Wert liege, zu leben und zu sterben'.

könnte hier viel unnötiges Leiden vermeiden helfen, gleichzeitig kann über den Mittelzugang (Rezept-verschreibung) eine gewisse Kontrolle gewährleistet werden.

-Ein Suizidwilliger, der sichergehen will, dass sein Suizid erfolgreich ist, wird ohne die Möglichkeit der Suizidbeihilfe in der Regel eine traumatische Suizidmethode wählen (womit ich nicht behaupten will, dass nicht auch manchmal in Fällen eine traumatische Suizidmethode gewählt wird, wo der Suizidwillige im Prinzip die Möglichkeit eines medikamentösen Suizides gehabt hätte). Mit dieser Tendenz zur traumatischen Suizidmethode geht aber auch die Tendenz zum Verheimlichen der eigenen Suizidpläne und zur Durchführung des Suizids in der Einsamkeit einher.

Insgesamt ist zu bedenken, dass es grundsätzliche Unterschiede geben dürfte zwischen Menschen, welche Suizidhilfe verlangen (und wo dieser Wunsch von Seiten der Sterbehilfeorganisation als adäquat beurteilt wurde) und Menschen, welche Suizid begehen¹². Empirische Forschungen zu diesem Unterschied fehlen bisher allerdings weitgehend. Es könnte aber nicht zuletzt dieser Unterschied sein, welcher dazu führt, dass oftmals Auseinandersetzungen zwischen Menschen, welche sich in der Suizidhilfe, und solchen, welche sich in der Suizidprophylaxe engagieren, derart unfruchtbar verlaufen.

Hier muss noch kurz auf die Suizidhilfepraxis eingegangen werden, mittels Anlegen einer Infusion, welche die tödliche Substanz enthält, die Suizidhandlung durch den Sterbehelfer vorzubereiten (vgl. Fussnote 6 S. 11). Mir persönlich erscheint es schlüssig, immer dann von Suizidbeihilfe

¹² Wer, wie der Autor aus beruflichen Gründen, schon mehrfach Suizidsituationen, aber auch Situationen von durchgeführter Suizidhilfe erlebt hat, kennt den eklatanten Unterschied zwischen den beiden Szenarien: Hier fast immer Verzweiflung bei den durch das Ereignis aufgeschreckten Angehörigen in Kombination mit oft schrecklichen, sich fürs ganze Leben einprägenden Bildern, dort im Allgemeinen eine eindruckliche Ruhe unter den nicht selten beim Tod anwesenden Angehörigen.

zu sprechen, wenn der Suizidwillige mindestens die letzte Handlung in einer Kausalkette selber ausführt, von welcher er alle Schritte gewünscht, realisiert und deren Bedeutung, nämlich dass sie zu seinem Tode führen wird, er verstanden hat. Dabei können die dieser letzten Handlung vorangehenden Vorbereitungshandlungen durchaus auch das Anlegen einer Infusion mit noch geschlossenem Infusionshahn umfassen, ohne dass deshalb einzusehen wäre, weshalb in einem solchen Fall bereits von aktiver Sterbehilfe zu sprechen wäre. Von praktischer Wichtigkeit ist in solchen Fällen allerdings das Beisein von vom Sterbehelfer unabhängigen Zeugen, da andernfalls im Nachhinein unmöglich entschieden werden kann, wer die entscheidende letzte Handlung ausgeführt hat.

Insgesamt scheinen mir die Rechtfertigungsgründe der Suizidhilfe ein derartiges Gewicht zu haben, dass durchaus quasi eine Umkehr der moralischen Beweislast im Bereich Suizidhilfe legitim erscheint, indem dann die Frage zu stellen wäre: Was kann es für eine Gesellschaft für eine moralische Rechtfertigung geben, eine unter den oben erwähnten Voraussetzungen gestellte Bitte um Suizidhilfe auszuschlagen?

c) Schlussfolgerungen

Bei einer unregelmäßigen Suizidhilfe ergeben sich in der Praxis erhebliche moralische Probleme, insbesondere im Zusammenhang mit Suizidwünschen psychisch Kranker. Umgekehrt sprechen aber schwerwiegende Gründe für eine professionelle, geregelte Suizidhilfepraxis.

3.3. Aktive Sterbehilfe auf Verlangen

3.3.1 Aktive-Sterbehilfe-Beanspruchten

a) Moralische Einwände

Die Frage nach der Relevanz des Unterschiedes zwischen (je freiwilliger) Fremd- und Selbsttötung stellt sich nicht zuletzt im Zusammenhang mit der Diskussion eines möglichen Rechts auf Suizidbeihilfe oder aktiver Sterbehilfe (vgl. dazu 3.2.1 a). Nicht selten wird dabei angeführt, dass kein grundsätzlicher normativer Unterschied von der Fremdtötung zur Selbsttötung oder assistierten Selbsttötung bestehe, solange am expliziten Verlangen nach Tötung nicht zu zweifeln sei, da Urheber und Zielobjekt des Wunsches auch hier identisch seien¹³. Von anderer Seite wird an einem grundsätzlichen moralischen Unterschied zwischen Fremd- und Selbsttötung unabhängig von den begleitenden Bedingungen festgehalten. Nicht selten wird dann auf das Strafrecht hingewiesen, welches in fast allen Ländern der westlichen Welt diese Sichtweise stützt¹⁴. Das Argument, dass derjenige, der aktive Sterbehilfe wünscht¹⁵, etwas Strafbares verlangt, ist allerdings schwach, da die ethische

¹³ Diese Einschätzung wird typischerweise von den meisten holländischen Autoren vertreten. Entsprechend wurde in Holland die Straffreiheit der Suizidbeihilfe weitgehend in einem Atemzug mit der 'Euthanasia' diskutiert.

¹⁴ Als bisher einziges Land der Erde haben die Niederlande am 10. April 2001 im sog. Euthanasiegesetz einen Strafausschlussgrund für ärztliche Lebensbeendigung auf Verlangen in das Strafgesetzbuch aufgenommen. Die entsprechenden Sorgfaltskriterien verlangen vom Arzt 1. dass er zu der Ueberzeugung gelangt ist, dass der Patient freiwillig und nach reiflicher Ueberlegung um Sterbehilfe gebeten hat, 2. dass er zu der Ueberzeugung gelangt ist, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich war, 3. dass er den Patienten über seinen Zustand und dessen Aussichten informiert hat, 4. dass er mit dem Patienten zur Ueberzeugung gelangt ist, dass es in dem Stadium, in dem der Patient sich befand, keine angemessene andere Lösung gab, 5. dass er mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt hinzugezogen hat, der den Patienten gesehen und sein schriftliches Urteil über die in den Punkten 1-4 bezeichneten Sorgfaltskriterien abgegeben hat, 5. dass er die Lebensbeendigung medizinisch sorgfältig ausgeführt hat.

¹⁵ In den meisten Ländern der westlichen Welt ist auch die Suizidbeihilfe strafbar, sodass in diesen Ländern der Hinweis auf das Recht auch gegen den Wunsch nach Suizidbeihilfe angeführt werden könnte.

Richtigkeit einer derartigen strafrechtlichen Regelung eben gerade zur Diskussion steht. Dennoch erscheint es auch mir persönlich wesentlich naheliegender, einen Suizid, auch einen assistierten Suizid, aus dem Blickwinkel der persönlichen Freiheit des Suizidenten zu betrachten als eine Tötung auf Verlangen¹⁶.

Insgesamt erscheint die Problematik eines Rechts auf aktive Sterbehilfe nur zum Teil identisch mit derjenigen des Rechts auf Suizidbeihilfe.

b) Rechtfertigungsargumente

Vgl. dazu 3.3.2 b S. 27.

3.3.2 Aktive Sterbehilfe leisten

a) Moralische Einwände

Eine Form von Einwänden betrifft hier den bereits im Kapitel 3.3.1a behandelten möglichen moralischen Unterscheid von Fremd- und Selbsttötung unabhängig von den begleitenden Bedingungen.

¹⁶ Eine interessante Sichtweise wird in diesem Zusammenhang von der bedeutenden amerikanischen Bioethikerin M. Battin präsentiert: Ihr Aufsatz 'Assisted suicide: Can we learn from Germany?' postuliert eine für den deutschen Kulturraum spezifische Sichtweise des Suizides als möglichen Ausdruck menschlicher Freiheit: Diese Sichtweise kündige sich bereits in der deutschen Literatur der Sturm-und-Drang-Zeit sowie der Romantik an und finde ihren typischen Ausdruck in der auf Nietzsche zurückgehenden Betrachtungsweise des Suizides als 'Freitod', welcher gewählt werde im Unterscheid zum Suizid, welcher begangen werde. Ausgehend von der Voraussetzung einer offenen Suizidhilfepraxis in Deutschland kommt Battin zu folgendem Schluss: 'Die deutschen Erfahrungen mit Suizidbeihilfe könnten für uns (Amerikaner) zumindest ebenso relevant sein wie die holländischen Erfahrungen mit aktiver Sterbehilfe.' Vgl. dazu auch Fussnote 8 S. 15.

Interessanterweise treffen die von Battin angenommenen Voraussetzungen in hohem Grade auf die Schweiz, nur sehr bedingt aber auf Deutschland zu, wo die grundsätzliche Zulässigkeit der Suizidbeihilfe durch eine Verpflichtung der Aerzte, auch in diesem Zusammenhang Leben zu retten, weitgehend aufgehoben wird.

Das wichtigste Argument gegen aktive Sterbehilfe auf Verlangen ergibt sich aber ohne Zweifel aus dem möglichen Missbrauch durch Sterbehelfer¹⁷. Grundsätzlich tragen aktive Sterbehilfe auf Verlangen wie auch Suizidhilfe immer die Gefahr der Änderung der erwähnten Begleitbedingungen mit sich. Die Konsequenzen derartiger Änderungen aber wären bei der aktiven Sterbehilfe sehr viel schwerwiegender als bei der Suizidbeihilfe, indem bei jener eine mögliche Ausdehnung auf Fälle ohne ausdrückliches Verlangen nicht von der Hand zu weisen ist. Dagegen ist Suizidbeihilfe keinesfalls denkbar ohne einen aktuellen Willen des Leidenden, zu sterben. Dieses Argument scheint mir ausserordentlich schwer zu wiegen, denn es kann ja kein Zweifel bestehen, dass bei grundsätzlicher Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe auf Verlangen deren genaue Bedingungen immer wieder Gegenstand gesellschaftlicher Diskussion sein werden. So taucht dann etwa die meines Erachtens äusserst schwierige Frage auf, wie mit Patientenverfügungen umgegangen werden soll, in welchen beispielsweise für den Falle einer dementiellen Erkrankung ('Altersschwachsinn') aktive Sterbehilfe verlangt wird (vgl. dazu Fussnote 30 S. 42).

Sehr problematisch erscheinen mir dagegen die im Zusammenhang mit der Diskussion aktiver Sterbehilfe immer wieder vorgebrachten Hinweise auf die Entwicklung, welche schliesslich zu den Greueln des deutschen Nationalsozialismus führte. Tatsächlich ist bekannt, dass in intellektuellen Kreisen zu Ende des 19. Jahrhunderts nicht nur in Deutschland der sog 'Gnadentod' diskutiert wurde. Lifton (1988, S. 45 ff.) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass dieser Gnadentod in Deutschland bereits damals in Zusammenhang mit einem Recht des

¹⁷ Auf die gewichtigen ethischen Unterschiede zwischen Suizidbeihilfe und aktiver Sterbehilfe auf Verlangen ist insbesondere von amerikanischen Bioethikern immer wieder hingewiesen worden. Im deutschen Sprachraum vgl. dazu Birnbacher (1990).

Staates zur Kontrolle über den Tod des Individuums begründet wurde. In dieser Sichtweise liessen sich dann später direkte medizinische Tötungen im Hinblick auf die 'Integrität des organischen Volkskörpers' rechtfertigen. Anders formuliert: In Nazideutschland wurde das ärztliche Sozialethos über das ärztliche Individualethos gestellt. Dieses Konzept ist das genaue Gegenteil der angloamerikanischen Tradition der Euthanasie, die das Recht auf den Tod jedes Individuums als das äusserste Menschenrecht hervorhebt.

Die Bestrebungen aller mir bekannten heutigen 'Right-to-die-societies' gründen auf dem Konzept der individuellen Autonomie und stehen damit klar in letzterer, angloamerikanischer Tradition. In Anbetracht der Tatsache, dass heute zweifellos der Individualismus als Konzept in der ganzen westlichen Welt sehr viel verbreiteter ist als in der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts selbst in den USA, lässt mir persönlich ein Aufkommen von kollektiven Interessen als Begründungen für Euthanasiehandlungen als wenig plausibel¹⁸ erscheinen. Auf besonders extreme Formulierungen derartiger Dammbrechtszenarien scheint mir das zuzutreffen, was Martin Walser (1998) in seiner berühmten Dankesrede zur Verleihung des Friedenspreises des Deutschen Buchhandels im Zusammenhang mit epochalen Gewissensthemen formuliert hat: Wenn eine Verdächtigung oder Beschuldigung nur weit genug geht, ist sie an sich schon schlagend, ein Beweis erübrigt sich.

¹⁸ Nicht ausser Acht gelassen werden sollte hier aber die Tatsache, dass der gegenwärtig stattfindende Umbau unseres Gesundheitswesens in Richtung 'managed care' die Frage von ärztlichem Individual- gegenüber ärztlichem Sozialethos erneut aufwirft, diesmal nicht unter der Fahne der Gesundheit des Volkskörpers, sondern der Kostenersparnis. Die Gefahr der Uebertragung derartiger Denkmuster auf den Sterbehilfebereich ist also prinzipiell nicht ganz von der Hand zu weisen. Häufiger wird allerdings der Hinweis auf angeblich angestrebte Kostenersparnis als Killerargument gegen jegliche Liberalisierung im Sterbehilfebereich missbraucht (vgl. dazu Fussnote 2 S. 10).

Auch im Zusammenhang mit der Entwicklung der Sterbehilfepraxis in Holland werden immer wieder Dammbuchszszenarien gezeichnet¹⁹. Die ausgedehnten und sorgfältigen Untersuchungen von Van der Maas und Mitarbeitern (1990 und 1995) konnten aber derartige Aussagen nicht bestätigen. Die aus diesen Untersuchungen bekannt gewordenen etwa tausend Fälle von aktiver Sterbehilfe ohne ausdrückliches Verlangen in Holland (sog. LAWER-Fälle: 'life-terminating acts without explicit request of the patient') können jedenfalls nicht per se als Hinweis auf ein spezifisch holländisches Dammbuchszszenario gewertet werden, da Vergleichszahlen aus anderen Ländern bis vor kurzem fehlten²⁰. Ob es aber überhaupt Sinn macht, die Anzahl LAWER-Fälle als Kriterium für einen Dammbuch oder als moralisches Kriterium überhaupt hinzuzuziehen, wird im Kapitel 5 dieser Arbeit diskutiert.

b) Rechtfertigungsargumente:

Die Rechtfertigungsargumente für das Leisten wie auch für das Beanspruchen von aktiver Sterbehilfe sind über weite Strecken dieselben wie die Rechtfertigungsargumente für Suizidhilfe (vgl. dazu 3.2.2 b). Ob und wie weit Tötung auf Verlangen gegenüber der Suizidhilfe zusätzliche Möglichkeiten der Leidenslinderung bietet, ist eine praktische Frage und hängt entscheidend davon ab, wo die Grenze zwischen diesen beiden

¹⁹ Als Beispiel hierzu ein Textausschnitt aus dem 'Kurzlexikon Medizin - Pflege - Ethik - Recht' des Institutes Dialog Ethik in Zürich: 'Die Erfahrungen aus Holland zeigen, dass (...) sich die Fremdtötung nicht auf die kleine Gruppe der urteilsfähigen, aber nicht handlungsfähigen Menschen beschränken lässt, sondern sich auch auf urteilsunfähige Menschen ausdehnt.'

²⁰ Neuere Arbeiten von Kuhse (1997) aus Australien und Deliens (2000) aus Flandern/Belgien zeigen deutlich höhere Zahlen von LAWER-Fällen in diesen Ländern als in Holland.

Praktiken gezogen wird (vgl. Fussnote 6 S. 11). Bei einer sehr weitgehenden Definition der Suizidhilfepraxis bietet die aktive Sterbehilfe kaum zusätzliche Vorteile, da dann kaum Fälle von urteilsfähigen Sterbewilligen denkbar sind, die ihr Leben nicht auch mittels assistiertem Suizid beenden könnten.

c) Schlussfolgerungen

Ähnlich wie bei der Suizidbeihilfe ergeben sich bei der freiwilligen aktiven Sterbehilfe moralische Probleme weniger auf der normativen Ebene als vielmehr auf der Ebene konkreter Missbrauchsmöglichkeiten: Diese sind bei der aktiven Sterbehilfe noch deutlich schwerer zu gewichten als bei der Suizidhilfe.

Die Rechtfertigungsargumente sind ebenfalls ähnlich wie bei der Suizidhilfe, wobei sich je nach Grenzziehung zwischen Suizidhilfe und aktiver Sterbehilfe kaum mehr zusätzliche praktische Vorteile der Leidenslinderung bei letzterer ergeben.

3.4. Aktive Sterbehilfe ohne ausdrückliches Verlangen

Der moralische Hauptunterschied zu den obigen Fällen besteht weniger in einem zusätzlichen moralischen Einwand als vielmehr im Wegfall eines entscheidenden Rechtfertigungsargumentes, nämlich der Autonomie. Damit liegt rein normativ eine grundsätzlich andere Situation vor. Unter diesen Umständen kommt einer (relativ verstandenen) Unverfügbarkeit in der Form des Schutzes des Lebens eine zentrale Bedeutung zu. Diese Schutzpflicht tritt hier in Konkurrenz mit dem auf der Rechtfertigungsseite verbleibenden Argument der Leidensminderung.

Ich werde auf diese Problematik, welche sich grundsätzlich vom bisher in diesem Kapitel Behandelten unterscheidet, in den Kapiteln 4.2 sowie 5 näher eingehen.

3.5. Zusammenfassende Beurteilung

Ich sehe auf der normativen Ebene kein entscheidendes moralisches Argument gegen den Suizid. Die in diesem Zusammenhang immer wieder angeführte, absolut verstandene Unverfügbarkeit des Lebens scheint mir in einer pluralistischen Gesellschaft ein zweifelhaftes Argument, das kaum dem Freiheitsargument gleichwertig gegenübergestellt werden kann.

Weiter sehe ich auf der normativen Ebene auch keinen entscheidenden moralischen Unterschied zwischen Suizid, Suizidhilfe und aktiver Sterbehilfe auf Verlangen.

Die ernsthaften Probleme von Suizidhilfe und aktiver Sterbehilfe auf Verlangen liegen vielmehr im Bereiche des möglichen Missbrauchs im weitesten Sinne. Ein solcher Missbrauch ist insbesondere bei fehlendem freien Entscheid des Sterbewilligen gegeben. Dabei besteht eine konkrete Missbrauchsgefahr einerseits (bei Suizidhilfe wie bei aktiver Sterbehilfe) im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen der Sterbewilligen, andererseits (dies bei der aktiven Sterbehilfe, nicht aber der Suizidhilfe) im Zusammenhang mit einem nicht ausdrücklich formulierten oder aber gar fehlenden Sterbewunsch. Diese aktive Sterbehilfe ohne ausdrückliches Verlangen hebt sich moralisch durch das Fehlen des entscheidenden Rechtfertigungsargumentes, nämlich der Autonomie, scharf ab von Suizid, Suizidhilfe und freiwilliger aktiver Sterbehilfe.

4. Sterbenlassen: moralische Beurteilung der passiven und der indirekt aktiven Sterbehilfe

4.1 Passive Sterbehilfe

Der Begriff der passiven Sterbehilfe steht in engem Zusammenhang mit dem in der heutigen medizinischen und juristischen Praxis intuitiv tief verankerten Urteil, dass beim assistierten Sterben menschliche

Handlungen (des Patienten resp. des Arztes), bei der passiven Sterbehilfe hingegen die Krankheit für den Tod eines Patienten verantwortlich sei. Insbesondere von philosophischer Seite ist in diesem Zusammenhang aber die moralische Relevanz einer Unterscheidung von Handeln und Unterlassen stark in Zweifel gezogen worden (vgl. dazu beispielsweise ausführlich bei Zimmermann-Acklin (1997) das Kapitel 4 sowie Schöne-Seifert (1996) S. 586 ff). Es wird die rhetorische Frage aufgeworfen, ob das absichtliche Nichtverhindern eines unabhängig bestehenden Kausalfaktors wirklich moralisch weniger bedeutsam sei als positives primäres Bewirken, und die Frage dahingehend beantwortet, dass eine derartige Betrachtungsweise doch lediglich auf nicht begründbare Weise das Natürliche (die Krankheit) moralisch auszeichne.

Ein berühmtes Fallbeispiel für die ethisch-philosophische Gleichwertigkeit von passiver Sterbehilfe, Suizidhilfe und aktiver Sterbehilfe ist von Goldblatt (1996) präsentiert worden: Er führt den artifiziellen Fall dreier Schwestern mit derselben unheilbar fortschreitenden neurodegenerativen Krankheit (amyotrophe Lateralsklerose) an, alle mit Todeswunsch: Bei der einen ist es zu einer Lähmung des Atemzentrums gekommen, sie verlangt ein Abstellen des sie am Leben erhaltenden Beatmungsgerätes (passive Sterbehilfe). Die zweite ist am Körper derart gelähmt, dass sie an den Rollstuhl gebunden ist, sie kann aber noch schlucken und wünscht einen Giftbecher (Suizidhilfe). Die dritte leidet neben der Lähmung des Körpers an einer Schlucklähmung und wünscht eine Giftspritze (aktive Sterbehilfe).

Von ärztlicher und juristischer Seite ist bisher diesen Argumenten allerdings nur wenig gefolgt worden.

Die Gründe für diese scheinbar unvereinbaren Standpunkte lassen sich durchaus klären. Wohl ist auf der theoretisch-philosophischen Ebene ein signifikanter moralischer Unterschied zwischen Handeln und Unterlassen nur schwer zu begründen. Die Tatsache, dass das Konzept der passiven Sterbehilfe im klinischen Alltag dennoch so zentral ist wie keine andere

Klassifizierung von Sterbehilfemassnahmen, hängt aber bei genauer Betrachtung wohl gar nicht primär mit einem Handeln-Unterlassen-Konzept zusammen. Vielmehr spielen die typischen Randbedingungen häufiger klinischer Situationen, in welchen sich Fragen nach passiver oder aber aktiver Lebensbeendigung stellen, eine entscheidende Rolle²¹: Der Effekt 'passiver' Sterbehilfemassnahmen ist selten derart unmittelbar wie bei der aktiven Sterbehilfe, oftmals ist die 'passive' Massnahme noch über längere Zeit reversibel, und nicht selten ist dabei überhaupt unsicher, ob es tatsächlich zu einer Lebensverkürzung kommen wird.

Auf die Tatsache, dass sich das Konzept 'passiver' und 'aktiver' Sterbehilfe kaum direkt auf die Handeln-Unterlassen-Unterscheidung bezieht, hat auch Fischer (1996) hingewiesen: Im Denken des Theologen spielt der Begriff der Intuition, verstanden als 'vorrationalen', gleichzeitig kognitiven und emotionalen Prozess, eine wichtige Rolle. Moralische Konzepte sind also auf die dahinter stehende moralische Intuition zu untersuchen.

Fischer erachtet im Zusammenhang mit der Handeln-Unterlassen-Unterscheidung als entscheidende Intuition die Ansicht des Todes als Geschick oder aber als Tat, wobei er erstere Ansicht in Zusammenhang mit passiver Sterbehilfe, letztere mit aktiver Sterbehilfe bringt: 'Passive Sterbehilfe lässt sich von daher so bestimmen, dass bei ihr die Situation des Wartens auf den Tod gewahrt wird; aktive Sterbehilfe ist demgegenüber dadurch charakterisiert, dass sie diese Situation beendet oder ihr gar in einer Phase zuvorkommt, in welcher sich der Tod noch gar nicht angekündigt hat'. Ich glaube, dass das vorgestellte Konzept moralischer Intuition bei der Klärung mancher Problemstellungen in der Medizinethik sehr hilfreich sein kann, insbesondere im Zusammenhang

²¹ Absurd empfinden deshalb Praktiker insbesondere dann die bei Philosophen beliebten hypothetischen Fallszenarien, welche die moralische Gleichwertigkeit von Handeln und Unterlassen zeigen sollen, wenn bei diesen Szenarien die elementare Grundbedingung jeder Sterbehilfeentscheidung, nämlich das Vorliegen einer Krankheit, fehlt.

mit den oft scheinbar unvereinbaren Standpunkten von eher auf Reflexionen und Konzepte bezogenen 'Theoretikern' und eher auf konkrete Situationen bezogenen 'Praktikern'. Deshalb verwende ich an mehreren Stellen dieser Arbeit den Begriff der Intuition und beziehe mich dabei implizit auf das vorgestellte Konzept von Fischer.

Die geschilderte Verwendung der Begriffe 'passiv' und 'aktiv' hat eine nicht unproblematische Seite, indem sie in der klinischen Alltagsrealität nicht selten auf eine Gleichsetzung von 'passiv' mit 'moralisch zulässig', von 'aktiv' mit 'moralisch unzulässig' herausläuft. Das zeigt sich nicht zuletzt daran, dass im Laufe zunehmender Akzeptanz von Sterbehilfe in den letzten Jahrzehnten immer mehr Massnahmen in diesem Bereich als 'passiv' bezeichnet wurden, welche wenige Jahre zuvor noch als 'aktiv' gegolten hatten. Es besteht die Gefahr, dass gegenüber Sterbehilfemassnahmen, welche als 'passiv' eingeordnet werden, die moralische Sensibilität sinken könnte, während umgekehrt vielleicht gegenüber als 'aktiv' klassifizierten Massnahmen die bestehenden Skrupel in Einzelfällen ungerechtfertigt sein könnten.

Dennoch dürfte die aktiv-passiv-Unterscheidung aus dem klinischen Alltag nicht wegzudenken sein, hauptsächlich 'weil dieses Konzept eine beträchtliche Komplexitätsreduktion in einem ansonsten schwer zu übersehenden Feld von Fallkonstellationen zu leisten vermag' (Birnbacher 1998).

Dass umgekehrt der radikale Versuch, konsequent auf diese Unterscheidung und damit auf die Referenz auf einen 'natürlichen' Krankheitsverlauf zu verzichten, insbesondere bei nicht urteilsfähigen Patienten zu kaum lösbaren Problemen führt, wird im Kapitel 5 gezeigt: Hier zeigt sich neben der Komplexitätsreduktion noch ein weiterer zentraler Punkt des passiv-aktiv-Konzeptes, nämlich dass sich mit der Beschränkung ärztlicher Sterbehilfe auf Unterlassung/Abbruch einer Behandlung auch ein gewichtiger Riegel gegenüber möglichem grobem Missbrauch aufrechterhalten lässt.

4.2 Indirekt aktive Sterbehilfe

Der Unterscheidung zwischen direkter und indirekter Wirkung resp. der Handlung mit Doppelwirkung kommt in der katholischen Moraltheologie seit Jahrhunderten eine zentrale Bedeutung zu. Das Konzept ist in den vergangenen 150 Jahren auf verschiedene moralische Problemfelder angewandt worden (vgl. dazu z. B. Zimmermann-Acklin 1997), nicht zuletzt aber und ganz explizit auf Massnahmen der Sterbehilfe²².

Indirekt aktive Sterbehilfe findet also statt im Spannungsfeld zwischen Symptomlinderung und Lebensverkürzung zum Wohle terminaler Patienten, wobei konkret das Konzept insbesondere in Zusammenhang mit hohen Dosen morphiumartiger Substanzen (Opiate) am Lebensende angewandt wird. Bevor wir uns der moralischen Beurteilung dieses Sachverhaltes zuwenden, ist die Klärung mehrere Probleme rund um den Begriff 'indirekt aktive Sterbehilfe' unumgänglich.

Schon der Versuch einer exakteren Definition des Begriffes stösst auf Schwierigkeiten: Häufig wird zwar das Feld als klar umreissbar dargestellt, indem der entscheidende Punkt bei der indirekt aktiven Sterbehilfe die Intention des Arztes sei, welche nur auf die Symptomlinderung ausgerichtet sei, während eine allfällige Lebensverkürzung zwar in Kauf

²² In den 'Verlautbarungen des Apostolischen Stuhles 20' wird folgendes festgehalten: Papst Pius XII war von einer Gruppe von Aerzten die Frage vorgelegt worden, ob es nach der Lehre der Religion und den Normen der Moral dem Arzt und dem Kranken erlaubt sei, mit Hilfe narkotischer Medikamente Schmerz und Bewusstsein auszuschalten (...) (auch beim Herannahen des Todes und wenn vorauszusehen sei, dass die Anwendung der Mittel das Leben abkürze). In seiner Ansprache vom 24. Februar 1957 antwortete der Papst: 'Wenn andere Mittel fehlen und dadurch unter den gegebenen Umständen die Erfüllung religiöser und moralischer Pflichten in keiner Weise verhindert wird, ist es erlaubt'.

genommen, aber nicht beabsichtigt werde²³. Dem gegenüber ist aber immer wieder darauf hingewiesen worden, dass es sich hier um einen ausgesprochenen Graubereich handle (vgl. z.B. Corner 1997), indem der Übergang von der in Kauf genommenen über die partiell intendierte bis zur explizit angestrebten Lebensverkürzung fließend sei.

An derartige Definitionsschwierigkeiten schliesst sich die Frage an, ob es denn eine vom Arzt nur in Kauf genommene, aber nicht intendierte Lebensverkürzung in diesem Bereich überhaupt gebe. Dabei wird darauf hingewiesen, dass die Voraussetzung zur Geltendmachung eines solchen Doppelleffektes, nämlich das implizit postulierte Faktum, dass eine befriedigende medizinische Schmerzlinderung am Lebensende mit einem relevanten Risiko einer Lebensverkürzung verbunden sei, einer genaueren naturwissenschaftlich-medizinischen Überprüfung gar nicht standhalte²⁴.

Eine gewisses Risiko einer Lebensverkürzung (z.B. einer tödlichen Komplikation) hafte umgekehrt sehr vielen ärztlichen Massnahmen (Medikamentengabe, aber auch operative Eingriffe) keineswegs nur am Lebensende an. Damit aber erweise sich, dass das Faktum der 'indirekt aktiven Sterbehilfe' gar keine Form der Sterbehilfe sei, da eine Lebensverkürzung weder intendiert sei noch mit einer besonders hohen Wahrscheinlichkeit in Kauf genommen werden müsse.

Konsequenterweise wird vorgeschlagen, den Begriff 'indirekt aktive Sterbehilfe' zu streichen und derartige Massnahmen innerhalb des

²³ Dieser Definition der indirekt aktiven Sterbehilfe folgt auch die Arbeitsgruppe Sterbehilfe in ihrem Bericht an den Schweizerischen Bundesrat (1999).

²⁴ So z.B. der Palliativmediziner Twycross (1999): 'Morphium und andere hochwirksame Opioide sind, wenn sie korrekt angewendet werden, wesentlich sicherer als die mit grosser Sorglosigkeit verschriebenen sog. nichtsteroidalen Schmerzmittel (vom Aspirintyp). Die klinische Erfahrung legt sogar nahe, dass Krebspatienten, deren Schmerzen auf diese Weise behoben wurden, länger leben, als es der Fall gewesen wäre, wenn sie weiter durch schwere Schmerzzustände erschöpft und demoralisiert worden wären.'

Begriffs 'palliative care', also Palliativmedizin und -pflege, anzusiedeln (vgl. dazu Fussnote 29 S. 42).

Soweit bis zu diesem Punkte Einigkeit bestehen kann, so grundverschieden sind die Folgerungen, welche aus dem Fallenlassen des Konzeptes vom Doppeleffekt gezogen werden:

Die eine Seite zieht nämlich daraus den Schluss, dass derartige Handlungen partiell oder gar explizit intendierter Lebensverkürzung gar nicht nötig seien, wenn Schmerz und Leiden mit dem adäquaten Einsatz palliativmedizinischer Massnahmen kontrolliert würden, womit auch ein allfälliger Todeswunsch wieder verschwinde.

Die andere Seite bestreitet diese paradigmatische Behauptung (welche in dieser Absolutheit übrigens auch von zahlreichen Spezialisten der Palliativmedizin bezweifelt wird): Nicht zuletzt die Tatsache, dass dem Konzept des Doppeleffektes bei schwerstleidenden Patienten, deren Symptome kaum mehr beherrscht werden können, in der Medizin eine derart zentrale Rolle zukomme, verweise solch absolute Behauptungen in den Bereich des Wunschdenkens. Die allerdings nur spärlich vorhandenen Zahlen über effektiv getroffene Entscheide von Aerzten am Lebensende ihrer Patienten zeigten deutlich genug, wie häufig tatsächlich in diesem Zusammenhang Situationen seien, wo man um eine mehr oder weniger intendierte Lebensverkürzung nicht herumkomme²⁵. Worum es hier gehe, sei Ehrlichkeit und Transparenz: Der Begriff der indirekt aktiven Sterbehilfe sei als heuchlerisch abzulehnen, da er zu kaschieren und in

²⁵ Corner (1997) spricht diesbezüglich, bezogen auf die Verhältnisse in England, von einem 'common place in palliativ care and general practice'. Van der Maas (1996) berichtet von 19,1% aller Todesfälle in den Niederlanden, bei welchen hohe Opiatgaben der Aerzte nach eigenem Einschätzen eine mögliche oder sichere Lebensverkürzung zur Folge hatten, wobei in 2,9% aller Todesfälle der Arzt es zumindest teilweise anstrebte, das Leben des Patienten zu verkürzen. Die entsprechenden, von Kuhse (1997) rapportierten Zahlen aus Australien sind 30,9% / 6,5%, von Deliens (2000) aus Flandern/Belgien 17,2% / 5,0%.

einem Graubereich zu halten versuche, dass es hier nur in einem Teil der Fälle durchaus um Palliativtherapie nach obiger Definition, im anderen aber um intendierte Tötung, also aktive Sterbehilfe gehe (vgl. Twycross 1999). Der verzweifelte Versuch, den Begriff Euthanasie zu umgehen, bringe in Tat und Wahrheit nur noch zusätzliche Verwirrung in die Debatte um ärztliche Entscheide am Lebensende (vergleiche zu dieser Debatte Corner (1997) und die darauf im British Medical Journal veröffentlichten Leserbriefe).

Diese Zahlen wiederum werden von Vertretern der ersten Seite angezweifelt, indem Sie beispielsweise darauf hinweisen, dass viele Ärzte aus Mangel an Sachkenntnis den atemdepressiven, also potentiell lebensverkürzenden Effekt von Opiaten stark überschätzten (vgl. Fussnote 22 S. 33). Ueberhaupt sei das zentrale Problem bei der Betreuung Sterbender die mangelhafte Ausbildung der meisten Ärzte in Palliativmedizin. So wird vorgeschlagen, den Fokus auf die Unterscheidung zwischen korrekt und nicht korrekt durchgeführten palliativmedizinischen Massnahmen zu legen statt auf die realitätsferne Unterscheidung zwischen nichtintendierter und (partiell) intendierter Lebensverkürzung²⁶.

Zusätzlich kompliziert wird die Situation noch dadurch, dass in der Alltagsrealität der 'indirekt aktiven Sterbehilfe' eine weitere Dimension der Intention, nämlich diejenige der Sedierung des Patienten kurz vor seinem Tode bis hin zum sogenannten 'terminalen Dauerschlaf', insbesondere im stationären Bereich eine grosse Rolle spielen dürfte (dieser Effekt kann mit morphiumartigen Substanzen, kombiniert mit Beruhigungsmitteln, erzielt werden)²⁷.

²⁶ Nebenbei bemerkt wäre dieser Vorschlag auch aus juristischer Sicht in hohem Masse begrüssenswert, da sich ein 'State of the art in palliative care' im Gegensatz zum Intentionskonzept objektiv überprüfen lässt.

²⁷ Zu dieser Praxis finden sich in den Arbeiten von van der Maas, Kuhse und Deliens keine Angaben.

Die Diskussion um das Vorhandensein von mit palliativmedizinischen Mitteln nicht genügend kontrollierbaren Schmerzen und Leiden Sterbender hat unübersehbare Parallelen zur auf S. 14 geschilderten Debatte um die Existenz des rationalen Suizids: Auf der einen Seite eine Gruppe, welche die Existenz dieser Fakten unter Berufung auf medizinisches und pflegerisches Expertentum bestreitet in Koalition mit Befürwortern einer absoluten Unverfügbarkeit des Lebens. Auf der anderen Seite eine Gruppe, welche auf die empirische Realität verweist und die Aufrechterhaltung dieser absoluten Unverfügbarkeit als nicht mit dieser Realität vereinbar betrachtet.

Ich persönlich denke, dass viele dieser angeführten Argumente bedenkenswert sind und sich keineswegs gegenseitig ausschliessen müssen. So wie aber die prinzipielle Anerkennung eines rationalen Suizides wohl keinen vernünftigen Menschen zur grundsätzlichen Ablehnung suizidprophylaktischer Massnahmen bringen kann, so kann das grundsätzliche Anerkennen von Fällen Schwerstkranker mit bleibendem Todeswunsch trotz ausgeschöpften palliativen Massnahmen vernünftigerweise die Forderung nach einer Verbesserung der Mediziner Ausbildung in Palliativmedizin nicht im geringsten relativieren. Ein hoher Standard der Palliativmedizin und -pflege ist im Gegenteil eine Grundvoraussetzung zur vernünftigen Diskussion von Sterbehilfe in einem Gesundheitswesen überhaupt.

Ich glaube allerdings, dass in der bisherigen Darstellung der Probleme rund um die 'indirekt aktive' Sterbehilfe die entscheidende moralische Frage noch gar nicht gestellt wurde. Diese Frage ist im Grunde genommen bei allen Sterbehilfemassnahmen in etwa die gleiche, und sie lautet: Gibt es Bedingungen, welche allenfalls rechtfertigen könnten, dass ein Arzt von seiner primären Aufgabe, dem Kampf gegen Krankheiten, abweicht und zur Leidensminderung seines Patienten zu Massnahmen greift, welche darauf abzielen, dessen Todeseintritt zu beschleunigen?

Ich persönlich zweifle nicht daran, dass es auch im Bereich der 'indirekt aktiven' Sterbehilfemassnahmen solche Bedingungen geben kann, nämlich in den seltenen Fällen, wo ein unerträgliches Leiden eines Sterbenden mit anderen Mitteln nicht genügend gelindert werden kann. In solchen Fällen denke ich, dass die ärztliche Notlage und Hilflosigkeit angesichts dieses Leidens derartige Massnahmen rechtfertigen kann, und ich glaube, dass man hier in seinem moralischen Urteil 'nicht päpstlicher als der Papst' sein sollte (vgl. dazu Fussnote 22 S. 33). Derartige Bedingungen aber exakter zu umschreiben, dürfte sehr schwierig sein: Dazu müsste konsequenterweise wohl vom Begriff der indirekt aktiven Sterbehilfe Abstand genommen werden. Der an dieser Stelle neu zu definierende Begriff müsste, wie erläutert, der Tatsache Rechnung tragen, dass hier die ganz speziellen Ausgangsbedingungen entscheidend sind, nämlich das Lindern eines unerträglichen Leidens eines terminalen Patienten im Todeskampf durch den Arzt. Es steht also hier, im Gegensatz zur aktiven Sterbehilfe auf Verlangen resp. der Euthanasia nach holländischem Vorbild, primär nicht das explizite Patientenverlangen im Vordergrund, während umgekehrt die Euthanasia keineswegs auf unmittelbar terminale Situationen beschränkt ist. Bei der so verstandenen 'indirekt aktiven Sterbehilfe' ist also das Prinzip des Wohltuns, des Leidenlinderns, das ethische Leitprinzip, bei der aktiven Sterbehilfe auf Verlangen jedoch das Autonomieprinzip. Mit dem Euthanasiemodell, wie es in den Niederlanden praktiziert wird, hat eine derart verstandene 'indirekt aktive Sterbehilfe' aber die Ehrlichkeit gemeinsam, dass es sich auch hier um eine intendierte, aktive Lebensverkürzung handeln kann. Beiden gemeinsam ist auch das auf den Arzt begrenzte Handeln aufgrund einer Notsituation angesichts eines unerträglichen Leidens²⁸.

²⁸ Vgl. zu diesen beiden Handlungsoptionen auch das auf S. 31 dargestellte Konzept von Fischer (1996). Ich denke, die erste Handlungsoption wäre in Fischers Konzept als

Wichtig ist es, zu realisieren, dass das Fehlen einer Handlungsoption wie der 'indirekt aktiven Sterbehilfe' zu einem gewissen Druck der Patienten führen könnte, möglichst früh zur Euthanasie Zuflucht zu nehmen, nämlich solange man noch urteilsfähig ist und die Zeit für das im Rahmen der Sorgfaltspflicht bei Euthanasie vom Arzt verlangte Procedere (vgl. Fussnote 14 S.23, darunter insbesondere Punkt 5!) vorhanden ist. Nicht weniger schwerwiegend erscheint mir, dass das Fehlen dieser Option zu einem schwer erträglichen Gerechtigkeitsproblem gegenüber schon primär nicht urteilsfähigen Leidenden führt.

Das schwerwiegendste Argument gegen eine so verstandene 'indirekt aktive Sterbehilfe' ist ohne Zweifel einmal mehr das Missbrauchsargument. Einer Ueberbewertung desselben oder gar der Konstruktion eines Dambruchargumentes in diesem Zusammenhang ist allerdings entgegenzuhalten, dass es sich hier nicht um die Einführung eines neuen Konzepts, sondern um eine modifizierte Sichtweise einer seit jeher verbreiteten ärztlichen Praxis handelt.

4.3 Zusammenfassende Beurteilung

Die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe ist für den klinischen Alltag von entscheidender Bedeutung. Die wesentliche moralische Intuition hinter dem Konzept der passiven Sterbehilfe besteht allerdings wohl nicht im Unterschied zwischen Handeln und Unterlassen, sondern gründet sich auf andere Aspekte, welche Situationen passiver Sterbehilfe typischerweise zukommen (Effekt der Unterlassung im Einzelfall unsicher und/oder nicht unmittelbar eintreffend und/oder reversibel). Nicht zuletzt aber ist mit der Beschränkung ärztlicher Sterbehilfe auf Unterlassung oder Abbruch einer Behandlung ein Riegel

'passiv' zu klassifizieren, da sie weit eher als die zweite die Situation des Wartens auf den Tod wahr.

gegenüber möglichem grobem Missbrauch geschoben. Diesem Riegel kommt insbesondere in den häufigen Fällen, wo Patienten nicht urteils- oder äusserungsfähig sind, eine entscheidende Bedeutung zu.

Der Begriff der indirekt aktiven Sterbehilfe ist in hohem Grad problematisch: Im klinischen Alltag erscheinen sowohl das Konzept einer 'indirekt aktiven' Handlung (also einer Inkaufnahme) wie auch das im Zusammenhang mit diesem Begriff verwendete Intentionskonzept wenig brauchbar. Bei korrekter palliativer Therapie dürften in diesem Bereich nur wenige Fälle vorkommen, wo es überhaupt um Sterbehilfe und damit um ein moralisches Problem geht: In diesen seltenen Fällen lautet dann - wie im Grunde genommen im ganzen Sterbehilfebereich - die entscheidende moralische Frage: Haben die speziellen Bedingungen der Situation des Patienten die Handlung des Arztes gerechtfertigt?

5. Konsequenzen eines vorherrschend auf dem Autonomiebegriff aufbauenden Sterbehilfemodells

In diesem Kapitel geht es einerseits darum, darzustellen, was die Etablierung der Autonomie als ethischem Hauptprinzip in der Sterbehilfe formal und begrifflich bedeutet (Anstrengungen in dieser Richtung sind insbesondere im holländischen Modell unternommen worden), andererseits darum, die Vorteile und Nachteile eines solchen Modells zu gewichten.

5.1 Vorstellung des Modells und einer adäquaten Terminologie

In einem rein der Autonomie verpflichteten Modell werden sich konsequenterweise die einzelnen Sterbehilfemassnahmen beim Urteilsfähigen wie folgt präsentieren:

Wahrung des Autonomieprinzips	Handeln des Arztes	im holländischen Modell verwendete Begriffe
ja	Sämtliche Massnahmen mit dem Ziel einer Leidenslinderung / Lebensqualitätsverbesserung ohne Absicht einer Lebensverlängerung oder -verkürzung (mit dem Patienten besprochen)	palliative care ²⁹ (non-treatment decisions inkl. alleviation of pain and symptoms with possible life-shortening effects)
	Ärztliches Handeln mit dem Ziel der Lebensbeendigung (auf Verlangen des Patienten)	Physician-assisted suicide und euthanasia
nein	Ärztliches Handeln mit dem Ziel der Lebensbeendigung (ohne explizites Patientenverlangen)	LAWER ('life-terminating acts without explicit request of the patient)

Ein solches Modell verfügt über eine unstrittige Anziehungskraft. Es wird - für Urteilsfähige - dem ethischen Hauptprinzip der Autonomie gerecht und ist in sich konsequent.

5.2 Grenzen der Autonomie

Die radikale Aufstellung eines derartigen Modells zeigt aber am besten auch die Probleme eines solchen auf:

Der Autonomiebegriff ist in hohem Masse klärungsbedürftig. Dabei stellen sich folgende Fragen: Wie steht es mit der Urteilsfähigkeit von

²⁹ Natürlich ist diese Definition von palliative care viel zu eng. Dem effektiven Tätigkeitsfeld näher kommt die Definition von palliative care als 'aktive Lebenshilfe und passive Sterbehilfe'.

psychiatrisch oder hirnorganisch Kranken ihrem eigenen Sterben gegenüber? Bei aktuell nicht vorhandener Urteilsfähigkeit: Wie ist eine früher ausgefüllte Patientenverfügung zu gewichten³⁰? Welches sollen die Rechte eines vom Patienten früher ernannten Stellvertreters in solchen Fragen sein? Welches ist die Rolle der Angehörigen in solchen Fällen und wer alles ist unter diesen Begriff zu rechnen? Was ist zu tun, wenn weder eine Patientenverfügung noch ein Patientenvertreter noch geeignete Angehörige vorhanden sind?

Diese Fragen führen zu einem entscheidenden Punkt, nämlich der Tatsache, dass es immer Fälle geben wird, wo nicht in befriedigender Weise nach dem Autonomieprinzip entschieden werden kann. Es entstehen somit zwei Lager, deren Trennung bis zu einem gewissen Grade arbiträr ist: Bei autonomen Patienten wird gemäss deren Willen entschieden. Bei Patienten, welche ihre Autonomie in Sterbehilfefragen nicht wahrnehmen können oder wollen, bleibt in dem Modell offen, nach welchen Kriterien entschieden werden soll: Sollen hier doch wieder die soeben über Bord geworfenen, 'alten' Kriterien (Tabelle S. 13) bemüht werden? Oder soll auch hier versucht werden, ausschliesslich das Autonomiekonzept zu bemühen? Für Patienten, welche vor der Entscheidungssituation einmal urteilsfähig waren, müsste dann die Leitfrage lauten: 'Was hätte sich der Patient für seine aktuelle Situation gewünscht in Zeiten erhaltener Urteilsfähigkeit?'. Für Patienten, welche

³⁰ In Konsequenz des zentralen Stellenwertes der Selbstbestimmung im holländischen Sterbehilfemodell werden Patientenverfügungen in hohem Grade verbindlich gehandhabt. Unterschieden werden dabei sog. negative Direktiven (Verlangen nach Behandlungsunterlassungen), welche im Status absolut verbindlich sind, von sogenannten positiven Direktiven (z.B. das Verlangen nach Euthanasie in einer Patientenverfügung), welchen ein weniger verbindlicher Status zukommt. Offensichtlich taucht hier die im holländischen Modell im Prinzip verworfene aktiv-passiv-Unterscheidung doch wieder auf.

nie urteilsfähig waren, müsste die Frage lauten: „Was hätte der Patient für sich in der aktuellen Situation gewünscht, hätte er jemals die Urteilsfähigkeit erlangt?“. Letztere Frage zeigt nun eine offensichtliche Überstrapazierung, ja ad-absurdum-Führung des Autonomieprinzips, da hier die Antwort offensichtlich nur in der Bereitstellung und Anwendung objektivierbarer externer Kriterien bestehen kann.

Als Konsequenz der erwähnten Probleme scheint sich mir Folgendes zu ergeben: Man wird bei Sterbehilfefragen nicht darum herumkommen, auch andere ethische Prinzipien als die Autonomie zu berücksichtigen. Bei nicht urteilsfähigen Patienten kommt einer - nun eben nicht mehr absolut, insbesondere nicht vor der Autonomie gesetzten - Unverfügbarkeit resp. einem Schutz des menschlichen Lebens eine zentrale Bedeutung zu (vgl. Kapitel 3 und 4.2). In manchen Fällen wird der Bezug auf einen 'natürlichen' Krankheitsverlauf mittels des Konzeptes der passiven Sterbehilfe nicht die schlechteste Lösung sein (vgl. Kapitel 4.1).

5.3 Euthanasia und LAWER

Ich habe im 4. Kapitel hergeleitet, dass das Konzept der indirekt aktiven Sterbehilfe, verstanden als 'in Kauf genommene, aber nicht intendierte Lebensverkürzung', kaum haltbar ist. Wird tatsächlich die Intention als das wesentliche Kriterium betrachtet, so können die meisten dieser Fälle aufgeteilt werden einerseits in Fälle reiner Palliativtherapie (wo die in Kauf genommene Lebensverkürzung nicht wahrscheinlicher ist als bei so vielen anderen medizinischen Massnahmen auch), andererseits aber Fälle von zumindest partiell intendierter Lebensverkürzung. Diese letzteren Fälle werden aber in dem im ersten Abschnitt dargestellten, auf dem Autonomieprinzip basierenden Modell in der Regel als LAWER-Fälle auftauchen, da die wenigsten Ärzte in der unmittelbar terminalen Situation die Steigerung der Morphindosis mit ihren Patienten besprechen werden, selbst wenn es sich um einen im Prinzip noch urteilsfähigen

Patienten handeln sollte. Unter dieser Sichtweise erscheint also die Verletzung der Patientenautonomie als der wesentliche Aspekt, wodurch diese LAWER-Fälle als moralisch problematisch erscheinen, dies im Gegensatz zur Euthanasie. Die Autoren der Arbeiten, welche in einigen Ländern die entsprechende Datenlage recherchiert haben, sind allerdings in der Interpretation ihrer Ergebnisse zurückhaltend (vgl. dazu Van der Maas 1996, Kuhse 1997, Deliëns 2000)³¹.

Zweifellos müssen die Resultate vergleichbarer Arbeiten in weiteren Ländern abgewartet werden³², bevor weitergehende Schlussfolgerungen zu ziehen sind. Dennoch möchte ich mich bereits jetzt einer möglichen Absicht, LAWER-Fälle prinzipiell gegen Euthanasia-Fälle auszuspielen, aufgrund des im letzten Abschnitt des Kapitels 4 Entwickelten entgegenstellen (in Einzelfällen mag die Gegenüberstellung durchaus Sinn machen): Ich bin nämlich überzeugt, dass es sich in sehr vielen dieser LAWER-Fällen um Situationen handelte, welche von der ärztlichen Intuition her nahe bei der 'indirekt aktiven Sterbehilfe' waren, dieses Konzept verstanden nicht von der Intention her, sondern von der

³¹ Van der Maas hat für Holland ermittelt, dass 1995 in ca. 3,1 Prozent aller Todesfälle aktive Sterbehilfe angewandt wurde, insgesamt 2,4 Prozent auf Verlangen (Euthanasia), 0,7 Prozent ohne ausdrückliches Verlangen (LAWER). Die entsprechend von Kuhse für Australien (für das Jahr 1995/1996) ermittelten Zahlen sind 5,3% (1,7% Euthanasia, 3,5% LAWER), von Deliëns für Flandern/Belgien (für 1998) 4,3% (1,1% Euthanasia, 3,2% LAWER). Kuhse und Deliëns konstatieren, 'dass die Tatsache, dass ein Staat aktive Sterbehilfe von Gesetzes wegen verbiete, offenbar die Aerzte keineswegs daran hindere, doch derartige Praktiken anzuwenden'. Deliëns gibt zusätzlich zu bedenken, dass 'vielleicht eine Gesellschaft mit einem restriktiven Zugang zur Sterbehilfe einer sorgfältigen ärztlichen Entscheidungsfindung am Lebensende weniger Aufmerksamkeit schenke als eine Gesellschaft, welche Suizidbeihilfe und Euthanasie toleriere und regle'.

³² Einen Markstein diesbezüglich werden die Resultate der im November 2000 angelaufenen europäischen Studie 'Medical end-of-life decisions in 6 European countries' darstellen (verantwortlich für den Schweizer Part: Institut für Sozial- und Präventivmedizin und Institut für Rechtsmedizin der Universität Zürich).

unmittelbar terminalen Situation (vgl. dazu den letzten Abschnitt des Kapitels 4.2, S. 37ff). Konkreter: Es geht hier häufig um die Frage, ob ein schwerstkranker Patient freiwillig mittels Euthanasie aus dem Leben zu scheiden wünscht (in der Regel Tage bis Wochen vor seinem zu erwartenden Tode), oder ob er dies ablehnt (falls er überhaupt urteilsfähig ist) und das Warten auf den Tod in Kauf nimmt, sei es, bis er einen erträglichen natürlichen Tod gefunden hat, sei es, dass ihm von einem Arzt, der die Situation als untragbar beurteilt, eine Morphiumdosis mit der Intention des Einschlafens, der Lebensverkürzung gegeben wird (in der Regel in seinen letzten Stunden oder Tagen)³³. Ich denke, dass es sinnvoll ist, diese beiden Optionen nicht ohne näheres Ansehen des Einzelfalles gegeneinander auszuspielen.

5.4 Die philosophische Letztbegründung

Aus dem oben Hergeleiteten geht hervor, dass eine vermehrte Beachtung des Autonomieprinzips in der Sterbehilfe nötig ist. Gleichzeitig konnte aber auch gezeigt werden, dass es Fälle gibt, wo der Versuch der Anwendung dieses Prinzips kaum möglich erscheint.

Es wurde daraus die Folgerung gezogen, dass Sterbehilfe in der Schwebe der Abwägung verschiedener moralischer Prinzipien zu belassen sei,

³³ Meine Vermutung wird gestützt durch die insbesondere aus der holländischen Untersuchung hervorgehende Tatsache, dass bei den LAWER-Fällen die vom Arzt geschätzte Zeitspanne der Lebensverkürzung deutlich kleiner war als bei den Euthanasia-Fällen (bei ersteren in 91 Prozent eine geschätzte Lebensverkürzung von Stunden bis Tagen, bei letzteren in 74 Prozent der Fälle von Tagen bis Wochen). Als weiterer Befund aus Holland weist auf die Nähe der LAWER-Praktiken zur indirekt aktiven Sterbehilfe die Tatsache hin, dass vom Arzt in der Regel bei den LAWER-Fällen Opiate als todbringende Substanz verwendet wurden, bei den Euthanasia-Fällen aber ein neuromuskuläres Relaxans.

denen je nach Fall ein grösseres oder geringeres Gewicht zukommen soll³⁴.

Hier wird von philosophischer Seite der Einwand der Inkonsequenz kommen, damit implizit der Vorwurf des Verfehlens einer Letztbegründung des vorliegenden Modells.

Darauf möchte ich antworten, dass die Forderung nach einer Letztbegründung im Bereiche der theoretischen Philosophie zu verbleiben hat. Ein radikal auf eine Letztbegründung hin aufgebautes philosophisches Denksystem mag über hohe Suggestionskraft verfügen, im Bereich der angewandten Ethik aber läuft es Gefahr, wie auch immer gelagerten totalitären Entwicklungen in der Gesellschaft Vorschub zu leisten. Der Wert solcher Systeme liegt vielmehr in deren Vielfalt, welche die Grundlage bildet zu einem gesellschaftlichen Diskurs über moralische Fragen, einem Diskurs notabene, welcher wohl nie einen definitiven Abschluss finden wird, sondern immer wieder neu aufgenommen werden muss.

5.5 Zusammenfassende Beurteilung

Die möglichst konsequente Anwendung der Autonomie als Leitprinzip für Probleme der Sterbehilfe ist sinnvoll für Menschen, die fähig und willens sind, diese Autonomie wahrzunehmen. Für die grosse Zahl von Fällen, wo die Anwendung dieses Prinzips kaum möglich erscheint, muss aber nach anderen Kriterien entschieden werden. Dabei kommt einer relativ

³⁴ In diese Richtung zielt auch das im Bericht der Arbeitsgruppe Sterbehilfe an den Schweizerischen Bundesrat (1999) vorgestellte Modell des Ethikers A. Bondolfi: Gemäss diesem sind im Sterbehilfebereich die drei Grundgüter Leidenslinderung, Selbstbestimmung und Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens in jeder einzelnen Situation gegeneinander abzuwägen. Bereits diese Gegenüberstellung an sich zeigt ein relatives Verständnis dieser Unverfügbarkeit.

verstandenen Unverfügbarkeit menschlichen Lebens in Form eines Schutzes von Menschen, denen die Fähigkeit zur Wahrnehmung ihrer Autonomie fehlt, eine grosse Bedeutung zu. In manchen Fällen wird der Bezug auf einen 'natürlichen' Krankheitsverlauf mittels des Konzeptes der passiven Sterbehilfe nicht die schlechteste Lösung sein.

6. Konsequenzen für die Schweizer Sterbehilfediskussion

6.1 Ausgangslage

6.1.1 Der Bericht der Arbeitsgruppe Sterbehilfe

Aufgrund eines parlamentarischen Vorstosses betreffend die Lockerung der heutigen Strafbestimmung über die Beihilfe zum Selbstmord (Motion Ruffy) hat der Bundesrat im Jahre 1996 einer Arbeitsgruppe den Auftrag gegeben, Grundlagen für den Entscheid darüber zu erarbeiten, ob Sterbehilfe überhaupt einer gesetzgeberischen Lösung zugänglich sei oder ob die Hilfe im Sterben der ärztlichen Berufskunst und -pflicht überantwortet bleiben müsse.

Eine Mehrheit dieser Arbeitsgruppe sprach sich in ihrem Bericht (1999) dafür aus, in extremen und dramatischen Ausnahmefällen diejenigen Personen von Strafe zu befreien - trotz weiterhin geltender Rechtswidrigkeit ihrer Tat -, die aus Mitleid einen unheilbar und schwer kranken, vor dem Tod stehenden Menschen auf sein ernsthaftes und eindringliches Verlangen hin von einem unerträglichen Leiden befreien. Sie schlug dazu eine nicht auf Medizinalpersonen beschränkte Strafbefreiungsklausel im Artikel 114 des Strafgesetzbuches vor.

Einig war sich die Arbeitsgruppe im Weiteren darüber, dass die Palliativmedizin und -pflege noch mehr als bisher zu fördern sei und dass

die Voraussetzungen, unter denen passive und indirekt aktive Sterbehilfe geleistet werden darf, gesetzlich definiert werden sollten.

Der Bericht begründet seine Schlussfolgerungen mit einer mehr oder weniger ausführlichen Darstellung der medizinischen, ethischen, insbesondere aber rechtlichen Voraussetzungen der Sterbehilfediskussion in der Schweiz.

6.1.2 Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW, eine als privatrechtliche Stiftung organisierte, von der Schweizerischen Aerztegesellschaft FMH und den medizinischen Fakultäten getragene Institution, setzt sich seit über 25 Jahren mit medizinethischen Problemen auseinander. Die von ihr veröffentlichten Richtlinien haben jeweils weit über die Landesgrenzen hinaus Beachtung gefunden und in der Schweiz lange Zeit einen gesetzesähnlichen Status genossen.

In den 'Medizinisch-ethischen Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und cerebral schwerst geschädigter Patienten' der SAMW (1995)³⁵ wird die Tötung auf Verlangen als strafbare Handlung klar abgelehnt. Auch die Suizidbeihilfe wird als nicht mit der ärztlichen Tätigkeit vereinbar beurteilt. Zur passiven und zur indirekt aktiven Sterbehilfe wird detailliert Stellung genommen: Bei sterbenden und cerebral schwerst geschädigten Patienten wird der Verzicht auf resp. der Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen wie künstliche Wasser- und Nahrungszufuhr, Sauerstoffzufuhr, künstliche Beatmung, Medikation, Bluttransfusion und Dialyse ausdrücklich gerechtfertigt. Palliativmedizinische Techniken dürfen gemäss diesen Richtlinien auch

³⁵ Zur Zeit befinden sich diese Richtlinien in Überarbeitung.

angewendet werden, wenn sie in einzelnen Fällen mit dem Risiko einer Lebensverkürzung verbunden sein sollten. Bei urteilsunfähigen Patienten soll sich der Arzt am Konzept des mutmasslichen Patientenwillens orientieren, Angaben von Angehörigen und eine allenfalls vorhandene Patientenverfügung dienen hierbei als Orientierungshilfen.

6.2 Überlegungen zu Sterbehilfemassnahmen im Einzelnen

6.2.1 Passive Sterbehilfe

Eine gesetzliche Regelung der passiven Sterbehilfe halte ich grundsätzlich für möglich und wünschbar. Dass dies, bei unbestreitbaren Schwierigkeiten im Einzelfall, befriedigend möglich ist, zeigen nicht zuletzt die in diesem Punkt meines Erachtens bewährten Richtlinien der SAMW. Bei dieser Regelung wird insbesondere auch die Bedeutung von Patientenverfügungen, von Patientenvertretungen und die Rolle der Angehörigen bei Sterbehilfeentscheiden zu klären sein. Wie in den Kapiteln 4.1 sowie 5.2 hergeleitet, halte ich also - entgegen der in einigen internationalen Medizinethikpublikationen vertretenen Auffassung - ein Festhalten am Begriff und Konzept der passiven Sterbehilfe für sinnvoll.

6.2 Indirekt aktive Sterbehilfe

Wie in Kapitel 4.2 und 5.3 erläutert, ist die indirekt aktive Sterbehilfe die eigentliche Crux aller Regelung von Sterbehilfe. Der Bericht der Arbeitsgemeinschaft Sterbehilfe scheint die damit verbundenen Probleme in seiner starken Fokussierung auf die aktive Sterbehilfe zu unterschätzen. Auch die Richtlinien der SAMW gehen nur am Rand auf die

Schwierigkeiten dieses Sachverhaltes ein. Sie empfehlen im Kommentar zu den Richtlinien für Patienten, welche trotz Schmerzbekämpfung und angemessener Betreuung weiterhin über ungelinderte Schmerzen und Angst klagen, den Beizug von Spezialisten der Palliativmedizin und Psychiatrie.

Wenn es überhaupt irgendwo im Sterbehilfebereich ein Gebiet geben soll, wo 'die Hilfe im Sterben der ärztlichen Berufskunst und -pflicht überantwortet bleiben soll', wie es im Auftrag des Bundesrates an die AG Sterbehilfe heisst, dann ist es meiner Meinung nach die indirekt aktive Sterbehilfe. Der Gesetzgeber sollte es sich gut überlegen, ob er hier den Versuch wagen möchte, eine über den Inhalt der erwähnten Richtlinien hinausgehende Regelung zu etablieren, mehr noch: ob dieser Versuch wirklich im Interesse der leidenden Sterbenden sei. Falls er sich aber darauf einlassen sollte, muss er wissen, was das bedeutet: Er wird nicht um eine Stellungnahme zur ärztlichen Fremdtötung aus Mitleid (allenfalls auch ohne explizites Verlangen) bei Sterbenden herumkommen. Diese müsste in Kohärenz zur Regelung der Tötung auf Verlangen erfolgen (vgl. 6.4): Wird die Straffreiheit der letzteren aus prinzipieller Ablehnung der Fremdtötung unter welchen Bedingungen auch immer abgelehnt, wie dies die Minderheit der Kommission Sterbehilfe wünscht, so müssen auch bei der indirekt aktiven SH solche Bedingungen abgelehnt werden. Das wäre dann unproblematisch, wenn sich die 'indirekt aktive Sterbehilfe' tatsächlich nur über die 'Inkaufnahme' einer Lebensverkürzung definieren liesse, was aber wie erläutert an der Realität vorbeigehen dürfte. So wäre es wohl angebrachter, hier auf eine gesetzliche Regelung zu verzichten und sich bei allfälligen Rechtsstreitigkeiten in diesem Bereich auf den von der zuständigen Fachgesellschaft festzulegenden State of the art der Palliativmedizin zu berufen.

6.3 Beihilfe zum Suizid

Die Beihilfe zum Suizid wird im Bericht der AG Sterbehilfe nur am Rand erwähnt. Ein Regelungsbedarf wird hier, im Gegensatz zu den anderen Formen der Sterbehilfe, offenbar nicht gesehen. Ebenfalls sehr kurz handeln die Richtlinien der SAMW das Thema ab.

Diese Auffassung des Berichtes der AG Sterbehilfe wie auch diejenige der SAMW-Richtlinien nun geht meiner Meinung nach in hohem Masse an der effektiven ethischen Bedeutung der Suizidbeihilfe vorbei:

Wie im Kapitel 3 auseinandergesetzt, lässt sich eine prinzipielle moralische Verurteilung von Suizidhandlungen ebensowenig aufrecht erhalten wie die kollektive Pathologisierung aller Menschen mit Suizidwunsch. Vielmehr sprechen schwerwiegende Gründe für die Suizidhilfe unter der Bedingung, dass diese professionell und unter Einhaltung klarer gesetzlicher Vorgaben stattfindet.

Daher denke ich zum einen, dass die einhellige Ansicht der AG Sterbehilfe, die Voraussetzungen, unter welchen Sterbehilfe geleistet werden darf, sollten nicht durch privatrechtlich organisierte Institutionen, sondern durch ein dem Referendum unterstelltes Gesetz definiert werden, sich jedenfalls auch auf die Suizidhilfe beziehen sollte (vgl. hierzu Fussnote 9 S. 19)³⁶. Dass die AG Sterbehilfe ihren Auftrag nicht dazu genutzt hat, um in Richtung der längst fälligen Regelung von Suizidhilfe auf Gesetzesstufe in der Schweiz Einfluss zu nehmen³⁷, erstaunt umso mehr,

³⁶ Tatsächlich herrscht in diesem Bereich in der Schweiz seit langem eine erhebliche Rechtsunsicherheit. Diese ist durch einen wegweisenden Entscheid des Zürcher Verwaltungsgerichts vom 15. Juli 1999, worin es in einem Fall von geplanter, umstrittener Suizidbeihilfe bei einer jungen, psychiatrisch kranken Frau den Arzt, welcher das Rezept ausstellte, mit Praxisentzug bestraft hat, wohl kaum kleiner geworden: In der Begründung seines Entscheides definierte das Gericht für die ärztliche Suizidhilfe etwas überraschend recht einschneidende Beschränkungen (u.a. soll es sich beim Suizidwilligen um einen 'Sterbenden' nach den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften handeln müssen).

³⁷ Ich kann mir diese Tatsache nur folgendermassen erklären: Die Diskussion um Suizidhilfe in der Schweiz ist von polarisierten Standpunkten geprägt, und von beiden

als sich die Motion Ruffy ausdrücklich auf den Artikel 115 bezogen hat. Auch der Satz der Richtlinien der SAMW, wonach 'Beihilfe zum Suizid kein Teil der ärztlichen Tätigkeit' sei³⁸, erscheint mir inhaltlich wenig stichhaltig, dies gilt auch für den Hinweis 'auf die Missbrauchsgefahren, welche aus der generellen Akzeptanz ärztlicher Suizidhilfe resultieren müssten' im Kommentar zu den Richtlinien. Im Gegenteil erscheint mir gerade im Hinblick auf allfälligen Missbrauch die Mitarbeit einer möglichst breiten Schicht von geeigneten Ärzten, insbesondere auch Hausärzten, in diesem Bereich der Sterbehilfe wünschenswert. Zum anderen aber geht diese Einschätzung der AG Sterbehilfe und der SAMW-Richtlinien auch an der Schweizer Realität vorbei, dies sowohl was die Bedeutung, als auch was die Gefahren und Möglichkeiten der Suizidbeihilfe spezifisch in unserem Land betrifft:

Lagern besteht kein Interesse an einer derartigen Regelung: Im Lager der Suizidhilfegegner scheint man zu hoffen, dass die Straffreiheit uneigennütziger Suizidbeihilfe in der Schweiz wenn schon nicht rückgängig gemacht, so doch wenigstens durch strikte ärztliche Standesregeln und durch Totschweigen in seiner Bedeutung aufgehoben werden könne. Im Lager der sehr weitgehenden Suizidhilfebefürworter sieht man aus naheliegenden Gründen ebenfalls keinen Regelungsbedarf. Dabei spielt sich konkret die fruchtlose Diskussion seit Jahren in der immer gleichen Art ab: Die Gegner versuchen durch Verweis auf zweifelhafte Fälle von Suizidhilfe, insbesondere psychiatrisch kranke Suizidwillige, die ganze Suizidhilfepraxis als solche zu desavouieren. Die weitgehenden Befürworter ziehen sich bei derartigen Angriffen jeweils auf enge Bedingungen ('inakzeptable Behinderung' wird in die Nähe von 'terminale Krankheit' gerückt) zurück, unter welchen selbstverständlich die Suizidhilfe zu erfolgen habe - um kurz darauf diese Regeln wieder weiter zu interpretieren (im Prinzip kann unter 'inakzeptabler Behinderung' auch eine chronische psychiatrische Krankheit verstanden werden).

³⁸ Der Satz wurde vom Kirchenrat der Evangelisch-reformierten Landeskirche des Kantons Zürich in seinem Bericht betreffend Sterbehilfe (2000) in der analogen, durch die deskriptive Darstellung einer offensichtlich normativ gemeinten Aussage auffällig apodiktisch wirkenden Form übernommen ('Beihilfe zum Suizid ist kein Teil der Seelsorgerischen Tätigkeit').

-Bedeutung: Es gibt wohl kaum ein anderes Land, in welchem der Suizidbeihilfe im Bewusstsein der Bevölkerung ein derart hoher Stellenwert³⁹ zukommt als Möglichkeit, in Extremsituationen den Zeitpunkt seines Sterbens selber bestimmen zu dürfen. Auch wenn man der Tätigkeit der Sterbehilfeorganisation Exit in einzelnen Fällen durchaus sehr kritisch gegenüberstehen mag, so kann man doch vernünftigerweise nicht über die grosse Vorarbeit hinwegsehen, welche diese Organisation nicht nur in diesem Bereich der Sterbehilfe geleistet hat⁴⁰, und über den Rückhalt, über welchen Exit in der Bevölkerung nach wie vor verfügt⁴¹.

-Gefahren: Wie in Kapitel 3.2.2 dargelegt, ist das Zulassen von Suizidbeihilfe in einer Gesellschaft nur unter zusätzlichen einschränkenden Regeln vertretbar. Diese Regeln aber fehlen in der Schweiz zumindest auf Gesetzesstufe. Als zusätzliche Gefahr könnte die

³⁹ Die Anzahl effektiv von Exit Deutsche Schweiz durchgeführter assistierter Suizide beträgt seit Jahren konstant rund 100 Fälle pro Jahr, was etwa 0.3 Prozent der Todesfälle entspricht. Van der Maas (1996) berichtet aus Holland von 0,2 Prozent, Kuhse (1997) aus Australien von 0,1 Prozent, Deliens aus Flandern / Belgien ebenfalls von 0,1 Prozent von assistierten Suiziden unter sämtlichen Todesfällen. Im Vergleich zur Anzahl Fälle von aktiver Sterbehilfe, welche aus diesen drei Ländern berichtet werden (Fussnote 31 S. 44), nehmen sich diese Zahlen, auch diejenige aus der Schweiz, verhältnismässig bescheiden aus.

⁴⁰ In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, dass Exit vor allem auch die erste und lange Zeit die einzige Institution in der Schweiz war, welche Patientenverfügungen propagierte und verbreitete - gegen beträchtlichen Widerstand nicht zuletzt aus dem Kreis der Ärzte. Der Ausdruck 'Exit-Verfügung' war in der Schweiz lange ein umgangssprachliches Synonym für Patientenverfügung - heutzutage ist die Bedeutung von Patientenverfügungen allgemein anerkannt und wird gerade auch von Kreisen, welche der Suizidbeihilfe sehr kritisch gegenüberstehen, propagiert.

⁴¹ Fast ein Prozent der Schweizer Bevölkerung ist Exit-Mitglied. Keine andere Sterbehilfeorganisation weltweit, die holländische 'Vereinigting voor Vrijwillige Euthanasie' eingeschlossen, verfügt über derart hohe Mitgliederzahlen. Gemäss einer von der Zeitung 'Sonntagsblick' 1994 in Auftrag gegebenen Repräsentativ-Umfrage halten 69 Prozent der Schweizer Bevölkerung die Arbeit von Exit für hilfreich (Sonntagsblick vom 20. März 1994).

weitgehende Monopolstellung der Sterbehilfeorganisation Exit erwähnt werden. Diese Monopolstellung dürfte allerdings nicht unwesentlich mit der kategorischen Ablehnung von Suizidbeihilfe durch den Ärztestand zusammenhängen.

-Möglichkeiten: Wie bereits in Fussnote 6 S. 10 erwähnt, hat sich - von der AG Sterbehilfe bisher offenbar kaum wahrgenommen - in den vergangenen zwei, drei Jahren eine von den Untersuchungsbehörden geduldete Praxis der parenteralen Suizidhilfe, also der Bereitstellung einer Todesinfusion, entwickelt, wobei dem Suizidenten dann nur noch die Aufgabe des Oeffnens des Infusionshahns zukommt⁴². Konkret bedeutet dies nichts weniger, als dass die praktische Notwendigkeit zur vorgeschlagenen Erweiterung des Artikels 114 weitgehend wegfällt, da in der Schweiz (im Gegensatz zu den Niederlanden) nun auch schluckunfähige Suizidwillige oder solche mit schweren Darmaufnahmestörungen die Möglichkeit zum assistierten Suizid haben.

6.2.4 Aktive Sterbehilfe auf Verlangen

Die von der Mehrheit der Kommission Sterbehilfe vorgeschlagene Lösung entspricht in mancher Hinsicht dem holländischen Modell. Damit kommen ihr die in den Kapiteln 3, 4 und 5 entwickelten Vor- und Nachteile zu: Der zentrale Vorteil besteht, wie bei der Suizidhilfe, in der Respektierung der Autonomie der betroffenen urteilsfähigen Leidenden. Die Hauptproblematik besteht in der Missbrauchsgefahr, welche bei der Fremdtötung noch wesentlich höher zu veranschlagen ist als bei der Suizidhilfe, weshalb ein nicht unbedeutender Teil von Medizinethikern gerade auch in den USA in der Suizidhilfe eine geeignete Alternative zur aktiven Sterbehilfe sehen. Das wichtigste Argument gegen eine Praxis der

⁴² Interne Zahlen des Instituts für Rechtsmedizin Zürich zeigen, dass, nach zögerlichen Anfängen dieser Praxis 1997, in der Stadt Zürich mittlerweile etwa ein Drittel der Suizide über eine Sonde oder Infusion erfolgt.

aktiven Sterbehilfe auf Schweizerischer Ebene in diesem Zusammenhang ist ein rein praktisches und wurde bereits im obigen Abschnitt erläutert: Nämlich die Tatsache, dass sich mittlerweile in der Schweiz betreffend Darreichungsform der tödlichen Substanz eine derart weitgehende Suizidbeihilfepraxis entwickelt hat, dass damit kaum mehr ein Fall eines Kranken denkbar ist, welcher derart unterstützt nicht fähig wäre, sich das Leben zu nehmen.

Oft übersehen oder in seiner Bedeutung unterschätzt wird aber ein entscheidender Unterschied zwischen dem Vorschlag der Mehrheit und dem holländischen Vorbild, nämlich dass die Tötung auf Verlangen gemäss diesem Vorschlag in der Schweiz nicht auf Ärzte, ja nicht einmal auf Medizinalpersonen beschränkt bleiben soll. Meiner Einschätzung nach würde dieser Punkt zu unlösbaren praktischen Problemen führen, da von Laien, ja überhaupt von Nichtärzten eine adäquate Beurteilung der genannten einschränkenden Kriterien 'kurz vor dem Tod stehend', 'nicht behebbares Leiden' nicht erwartet werden kann⁴³.

6.3 Zusammenfassende Beurteilung

Einer Regelung der passiven Sterbehilfe in der Schweiz stellt sich im Prinzip nichts entgegen, eine Regelung der 'indirekt aktiven Sterbehilfe' aber dürfte mit grössten Schwierigkeiten verbunden sein. Deshalb ist hier wohl der Bereich, wo Sterbehilfe weiterhin der ärztlichen Berufskunst und -pflicht überantwortet bleiben sollte. Dem Leiden todkranker Menschen sollte derart in den meisten Fällen mit geeigneten palliativmedizinischen Massnahmen begegnet werden können.

⁴³ Diese Tatsache führt schon bei der Suizidhilfe zu beträchtlichen Problemen: So legt die Interpretation des erwähnten Entscheids (Fussnote 36 S. 51) des Zürcher Verwaltungsgerichtes nahe, dass die für die ärztliche Suizidbeihilfe am gleichen Ort definierten Regeln für Nichtärzte so nicht angewandt werden dürften, da diesen die Kompetenz zur entsprechenden Einschätzung eines Krankheitsbildes fehle.

Es werden aber immer einige wenige Fälle von schwerstkranken Menschen, welche ihr Leiden als unerträglich empfinden, verbleiben. Wenn diese Menschen den Wunsch äussern, den Zeitpunkt ihres Todes frei wählen zu dürfen, sollte ihnen die Möglichkeit der Hilfe bei der Selbsttötung nicht prinzipiell vorenthalten werden. Diese Praxis ist durch den Gesetzgeber näher zu regeln, um möglichen Missbräuchen zu begegnen.

Eine Straffreiheit der aktiven Sterbehilfe auf Verlangen erscheint in der Schweiz als einem Land mit einer weitgehenden Praxis der Suizidbeihilfe überflüssig und steht ausserhalb der gewachsenen Sterbehilfepraxis dieses Landes. Dabei dürfte das vorgeschlagene Modell der nicht auf Aerzte beschränkten Euthanasie mit deutlich mehr Missbrauchsgefahren verbunden sein als das holländische Vorbild.

Literatur

- Arbeitsgruppe Sterbehilfe: *Bericht an das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement*. <www.bj.admin.ch> 1999 (2001).
- Arthur E. et al.: *Legalized physician-assisted suicide in Oregon - the first year's experience*. The New England Journal of Medicine 340; 577-83, 1999.
- Battin M.: *Assisted Suicide: Can We Learn from Germany?* Hastings Center Report 2, 1992.
- Beauchamp, T.L./ Childress J.F.: *Principles of Biomedical Ethics*. New York/Oxford 1979 (1994). (Zitiert nach: Schöne-Seifert B.: Medizinethik. In: Nida-Rümelin J. (Hsg): *Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung*. Alfred Kröner, Stuttgart 1996.)
- Birnbacher D.: *Selbstmord und Selbstmordverhütung aus ethischer Sicht*. In: Leist A. (Hsg): *Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord*. Frankfurt a. M. 1990.
- Birnbacher D.: *Recht auf Sterbehilfe - Pflicht zur Sterbehilfe?* In: Illhardt/Heiss/Dornberg (Hrsg.): *Sterbehilfe - Handeln oder Unterlassen?* Schattauer, Stuttgart 1998.
- Callahan D.: *When Self-Determination Runs Amok*. In: Hastings Center Report 22; 52-55, 1992. (Zitiert nach: Holderegger A. (Hsg): *Das medizinisch assistierte Sterben*. Universitätsverlag, Freiburg i. Ue. 1999 (2000).)
- Dworkin R., Nagel T., Nozick R., Rawls J., Scanlon T., Thomson J.: *Assisted suicide: the philosophers brief*. <www.nybooks.com> 1997 (2001).
- Corner J.: *More openness needed in palliative care*. British Medical Journal 315; 1242, 1997.
- Deliens L. et al.: *End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey*. Lancet 356; 1806-11, 2000.
- Dialog Ethik: *Kurzlexikon Medizin - Pflege - Ethik - Recht*. <www.dialog_ethik.ch> 2000.
- Exit Schweiz: *Statuten*. <www.exit.ch> 2001.

- Fischer J.: *Aktive und passive Sterbehilfe*. Zeitschrift für evangelische Ethik 110-127, Gütersloh 1996
- Goldblatt D.: Starting and stopping the ventilator for patients with amyotrophic lateral sclerosis. Archives of Neurology 53; 1622-23, 1996
- Holderegger A. (Hsg.): *Das medizinisch assistierte Sterben*. Universitätsverlag, Freiburg i. Ue. 1999 (2000).
- Kuhse H. et al.: *End-of-life decisions in Australian medical practice*. Medical Journal of Australia 166; 191-196, 1997
- Kirchenrat der Evangelisch-reformierten Landeskirche des Kantons Zürich: *Antrag und Bericht an die Kirchensynode betreffend Ueberlegungen zur Sterbehilfe aus evangelischer Sicht*. <www.zh.ref.ch> 2000.
- Leist A.: *Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord*. Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1990.
- Lifton R.J.: *Aerzte im Dritten Reich*. Klett-Cotta, Stuttgart 1988.
- Van der Maas P. et al.: *Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands 1990-1995*. New England Journal of Medicine 335; 1699-1705, 1996.
- Rippe, K.P.: *Das Recht auf Suizid*. Folia Bioethica 21, Genf 1998.
- Schöne-Seifert B.: *Ist Assistenz zum Sterben unärztlich?* In: Holderegger A. (Hsg.): *Das medizinisch assistierte Sterben*. Universitätsverlag, Freiburg i. Ue. 1999 (2000).
- Schöne-Seifert B.: *Medizinethik*. In: Nida-Rümelin J. (Hsg): *Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung*. Alfred Kröner, Stuttgart 1996.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: *Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und cerebral schwerst geschädigter Patienten*. Schweizerische Aerztezeitung 29; 1223-1225, 1995.
- Seneca L.A.: *Lettres à Lucilius*. Edition Budé, Paris 1959.

Twycross R.: *When doctors might kill their patients*. British Medical Journal 319; 639, 1999.

Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls 20: *Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie*. Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn 1980.

Walser M.: *Dankesrede zur Verleihung des Friedenspreises des Deutschen Buchhandels in der Frankfurter Paulskirche am 11. Oktober 1998*. <www.hdg.de> 2001.

Wettstein R.H.: *Leben- und Sterbenkönnen*. Peter Lang, Bern 1995 (2000).

Zimmermann-Acklin M.: *Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung*. Universitätsverlag, Freiburg i. Ue. 1997.