

## Sterbehilfe in der Diskussion

von PD Univ.Lektor Dr. Andreas Klein

In letzter Zeit ist wieder etwas Bewegung in das Thema „Sterbehilfe“ kommen. In unterschiedlichen Medien wird intensiver darüber diskutiert und auch politisch und in Gremien hat sich etwas getan. Dabei bleiben weiterhin die Standpunkte kontrovers und, was bei diesem Thema auf der Hand liegt, emotional besetzt. Die Argumente, die man für die kontroversen Positionen heranziehen kann, sind weitgehend sondiert und bekannt. Darum mag es hilfreich sein, die Unterscheidungen und vorgebrachten Argumente noch einmal aufzugreifen und kritisch zu erörtern. Dieses bietet sich auch deswegen an, weil am 16.11.2015 auf der Homepage der Niederösterreichischen Patientenanwaltschaft ein weiterer diesbezüglicher „Expertenletter“ veröffentlicht wurde unter dem Titel „Hilfe beim Sterben – Keine Hilfe zum Sterben“ (Dietmar Weixler und Friedeman Nauck). Titelformulierungen wie diese zeigen jedoch bereits *ein* Problem der Debatte an, nämlich über sprachliche Formulierungen Stimmungen und Zustimmungen herzustellen.

### Aktueller Hintergrund

In der jüngsten Vergangenheit wurde das Thema Sterbehilfe von verschiedensten Seiten wieder aufgegriffen. In Österreich beschäftigte sich die Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt intensiv mit dieser Frage und veröffentlichte im Februar 2015 eine Stellungnahme mit dem Titel „Sterben in Würde“<sup>1</sup>. Dabei äußerte sich eine Mehrheit der sehr differenziert besetzten Kommission für eine Öffnung zur Beihilfe zum Suizid unter bestimmten Bedingungen. Gleichzeitig wurde auf eine Verbesserung und Intensivierung der Palliativmedizin und ihrer Angebote gedrängt. In Deutschland wiederum kam es im Bundestag ohne Parteizwang im Herbst 2015 zu einem Mehrheitsbeschluss, der die Beihilfe zum Suizid weiterhin für prinzipiell rechtmäßig erklärte, wobei allerdings die gewerbsmäßige Betätigung, wie sie etwa in der Schweiz zulässig ist, ausgeschlossen wurde. Allerdings ist zu erwarten, dass dieser Beschluss noch weitere Diskussionen notwendig machen wird, weil differenzierte Klärungen über die richtige Interpretation noch ausstehen. In Ländern wie Belgien, Niederlande und Luxemburg ist über die Beihilfe zum Suizid hinaus auch die aktive Sterbehilfe erlaubt. Die entsprechenden Diskussionen laufen aber international weiter, wobei die konkreten Ausgänge noch nicht prognostizierbar sind. Es ist jedoch zu vermuten, dass die eingeschlagene Bewegung hin zu einer Öffnung kaum zurückgefahren werden wird. Blickt man des Weiteren auf nationale und internationale Bürgerbefragungen, dann ergibt sich nur insoweit ein einheitliches Bild, als sich zumindest ein großer Bevölkerungsanteil, meist über 50% (öfters auch über 60%) eine gesetzliche Lockerung vorstellen können. Hier spielen aber auch nationale Besonderheiten wie Fragen des Weltbildes, des Menschenbildes und religiöse Überzeugungen eine wichtige Rolle. Der grundsätzliche Trend zur Säkularisierung – auch des Sterbens – , zur Selbstbestimmung des Einzelnen, die Auflösung enger familiärer Lebensformen und andere Faktoren verstärken diese Öffnungsbewegung.

Wenn gegenwärtig das Thema Sterbehilfe aufgenommen wird, dann besteht weitgehender Konsens darin, dass sämtliche Möglichkeiten ausgeschöpft werden sollen, inklusive einer verbesserten Palliativmedizin und ihrer Angebote, um ein Leben und dann auch ein „Sterben in Würde“ zu ermöglichen. Sterbehilfe sollte, auch im Falle ihrer rechtlichen Zulassung, stets als *ultima ratio* betrachtet werden und an valide Regelungen und Bedingungen geknüpft sein, um eventuellen Missbrauch oder andere nachteilige Effekte auszuschließen. Diese Regelun-

---

<sup>1</sup> Bioethikkommission (2015): Sterben in Würde. Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen. Stellungnahme der Bioethikkommission, abrufbar unter: <https://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=58509>.

gen bedürfen der ständigen Überprüfung und müssen bei Bedarf modifiziert werden können. So wird es auch in Ländern gehandhabt, in denen Sterbehilfe gesetzlich gewährt wird.

Es ist aber ein Irrglaube, dass der Ruf nach selbstbestimmtem Sterben dann zum Erliegen gebracht würde, wenn die bestmögliche Schmerztherapie, eine umfassende Betreuung und größere Zuwendung zur Verfügung stünden. Palliativmedizin und andere Verbesserungen sind zwar wünschenswert, erreichen aber nicht den eigentlichen Nerv der Diskussion. Denn diese Angebote können gar nicht alles leisten, was Menschen am Ende ihres Lebens bedürfen. Denn im Kern geht es darum, dass Menschen ihre eigenen Vorstellungen von Würde im Leben und im Sterben realisieren möchten, und nicht extern oder heteronom vorgesetzt bekommen wollen, wie man zu sterben hat. Darum geht es hier auch gar nicht um einen vermuteten Werteverfall, sondern gerade um die Realisierung hoher Werte. Der Philosoph und Ethiker Ronald Dworkin bezeichnet es geradezu als „menschenverachtende Tyrannei“ (devastating, odious form of tyranny), dass ein Mensch gewissermaßen gezwungen wird, auf eine bestimmte Art und Weise zu sterben, die zwar nach Meinung anderer richtig erscheinen mag, für ihn selbst aber im gravierenden Widerspruch steht.<sup>2</sup> Es wird Bürgern also heteronom vorge-schrieben, wie sie sterben sollen und werden.

### **Unterscheidungen von Sterbehilfen**

Zunächst sollen hier gebräuchliche Unterscheidungen von Sterbehilfe herangezogen werden, die auch für die weitere Diskussion wichtig sind. Dabei stößt man jedoch bereits auf das Problem, dass schon die semantischen Differenzierungen zuweilen Widerstand evozieren. Einhellige Übereinstimmung besteht darin, dass vom Begriff der „Euthanasie“ jedenfalls im deutschsprachigen Kontext Abstand zu nehmen ist. Mit ihm sind negative Konnotationen zum NS-Regime und den damit einhergehenden Gräueltaten verbunden. Unabhängig davon ist die Bezeichnung des „guten Todes“ für sich bereits problematisch oder zumindest interpretationsbedürftig. Insofern hat man sich gegenwärtig weitgehend auf den Begriff der Sterbehilfe verständigt, der dann allerdings weiter differenziert werden muss. Es ist nicht ausgeschlossen, dass künftig noch andere Sprachregelungen Einzug halten. Vor diesem Hintergrund ist aber jedenfalls darauf zu bestehen, dass in der aktuellen Debatte Befürworter der Sterbehilfe nicht von vornherein in einen Topf mit nationalsozialistischen Ideologien geworfen werden – wie leider häufig anzutreffen ist. Das ist nicht nur inhaltlich unzutreffend, sondern verhindert gerade eine sachliche und redliche Diskussion. Reminiszenzen an dieses Kapitel der Vergangenheit sollten jedenfalls unterbleiben. Ebenso sollten aus diesem Grund rhetorische Floskeln und Kunstgriffe vermieden werden, wie etwa: Ein Mensch soll an der Hand eines anderen Menschen sterben, aber nicht durch die Hand eines anderen Menschen (so etwa Caritas-Chef Michael Landau). Damit wird immer wieder versucht, mit Sprache Politik zu machen und bestimmte „Bilder im Kopf“ zu etablieren. In begrifflicher Hinsicht kann auch offen bleiben, ob von Sterbehilfe nur dann gesprochen werden sollte, wenn ein ausdrücklicher Wunsch eines Betroffenen verwirklicht werden soll. Somit können mit Sterbehilfe insgesamt solche „Handlungen oder Unterlassungen“ bezeichnet werden, „die darauf abzielen, im Interesse eines schwerstkranken Patienten dessen Tod zuzulassen oder herbeizuführen“<sup>3</sup>.

Als grundlegende Differenzierungen haben sich folgende Unterscheidungen etabliert:

– *Passive Sterbehilfe*: Das Zulassen eines früheren Todeseintritts durch Behandlungsverzicht. Beispiele hierfür wären etwa der Verzicht auf Wiederbelebungsmaßnahmen oder das Aussetzen lebensverlängernder Maßnahmen (z.B. Ernährungssonde oder Beatmungsgeräte).

– *Indirekte Sterbehilfe*: Potenziell lebensverkürzende Palliativmaßnahmen, also wenn etwa Schmerztherapien zu einem frühzeitigen, aber schmerzfreien Tod führen.

---

<sup>2</sup> Das gesamte Zitat findet sich bei Schöne-Seifert, Bettina (2007): Grundlagen der Medizinethik, Stuttgart, 110f.

<sup>3</sup> Schöne-Seifert (2007), 114.

- *Aktive Sterbehilfe*: Das tätige Herbeiführen des Todes eines Patienten auf dessen ausdrücklichen Wunsch durch eine andere Person und wenn es sich nicht um passive oder indirekte Sterbehilfe handelt. Dies könnte etwa durch eine Überdosis einer Substanz der Fall sein.
- *Beihilfe zum Suizid* oder (*ärztlich*) *assistierter Suizid*: Selbsttötung durch Unterstützung einer anderen Person, zumeist eines Arztes. Die Tötungshandlung wird vom Patienten selbst durchgeführt, allerdings mit (ärztlicher) Unterstützung.

Diese terminologischen Differenzierungen werden von einigen kritisiert, weil man entweder bereits die Verkoppelung von Hilfe und Herbeiführung des Todes für problematisch betrachtet, oder weil sich die genauen Abgrenzungen in konkreten Fällen als schwierig erweisen können. An dieser Stelle könnte man etwa darauf insistieren, dass auch das Abstellen von z.B. lebenserhaltenden Apparaturen als aktive Sterbehilfe betrachtet werden könnte. Denn es handelt sich ja um aktive Tätigkeiten oder Handlungen, die jedenfalls auch dem Ziel dienen, das Leben von Menschen zu beenden oder zumindest ihren Tod in Kauf zu nehmen. Damit wäre jedenfalls ein Interpretationsproblem zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe gegeben. Der Unterschied besteht jedoch darin, dass bei der aktiven Sterbehilfe der Tod des Betroffenen *direkt intendiert* wäre, bei der passiven Sterbehilfe jedoch nicht. Noch deutlicher tritt dieser Unterschied bei der indirekten Sterbehilfe hervor, weil hier der eigentliche Zweck in der Schmerzlinderung besteht. Die Grenzen sind jedoch nicht immer so klar und säuberlich. Unter anderem wird vorgeschlagen, statt von aktiver Sterbehilfe von „Töten“ bzw. von „Tötung auf Verlangen“ und statt von passiver Sterbehilfe von „Sterbenlassen“ zu sprechen. Dadurch würde der direkte Handlungszweck bzw. die direkte Handlungsabsicht klarer hervortreten. Durch den Begriff des Sterbenlassens ließe sich zudem auch noch einmal deutlicher zwischen „Lebensverlängerung“ und „Sterbensverlängerung“ unterscheiden. Denn nicht jede medizinische Intervention am Lebensende ist per se auf das Leben als Letztziel ausgerichtet. Diese Unterscheidungen sind aber ebenfalls mit gewissen Uneindeutigkeiten und Interpretationsspielräumen verbunden, zumal Lebens- und Sterbensverlängerung ihrerseits interpretationsbedürftig sind. Diese Spielräume müssen nicht zwangsläufig negativ betrachtet werden, sondern teilen ihre Uneindeutigkeit mit dem Begriff des Lebens selbst. Allerdings würde der Begriff der Tötung doch wieder negative Konnotationen befördern, was eigentlich vermieden werden soll.

### **Rechtliche Rahmenbedingungen**

Derzeit ist durch das österreichische Strafgesetzbuch (StGB) das Verbot der aktiven Sterbehilfe ebenso wie die Beihilfe zum Suizid (§§ 77f) festgeschrieben – freilich ohne weitere Begründung. Die passive und die indirekte Sterbehilfe sind jedoch in Österreich prinzipiell zulässig. Die Gründe dafür sind recht unterschiedlich, liegen aber einerseits darin, dass medizinische Interventionen auf ihre Sinnhaftigkeit hin befragt werden müssen, andererseits an möglichen vorliegenden Patientenverfügungen oder Willensäußerungen von Patienten. In einer Patientenverfügung, ob „verbindlich“ oder „beachtlich“, können Personen zu einem Zeitpunkt der hinreichenden Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit ihre Selbstbestimmung und ihren Willen zum Ausdruck bringen, was in Situationen erfolgen sollte, in denen diese Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist. Es besteht folglich die Möglichkeit, für spätere Situationen des Lebens bestimmte medizinische Maßnahmen einzuschränken oder zurückzuweisen – oder eben in beschränktem Maße einzufordern. Für die jeweilige Zulässigkeit von Forderungen gibt es Rahmenbedingungen und Begrenzungen. Die entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen zu Patientenverfügungen finden sich im Patientenverfügungsgesetz, kurz PatVG (seit 2006). Im Zuge der konkreten Realisierung einer Patientenverfügung kann es also sehr wohl zur passiven oder indirekten Sterbehilfe kommen.

Aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid bleiben jedoch, also auch im Rahmen einer Patientenverfügung, weiterhin ausgeschlossen. Bereits an dieser Stelle und dann wieder unter ethischen Gesichtspunkten muss die Frage erhoben werden, wie weit überhaupt der Arm des Gesetzes und die Politik reichen sollen. Nicht wenige Autoren sind der Meinung, dass die Politik am Sterbebett wenig verloren habe. Natürlich hat die Politik dafür Sorge zu tragen, dass menschenwürdiges Leben und Sterben ermöglicht wird. Jedoch vorzuschreiben, wie Menschen letztlich zu sterben haben, muss gerade nicht als Aufgabe von Politik und Gesetz betrachtet werden. Das bedeutet aber, dass der Gesetzgeber seinerseits Rechenschaft abzulegen hat, wie weit er glaubt berechtigt zu sein, in die höchstpersönlichen Bereiche des Menschen eingreifen zu dürfen. Und das heißt wiederum, dass plausibel dargelegt werden muss, warum bestimmte Bereiche der Selbstbestimmung dem Einzelnen entzogen werden, wenn dadurch keine anderen hohen Güter verletzt oder tangiert werden.

Auch in menschenrechtlicher Perspektive darf etwa das „Recht auf Leben“ nicht mit einer „Pflicht zu(m) Leben“ verwechselt werden. Dies ergibt sich auch nicht aus der Einräumung der Menschenwürde. Andernfalls wäre auch der berühmte § 110 StGB zu eliminieren, wonach niemand gegen seinen ausdrücklichen Willen behandelt werden darf. Zwar müssen staatliche oder private Einrichtungen oder Institutionen nicht dazu verpflichtet werden, bei eventueller aktiver Sterbehilfe oder Suizidbeihilfe mitzuwirken. Ähnlich liegt ja bekanntlich der Fall beim Schwangerschaftsabbruch (§ 97 StGB). Davon kann jedoch die Möglichkeit zur Beihilfe oder Mitwirkung nicht automatisch ausgeschlossen werden. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) hat bislang noch keine Anerkennung der selbstbestimmten Gestaltung des Lebensendes als Recht auf selbstbestimmtes Sterben vollzogen.<sup>4</sup> Ob die Suizidbeihilfe und die aktive Sterbehilfe durch den EGMR prinzipiell unter Strafe zu stellen sei, ist bislang ungeklärt. Dieser Schritt wäre aber – insbesondere im Blick auf die Beihilfe zum Suizid – äußerst problematisch, weil dadurch diejenigen europäischen Staaten, in denen Suizidbeihilfe und/oder aktive Sterbehilfe erlaubt sind, in größte Bedrängnis geraten würden. Aus den Menschenrechtsübereinkommen, den internationalen Pakten und den national zugestandenen Grundrechten lässt sich zwar nicht zwingend eine Legalisierung der Suizidbeihilfe oder der aktiven Sterbehilfe ableiten, aber wohl auch kaum die kategorische Ablehnung oder gar Bestrafung derselben. Aber selbst wenn dies der Fall sein sollte, wäre die ethische Fragestellung damit noch keineswegs erledigt. Denn es ist ja nicht prinzipiell ausgeschlossen, dass sogar noch die Menschenrechtskonventionen mit ethischen Überlegungen in Konflikt geraten können. Insofern sind auch diese Basiskonventionen stets der kritisch-ethischen Überprüfung zu unterziehen, weil sich eben Recht und Ethik nicht in jedem Fall decken müssen. Damit sind wir bereits bei den ethischen Überlegungen angelangt.

### **Ethische Überlegungen**

In Österreich besteht weitgehend Konsens darüber, dass aktive Sterbehilfe derzeit (noch) nicht das vordringliche Thema in diesem Kontext darstellt. Zwar gibt es auch hier durchaus prominente Ausnahmen und diesen wird man künftig auch noch weiter Gehör schenken müssen. Nichtsdestotrotz konzentriert sich die Diskussion vorerst um eine Legalisierung der Suizidbeihilfe. Dementsprechend fiel das Mehrheitsvotum im Deutschen Bundestag zugunsten der Beibehaltung der Legalität aus (mit entsprechenden Einschränkungen) und auch die Stellungnahme der österreichischen Bioethikkommission sprach sich mehrheitlich für eine allmähliche Öffnung aus. Somit formiert sich eine immer breitere Übereinstimmung, auch in internationalen Umfragen, zumindest die Beihilfe zur Selbsttötung auf legale Beine zu stellen, wengleich der Widerstand weiterhin ungebrochen ist. Nun ist freilich eine gesellschaftliche Mehrheitsmeinung noch kein befriedigendes ethisches Urteil. Gleichwohl müssen sich Politik

---

<sup>4</sup> EGMR, Urt. v. 29.4.2002, Pretty V. Vereinigtes Königreich (2346 / 02), Rn. 39.

und Gesetzgeber als gewählte Volksvertretung kritisch befragen lassen, mit welchen plausiblen Gründen sie sich eigentlich gegen eine derartige Mehrheitsmeinung mitsamt Unterstützung durch hochrangige Kommissionen durchzusetzen berechtigt sehen.<sup>5</sup> Prinzipiell bestünde auch die Option einer Volksbefragung oder Volksabstimmung, um der Bevölkerung die Möglichkeit zu geben, ihre Interessen vertreten zu sehen. Dieses Werkzeug wird derzeit nicht zur Anwendung gebracht. Freilich ist auch hier eine Mehrheitsmeinung noch kein hinreichendes ethisches Urteil. Zu erinnern ist darüber hinaus daran, dass die Menschenrechtsübereinkommen unter anderem auch das Ziel verfolgen, die Eingriffsrechte des Staates zugunsten des Menschen zu limitieren. An der heiklen Stelle der Suizidbeihilfe glaubt sich der Staat jedoch bislang dazu berechtigt, in das selbstbestimmte Sterben fundamental einzugreifen, und zwar wohl deswegen, um andere hohe Güter zu schützen. Gleichzeitig wird jedoch durch die Option einer Patientenverfügung oder durch den § 110 StGB die begrenzte Selbstbestimmung (beim Lebensende) eingeräumt. Es ist also zu fragen, ob an dieser Stelle nicht ethische Inkonsistenzen vorliegen.

Grundsätzlich stehen sich hier in ethischer Perspektive mehrere Güter, Rechte und Prinzipien gegenüber. Diese sind jeweils derart hochrangig, dass eine einfache Priorisierung äußerst schwer fällt.<sup>6</sup> Gegenüber stehen sich hier das Recht auf Leben, die Würde des Menschen, das Recht auf Autonomie bzw. Selbstbestimmung, Recht auf Privatsphäre, Zugang zu Gesundheitsleistungen und Arzneimitteln, das Prinzip des Nichtschadens und jenes der Fürsorge. Ein Problem in der Diskussion besteht darin, dass unterschiedliche Positionen mit denselben Prinzipien, Gütern und Rechten argumentieren, diese jedoch unterschiedlich veranschlagen. Kontrovers ist bereits, was aus der Würde des Menschen konkret folgen kann oder soll. Aus der Menschenwürde jedoch ein Verbot und Unter-Strafe-Stellen der Suizidbeihilfe ableiten zu wollen, erscheint ethisch jedenfalls als inkonsistent<sup>7</sup> und würde auch Fälle von passiver (auch im Rahmen einer Patientenverfügung) und indirekter Sterbehilfe betreffen: Wenn nämlich Schmerzfreiheit unter bestimmten Bedingungen als grundlegender oder höherstufiger betrachtet wird als die weitere Ausdehnung der Lebensspanne, dann ließe sich eine analoge Güterabwägung auch für Fälle der Suizidbeihilfe oder der aktiven Sterbehilfe rechtfertigen.<sup>8</sup> Bei der passiven Sterbehilfe liegt dies ohnehin auf der Hand, weil der Tod des Patienten durch Unterlassungen bzw. Abbrüche medizinischer Interventionen herbeigeführt, und nicht nur vorausgesehen wird. Der Menschenwürde entspricht insofern unmittelbar das Prinzip der Autonomie und der Selbstbestimmung. Grundsätzlich müssten Gegner sogar die Frage beantworten, warum im StGB der Versuch der Selbsttötung prinzipiell straffrei ist, die Hilfe zur Selbsttötung jedoch nicht. Die grundsätzlichen Gründe, die gegen die Suizidbeihilfe angeführt werden, würden mutatis mutandis auch gegen andere Fälle sprechen, die jedoch bislang legal sind. Insofern wäre zuerst die unterschiedliche Beurteilung eigens zu rechtfertigen und nicht eine angestrebte Vereinheitlichung.

Ein häufig angeführtes Argument besteht darin, dass eine Legalisierung der Suizidbeihilfe und erst recht der aktiven Sterbehilfe zu einem vermehrten *Druck* auf Betroffene, Ärztinnen

---

<sup>5</sup> Aufschlussreich in diesem Zusammenhang ist etwa der politische Prozess zur Präimplantationsdiagnostik (PID). Die Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt hat ja öfters mit dem Problem zu kämpfen, Empfehlungen zu formulieren, die politisch doch nicht umgesetzt werden. So war es längere Zeit auch bei der PID. Diese gelangte nun aber doch in das novellierte FMedG, weil der EGMR einige Passagen des Gesetzes für unzulässig erklärte, wodurch der österreichische Gesetzgeber gezwungen war, das Gesetz zu ändern. In dieser Novellierung wurde jedoch auch gleich die prinzipielle Legalisierung der PID hineingenommen, obwohl der EGMR dies gar nicht bemängelt hatte. Es war schlicht eine günstige Gelegenheit, um eine entsprechende Revision vorzunehmen, die längst fällig war.

<sup>6</sup> Eine ausführliche Darstellung, auch in theoriegeschichtlicher Hinsicht, findet sich bei Birnbacher, Dieter (2006): Bioethik zwischen Natur und Interesse, stw 1772, Frankfurt a.M.

<sup>7</sup> Es muss an dieser Stelle aber zumindest erwähnt werden, dass gerade Immanuel Kant, der moderne Begründer der Autonomie und der Menschenwürde, ethisch strikt gegen die Selbsttötung argumentiert hat. Nach seiner Einschätzung (in der Grundlegung zur Metaphysik der Sitten) könne die Selbsttötung nicht dem kategorischen Imperativ entsprechen. Diese Einschätzung wird jedoch von zahlreichen Autoren nicht geteilt. Vgl. kritisch zu Kant u.a. Birnbacher (2006).

<sup>8</sup> Schöne-Seifert (2007), 122.

und Ärzte und auf die Bevölkerung führe, nach solchen Maßnahmen zu greifen. Betroffene würden demzufolge sehr viel eher eine Suizidbeihilfe in Anspruch nehmen als ohne eine Legalisierung, um z.B. Angehörigen, dem Umfeld oder sonstigen Personen oder Institutionen nicht weiter zur Last zu fallen. Folglich komme es nur scheinbar zu einer selbstbestimmten, informierten und freiwilligen Überzeugung oder Willensbildung, während die eigentlichen Faktoren für diese Entscheidung woanders zu suchen wären. Man spricht hier gewöhnlich von sog. Dammbrech-Argumenten (bzw. Slippery-Slope-Argumenten), die allerdings stets kritisch betrachtet werden sollten. Es ist aber noch einmal klarzustellen, dass es bei der Sterbehilfe um eine *ultima ratio* geht, die palliativmedizinischen Möglichkeiten zu verbessern sind und Freiwilligkeit, Informiertheit, Einsichtsfähigkeit, Selbstbestimmung und Abwehr von Missbrauch sichergestellt werden müssen. Es geht nicht um ein Entweder-Oder, sondern um ein Sowohl-Als-auch. Hier kann ein internationaler Vergleich helfen, um sich die Erfahrungen der einzelnen Staaten, in denen Legalisierungen bestehen, methodisch und kritisch anzusehen. Durch einen solchen Vergleich würde sich auch herausstellen, ob in solchen Ländern tatsächlich ein stärkerer Druck empirisch zu beobachten ist. Dagegen spricht jedenfalls die Erfahrung vieler Menschen, dass gerade die Gewissheit über die Möglichkeit eines selbstbestimmten Lebensendes eine enorme Erleichterung und Entlastung mit sich bringt. Dies kann auch zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten führen und nicht zwangsläufig zu vermehrtem Druck. Gegen diese Einschätzung spricht auch nicht automatisch der Umstand, dass sich etwa in den Niederlanden die Zahlen für Suizidbeihilfe oder aktive Sterbehilfe sukzessive erhöhen.

Das Argument möglichen gesellschaftlichen Druckes ist auch deswegen problematisch, weil man damit die Argumentationsebene wechselt. Die grundlegende Fragestellung wird damit durch ein sozialpragmatisches Argument ersetzt, damit aber auch funktionalisiert und instrumentalisiert. Denn zentral geht es in der Debatte ja um Patienten, die z.B. dringlich eine Suizidbeihilfe nachsuchen, nicht um sonstige gesellschaftliche Konsequenzen. Wenn es hier aber zentral um Patienten geht, dann geht es um *ihre* moralischen Ansprüche, nicht jedoch um weitere mögliche gesellschaftliche Konsequenzen oder Folgeprobleme. Letztere sind ethisch eigenständig zu erörtern. Dennoch kann man sogar in sozialpragmatischer Sicht darauf hinweisen, dass eine Legalisierung einem Missbrauch vorbeugen könnte, weil genaue Verfahren, Abläufe und Bedingungen einzuhalten sind, also eine deutlich stärkere Kontrolle möglich ist. So ist es etwa auch im Fall der Feststellung des Hirntodes – als Voraussetzung für eine mögliche Organentnahme. Insofern könnte auch, pragmatisch argumentiert, dem Trend zum Suizid-Tourismus vorgebeugt werden. Das Argument möglichen Drucks in der Bevölkerung würde übrigens auch gegen die Legalität von Patientenverfügungen sprechen. Angesichts der immer noch schwachen Zahlen an Patientenverfügungen scheint sich dies derzeit nicht zu bewahrheiten. Ebenso würde der § 110 StGB unter diesen Generalverdacht fallen, da sich auch hier ein gesellschaftlicher Druck aufbauen könnte, wonach Betroffene eine (weitere) Behandlung einfach ablehnen. § 110 StGB stellt es sogar frei, dass Menschen, sofern sie einsichtsfähig, freiwillig und selbstbestimmt sind, objektiv irrationale Entscheidungen treffen, also Behandlungen ablehnen dürfen, die ansonsten dringlichst angezeigt wären.

In die bereits eingeschlagene Richtung weisen auch die vier Prinzipien (mittlerer Reichweite), die von Beauchamp und Childress<sup>9</sup> für den Bereich der Biomedizinethik formuliert wurden und mittlerweile breite Zustimmung genießen. Diese vier Prinzipien sind Nichtschaden, Fürsorge, Autonomie und Gerechtigkeit. Das bisher Gesagte lässt sich in dieses Prinzipienraster einordnen, auch dahingehend, dass diese Prinzipien in der aktuellen Debatte recht unterschiedlich interpretiert und gewichtet werden. Während das Autonomieprinzip weitgehend für eine Legalisierung der Suizidbeihilfe stehen dürfte, kann etwa das Prinzip des Nichtschadens oder der Fürsorge sowohl für als auch gegen eine derartige Legalisierung herangezogen werden. Aus Sicht von Suizidenten bzw. Betroffenen kann Suizidbeihilfe durchaus als

---

<sup>9</sup> Beauchamp, Tom L. / Childress, James F. (2009): Principles of biomedical ethics, Oxford u.a.

Akt der Fürsorge und des Nichtschadens interpretiert werden, da das Herbeiführen des Todes von ihnen eben nicht als Schaden gewertet werden muss – oder jedenfalls als geringerer Schaden.

Häufig wird auch noch argumentiert, ärztliches Handeln ziele darauf, menschliches Leben zu erhalten, zu retten und zu bewahren, während es dem ärztlichen Ethos widerspräche, an der Tötung von Menschen mitzuwirken.<sup>10</sup> Ähnlich lag der Fall in Deutschland vor dem kürzlich getroffenen Bundestagsbeschluss. Dieses Argument ist jedoch nicht durchschlagend, denn „das ärztliche Ethos sollte sich ja von einer allgemeinen Ethik her rechtfertigen müssen und nicht umgekehrt.“<sup>11</sup> Es geht also zunächst um die moralischen Ansprüche von Betroffenen und/oder Sterbenden und nicht um tradierte Berufspflichten. Wenn eine ethische Zulässigkeit aufgrund moralischer Ansprüche von Betroffenen argumentativ plausibel sein sollte, muss sich das ärztliche Ethos daran richten – und nicht umgekehrt. Daraus darf freilich nicht umgekehrt eine Verpflichtung zur Mitwirkung gefolgert werden.

### **Fazit**

Gegenwärtig lässt sich eine kategorische Ablehnung der Suizidbeihilfe in ethischer Hinsicht kaum überzeugend argumentieren. Einzuräumen ist freilich, dass die meisten Gründe, die für eine Öffnung bzw. Legalisierung der Suizidbeihilfe sprechen, auch für eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe herangezogen werden können. Grundlegend ist auf jeden Fall, dass bestimmte Rahmenbedingungen erfüllt sind, so dass einem Missbrauch konsequent vorgebeugt werden kann. Dies betrifft auch Fragen der konkreten Einsichts- und Urteilsfähigkeit, also Fragen, die sich auch in anderen vergleichbaren Kontexten in analoger Weise stellen. Hier lassen sich jedoch internationale Erfahrungen und Regelungen konstruktiv heranziehen und vor allem langsame Umsetzungsschritte favorisieren. Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe sollten *ultima ratio* bleiben und Hilfestellungen verschiedenster Art sollten für Betroffene so weit als möglich zur Verfügung stehen.

Jänner 2016

---

<sup>10</sup> Auf den sog. Hippokratischen Eid sollte hier ohnehin nicht gesetzt werden, da dieser bekanntlich ja auch den Schwangerschaftsabbruch kategorisch verbietet.

<sup>11</sup> Düwell, Marcus (2008): Bioethik: Methoden, Theorien und Bereiche, Stuttgart, 183.