

Euthanasie bei unheilbarem Leid?

Am 23. September 2002 ist das neue belgische „Euthanasie-Gesetz“ in Kraft getreten. Nach den Niederlanden, wo ein am 10. April 2001 verabschiedetes Euthanasiegesetz¹ am 1. April 2002 in Kraft getreten ist, hat jetzt auch Belgien die aktive, direkte ärztliche Tötung von Patienten legalisiert. Das belgische Euthanasiegesetz geht dabei weit über die niederländischen Bestimmungen hinaus und erlaubt aktive Sterbehilfe auch bei Patienten, die zwar an einer unheilbaren Krankheit leiden, aber nicht in absehbarer Zeit sterben werden. Im folgenden sollen das neue belgische Gesetz vorgestellt und damit verbundene Gefahren von Mißbrauch diskutiert werden. Da die Frage nach einer möglichen Legalisierung der Sterbehilfe zunehmend auch in vielen anderen Ländern ernsthaft diskutiert wird, soll ein kurzer Überblick die derzeitige rechtliche Lage in den verschiedenen Ländern darstellen. Abschließend werden die gängigen Argumente, die von Seiten der Euthanasiebefürworter und -gegner vorgebracht werden, einer ethischen Reflexion unterzogen.

Das belgische Euthanasiegesetz

Am 16. Mai 2002 hat das belgische Parlament mit 86 zu 51 Stimmen ein Euthanasiegesetz verabschiedet, welches erstmals die aktive Sterbehilfe erlaubt. Nur vier Monate später ist es in Kraft getreten². Es gilt als das liberalste Gesetz zur Regulierung der aktiven Tötung von Patienten auf deren Verlangen und stellt quasi eine unaufhaltsame Fortentwicklung des niederländischen Euthanasiegesetzes dar. Im folgenden werden die Bestimmungen aufgeführt, deren Erfüllung zum Verlangen und zur Durchführung der aktiven Sterbehilfe berechtigt³.

Das „Gesetz bezüglich der Euthanasie“ regelt die Gewährung der aktiven Sterbehilfe unter Bezugnahme auf Artikel 78 der belgischen Verfassung. Laut Artikel zwei des belgischen Euthanasiegesetzes wird unter „Euthanasie die durch einen Dritten ausgeübte Handlung verstanden, die absichtlich dem Leben einer Person auf deren Verlangen hin ein Ende setzt“. Nach Artikel drei des zweiten Kapitels gelten folgende Voraussetzungen:

„§ 1 Der Arzt, der eine Sterbehilfe praktiziert, begeht keinen Gesetzesbruch, wenn er sich versichert hat, daß:

der Patient volljährig oder minderjährig, aber willensfähig ist und im Moment seines Verlangens zu rechnungsfähig und bei vollem Bewußtsein ist;

das Verlangen auf freiwillige, überlegte und wiederholte Weise formuliert ist ...;

der Patient sich in einem ausgewogenen medizinischen Zustand befindet und ein ständiges und unerträgliches physisches oder psychisches Leiden vorliegt, das nicht (nennenswert) gelindert werden kann und das aus einer schweren und unheilbaren Beeinträchtigung durch Unfall oder Krankheit resultiert ...

§ 2 Unabhängig von den zusätzlichen Bedingungen, die er bei seinem Eingriff aufstellen möchte, muß der Arzt vorrangig und in jedem Falle:

(1) den Patienten über seinen Gesundheitszustand und seine Lebenserwartung informieren, sich mit dem Patienten abstimmen über dessen Verlangen nach Sterbehilfe und mit ihm die noch in Betracht kommenden therapeutischen Möglichkeiten sowie die Möglichkeiten, die die palliative Pflege bietet, und deren Konsequenzen erörtern. Er muß mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangen, daß es in seiner Lage keine andere vernünftige Lösung gibt und daß das Verlangen des Patienten vollkommen freiwillig ist;

(2) sich über die Fortdauer des physischen oder psychischen Leidens des Patienten und über seinen eindeutigen Willen Gewißheit verschaffen ...

(3) einen anderen Arzt hinsichtlich der Schwere und Unheilbarkeit des Leidens zu Rate ziehen ... Der konsultierte Arzt macht sich mit der Krankheitsakte vertraut, untersucht den Patienten und vergewissert sich über die Dauerhaftigkeit, die Unerträglichkeit und die Unbehebbarkeit des physischen oder psychischen Leidens. Er verfaßt über seine Feststellungen einen Bericht ...

§ 3 Wenn der Arzt der Auffassung ist, daß der Tod offensichtlich nicht kurzfristig eintreten wird, muß er außerdem:

(1) einen zweiten Arzt, Psychiater oder Spezialisten des betroffenen Fachgebiets zu Rate ziehen ... Der konsultierte Arzt macht sich mit der Krankheitsakte vertraut, untersucht den Patienten und vergewissert sich über die Dauerhaftigkeit, die Unerträglichkeit und die Unbehebbarkeit des physischen oder psychischen Leidens sowie über das freiwillige, überlegte und wiederholte Vorbringen des Verlangens. Er verfaßt über seine Feststellungen einen Bericht ...

(2) mindestens einen Monat zwischen dem schriftlich abgefaßten Sterbewunsch und der Sterbehilfe verstreichen lassen.

(4) Das Verlangen des Patienten muß schriftlich vorliegen. Das Dokument wird vom Patienten selbst verfaßt. Wenn er dazu nicht in der Lage ist, wird sein Verlangen durch eine volljährige Person seiner Wahl schriftlich fixiert, die keinerlei materielles Interesse am Tode des Patienten hat ...

Kapitel 3:

§ 1 Jeder Volljährige oder willensfähige Minderjährige kann, für den Fall, daß er seinen Willen nicht mehr äußern kann, in einer schriftlichen Erklärung seinen Willen niederlegen, daß ein Arzt Sterbehilfe leistet, wenn dieser Arzt feststellt:

daß der Patient von einer schweren und unheilbaren Beeinträchtigung durch Unfall oder Krankheit betroffen ist;

daß er bewußtlos ist und daß diese Lage nach aktuellem wissenschaftlichem Stand irreversibel ist.“

Vergleich zwischen niederländischer und belgischer Gesetzgebung

Das belgische Gesetz regelt – im Gegensatz zum niederländischen – nur die aktive Sterbehilfe, das heißt die aktive Tötung auf Verlangen, nicht aber den medizinisch assistierten Suizid. In den Niederlanden wird ethisch und rechtlich keine Unterscheidung zwischen aktiver Tötung und assistiertem Suizid getroffen. Im Unterschied zu den Niederlanden ist das belgische Gesetz nicht im Strafgesetzbuch lokalisiert. Auch im belgischen Gesetz besteht die Möglichkeit, aktive Sterbehilfe im

voraus mit Hilfe einer Patientenverfügung zu verlangen, und zwar für jene Fälle, in denen Patienten nicht mehr aktuell kommunikations- bzw. willensfähig sind. Die Unterzeichnung einer solchen Patientenverfügung darf nicht länger als fünf Jahre zurückliegen. Im Gegensatz zum niederländischen Modell ermöglicht das belgische Gesetz darüber hinaus die Einsetzung von „Personen des Vertrauens“, die im gegebenen Fall die aktive Sterbehilfe für den nicht mehr willensfähigen Patienten beantragen dürfen.

Analog zum niederländischen Vorgehen sieht das belgische Gesetz vor, die aktive Sterbehilfe mit Hilfe einer Kontrollkommission a posteriori zu überwachen. Der belgische Arzt muß innerhalb von vier Tagen nach vollzogener aktiver Sterbehilfe den Vorfall mittels Formblatt an die zentrale Nationale Kontroll- und Evaluationskommission melden, die jeweils für vier Jahre einberufen wird. Diese Kommission setzt sich zusammen aus acht Ärzten, vier Juristen und weiteren vier Mitgliedern, die mit der Problematik aktiver Sterbehilfe vertraut sind. Kommt die Kommission zu dem Schluß, daß der Arzt nicht entsprechend den Vorschriften gehandelt hat, kann sie mit einer benötigten Zweidrittelmehrheit den Staatsanwalt einschalten. Im Gegensatz dazu muß der Arzt im niederländischen Modell den Euthanasiefall einer der insgesamt fünf regionalen Ethikkontrollkommissionen, bestehend aus jeweils einem Arzt, einem Juristen und einem ethisch versierten Mitglied, melden.

Vergleich zwischen belgischer und niederländischer Euthanasiepraxis

Die Tötung auf Verlangen war in Belgien bislang gesetzlich verboten. Dennoch erfolgten in Belgien – wie eine belgische Studie aus dem Jahr 2000 aufdeckte – alle medizinischen Maßnahmen mit lebensverkürzender Intention mit der gleichen Häufigkeit (19 Prozent) wie in den Niederlanden⁴. Die Rate für *Euthanasie* und *Tötungen ohne Verlangen* beträgt in Belgien jeweils 1,1 Prozent und 3,2 Prozent im Vergleich zu 2,4 und 0,7 Prozent in den Niederlanden. In Belgien werden demnach weit mehr Patienten *ohne* ihr ausdrückliches Verlangen getötet als in den Niederlanden, was für einen sehr starken ärztlichen Paternalismus spricht.

Ähnlich wie in den Niederlanden wurde die aktive Sterbehilfe auch in Belgien – und derzeit auch in vielen anderen europäischen Staaten – sehr kontrovers diskutiert. Bereits vor 20 Jahren wurden die ersten Vorschläge für ein Euthanasiegesetz vorgebracht.

Mit dem neuen Euthanasiegesetz will die belgische Regierung Transparenz in die Euthanasiepraxis bringen. Diese Zielvorstellung wird sich aber als utopisch erweisen, da schon die niederländische Euthanasiepraxis deutlich gezeigt hat, daß trotz gesetzlich legitimer Straffreiheit weit weniger als die Hälfte der Euthanasiefälle gemeldet werden. Darüber hinaus werden trotz Straffreiheit jährlich ca. 1000 Patienten ohne deren ausdrückliches Verlangen nach Euthanasie aktiv getötet. In der

Bilanz wird mit dem Versuch, aktive Sterbehilfe zu legalisieren, die Position des Arztes gestärkt, wohingegen die des Patienten deutlich geschwächt wird⁵.

Die durchgeführten Studien zur niederländischen Euthanasiepraxis haben aufgezeigt, daß diese Praxis zum Mißbrauch geradezu prädestiniert ist. So werden die starken Kriterien des „freiwilligen Verlangens nach aktiver Sterbehilfe“ sowie das Vorliegen eines „unerträglichen und aussichtslosen Leidens“ nur allzu häufig mißachtet, weil betroffene schwerkranke Patienten in der Regel dem Arzt ausgeliefert sind. Die Situation des Patienten wird entweder durch den Arzt als lebensunwert definiert, oder dem Patienten wird der Wunsch nach Euthanasie von seinen Angehörigen nahegelegt.

Euthanasie statt Palliativmedizin?

Besonders problematisch und besorgniserregend ist die Tatsache, daß das belgische Euthanasiegesetz genauso wie der „Oregon Death with Dignity Act“, der im Jahr 1997 im amerikanischen Bundesstaat den ärztlich assistierten Suizid legalisiert hat, die Möglichkeit der aktiven Sterbehilfe bzw. des assistierten Suizids als eine gleichberechtigte „Therapie-Option“ neben eine palliativmedizinische Behandlung stellt. Der Wortlaut des Gesetzes verlangt also nicht, daß die Möglichkeiten der palliativmedizinischen Versorgung ausgeschöpft werden müssen, sondern bietet dem Patienten drei gleichberechtigte Optionen an: sich töten zu lassen, sich palliativmedizinisch behandeln zu lassen (z.B. durch Verabreichung adäquater Schmerzmittel) oder die Schmerzen zu ertragen:

„Vor allem aber ist aus ärztlicher Sicht entschiedener Widerspruch vonnöten, wenn das belgische Gesetz den Eindruck erwecken möchte, als stellten ärztliche Tötungshandlungen in extremer Not die einzige Hilfe dar, die dem Patienten noch angeboten werden kann. Tatsächlich stehen diesen Formen des Mißbrauchs und der Verachtung der Medizin in den Konzepten der ärztlich-pflegerischen Betreuung nach den Grundsätzen der modernen Palliativmedizin jedoch aussichtsreiche Alternativen gegenüber, in deren Mittelpunkt die Achtung vor dem Sterbenden steht.“

Länderüberblick zum Thema Sterbehilfe

Im folgenden soll ein kurzer Länderüberblick zum Thema „Sterbehilfe“ gegeben werden. Auf die gesetzlichen Regelungen und die Praxis in den Niederlanden und in Belgien, auf die deutsche Gesetzeslage zur aktiven Sterbehilfe und den Oregon Death with Dignity Act wurde bereits andernorts ausführlich eingegangen⁶.

1. *Rechtslage in Österreich.* Im Regierungsprogramm der österreichischen Bundesregierung aus dem Jahr 2000 wurde zur Sterbehilfe festgehalten:

„Jeder Schritt in Richtung Sterbehilfe wird entschieden abgelehnt. Vielmehr soll ein Plan für den Ausbau des Hospizwesens und der Palliativmedizin (Schmerzmedizin) entwickelt werden.“⁷

Im Jahr 1998 hatten sich Teile der Liberalen und 2001 Teile der Grünen für aktive Sterbehilfe ausgesprochen. Darüber hinaus hatte 1998 eine Gruppe von Ärzten, Ethikern und Juristen ein Manifest („Menschenwürdiges Sterben“) vorgelegt, das aktive Sterbehilfe forderte. Allerdings ist die österreichische Ärztekammer vehement gegen aktive Sterbehilfe. Sterbehilfe ist im österreichischen Strafgesetzbuch wie folgt geregelt:

„§ 77 StGB: Tötung auf Verlangen: Wer einen anderen auf dessen ernstliches und eindringliches Verlangen tötet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.
§ 78 StGB: Mitwirkung am Selbstmord: Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.“

2. *Rechtslage in der Schweiz.* In der Eidgenossenschaft besorgt eine Hilfsorganisation unter dem Namen „Exit“ Todeswilligen und unheilbar Kranken ein ärztliches Attest für Gift, das diese dann selbst einnehmen und daran sterben. Dagegen ist aktive Sterbehilfe untersagt.

3. *Skandinavische Modelle.* In Dänemark können todkranke Patienten selbst über das Ende ihrer Behandlung entscheiden. Seit dem 1. Oktober 1992 können Dänen für den Fall einer unheilbaren Krankheit oder eines schweren Unfalls ein „medizinisches Testament“ verfassen, das von Ärzten respektiert werden muß. Es handelt sich nicht um die Gewährung aktiver Sterbehilfe, sondern um Behandlungsverzicht oder Behandlungsabbruch, also passive Sterbehilfe.

In Schweden ist „Hilfe beim Selbstmord“ ähnlich wie in Deutschland kein strafbares Vergehen. In Extremfällen dürfen Ärzte die Beatmungsmaschine abschalten.

4. *Rechtslage in Frankreich und Großbritannien.* In Frankreich ist Sterbehilfe illegal. Das Strafgesetzbuch unterscheidet zwischen „aktiver Sterbehilfe“ und „fehlender Behandlung“, die mit unterlassener Hilfeleistung für Menschen in Gefahr verglichen werden kann.

Auch in Großbritannien ist Sterbehilfe untersagt. In den Jahren 1993 und 1994 ermächtigte die Justiz Mediziner, das Leiden von Patienten zu beenden, die künstlich am Leben gehalten wurden. In Schottland erhielt eine Patientin im Juni 1996 zum ersten Mal die „Erlaubnis zum Sterben“.

5. *Unterschiedliche Regelungen in US-Bundesstaaten.* In den USA verbietet das Bundesgesetz aktive Sterbehilfe. Einzig der Bundesstaat Oregon läßt seit 1997 den medizinisch assistierten Suizid zu, wenn die Kranken keine Aussicht auf Heilung haben und den assistierten Suizid formell beantragen.

6. *Rechtslage in Kolumbien und China.* In Lateinamerika ließ das kolumbianische Verfassungsgericht im Mai 1997 aktive Sterbehilfe zu. Sterbenskranke müssen sie jedoch ausdrücklich beantragen.

Die chinesische Regierung genehmigte Krankenhäusern im Jahr 1998, aktive Sterbehilfe zu praktizieren, wenn ein Patient an einer unheilbaren Krankheit leidet. Allerdings wurden diese Gesetze zur Zulassung der aktiven Sterbehilfe von der

Öffentlichkeit nicht wirklich wahrgenommen, da sie komplizierte formelle Verfahren darstellen und die aktive Sterbehilfe in der Praxis nicht durchgeführt wird.

Ethik der Sterbehilfe

In der ethischen Debatte um aktive Sterbehilfe haben sich in der Vergangenheit bestimmte Argumentationsmuster in der ethischen Begründung oder Ablehnung der aktiven Sterbehilfe entwickelt. Insbesondere haben sich zwei Argumentationstypen herausgebildet. Es handelt sich dabei um *deontologische* Argumente für und gegen sowie *konsequentialistische* Argumente für und gegen Sterbehilfe⁸.

Eine deontologische Ethik (griechisch: „to deon“ = das Gesollte) beurteilt die sittliche Richtigkeit einer Handlung danach, ob sie einem anerkannten moralischen Prinzip folgt, ungeachtet der Konsequenzen, die die Handlung verursacht. Zu den wichtigsten Vertretern der deontologischen Ethik gehören Immanuel Kant⁹ und John Rawls¹⁰. Dagegen beurteilt eine konsequentialistische oder utilitaristische Ethik die sittliche Richtigkeit einer Handlung danach, welche Konsequenzen sie erzielt. Pioniere dieser Ethik sind Jeremy Bentham¹¹ und John Stuart Mill¹².

Bei einer Entscheidung für oder gegen aktive Sterbehilfe gerät man in ein ethisches Dilemma. Dabei manifestiert sich der ethische Konflikt als intraindividueller und interindividueller Spannungszustand, der durch die Last einer Entscheidung zwischen Alternativen genährt wird, die jede für sich positive und negative Aspekte und Auswirkungen haben können. Hier kann nicht auf die interessanten psychologischen und soziologischen Aspekte der Konfliktlösung eingegangen werden. Vielmehr sollen die gängigen Argumente für und gegen Sterbehilfe aufgelistet werden, wobei diese in deontologische und konsequentialistische Argumente unterschieden werden¹³. Manchmal läßt sich diese strenge Unterscheidung allerdings nicht immer durchhalten.

Für die besondere „Ethik der Sterbehilfe“ ist gerade auf dem Gebiet der Sterbehilfe der Erkenntnisgewinn aus wissenschaftlichen Studien und klinischer Praxis unverzichtbar. So lassen sich etwa viele der aufgeführten deontologischen und konsequentialistischen Argumente durch die Ergebnisse der beiden großen in den Niederlanden durchgeführten Euthanasie-Studien (Remelink-Report 1990; van der Wal/van der Maas 1995) bekräftigen oder entschärfen¹⁴. Deshalb spielen neben den theoretisch-ethischen Argumenten zunehmend klinisch-pragmatische Argumente eine entscheidende Rolle. Diese reflektieren die Realität einer Handlungsweise und ihre Folgen und lassen so erkennen, ob es sich bei der ethischen Argumentation um handfeste berechnete Argumente oder eher um persönliche Befürchtungen handelt, die bei näherer Betrachtung bald verpuffen.

Anschließend soll das vielzitierte Argument des „Tötungsverbots“ bzw. der „Heiligkeit des Lebens“ auf seine Gültigkeit untersucht werden, da es eine Art

Schlüsselposition in der Debatte zwischen Euthanasiebefürwortern und -gegnern eingenommen hat.

1. *Deontologische Argumente gegen aktive Sterbehilfe*: Aktive Sterbehilfe verstößt gegen die „Heiligkeit des Lebens“ („Sanctity of Life“); sie verhindert Sinnerfahrung im Leiden (in religiöser und anthropologischer Hinsicht); sie verstößt gegen Standesethik, gegen das „ärztliche Ethos“; sie ist Ausdruck eugenischer Zielsetzung; Leiden ruft Mitleid und Fürsorge hervor.

2. *Deontologische Argumente für aktive Sterbehilfe*: Das Argument der „Heiligkeit des Lebens“ ist nur religiös begründbar und daher den heutigen Menschen nicht vermittelbar; Lebensqualität gilt mehr als Lebensquantität; Leiden verlängern ist grausam und sinnlos; Pflicht des Arztes, Leiden zu beseitigen; Recht auf eigenen Tod (Wahlfreiheit, Autonomie, Selbstbestimmungsrecht).

3. *Konsequentialistische Argumente gegen aktive Sterbehilfe*: Gefahr von Dambruch und Mißbrauch („slippery slope“ – „schiefe Ebene“); Unterhöhlung der Freiwilligkeit durch fremde Interessen; aus einer „Freiheit zum Tod“ wird die „Unfreiheit zum Leben“; Stärkung des Arztes, Schwächung des Patienten; Schädigung des Arzt-Patienten-Verhältnisses; Vertrauensverlust in der Medizin; allgemeine Gefährdung der Bedingungen des Zusammenlebens; Verlust an Bereitschaft/Mut, Leid zu ertragen; Verlust an Bereitschaft, Fürsorge für kranke und alte Mitmenschen zu übernehmen; Änderung von Wahrnehmung und folglich von gesellschaftlichem Umgang mit Schwächeren; Verhinderung eines Ausbaus der Palliativmedizin; Verhinderung des medizinischen Fortschritts.

4. *Konsequentialistische Argumente für aktive Sterbehilfe*: Erlangung von Lebensfreiheit; Stärkung der Patientenautonomie; terminal Kranke verursachen hohe Kosten (auf Makroebene: Gesundheitswesen, auf Mikroebene: Krankenhaus).

Als Grundlage für die folgenden klinisch-pragmatischen Argumente sollen hier die beiden Euthanasie-Studien dienen, die in den Niederlanden in den Jahren 1990 und 1995 durch Regierungsaufträge finanziert und durchgeführt wurden. Aus den Ergebnissen lassen sich eindeutige Aussagen zur „Ethik der Sterbehilfe“ machen. Hier sind die klinisch-pragmatischen Argumente gegen Euthanasie durchschlagend und tragen stark zur Bekräftigung der oben genannten ethischen Argumente gegen Euthanasie bei. Dagegen zeigt die klinische Praxis eindeutig, daß die oben genannten ethischen Argumente, die für Euthanasie plädieren, kaum realisierbar sind und nur sehr schwache Argumente darstellen.

5. *Klinisch-pragmatische Argumente gegen aktive Sterbehilfe*: Studien belegen eindeutig den Dambruch und den Mißbrauch einer legalisierten Euthanasiepraxis sowie die Ohnmacht des Staates, hier regulativ einzugreifen (jährlich werden ca. 1000 Patienten ohne deren Verlangen aktiv getötet); Studien belegen eindeutig die Mißachtung der Kriterien „freiwilliges Verlangen“ und „unerträgliches, aussichtsloses Leiden“; Studien belegen eindeutig, daß eine adäquate palliative Versorgung das Verlangen nach Euthanasie deutlich reduziert (dies wird in zahlreichen Hospiz-

Studien belegt); Palliativmedizin ist „aktive Lebenshilfe“ bis zuletzt; ältere Menschen fühlen sich durch die Euthanasie-Debatte bedroht; Patienten geraten durch die Euthanasie-Debatte unter den Druck von Familie und Gesellschaft; Ärzte empfinden den Tötungsakt als Perversion ihrer Kunst; die Möglichkeit der Euthanasie schwächt den Willen von Ärzten und Familien, für die Alten und Kranken mehr zu tun; Patienten wollen nicht den Tod per se, sondern wirksame Schmerzmittel, menschliche Zuwendung, Ansprache und möchten ernstgenommen werden; Frage der Ernsthaftigkeit des Sterbewillens bei plötzlichem Auftreten einer Rettungsmöglichkeit (Suizidanten-Studie).

6. *Klinisch-pragmatische Argumente für aktive Sterbehilfe*: Eine Verlängerung von Leben empfinden manche Patienten als eine Verlängerung von Leiden (vor allem bei insuffizienter palliativer Versorgung); Absetzen von sinnlosen Maßnahmen ist erlaubt; Sterbehilfe soll nur bei terminal Kranken möglich sein.

„Heiligkeit des Lebens“ und Tötungsverbot

Da klinische Studien in der Euthanasiepraxis keinen Beitrag zur Ermittlung der Ursprünge des so häufig vorgebrachten ethischen Arguments des Tötungsverbots liefern können, soll an dieser Stelle ein anderer Begründungsversuch unternommen werden. Hier geht es vor allem darum, sich dem Vorwurf der Euthanasiebefürworter zu stellen, daß das „Tötungsverbot“, das gemeinhin mit der „Heiligkeit des Lebens“ begründet würde, sowieso nur religiös zu rechtfertigen wäre. Von den Befürwortern wird deshalb dagegen gehalten, daß nur religiös begründete bzw. begründbare Argumente den heutigen Menschen nicht mehr vermittelt werden könnten.

Das vermeintlich starke Argument der „Heiligkeit des Lebens“ kann als Schlüsselargument zwischen der euthanasieverneinenden traditionellen, prinzipienorientierten deontologischen Ethik einerseits und der euthanasiebejahenden konsequentialistischen und utilitaristischen Ethik (z.B. bei Peter Singer oder Helga Kuhse) andererseits angesehen werden. Dabei sind aber die Ursprünge des Tötungsverbots keineswegs nur religiös motiviert und begründet. Hier verdient das Buch von Markus von Lutterotti besondere Erwähnung, da es diesem Autor gelingt, mit weit ausholenden evolutions- und soziobiologischen Überlegungen zu tierischem und menschlichem Grundverhalten dieses vermeintlich unantastbare Geheimnis der „Heiligkeit des Lebens“ („Sanctity of Life“) etwas zu lüften¹⁵.

An dieser Stelle gilt es festzuhalten, daß zwar biologisches Verhalten (natürliche Tötungshemmung) noch keine Sollensansprüche rechtfertigt (naturalistischer Fehlschluß), aber eine Nichtbeachtung des Tötungsverbots zum Beispiel in der klinischen Euthanasiepraxis zu schwerwiegendem Dammbruch und Mißbrauch führt: Die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden führte unter anderem dazu, daß jährlich ca. 1000 Patienten ohne ihre Zustimmung aktiv getötet werden.

Andererseits gilt auch, daß Religion, Ethik und Philosophie, die zu normativen Aussagen berechtigt sind, die Tatsachen des Seins, also die Fakten aus der holländischen Euthanasiepraxis berücksichtigen müssen, damit eben dem oben beschriebenen Fehlverhalten vorgebeugt werden kann.

Fazit: Euthanasie läßt sich aus ethischer und klinisch-empirischer Sicht nicht rechtfertigen

Das belgische Euthanasiegesetz stellt ebenso wie das niederländische sowie das Gesetz des medizinisch-assistierten Suizids in Oregon eine Perversion der medizinischen Kunst dar und untergräbt in großem Ausmaß den Ausbau einer hilfebringenden und flächendeckenden palliativmedizinischen Versorgung terminal kranker und sterbender Mitmenschen.

Aktives Töten und die Beihilfe zur Selbsttötung waren niemals Ziele der Medizin. Sie dürfen es auch niemals werden. Die nationalsozialistische Euthanasiepraxis in Deutschland sollte uns eine dauerhafte Lehre sein. „Dammbruch“ und Mißbrauch sind hier vorprogrammiert und – wie die niederländische und belgische Euthanasiepraxis zeigen – trotz gesetzlich zugestandener Straffreiheit unvermeidbar:

„Der Freiburger Jurist Albin Eser hat gewarnt, daß wenn beim Tötungstabu auch nur gewisse Ausnahmen gemacht würden, aktive Sterbehilfe leicht zu einem Alibi für tieferliegende soziale Versäumnisse werden könne, und es erhebe sich die Frage, welches Argument der aussichtslos kranke Mensch gegen die Erwartung seiner Umwelt hätte, von seinem Recht, getötet zu werden doch endlich Gebrauch zu machen. Damit könne die Freiheit zum Tode letztlich umschlagen in Unfreiheit zum Leben. Als Dammbruch-Effekt ist auch das jüngste Vorpreschen der niederländischen Ministerin für Volksgesundheit, Els Borst, zu werten, die die ‚Todespille für Lebensmüde‘ einführen und legalisieren will. Die Pille ist für alle jene gedacht, die ‚mit ihrem Leben fertig sind‘ und keinen Sinn mehr aus welchen Gründen auch immer in ihrem Leben sehen. Mit der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe geraten zwangsläufig mehr und mehr Menschen in einen Rechtfertigungszwang, die trotz psychischer oder organischer Leiden und unheilbarer Krankheit noch weiterleben oder ihre dementen Angehörigen am Leben lassen wollen.“¹⁶

Im gleichen Licht schreibt die jüdische Lyrikerin Hilde Domin: „Jeder, der geht, belehrt uns ein wenig über uns selbst. Kostbarster Unterricht an den Sterbebetten.“ Dieser Satz, so Christa Nickels, sei eine Herausforderung für die Angehörigen und die Pflegenden:

„Denn allzu oft ist das Mitleid mit einem unheilbar Kranken nur vorgeschoben: Nicht er selbst hält seinen Zustand für unzumutbar, sondern seine Umgebung fühlt sich überfordert. Und allzu oft ist es nur die Angst vor der Sinnleere des einsamen Sterbens in einem anonymen Krankenhausbetrieb, der die Forderung nach einer vorzeitigen Beendigung des Lebens auslöst. Das zeigen auch die Ergebnisse einer Umfrage, die die Deutsche Hospiz-Stiftung im vergangenen Jahr in Auftrag gegeben hat. Vorangegangen waren Meldungen, denen zufolge eine große Mehrheit der Deutschen Euthanasie befürwortet. Die alternative Umfrage dagegen zeigte, daß die Menschen nur dann für aktive Sterbehilfe sind, wenn sie über andere Möglichkeiten nicht informiert sind. Sobald die Befragten mehr erfahren über die Möglichkeiten der Schmerztherapie und über die Vermeidung von Einsamkeit, stimmt nur noch eine Minderheit von ihnen für Euthanasie.“¹⁷

Schließlich muß auch bedacht werden, welche Konsequenzen es für das Arzt-Patient-Verhältnis hätte, wenn der Arzt potentieller Ausführer einer Tötungshandlung würde: Wie wird sich ein Patient fühlen, der ein teurer Pflegefall geworden ist, wenn sich ihm ein Arzt mit einer Spritze nähert? Da Obduktionsergebnisse keinen Hinweis auf eine mögliche Zustimmung des Patienten und das Motiv des Arztes zulassen, wäre ein Mißbrauch in Form einer „Kumpanei der Interessierten“, also von Angehörigen und Arzt, nicht objektivierbar.

Allen diesen Formen des Mißbrauchs und der Verachtung der Medizin werden die Konzepte der ärztlich-pflegerischen RAHME (aramäisch: Barmherzigkeit, Liebe, Empathie, Mitleid, Fürsorge, Anteilnahme; hebräisch: „hessed“; arabisch: „rahim“) und der modernen Palliativmedizin entgegengestellt. Ärztlich-pflegerische RAHME schafft ein partnerschaftliches Verhältnis zum Patienten, bei dem der Patient das starke Gefühl hat, daß er trotz seiner körperlichen Hinfälligkeit und Gebrechlichkeit ernstgenommen und nicht allein gelassen wird. Mit der neuen Disziplin der Palliation ist es möglich geworden, durch eine ganzheitliche, fürsorgliche, mitmenschliche und interdisziplinäre Betreuung und Sterbebegleitung quälende Schmerzen und andere Symptome auf ein erträgliches Maß zu reduzieren und unnötiges Leiden zu verhindern. Damit ist die Palliativmedizin aktive Lebenshilfe; eine aktive Sterbehilfe ist nicht erforderlich, ethisch nicht zu rechtfertigen und rechtlich unzulässig.

ANMERKUNGEN

¹ Vgl. F. S. Oduncu, Begleiten statt töten!, in dieser Zs. 219 (2001) 520–532.

² Vgl. ders., Belgien verabschiedet Euthanasie-Gesetz, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 48 (2002) 310–312.

³ Gesetzesentwurf bezüglich der Euthanasie: Abgeordnetenversammlung von Belgien, 5.11.2001. Deutsche Übersetzung: Marburger Forum. Beiträge zur geistigen Situation der Gegenwart 3 (2002) H. 4.

⁴ Vgl. L. Deliens u. a., End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nation-wide survey, in: Lancet 356 (2000) 1806–1811.

⁵ Vgl. F. S. Oduncu u. W. Eisenmenger, Euthanasie – Sterbehilfe – Sterbebegleitung. Eine kritische Bestandsaufnahme im internationalen Vergleich, in: Medizinrecht 20 (2002) 327–337.

⁶ Vgl. F. S. Oduncu, Sterbebegleitung u. Sterbehilfe, in dieser Zs. 217 (1999) 541–554.

⁷ Vgl. <http://www.service4u.at/info/STERBE.html>.

⁸ Vgl. J. Sun Hsiao-chi, Heiligt die gute Absicht ein schlechtes Mittel? Die Kontroverse über Teleologie u. Deontologie in der Moralbegründung unter besonderer Berücksichtigung von Josef Fuchs u. Robert Spaemann (St. Ottilien 1994).

⁹ I. Kant, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, hg. v. K. Vorländer (Hamburg 31965).

¹⁰ J. Rawls, A Theory of Justice (Cambridge, Mass. 1971).

¹¹ J. Bentham, An Introduction to the Principles of Morals and Legislation (London 1789).

¹² J. S. Mill, Utilitarianism (London 1863).

¹³ Vgl. J.-P. Wils, Sterben. Zur Ethik der Euthanasie (Paderborn 1999).

¹⁴ Zu den beiden Studien vgl. Oduncu u. Eisenmenger (A. 5).

¹⁵ Vgl. M. v. Lutterotti, Sterbehilfe: Gebot der Menschlichkeit? (Düsseldorf 2002).

¹⁶ Oduncu u. Eisenmenger (A. 5) 336.

¹⁷ Ch. Nickels, Menschenwürde, Autonomie u. Recht am Ende des Lebens: Vortrag für die 3. Mühlheimer Hospiztagung, 29.4.2001.