

Passive und aktive Sterbehilfe

|| Neuere Definitions- und Unterscheidungsprobleme

Die Unterscheidung von aktiver und passiver Sterbehilfe ist bisher ein wesentlicher Bezugspunkt der Diskussion über die Euthanasie gewesen, die in Deutschland seit über 30 Jahren¹ geführt wird. Das heißt nicht, daß diese Unterscheidung nicht immer wieder problematisiert wurde und wird. So hat die Stellungnahme des Nationalen Ethikrats „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“² sowie zuvor der „Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung“ (AE-StB), den 20 Strafrechtsprofessoren aus Deutschland, Österreich und der Schweiz verfaßt haben³, Vorschläge zur Änderung der Terminologie eingebracht. Nicht in direktem Zusammenhang mit der neuen begrifflichen Fassung, aber doch in denselben Texten werden aber nicht nur definitorische Neubeschreibungen eingeführt, sondern auch Neubewertungen wie zum Beispiel bezüglich der Beihilfe zum Suizid gegeben. Der gegenwärtige Diskurs über passive und aktive Sterbehilfe soll daher im folgenden auf seine ethische Relevanz hin dargestellt werden; dann wird nach den Konsequenzen der Neuinterpretation – vor allem in der Stellungnahme des Nationalen Ethikrats – gefragt.

Aktive Euthanasie wird allgemein als willentliche und gezielte Lebensverkürzung durch Eingriffe, die den Tod herbeiführen oder beschleunigen sollen, oder als Tötung auf Verlangen definiert. Beides ist in Deutschland nach § 211 und § 216 StGB verboten. Von medizinisch assistiertem Suizid wird gesprochen, wenn der Arzt die notwendigen Medikamente oder Mittel bereitstellt, die der Patient selbst zu sich nimmt oder anwendet. Dieser ist in Deutschland straffrei, wird ethisch aber abgelehnt.

Über diese Begriffsbestimmung aktiver Sterbehilfe oder Euthanasie besteht weit-
hin Einvernehmen. Unter indirekter Sterbehilfe wird „die palliative, symptomorientierte Behandlung eines Schwerkranken (verstanden), insbesondere durch eine intensive Schmerztherapie, unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung als Nebenwirkung“⁴. Der Nationale Ethikrat kritisiert den Begriff der indirekten Sterbehilfe und schlägt stattdessen vor, von „Therapien am Lebensende“ zu sprechen, „weil das Handeln weder direkt noch indirekt auf den Tod des Patienten zielt“⁵.

Eine Abgrenzung aktiver Euthanasie zur passiven Sterbehilfe gestaltet sich zunehmend schwierig. Oftmals sind beide weniger klar voneinander abgrenzbar, als es auf den ersten Blick erscheinen mag. Grundsätzlich wird passive Sterbehilfe als

Sterbenlassen zum Beispiel durch den Verzicht auf Reanimation, außergewöhnliche Mittel oder den Abbruch von Behandlungen verstanden. Im Sinn passiver Euthanasie muß nicht alles medizinisch Mögliche getan werden, wenn diese Weiterbehandlungen mehr negative Wirkungen als Verbesserungen mit sich bringen.

Töten oder Sterbenlassen

Die Begriffe „aktiv“ und „passiv“ verleiten dazu, von einem unterschiedlichen Handeln des Arztes auszugehen. Eine einfache Unterscheidung zwischen Tun und Lassen kann jedoch den Unterschied von aktiver und passiver Sterbehilfe nicht klären. Als klassisches Beispiel wird genannt, daß bei einem Patienten, der an ein Beatmungsgerät angeschlossen ist, das Abschalten in jedem Fall aktive Sterbehilfe sei, während es beim selben Patienten, wenn der Stöpsel des Gerätes sich lösen und dieser nicht wieder eingesetzt würde, passive Sterbehilfe sei.

Darüber hinaus ist der „Begriff ‚Passive Sterbehilfe‘ ... eher unglücklich gewählt, da ärztliches Handeln nicht passiv sein kann. Es geht vielmehr darum, die Therapie bei einem sterbenden Patienten zu verändern – von der klinischen Vollversorgung, wie im Heilungsauftrag beschrieben, hin zur Palliativmedizin einschließlich Symptomkontrolle.“⁶ Legitime Formen der Sterbehilfe sind durchaus nicht immer passiv, sondern meinen häufig ein positives Tun des Arztes⁷. Aktive wie passive Sterbehilfe kann Tun wie Lassen implizieren, weshalb diese äußerlich-technische Unterscheidung für eine Differenzierung ungenügend ist⁸.

Hilfreich kann hier die unterschiedliche Benennung von Töten und Sterbenlassen sein⁹. Darin wird Bezug genommen auf die kausale Rolle des Handelnden. Aktiv bedeutet, daß das Handeln des Arztes die neue und eigentliche Todesursache ist. Bei der passiven Sterbehilfe ist die Krankheit die Ursache, der Arzt verhält sich passiv gegenüber dem Verlauf der Krankheit. Aktiv handelt der Arzt notwendig und hinreichend. Passiv ist das Handeln niemals hinreichend:

„Die nicht zu überschreitende Obergrenze der kausalen Wirksamkeit des Unterlassungshandelns besteht also darin, daß es nicht die *einzig* hinreichende Bedingung des Todesintritts sein darf. Damit läßt sich die kausale Differenz zwischen aktiver und passiver Euthanasie folgendermaßen bestimmen: Beim Töten auf Verlangen ist das Handeln des Arztes zwar nicht der einzige kausal wirksame Faktor, wohl aber die alleinige hinreichende Bedingung für den Tod des Patienten, während beim Sterbenlassen das Handeln des Arztes entweder die zwar notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung oder zumindest nicht die einzige hinreichende Bedingung für den Tod des Patienten ist.“¹⁰

Handlungen aktiver Euthanasie, die gezielt den Tod des Patienten herbeiführen, sind rechtlich wie ethisch abzulehnen – das meint sowohl ein Tun als auch ein Unterlassen¹¹.

Hilfe im Sterbeprozess

Passive Sterbehilfe zielt auf ein menschenwürdiges Sterbenlassen. Schon die Benennung als „Sterbehilfe“ impliziert, daß neben dem ausdrücklichen Willen des Patienten ein unaufhaltbarer Krankheitsverlauf und der nahe Tod grundsätzlich Voraussetzungen passiver Sterbehilfe sind. Es handelt sich nicht um eine Entscheidung für den Tod, sondern um ein Nicht-Aufhalten des begonnenen Sterbeprozesses. Es geht um den unheilbar kranken, sich im Sterben befindenden Patienten, dessen lebensverlängernde Behandlung nicht aufgenommen oder weitergeführt wird¹²:

Für die Qualifizierung als passive Sterbehilfe scheint es somit unabdingbar, „daß der Sterbeprozess des Patienten bereits eingesetzt hat. Es ist in der Praxis aber schwierig, vielleicht unmöglich, den genannten Zeitpunkt festzustellen, zu dem der Sterbeprozess einsetzt. Auf der Feststellbarkeit dieses Zeitpunktes basiert aber die moralische und rechtliche Bewertung und damit zugleich die praktische Anwendbarkeit des Begriffs der passiven Sterbehilfe: So ist etwa die unterlassene Wiederbelebung nach Einsetzen des Sterbeprozesses ein Fall von straffreier passiver Sterbehilfe, vor Einsetzen des Sterbeprozesses dagegen ein Fall von strafbarer (aktiver) Sterbehilfe.“¹³

Eine derart restriktive Definition der passiven Sterbehilfe würde trotz der Schwierigkeit der Festlegung des Beginns der Sterbephase inhaltlich klare Grenzen setzen. Kann überhaupt von Sterbehilfe oder gar Sterbenlassen gesprochen werden, wenn es sich nicht um „Sterben“ handelt, sich also der Patient noch nicht im Sterbeprozess befindet? Doch gerade dieser Bereich ist durchaus relevant und häufig in den sogenannten Patientenverfügungen thematisiert, zum Beispiel im Fall von Wachkoma oder Demenz.

Sterbehilfe für Wachkoma- und Demenzpatienten?

Grundsätzlich gilt: Je näher der Todeseintritt rückt, um so vertretbarer sind stärkere Einschränkungen der lebensverlängernden oder lebenserhaltenden Maßnahmen. Nicht mehr zur passiven Sterbehilfe im eigentlichen Sinn gehören Krankheitsbilder, in denen der Sterbeprozess noch nicht eingesetzt hat, wie es beispielsweise in Fällen von Sondenernährung gegeben ist¹⁴. Doch trotz dieser Beurteilung werden hier immer wieder Ausnahmen der Pflicht zur Lebenserhaltung genannt. So hat der Bundesgerichtshof 1994 im sogenannten Kemptener Urteil festgestellt, daß Sterbehilfe als Abbruch einer lebenserhaltenden ärztlichen Behandlung im Einzelfall selbst dann zulässig ist, wenn es sich um den Fall eines unheilbar erkrankten, nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten im Vorfeld des Sterbeprozesses handelt. Ausschlaggebend ist der mutmaßliche Wille des Patienten¹⁵. In gleicher Weise hat der Bundesgerichtshof in seiner zuletzt ergangenen Entscheidung im März 2003 be-

stimmt, lebenserhaltende oder lebensverlängernde Maßnahmen zu unterlassen, wenn dies Ausdruck des Willens des Patienten ist¹⁶.

Kann hier noch von passiver Sterbehilfe die Rede sein? – Rein begriffsmäßig wohl nicht; so spricht die Bundesärztekammer nicht von „passiver Sterbehilfe“, sondern verweist auf die „Änderung des Therapieziels“:

„Bei Patienten mit infauster Prognose, die sich noch nicht im Sterben befinden, kommt eine Änderung des Behandlungsziels nur dann in Betracht, wenn die Krankheit weit fortgeschritten ist und eine lebenserhaltende Behandlung nur Leiden verlängert. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung treten dann palliativ-medizinische und pflegerische Maßnahmen. Die Entscheidung über Änderung des Therapieziels muß dem Willen des Patienten entsprechen. ... Lebenserhaltende Therapie einschließlich – ggfs. künstlicher – Ernährung ist daher geboten. Dieses gilt auch für Patienten mit schwersten cerebralen Schädigungen und anhaltender Bewußtlosigkeit (apallisches Syndrom, sog. ‚Wachkoma‘). Bei fortgeschrittener Krankheit kann aber auch bei diesen Patienten eine Änderung des Therapieziels und die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen in Betracht kommen. So kann der unwiderrufliche Ausfall weiterer vitaler Organfunktionen die Entscheidung rechtfertigen, auf den Einsatz technischer Hilfsmittel zu verzichten. Die Dauer der Bewußtlosigkeit darf dabei nicht alleiniges Kriterium sein.“¹⁷

Damit ist das moralische und juristische Problem beim Umgang mit diesen Patienten jedoch nicht gelöst. Dies erkennt die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestags und urteilt im Anschluß an Äußerungen von Andreas Zieger über Wachkomapatienten als Persönlichkeiten mit einem rudimentären Bewußtsein und eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit:

„Es komme darauf an, sie nicht aufzugeben, sondern als Persönlichkeiten anzuerkennen, sich ihnen zuzuwenden und sie in ihren Fähigkeiten zu unterstützen und zu stärken. Auf diese Kritik wird erwidert, daß es umstritten sei, wann die Sterbephase beginnt. Ferner wird argumentiert, daß das Selbstbestimmungsrecht auch Entscheidungen umfaßt, mit denen man sich selbst schädigt. Schließlich sei die Alternative zur Befolgung der Verfügung die Behandlungspflicht oder Zwangsbehandlung, und diese sei nicht zu akzeptieren. Die Frage ist zu stellen, ob das Selbstbestimmungsrecht ethisch gesehen auf Handlungen anderer ausgedehnt werden kann, die sich zur Unterlassung von Handlungen bereit finden müssen, auf die sie durch die ethische Beschränkung auf Erkrankungen mit tödlichem Verlauf festgelegt sind. In diesem Sinne wäre die Selbstbestimmung nicht nur eine Selbstschädigung, sondern auch eine Aufforderung, ethische Schranken zu verletzen. Ferner ist zu bedenken, daß ein Behandlungsabbruch in diesem Falle als ‚nicht passiv‘ interpretiert werden könnte. Der Abbruch bei bestehender Überlebensmöglichkeit könnte einem Verlangen zur Tötung oder zumindest einer aktiven Beihilfe zur Selbsttötung durch den Arzt und Betreuer gleichkommen.“¹⁸

Die Enquete-Kommission ordnet Wachkoma-Patienten weder als Sterbende noch als Hirntote ein, sondern als Schwerkranke, besonders wegen der Unsicherheit von Prognosen, die aufgrund des medizinischen Fortschritts stets neu zu bewerten sind.

Zudem handelt es sich bei Demenz und Wachkoma um Fälle, „in denen die Grenze

einer bloßen passiven Sterbehilfe überschritten und der Unterschied zur Tötung auf Verlangen nicht mehr klar erkennbar ist“¹⁹. Es besteht die Gefahr, Demenz als nicht mehr lebenswertes Leben zu bewerten. Für Koma-Fälle ist entscheidend, ob das Erlangen des Bewußtseins grundsätzlich denkbar wäre oder im Sinn des Hirntodes das Koma irreversibel ist. Nach gängiger Meinung befinden sich diese Patienten nicht im Sterbeprozess. Von daher kann hier nicht von passiver Sterbehilfe gesprochen werden, wenn als deren Voraussetzung gilt, daß der Tod unaufhaltbar und nahe ist.

Nicht ganz so eindeutig urteilt hier der Nationale Ethikrat:

„Lebenserhaltende Maßnahmen sind bei solchen Patienten immer dann indiziert, wenn sie nicht durch eindeutige frühere Willensäußerungen abgelehnt worden sind. Allerdings sollte für strafrechtliche und berufsrechtliche Sanktionen kein Raum sein, wenn eine medizinische Behandlung unter Abwägung ihrer Aussichten auf Erfolg, des Leidenszustandes des Patienten und seiner voraussichtlichen Lebenserwartung nicht mehr angezeigt ist und sie deshalb unterlassen, begrenzt oder beendet wird. In Zweifelsfällen hat die Erhaltung des Lebens Vorrang.“²⁰

Wesentlich weiter geht der Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung, der „keine Beschränkung auf irreversible Krankheitsverläufe und Todesnähe“ sieht, soweit sie „dem ausdrücklichen oder mutmaßlichen Willen des Patienten“²¹ entsprechen. Anders positionieren sich hier die Kirchen, die sich in weiten Teilen der Aussage der Enquete-Kommission anschließen.

Die Auffassung der Kirchen

Wird passive Sterbehilfe unzulässig ausgeweitet, besteht als „schuldhaftes Unterlassen“ von Hilfeleistung die Gefahr eines Übergangs zu aktiver Euthanasie, wie der Katholische Erwachsenen-Katechismus annimmt: Es „wird ein Verzicht auf Anwendung von Mitteln zu einer aktiven Euthanasie, wenn es sich um eine schuldhaftes Unterlassen handelt, in der die Absicht enthalten ist, das Leben vorzeitig zu beenden“²². In dieselbe Richtung äußerte sich Papst Johannes Paul II. bezüglich Kranker im vegetativen Zustand, in deren Fällen die Herbeiführung des Todes durch Einstellung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr „am Ende – wenn er bewußt und absichtlich herbeigeführt wird – zur tatsächlichen realen Euthanasie durch Unterlassen“ wird²³. Aktive Sterbehilfe ist uneingeschränkt abzulehnen:

„Der Mensch hat kein derartiges Verfügungsrecht über sein Leben. Sicherlich hat er Anspruch auf die Linderung seiner Schmerzen; aber er ist nicht Herr über Leben und Tod. Selbst derjenige, der sich in seinem Gewissen nicht an Gott gebunden hält, wird zugeben, daß die Verfügung über das eigene Leben in Widerspruch zu einer Wertordnung steht, die auf der unbedingten Achtung vor dem Leben gründet.“²⁴

Christliche Ethik fordert nicht, Leben unter allen Umständen zu verlängern oder sämtliche medizinische Möglichkeiten auszuschöpfen. Nimmt allerdings die Ten-

denz zu, passive Sterbehilfe einfach auszuweiten, tritt diese nicht nur in die Nähe zu aktiver Euthanasie, sondern es bildet sich durch die leise Verschiebung der Grenzen ein Problem heraus.

Dies thematisiert Josef Römelt bezüglich aktiver Euthanasie, wenn „die aktive Sterbehilfe aus dem unmittelbaren Zusammenhang mit dem erleichterten Sterbeprozess heraustritt (nach juristischer Definition ist nur hier ihr eigentlicher Ort) und zur therapeutischen Option bei allen möglichen schweren Lasten durch physische und psychische Leiden innerhalb und außerhalb des eigentlichen Sterbeprozesses mutiert. Da die Prognose des kommenden Todes kaum eindeutig möglich ist, da sich Schmerz nur schwer in objektiven Parametern erfassen läßt, kann die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe zu einem unspezifischen Therapeutikum geraten, das sich den unberechenbaren Stimmungen subjektiver Selbsteinschätzung von Patienten, ja schlimmer noch gesellschaftlicher Trends von Vorstellungen über ein lebenswertes und nicht mehr lebenswertes Leben ausliefert.“²⁵

Hier wird ein Problem geschildert, das aufgrund medizinischer und technischer Möglichkeiten zunehmend in den Vordergrund treten wird.

Grundsätzlich kann und darf eine Therapie abgebrochen werden, wenn keine Aussicht auf Besserung besteht und lediglich der Todeszeitpunkt hinausgezögert wird. Infauste Prognose und begonnener Sterbeprozess gelten in kirchlicher Sicht als Voraussetzung passiver Sterbehilfe, was prinzipiell dem Ansinnen der Enquete-Kommission entspricht, doch ist die tatsächliche Krankheitssituation – wie bereits dargestellt – oft uneindeutig, die Abgrenzung zwischen infauster und nicht-infauster Prognose häufig ebenso unklar wie die Bestimmung, wann der Sterbeprozess eintritt.

Der „natürliche Tod“ als Entscheidungshilfe

Unter medizinischen Gesichtspunkten wird der Sterbebeginn definiert als bedingt durch eine Krankheit oder einen Unfall und in seinem Verlauf unaufhaltsam fortschreitend, also irreversibel. Dabei ist der Zusammenbruch lebenswichtiger Organsysteme zeitlich absehbar²⁶. Mediziner sprechen von der sogenannten Terminalphase, wenn eine progrediente Erkrankung die Möglichkeiten und Aktivität des Patienten stark beeinträchtigt. In dieser Phase ist ein rascher Wechsel der Symptome (Schläfrigkeit, Bettlägerigkeit, Appetitlosigkeit, Organversagen) mit täglicher Verschlechterung möglich und intensive Betreuung nötig. Sie kann sich über Wochen bis Monate hinziehen und mündet in die Sterbe- bzw. Finalphase, die die letzten Stunden oder höchstens Tage des Lebens umfaßt²⁷.

Ab welchem Krankheitsstadium kann passive Sterbehilfe als zulässig erklärt werden? Im Rahmen der Sterbehilfediskussion wird wohl zumeist die Terminalphase thematisiert werden, doch können auch hier kein genauer Zeitpunkt und bestimmte Krankheitsbilder allgemeingültig für jeden individuellen Patienten genannt werden.

Franz-Josef Bormann versucht, diesem Problem dadurch zu begegnen, daß er den „natürlichen Tod“ als Paradigma vor Augen stellt, das eine Differenzierung von aktiver und passiver Sterbehilfe ermöglicht. So ist aktive Euthanasie moralisch unzulässig, da sie „eine rational nicht zu rechtfertigende substantielle Verfremdung des natürlichen Todes darstellt“²⁸.

„*Natürlich* sind Sterben und Tod des Menschen ... immer dann, wenn sie infolge einer Erkrankung eintreten, die bereits so weit fortgeschritten ist, daß es zu einer definitiven, d.h. mit dem verhältnismäßigen Einsatz medizinisch-therapeutischer Maßnahmen nicht mehr zu revidierenden Zerstörung jener somatischen (insbesondere cerebralen) Wirkungsabläufe gekommen ist, die die Bedingung der Möglichkeit eines wenigstens minimalen personalen Selbstvollzuges darstellen. *Nicht natürlich* ist ein Tod dagegen genau dann, wenn er entweder vor dem natürlichen Todeszeitpunkt (z.B. als Folge von Unfall, Verbrechen oder Nichtbehandlung einer behandelbaren Erkrankung) oder wenn er (z.B. durch den unverhältnismäßigen Einsatz intensivmedizinischer Maßnahmen) nach dem natürlichen Todeszeitpunkt erfolgt. Der Begriff des natürlichen Todes steht also keineswegs von sich aus in einem antagonistischen Gegensatz zur modernen Medizin, sondern versucht im Raum unserer derzeitigen medizinischen Maßnahmen jene wichtige Grenze zu markieren, die den Bereich des human Sinnvollen von den bloß technisch möglichen ärztlichen Interventionsformen unterscheidet.“²⁹

Der hier vorausgesetzte letale Verlauf einer Erkrankung gilt heute weitgehend als prognostizierbar. Für eine größtmögliche Sicherheit sollte immer ein Konsilium von Ärzten eine individuelle Aussage treffen. Dennoch scheint keine Begriffsbestimmung letztlich in der Lage zu sein, jedem individuellen Krankheitsprozeß zu entsprechen, (ebensowenig wie ein Patient dies in einer vorab gegebenen Willenserklärung kann). Auch ist Leid niemals von außen meßbar, nie objektiv, sondern einzig subjektiv zu beurteilen. Das heißt aber nicht, daß der subjektive Wille einziger Maßstab für eine ethische und rechtliche Bewertung sein kann.

Recht auf den Tod – Pflicht zum Sterben

Bezüglich des Sterbewunsches von Patienten soll nicht unerwähnt bleiben, daß das „Erleben“ des Todes in seiner Bedeutung nicht übersehen werden sollte. Der Wunsch eines Patienten nach einem schnellen Tod kann einer Phase des Sterbeprozesses entspringen, wie sie Elisabeth Kübler-Ross nach Mitteilung einer infausten Prognose feststellen konnte. Diese sind: Nicht-Wahrhaben-Wollen – Auflehnen – Hadern und Verhandeln – Verschließen/Depression – Sinnsuche und Annahme des Todes³⁰. Oft entspringen Wünsche und Forderungen der wechselnden Stimmung in den Sterbephasen und wandeln sich später wieder³¹.

Wird dem Todeswunsch durch aktive Sterbehilfe vorzeitig entsprochen, versagt man dem Patienten dadurch, zu einer Annahme des Todes und einem bewußten Sterben zu

gelingen. Natürlich darf das niemals bedeuten, einen Menschen leiden zu lassen. Aus diesem Grund ist gerade bei einem Todeswunsch intensive Begleitung im Sinn des Hospizgedankens und Schmerzlinderung durch Palliativmedizin unumgänglich:

„Von einem Sterbenlassen im Vollsinn des Wortes kann vielmehr erst da gesprochen werden, wo der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen sowohl von menschlicher Zuwendung als auch von einer auf die individuellen Bedürfnisse des jeweiligen Patienten genau abgestimmten wirksamen palliativen Therapie begleitet wird, deren Erfolg es dem Schwerstkranken überhaupt erst ermöglicht, die für das Erleben eines natürlichen Todes konstitutiven Reifungsschritte tatsächlich auch zu vollziehen.“³²

Der Todeswunsch ist immer ein „zweideutiges Signal“, das nur schwer zu interpretieren ist und meist auf verhüllte Hilferufe hinweist³³. Es ist schon bemerkenswert, daß zu einem Zeitpunkt, an dem die Bedeutung der Schmerzbekämpfung sehr klar erkannt ist und entsprechend gehandelt wird, zugleich der Ruf nach der Tötung auf Verlangen stärker wird. Hier muß skeptisch gefragt werden, ob nicht die veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (etwa der Individualisierungsprozeß) wie die ökonomischen Herausforderungen einen wesentlichen Anteil an dieser Form des Sterbewunsches haben³⁴. Wir müssen aufpassen, daß das Recht auf den Tod nicht zur Pflicht zum Sterben wird. Deshalb muß Sterbehilfe klar eingegrenzt werden. Die zunehmend schwieriger werdenden gesellschaftlichen und ökonomischen Voraussetzungen tragen dazu bei, die passive Sterbehilfe auf Situationen auszudehnen, die nicht zum Sterbeprozess gehören.

Die Intention des Handelnden

Aus den Überlegungen zur Notwendigkeit einer angemessenen Begleitung und Hilfestellung ergibt sich bereits ein weiterer wichtiger Gedanke: Eine Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe und die damit zusammenhängende Beurteilung, ob (ärztliches) Handeln als ethisch und moralisch positiv oder negativ zu bewerten ist, hängt auch von der Intention des Handelnden ab. Passiv wird die Unabwendbarkeit des Todes akzeptiert, man lehnt sich nicht weiter auf dagegen, und die Haltung ist von der Annahme des Todes geprägt, während bei der aktiven Euthanasie der nicht-natürliche Tod intendiert ist. Bei der passiven Sterbehilfe besteht die Absicht, den natürlichen Tod anzunehmen:

„Die entscheidende intentionale Differenz zwischen aktiver und passiver Euthanasie liegt also darin, daß der Tod des Patienten beim Sterbenlassen entweder überhaupt nicht selbst intendiert, sondern bloß in Kauf genommen oder aber als natürlicher Endpunkt eines in seiner Eigendynamik nicht mehr zu revidierenden Sterbeprozesses bewußt angestrebt wird, daß aber Tötungshandlungen demgegenüber wesentlich durch die möglichst rasche Herbeiführung eines nicht-natürlichen Todes motiviert werden.“³⁵

Hier zeigt sich auch die moralische Bedeutsamkeit der Unterscheidung von aktiver und passiver Sterbehilfe:

„Wer tötet, greift immer in das Lebensrecht bzw. das Recht auf Nichtschädigung eines anderen Menschen ein und verstößt damit gegen eine negative moralische Pflicht. Wer einen Menschen dagegen sterben läßt, also unter bestimmten Bedingungen auf die Anwendung lebensverlängernder Maßnahmen verzichtet, der macht sich weder einer Übertretung des Tötungsverbots noch eines Verstoßes gegen eine positive Hilfspflicht schuldig, da er alle medizinisch sinnvollen Maßnahmen zur Erhaltung personalen Lebens bereits ausgeschöpft hat, so daß von einer Nichterfüllung eines Lebenserhaltungsgebotes nicht gesprochen werden kann.“³⁶

Durch den Verweis auf die moralische Bedeutsamkeit der Intention des Handelnden wird die Bedeutung der Fürsorgepflicht des Arztes entsprechend gewürdigt. Jede medizinische Indikation ist eine Einschätzung des Arztes, der versucht, die Gesamtsituation des Patienten zu berücksichtigen. Das Fürsorgeprinzip ärztlichen Handelns verlangt eine objektive Einschätzung des Krankheitsbilds, angemessene Beachtung der Selbstbestimmung des Patienten und der Angehörigen, sowie stets die „Rücksichtnahme auf den gesellschaftlichen Auftrag“ und die „berufsethische Selbstdefinition des Arztes“³⁷, die dessen moralisches Gewissen mit einschließt.

Ärzte sind nicht nur rein ausführende Vertragspartner, sondern Kommunikationspartner – ihrem Gewissen und Berufsethos verpflichtet:

„Es ist für die zukünftige Entwicklung des Arztbildes in unserer Gesellschaft von folgenreicher Bedeutung, ob die Bindung ärztlichen Handelns an die Willensbestimmung des Patienten als eine notwendige und unerläßliche, aber allein noch nicht hinreichende Bedingung angesehen wird, oder ob das Autonomieprinzip als einziger Legitimationsmaßstab ärztlichen Handelns gelten soll. Im einen Fall tritt der Respekt vor der Willensbestimmung des kranken Menschen in einer spannungsreichen, oftmals auch konflikthaften Gleichrangigkeit den klassischen ärztlichen Handlungsprinzipien der *salus aegroti* und des *nil nocere* zur Seite, im anderen Fall werden diese von der Selbstbestimmung des Patienten verdrängt, so daß die Arzt-Patient-Beziehung zu einer Art Geschäftsbeziehung wird, in welcher der Arzt auf Wunsch seines Vertragspartners medizinische Dienstleistungen erbringt.“³⁸

Wie sehr die Intention des Arztes entscheidend ist, zeigt sich unter anderem im Vorschlag des Nationalen Ethikrats, unter sehr begrenzten Bedingungen Suizidbeihilfe zu leisten. Dabei hält der Ethikrat am Verbot der Tötung auf Verlangen fest. Auch hier geht der Alternativ-Entwurf einen Schritt weiter, wenn er festhält, „daß es – trotz prinzipieller Ablehnung der aktiven Sterbehilfe und der ärztlichen Suizidbeihilfe – bei der Begleitung Sterbender ausweglose Situationen geben kann, in denen schon bisher ein Weg zur Erlösung des Kranken gefunden wird, sei es durch hohe Dosierung von Schmerz- oder Beruhigungsmitteln im Grenzbereich der indirekten Sterbehilfe, durch Suizidbeihilfe oder gar durch verdeckte aktive Sterbehilfe“³⁹.

Die Kritik an einigen Empfehlungen des Nationalen Ethikrates, die Anton Losinger, Peter Radtke und Eberhard Schockenhoff geben, gilt in noch konturierterer Form für den Alternativ-Entwurf:

„Zwischen dem Sterbenlassen in medizinisch aussichtsloser Lage und der Tötung auf Verlangen besteht vielmehr ein moralisch relevanter Unterschied; sowohl hinsichtlich der Absicht ärztlichen Handelns als auch im Blick auf seine ursächliche Wirksamkeit zur unmittelbaren Herbeiführung des Todes stellen beide unterschiedliche Handlungstypen dar.“⁴⁰

Zur Kennzeichnung dieses Unterschieds ist die begriffliche Verwendung von passiver und aktiver Sterbehilfe aus unserer Sicht nach wie vor sinnvoll.

Diese Differenzierung von aktiv und passiv scheint bei all ihrer Schwierigkeit nach wie vor hilfreich zu sein, um sowohl die Intention des ärztlichen Handelns wie den unterschiedlichen Handlungstyp in seiner ethischen Relevanz herauszuarbeiten. Bei den Veränderungsvorschlägen kann trotz einer Berechtigung im einzelnen nicht übersehen werden, daß immer mehr Lebensumstände jetzt unter dem Gesichtspunkt des „Sterbenlassens“ (bisher passive Sterbehilfe) benannt werden. Besonders alarmierend ist hier die Ausweitung der Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe über den Sterbeprozess hinaus und die Möglichkeit, unter strengen Bedingungen Beihilfe zum Suizid zu leisten. Das Verbot der aktiven Sterbehilfe, die sich ja meist im Töten auf Verlangen äußert, droht mehr und mehr zu einer Formel zu werden, an der zwar dem Wortlaut nach festgehalten, der im Ergebnis dann aber doch widersprochen wird.

ANMERKUNGEN

¹ Vgl. aus theologisch-ethischer Sicht etwa: Euthanasie oder soll man auf Verlangen töten?, hg. v. V. Eid (Mainz 1975).

² Nationaler Ethikrat, Selbstbestimmung u. Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme v. 13. 7. 2006, in: www.ethikrat.org/stellungnahmen

³ Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB), in: Goldammer's Archiv für Strafrecht 152 (2005) 553–586.

⁴ D. Kettler, Palliativmedizin – eine Alternative zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe?, in: Aktive u. passive Sterbehilfe. Medizinische, rechtswissenschaftliche u. philosophische Aspekte, hg. v. F. Thiele (München 2005) 127–137, 129.

⁵ Ethikrat (A. 2) 54.

⁶ www.rpi-virtuell.net/verweise/lexartikel.asp?Artikel=Passive%20Sterbehilfe

⁷ Vgl. D. Birnbacher, Sterbehilfe – eine philosophische Sicht, in: Aktive u. passive Sterbehilfe (A. 4) 34.

⁸ Um diesem Dilemma zu entgehen, spricht der Ethikrat deshalb von „Sterbenlassen“ statt von „passiver Sterbehilfe“.

⁹ Vgl. F.-J. Bormann, Töten oder Sterbenlassen? Zur bleibenden Bedeutung der Aktiv-Passiv-Unterscheidung in der Euthanasiediskussion, in: ThPh 76 (2001) 63–99, 70–72.

¹⁰ Ebd. 80.

- ¹¹ Vgl. H. Weber, *Spezielle Moraltheologie* (Graz 1996) 226.
- ¹² Vgl. *Christliche Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht u. Betreuungsverfügung*, hg. v. Kirchenamt der EKD u. v. Sekretariat der DBK (Bonn 2003) 12.
- ¹³ F. Thiele, *Aktive Sterbehilfe. Eine Einführung in die Diskussion*, in: *Aktive u. passive Sterbehilfe* (A. 4) 16.
- ¹⁴ Vgl. K. Kutzer, *Die gegenwärtige Rechtslage der Behandlung Schwerstkranker bei irreversiblen Schäden*, in: *Aktive u. passive Sterbehilfe* (A. 4) 71.
- ¹⁵ Vgl. BGH, *Beschluß v. 13. 9. 1994*, StR 357/94 (BGHSt 40/257 ff.).
- ¹⁶ Vgl. ebd., *Beschluß v. 17. 3. 2003*, XII ZB 2/03.
- ¹⁷ *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung*, in: *Deutsches Ärzteblatt* 95/39 (1998) A-2366 f.
- ¹⁸ *Deutscher Bundestag, 15. Wahlperiode, Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“*. *Patientenverfügungen*. Drucksache 15/3700 v. 13. 9. 2004, 14.
- ¹⁹ St. Ernst, *Innere Grenzen der Autonomie. Ethische Überlegungen zur gesetzlichen Regelung von Patientenverfügungen*, in: *LS 56* (2005) 248–252, 250.
- ²⁰ *Ethikrat* (A. 2) 43.
- ²¹ *AE-StB* (A. 3) 562. Dem Nationalen Ethikrat war dieser Entwurf bekannt, er hat sich ihm aber in einer Reihe von Punkten nicht angeschlossen.
- ²² *Die Passage ist abgedruckt in: Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe. Eine Textsammlung kirchlicher Erklärungen*, hg. v. Kirchenamt der EKD u. v. Sekretariat der DBK (Bonn 2003) 24.
- ²³ Papst Johannes Paul II., *Ansprache an die Teilnehmer des internationalen Fachkongresses zum Thema „Lebenserhaltende Behandlungen u. vegetativer Zustand: Wissenschaftliche Fortschritte u. ethische Dilemmata“* am 20. 3. 2004.
- ²⁴ *Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe* (A. 22) 12.
- ²⁵ J. Römlt, *Menschenwürdiges Sterben. Vom menschlichen Umgang mit dem verlangsamten Tod*, in: *HerKorr* 58 (2004) 524–529, 526 f.
- ²⁶ www.uniklinik-saarland.de/med_fak/humangenetik/skripte_2/sterbehilfe.pdf
- ²⁷ www.dgpalliativmedizin.de/sn/SN%20310%20DGP-Definitionen.pdf; www.ahop.at/html/stapel1.pdf
- ²⁸ F.-J. Bormann, *Ein natürlicher Tod – was ist das? Ethische Überlegungen zur aktiven Sterbehilfe*, in: *ZME* 48 (2002) 300–309, 303.
- ²⁹ Ebd. 304; vgl. Bormann (A. 9) 85.
- ³⁰ *Menschenwürdig sterben u. christlich sterben*, hg. v. Sekretariat der DBK (Bonn 1991) 15–42, 16 f.
- ³¹ Vgl. H. Schlögel u. A.-P. Alkofer, *Was soll ich dir tun? Kleine Bioethik der Krankenhauseseelsorge* (Stuttgart 2003) 137.
- ³² Bormann (A. 9) 98 f.
- ³³ Vgl. E. Schockenhoff, *Selbstbestimmt sterben? Zur Kritik der Euthanasie*, in: *IKaZ* 33 (2004) 574–589, 583.
- ³⁴ Vgl. K. E. Leiter, *(K)eine Zeit zum Sterben. Euthanasie – Problem oder Lösung?* (Innsbruck 2001) 70.
- ³⁵ Bormann (A. 9) 95 f.
- ³⁶ Ebd. 82.; vgl. J. Römlt, *Freiheit, die mehr ist als Willkür. Christliche Ethik in zwischenmenschlicher Beziehung, Lebensgestaltung, Krankheit u. Tod* (Regensburg 1997) 272.
- ³⁷ Schockenhoff (A. 33) 585.
- ³⁸ Ebd.
- ³⁹ *AE-StB* (A. 3) 581.
- ⁴⁰ *Ethikrat* (A. 2), hier: *Ergänzendes Votum 57*. Deutlich ist auch die Kritik von J. Reiter am Alternativ-Entwurf: *Der Konsens zerfällt. Zum aktuellen Stand von Bioethik und Biopolitik*, in: *HerKorr* 60 (2006) 388–394; die Stellungnahme des Nationalen Ethikrats war beim Abfassen seines Beitrags noch nicht veröffentlicht.