

Héctor Wittwer (Hg.)

Sterbehilfe und ärztliche Beihilfe zum Suizid

Grundlagentexte zur
ethischen Debatte

VERLAG KARL ALBER



Héctor Wittwer (Hg.)

Sterbehilfe und ärztliche Beihilfe zum Suizid

Grundlagentexte zur ethischen Debatte

VERLAG KARL ALBER



Héctor Wittwer (Hg.)

Sterbehilfe und ärztliche Beihilfe zum Suizid

Grundlagentexte zur
ethischen Debatte

Verlag Karl Alber Freiburg/München

Héctor Wittwer (ed.)

Euthanasia and physician-assisted suicide

Key texts on the ethical debate

The anthology assembles influential contributions to the ethical debate on euthanasia and physician-assisted suicide published since 1975. For this book, some of the seminal papers from the anglo-saxon world have been translated into German for the first time. Some of the topics addressed in the volume are the following: Are euthanasia and physician-assisted suicide in principle morally permitted? Are they compatible with the internal morality of medicine? Are slippery-slope arguments against the legalization of euthanasia and physician-assisted suicide plausible? Do we have to make the same moral judgment on euthanasia and assisted suicide, or are there any compelling reasons for evaluating them differently? – The volume is particularly suitable for use in teaching.

The editor:

Héctor Wittwer is Professor of Practical Philosophy at the Otto-von-Guericke University Magdeburg. His research focuses on normative ethics and metaethics, the philosophy of death and the philosophy of law.

Héctor Wittwer (Hg.)

Sterbehilfe und ärztliche Beihilfe zum Suizid

Grundlagentexte zur ethischen Debatte

Die Anthologie versammelt wichtige Beiträge zur ethischen Debatte über die Zulässigkeit der direkten aktiven Sterbehilfe und der ärztlichen Beihilfe zum Suizid seit 1975. Etliche einflussreiche Aufsätze aus dem angelsächsischen Raum erscheinen hier zum ersten Mal in deutscher Übersetzung. Behandelt werden u. a. folgende Fragen: Sind Sterbe- und Suizidbeihilfe grundsätzlich moralisch erlaubt? Lassen sie sich mit dem Berufsethos der Medizin vereinbaren? Wie plausibel ist das Argument der schiefen Ebene gegen ihre Legalisierung? Müssen Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid moralisch gleich beurteilt werden, oder sprechen gute Gründe dafür, sie unterschiedlich zu bewerten? – Aufgrund seiner systematischen Anlage ist der Band besonders für die Lehre geeignet.

Der Herausgeber:

Héctor Wittwer ist Professor für Praktische Philosophie an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in der Normativen Ethik und der Metaethik, der Philosophie des Todes sowie in der Rechtsphilosophie.

Veröffentlicht mit finanzieller Unterstützung
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

© VERLAG KARL ALBER
in der Verlag Herder GmbH, Freiburg / München 2020
Alle Rechte vorbehalten
www.verlag-alber.de

Satz und PDF-E-Book: SatzWeise, Bad Wünnenberg
Herstellung: CPI books GmbH, Leck

Printed in Germany

ISBN (Buch) 978-3-495-49155-3
ISBN (PDF-E-Book) 978-3-495-82392-7

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	9
Einleitung: Die ethische Debatte über Sterbehilfe und ärztliche Beihilfe zum Suizid im Überblick	11
Teil I: Gibt es einen moralisch relevanten Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen?	
Héctor Wittwer: »James Rachels' Aufsatz ›Aktive und passive Sterbehilfe‹: eine Zusammenfassung«	39
Michael Tooley: »Ein irrelevanter Gesichtspunkt: Töten versus Sterbenlassen« (1980)	48
Thomas D. Sullivan: »Aktive und passive Sterbehilfe: Eine irrelevante Unterscheidung?« (1977)	58
Bonnie Steinbock: »Die absichtliche Beendigung des Lebens« (1980)	67
Michael Quante: »Passive, indirekt und direkt aktive Sterbehilfe – deskriptiv und ethisch tragfähige Unterscheidungen?« (1998) . . .	80
Teil II: Prinzipielle Argumente für und wider direkte aktive Sterbehilfe und ärztliche Beihilfe zum Suizid	
Margaret Pabst Battin: »Selbsttötung und Rechte« (1982) . . .	115
Norbert Hoerster: »Sterbehilfe ohne ausdrückliche Ermächtigung?« (1998)	146

Leon R. Kass: »Gibt es ein Recht zu sterben?« (1993)	169
J. David Velleman: »Ein Recht auf Selbsttötung?« (1999)	202
Judith Jarvis Thomson: »Ärztliche Beihilfe zum Suizid. Zwei moralische Argumente« (1999)	235

Teil III: Schiefe-Ebene- und Missbrauchsargumente in der Diskussion

Robert Spaemann: »Es gibt kein gutes Töten« (1997)	271
Barbara Guckes: »Sterbehilfe« (1997)	285
Robert L. Holmes: »Führt eine schiefe Ebene vom Suizid zur Beihilfe zum Suizid und zur Sterbehilfe?« (2001)	320
Ulrich Eibach: »Von der Beihilfe zum Suizid zur Tötung auf Verlangen? Eine Beurteilung aus seelsorgerlicher und ethischer Sicht« (2015)	334

Teil IV: Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid aus Sicht der ärztlichen Berufsethik

Bettina Schöne-Seifert: »Ist ärztliche Suizidbeihilfe ethisch verantwortbar?« (2006)	363
Dieter Birnbacher: »Die ärztliche Beihilfe zum Suizid in der ärztlichen Standesethik« (2006)	382
Leon R. Kass: »»Ich werde niemandem ein tödliches Mittel geben.« Warum Ärzte nicht töten dürfen« (1992)	405
Daniel Callahan: »Selbstausschöpfung. Zur moralischen Bewertung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid« (1997)	429

Danksagung

Ohne die Unterstützung durch andere hätte ich die vorliegende Anthologie nicht veröffentlichen können. Mein Dank gilt den Übersetzerinnen und Übersetzern sowie dem Karl Alber-Verlag und insbesondere Lukas Trabert für die Aufnahme dieses Bandes in das Programm des Verlags. Besonderen Dank schulde ich Miriam Gorr, meiner studentischen Hilfskraft. Sie hat die Textvorlagen für den Druck vorbereitet, alle Übersetzungen korrigiert und schwer zu findende Literatur beschafft. Ohne ihre unschätzbare Hilfe hätte ich dieses Publikationsprojekt nicht realisieren können.

Héctor Wittwer

Einleitung: Die ethische Debatte über Sterbehilfe und ärztliche Beihilfe zum Suizid im Überblick

1. Die Entstehung der Probleme und die Argumente für und gegen die Legalisierung der Hilfe zum Sterben¹

Bei den moralischen Diskussionen über die Zulässigkeit der Sterbehilfe und der ärztlichen Beihilfe zum Suizid handelt es sich um vergleichsweise junge Debatten. Im Großen und Ganzen werden sie erst seit den 1970er Jahren geführt. Diese Feststellung wirft die Frage auf, warum sich die Ethik den genannten Themen erst so spät und warum ausgerechnet zu diesem Zeitpunkt zugewandt hat. Die Antwort auf diese Frage liegt nahe. Mehrere Entwicklungen haben in ihrem Zusammenspiel dazu geführt, dass die Sterbehilfe und die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung auf die Tagesordnung der Angewandten Ethik gesetzt wurden. An erster Stelle ist hier *der rasante Fortschritt der Medizin* in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg zu nennen. Dieser Fortschritt, der sich ab den 1950er Jahren beschleunigt hat, führte dazu, dass immer mehr Krankheiten, die bis dahin unheilbar gewesen waren, geheilt werden konnten und dass Menschen, die noch vor wenigen Jahrzehnten an ihren Krankheiten oder Verletzungen gestorben wären, mit den Mitteln der modernen Medizin am Leben erhalten werden können, und zwar in einigen Fällen sehr lange. Sogenannte Wachkomapatienten können beispielsweise mittels künstlicher Ernährung und Pflege jahrelang am Leben erhalten werden. Allerdings wird die Lebenserhaltung in manchen Fällen um den Preis eines erheblichen Verlusts an Lebensqualität erkaufte. Auch dies lässt sich anhand des Beispiels des persistierenden vegetativen Zustands anschaulich machen. Die Patienten, die sich in diesem Zustand befinden, haben ab einem bestimmten Zeitpunkt die Fähigkeit, das Be-

¹ Der Ausdruck »Hilfe zum Sterben« wird hier als Oberbegriff verwendet, der sowohl die Sterbehilfe als auch die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung umfasst. Die Hilfe zum Sterben ist von der Hilfe *beim* Sterben, also der Sterbebegleitung, zu unterscheiden.

wusstsein wiederzuerlangen, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ein für alle Mal verloren. Angesichts solcher und ähnlicher Konstellationen stellt sich die Frage, ob die Medizin dazu verpflichtet ist, das Leben der Patienten unter allen Umständen so lange wie möglich und unabhängig von den Heilungschancen zu erhalten, oder ob es Fälle gibt, in denen es besser ist, einen Patienten sterben zu lassen oder seinen Tod, sofern er dies wünscht, herbeizuführen.

Zweitens hat die *Alterung der Bevölkerung* dazu geführt, dass immer mehr Menschen an alterstypischen Krankheiten leiden, die früher seltener waren. In fast allen modernen Staaten nimmt die durchschnittliche Lebenserwartung seit Jahrzehnten stetig zu.² Der Anteil der über 75-jährigen Menschen an der Gesamtbevölkerung steigt beständig an. Da nun ab einem bestimmten chronologischen Alter die Wahrscheinlichkeit, an bestimmten Erkrankungen zu leiden, signifikant zunimmt, treten diese Krankheiten insgesamt häufiger auf als früher. Immer mehr Menschen leiden unter Krebserkrankungen, neurodegenerativen Krankheiten oder Demenz. Trotz der großen Fortschritte, welche die Medizin in den letzten Jahrzehnten gemacht hat, sind noch immer einige der genannten Krankheiten unheilbar. Beispielsweise gibt es zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch immer keine Therapie für den Bauchspeicheldrüsenkrebs, eine Krankheit, die mit außergewöhnlich starken Schmerzen verbunden ist. Patienten, die an einer unheilbaren Krankheit leiden oder bei denen alle zur Verfügung stehenden Behandlungsmethoden, wie etwa Chemotherapien, versagt haben, gelten als »austherapiert«. Diese Menschen befinden sich in einer ausgesprochen bedrückenden Lage. Sie wissen, dass es für sie keine Chance auf Heilung gibt und dass sie in absehbarer Zeit sterben werden. In manchen Fällen lässt sich ihre verbleibende Lebenserwartung sogar ziemlich genau angeben. Darü-

² »Estimates suggest that in a pre-modern, poor world, life expectancy was around 30 years in all regions of the world.

Life expectancy has increased rapidly since the Age of Enlightenment. In the early 19th century, life expectancy started to increase in the early industrialized countries while it stayed low in the rest of the world. [...] Since 1900 the global average life expectancy has more than doubled and is now above 70 years.« (Max Roser, Esteban Ortiz-Ospina und Hannah Ritchie (2013) – »Life Expectancy«. *Published online at OurWorldInData.org*. Retrieved from: »<https://ourworldindata.org/life-expectancy>« [Online Resource]) – Die einzige Ausnahme sind die USA, in denen seit einigen Jahren die durchschnittliche Lebenserwartung wieder abgenommen hat. Es wird vermutet, dass dieser Rückgang maßgeblich durch die sogenannte Opioidkrise verursacht worden ist.

ber hinaus sind sie in der Regel auch über den Krankheitsverlauf, der ihnen bevorsteht, informiert. Daher wissen sie, dass sich ihre Situation weiter verschlechtern wird. Unter diesen Umständen stellen sich austherapierte Patienten immer häufiger die Frage, ob sie die letzten Wochen oder Monate, die ihnen verbleiben und die ihnen im Großen und Ganzen nur noch Leid bringen werden, durchstehen wollen oder ob es nicht besser für sie wäre, ihr Leben vorzeitig zu beenden. Dies gilt nicht nur für austherapierte Krebspatienten, sondern auch für Menschen, die an bestimmten neurodegenerativen Krankheiten, wie etwa der Amyotrophen Lateralsklerose (ALS), leiden. Auch bei ihnen steht fest, dass Heilung unmöglich ist, und auch bei ihnen ist absehbar, dass sich ihr Zustand nur noch verschlechtern wird. Insbesondere müssen sie davon ausgehen, dass sie die Fähigkeit, sich zu bewegen und sich selbst zu versorgen, nach und nach einbüßen werden, sodass sie letztlich gänzlich und jederzeit auf fremde Hilfe angewiesen sein werden. Der absehbare und unvermeidliche Verlust der Selbstständigkeit führt bei einigen Patienten dazu, dass sie den vorzeitigen Tod einem Leben vorziehen, welches in ihren Augen nicht mehr lebenswert ist.³

Der dritte Faktor, der dazu beigetragen hat, dass heute eine ethische Debatte über die Zulässigkeit der Sterbehilfe und der ärztlichen Suizidbeihilfe geführt wird, ist die *veränderte gesellschaftliche Haltung zur Medizin*. Der Grundsatz der Selbstbestimmung, der sich nach und nach auf immer mehr Gebieten des Zusammenlebens durchgesetzt hat, wird nun auch auf Patienten bezogen. Diese Entwicklung hat ihren Niederschlag darin gefunden, dass sich der Grundsatz der Patientenautonomie allmählich in allen modernen Rechtsstaaten durchgesetzt hat. Heute wird er in Staaten wie Deutschland öffentlich nicht mehr in Frage gestellt. Das Prinzip der Patientenautonomie besagt, dass an dem Körper eines Patienten keine Maßnahme ohne seine Einwilligung vorgenommen werden darf. Der

³ Dies belegen die empirischen Daten, die in Oregon, dem ersten Bundesstaat der USA, in dem die ärztliche Beihilfe zum Suizid unter strengen Auflagen legalisiert wurde, alljährlich erhoben werden. Vgl. dazu etwa den derzeit neuesten Jahresbericht für das Jahr 2018 (*Oregon Death with Dignity Act. Data Summary 2018*). Unter den Gründen, die für den Sterbewunsch sprechen, wurde der Verlust der Selbstbestimmung (»loss of autonomy«) bei Weitem am häufigsten angeführt. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich (vgl. *Data Summary*, S. 12) (<https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year21.pdf>, zuletzt abgerufen am 30.01.2020).

Patient hat mit anderen Worten immer das Recht, eine Behandlung abzulehnen – selbst dann, wenn diese Behandlung nach dem Urteil der Mediziner indiziert ist und sich der Patient daher durch die Ablehnung selbst schadet. Aus dem speziellen Grundsatz der Patientenautonomie folgt in Bezug auf die Hilfe zum Sterben zunächst nur, dass Patienten auch das Recht haben, lebenserhaltende Maßnahmen abzulehnen. Wenn man einen Schritt weiter geht und das allgemein anerkannte Recht auf Selbstbestimmung auf den eigenen Tod anwendet, dann stellt sich die Frage, ob Patienten unter Umständen nicht auch das Recht haben sollten, über den Zeitpunkt ihres Todes und die Art und Weise ihres Sterbens selbst zu entscheiden.

In ihrem Zusammenspiel haben die drei genannten Faktoren, der rasante Fortschritt der Medizin, die Alterung der Bevölkerung und der Siegeszug des Prinzips der Selbstbestimmung, dazu geführt, dass sich die Forderung nach dem »Recht auf den eigenen Tod«, wie man oft irreführenderweise sagt,⁴ nicht länger ignorieren ließ. Diese Forderung stößt allerdings bis zum heutigen Tag in vielen Staaten auf erbitterten Widerstand. Ebenso wie diejenigen, die sich für die Zulassung der Sterbehilfe und der ärztlichen Beihilfe zum Suizid einsetzen, können die Gegner der Legalisierung gute Gründe für ihre Ablehnung anführen.

Zunächst einmal ist die Beteiligung von Ärzten an der Herbeiführung des Todes von Patienten unvereinbar mit der *traditionellen Auffassung von den Aufgaben der Medizin*. Bis vor wenigen Jahrzehnten herrschte Einigkeit darüber, dass die Medizin unter allen Umständen der Pflicht unterliegt, menschliches Leben zu erhalten. Es galt jahrtausendlang als ausgemacht, dass Ärzte niemals ihre Patienten töten dürfen und dass sie ihnen auch niemals dabei helfen dürfen, sich zu töten. Diese Überzeugung ist noch heute weit verbreitet. Sie findet sich in zahlreichen Stellungnahmen von Ärzteorganisationen und anderen Institutionen.

Zweitens widerspricht die Forderung nach der Legalisierung der Sterbe- oder der Suizidbeihilfe der *christlichen Moral*. Genauer gesagt, widerspricht sie einer bestimmten, sehr einflussreichen Interpretation der christlichen Moral. Abgesehen von wenigen Ausnah-

⁴ Warum dieser Ausdruck irreführend ist, habe ich an anderer Stelle dargelegt (vgl. Héctor Wittwer, *Das Leben beenden. Über die Ethik der Selbsttötung*, Paderborn 2020, S. 143).

men, kann man sagen, dass die Sterbehilfe und die ärztliche Beihilfe zum Suizid bis zum heutigen Tag sowohl von der Katholischen Kirche als auch von den Evangelischen Kirchen ausdrücklich missbilligt werden. Die Ablehnung der *Hilfe zum Sterben* beschränkt sich nicht auf den Klerus. Sie wird von vielen Laien geteilt; unter ihnen befinden sich etliche einflussreiche Politiker.

Drittens wurde seit Beginn der Debatte über die Hilfe zum Sterben von den Gegnern der Legalisierung immer wieder darauf hingewiesen, dass die rechtliche Freigabe der Hilfe zum Sterben mit *erheblichen Risiken* verbunden ist. Erstens lasse sich der Missbrauch bestimmter rechtlicher Erlaubnisse nicht wirksam verhindern. Und zweitens bestehe die Gefahr, dass die Gesellschaft, sobald sie eine Form der Hilfe zum Sterben zulasse, auf eine schiefe Ebene gerate und auf dieser von dem, was moralisch möglicherweise vielen als vertretbar erscheine, wie etwa der ärztlichen Beihilfe zum Suizid, unmerklich zur Zulassung von Handlungsweisen abgleite, die sich moralisch zweifellos nicht rechtfertigen ließen, wie beispielsweise der Tötung von Patienten, die nicht mehr bei Bewusstsein sind, auf deren mutmaßlichen Wunsch hin. Um Letzteres (die Tötung von Patienten ohne ausdrückliche Zustimmung) zu verhindern, müsse Ersteres (die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung) strikt verboten bleiben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Gegner der Legalisierung der Hilfe zum Sterben vor allem *drei Arten von Gründen* gegen die rechtliche Freigabe der Sterbehilfe oder der ärztlichen Suizidbeihilfe vorbringen. Erstens berufen sie sich auf die Aufgaben und das sogenannte innere Ethos der Medizin. Es gehöre zum Wesen der Medizin, dass Ärzte ihre Patienten niemals töten und diesen auch niemals beim Suizid helfen dürften. Zweitens verweisen sie auf bestimmte moralische Grundsätze wie etwa die Unantastbarkeit oder die Heiligkeit des menschlichen Lebens. In diesem Zusammenhang berufen sich Kritiker der Legalisierung häufig auf die christliche Moral, sei es ausdrücklich oder implizit. Schließlich werden die Risiken, die mit der Legalisierung der Hilfe zum Sterben verbunden wären, gegen diese ins Feld geführt.

2. Die Tendenz zur Liberalisierung und der Widerstand gegen sie

Wie fast alle Diskussionen innerhalb der Angewandten Ethik, so zielt auch die Debatte über die Zulässigkeit der Hilfe zum Sterben auf die *Gesetzgebung* ab. Beide Parteien, sowohl die Befürworter als auch die Gegner der Sterbe- und Suizidbeihilfe, verfolgen das Ziel, die Gesetzlage zu beeinflussen. Entweder treten sie dafür ein, dass das geltende Recht in Bezug auf die Sterbe- und Suizidbeihilfe geändert wird, oder sie setzen sich dafür ein, dass das Recht so bleibt, wie es ist. Diese Ausrichtung auf die Beeinflussung der Gesetzgebung unterscheidet die philosophische und medizinethische Diskussion über die Hilfe zum Sterben von der Individualethik. Die Angewandte Ethik ist in diesem Fall »Kampf ums Recht«, um eine bekannte Formulierung von Rudolf von Jhering zu zitieren.⁵ In diesem Zusammenhang ist nun die Tatsache von Interesse, dass die öffentlichen Debatten über die Hilfe zum Sterben in einigen Fällen dazu geführt haben, dass die einschlägigen Gesetze geändert worden sind. Dabei lässt sich zweierlei festhalten. Erstens lässt sich im Hinblick auf die Entwicklungen in der Welt eine eindeutige Tendenz zur Liberalisierung der Gesetzgebung über Sterbe- und Suizidbeihilfe konstatieren, und zweitens wird dieser Tendenz in Deutschland vonseiten der Politik starker Widerstand entgegengesetzt.

Seit Ende der 1990er Jahre haben einige Staaten und Bundesstaaten die eine oder andere Form der Hilfe zum Sterben unter bestimmten Bedingungen zugelassen. In Europa waren dabei die Niederlande und Belgien die Vorreiter. Nachdem die Praxis der ärztlichen Sterbehilfe in den Niederlanden zuvor schon einige Jahre lang von den Gerichten toleriert worden war, wurden im Jahr 2002 durch ein entsprechendes Gesetz sowohl die direkte aktive Sterbehilfe, d. h. die Tötung auf Verlangen, als auch die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung unter bestimmten Bedingungen erlaubt. Dabei ist die Strafbarkeit der beiden Handlungsweisen nicht aufgehoben worden. Sterbe- und Suizidbeihilfe sind in den Niederlanden nach wie vor grundsätzlich strafbar. Sie bleiben jedoch straffrei, sofern bestimmte Sorgfaltskriterien eingehalten worden sind. Ärzte, die Sterbehilfe oder Beihilfe zur Selbsttötung geleistet haben, müssen dies melden und ausführlich nachweisen, dass sie die genannten Anforderungen erfüllt haben.

⁵ Vgl. Rudolf von Jhering, *Der Kampf ums Recht* [1872], Frankfurt am Main 2003.

In Belgien ist man dem niederländischen Modell im Großen und Ganzen gefolgt. Allerdings ist hier die Suizidbeihilfe nicht ausdrücklich gesetzlich geregelt worden. In der Praxis wird sie aber offenbar von den Gerichten toleriert, wenn die Auflagen, die für die Sterbehilfe gelten, eingehalten worden sind. Inzwischen ist die Tötung eines Patienten auf dessen Wunsch hin auch in Luxemburg erlaubt worden. In der Schweiz dürfen Ärzte unter der Bedingung Beihilfe zur Selbsttötung leisten, dass ihre Handlung nicht durch selbstsüchtige Gründe motiviert wird. Die Tötung auf Verlangen ist dort hingegen weiterhin verboten.

Auch außerhalb Europas lässt sich inzwischen die Tendenz zur Liberalisierung der Gesetzgebung zur Hilfe zum Sterben konstatieren. In den USA ist die ärztliche Beihilfe zum Suizid mittlerweile in zehn Bundesstaaten gesetzlich erlaubt worden, davon in neun Bundesstaaten durch ein Gesetz: Kalifornien, Colorado, District of Columbia, Hawaii, Maine, New Jersey, Oregon, Vermont und Washington. In Montana ist die Legalisierung durch ein Urteil des Obersten Gerichtshofs bewirkt worden. Der erste Bundesstaat, der die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung rechtlich zuließ, ist Oregon. Dort wurde das entsprechende Gesetz bereits 1997 verabschiedet. Der Staat Washington folgte bald darauf. Diese beiden Bundesstaaten sind insofern von besonderem Interesse für die ethische Debatte über die Hilfe zum Sterben, als in ihnen in jedem Jahr die Daten über die geleisteten Fälle von ärztlicher Suizidbeihilfe im Detail gesammelt und in Berichten veröffentlicht werden. Diesen Berichten lassen sich Anhaltspunkte im Hinblick darauf entnehmen, ob sich die unheilvollen Tendenzen, die von den Gegnern der Suizidbeihilfe als Wirkungen der Legalisierung befürchtet werden, tatsächlich empirisch nachweisen lassen.

Die Tendenz zur Liberalisierung der Gesetzgebung über die Hilfe zum Sterben beschränkt sich nicht auf Europa und die USA. Kanada hat im Jahr 2016 ein Gesetz verabschiedet, durch welches unter bestimmten Bedingungen sowohl die Tötung auf Verlangen als auch die Beihilfe zum Suizid erlaubt werden. Mittlerweile haben auch zwei australische Bundesstaaten, nämlich Victoria und Western Australia, die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung zugelassen. Die Tötung auf Verlangen ist dort jedoch weiterhin verboten. – Wie dieser knappe Überblick zeigt, haben sich die Befürworter der Legalisierung der Hilfe zum Sterben in den letzten 25 Jahren in etlichen Staaten und Bundesstaaten durchgesetzt.

Auf der anderen Seite muss jedoch festgehalten werden, dass die

Liberalisierung der Gesetzgebung zu Sterbe- und Suizidbeihilfe in anderen Staaten zu einer Reaktion in Deutschland geführt hat, die darauf abzielt, die rechtliche Freigabe der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung zu verhindern. Hierzulande wurde nach einer langen und kontroversen Diskussion Ende 2015 ein neuer Paragraph des Strafgesetzbuches erlassen, der §217 StGB, durch welchen die sogenannte »geschäftsmäßige« Beihilfe zur Selbsttötung sowie die »geschäftsmäßige« Förderung und Vermittlung derselben unter Strafe gestellt wurden. Zwar blieb die Suizidbeihilfe gemäß Absatz 2 dieses Paragraphen unter bestimmten Umständen straffrei. Dies ändert jedoch nichts daran, dass das neue Gesetz alles in allem zu einer restriktiveren Regelung der Beihilfe zur Selbsttötung führte, weil diese bis dahin strafrechtlich überhaupt nicht reguliert gewesen war.

Allerdings hatte dieses Gesetz nicht lange Bestand. Aufgrund mehrerer Klagen gegen den neuen Paragraphen musste dessen Verfassungsmäßigkeit gerichtlich überprüft werden. In letzter Instanz hat das Bundesverfassungsgericht den neuen §217 StGB in seinem Urteil vom 26. Februar 2020 für verfassungswidrig erklärt: »Die Vorschrift ist mit dem Grundgesetz unvereinbar und nichtig.«⁶ In der Begründung dieses Urteils stützt sich das Bundesverfassungsgericht erstens auf die Annahme, dass das Recht auf Selbstbestimmung auch das Recht umfasst, sich zu töten:

Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen. Die Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren.⁷

Darüber hinaus hält das Gericht ausdrücklich fest, dass zu dem Recht, das eigene Leben zu beenden, auch das Recht gehört, sich beim Suizid von anderen Menschen helfen zu lassen: »Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit, hierfür Hilfe bei Dritten zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.«⁸ Schließlich vertritt das Gericht die Auffassung, dass sich das

⁶ BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15, 2 BvR 2527/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 651/16 – Rn. (1–343), http://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html, S. 6.

⁷ Ebd., S. 1.

⁸ Ebd.

Recht auf Selbsttötung und auf die Inanspruchnahme von Suizidbeihilfe aus der in Artikel 1 Absatz 1 des Grundgesetzes festgeschriebenen Garantie der Unantastbarkeit der *Menschenwürde* ableiten lässt:

Das Recht, sich selbst zu töten, kann nicht mit der Begründung verneint werden, dass sich der Suizident seiner Würde begibt, weil er mit seinem Leben zugleich die Voraussetzung seiner Selbstbestimmung und damit seine Subjektstellung aufgibt. [...] Zwar ist das Leben die vitale Basis der Menschenwürde [...]. Daraus kann jedoch nicht der Schluss gezogen werden, dass eine auf einen freien Willen zurückgehende Selbsttötung der in Art. 1 Abs. 1 GG garantierten Menschenwürde widerspräche. Die Menschenwürde, die dem Einzelnen ein Leben in Autonomie gewährleistet, steht der Entscheidung des zur freien Selbstbestimmung und Eigenverantwortung fähigen Menschen, sich zu töten, nicht entgegen. Die selbstbestimmte Verfügung über das eigene Leben ist vielmehr unmittelbarer Ausdruck der der Menschenwürde innewohnenden Idee autonomer Persönlichkeitsentfaltung; sie ist, wenngleich letzter, Ausdruck der Würde.⁹

Der Versuch, die Freiheit der Hilfe zum Sterben in Deutschland durch ein rechtliches Verbot einzuschränken, ist somit zumindest vorerst gescheitert. Allerdings ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht absehbar, welche der beiden hier skizzierten Tendenzen in der Zukunft die Oberhand gewinnen wird. Voraussichtlich werden die öffentlichen Diskussionen über die moralische Beurteilung der Hilfe zum Sterben nicht nur in Deutschland, sondern auch anderswo fortgeführt werden. Diese Auseinandersetzungen können nur dann auf rationale Weise ausgetragen werden, wenn die Argumente für und gegen die Zulassung der Sterbehilfe und der Beihilfe zum Suizid hinreichend bekannt sind.

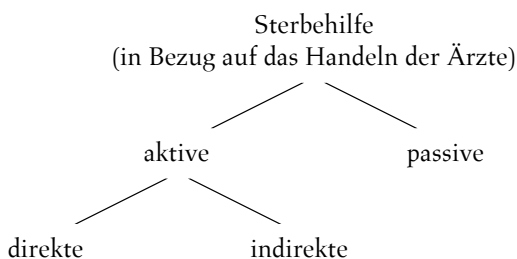
3. Die alte Terminologie zur Sterbehilfe und die mit ihr verbundenen Schwierigkeiten

Seit den 1970er Jahren hat sich in den ethischen Debatten über die Zulässigkeit der Sterbehilfe eine Terminologie eingebürgert, die bis in die Gegenwart hinein weit verbreitet ist. Heute herrscht weitgehend Einigkeit darüber, dass diese Terminologie unklare Unterscheidungen enthält und dass die Begriffe für die Bezeichnung der einzelnen Arten der Sterbehilfe in verschiedenen Hinsichten irrefüh-

⁹ Ebd., S. 63.

rend sind. Deshalb haben einige Institutionen, wie etwa in Deutschland die Bundesärztekammer, empfohlen, die alte Terminologie nicht mehr zu gebrauchen. Dennoch muss die alte Terminologie in der Einleitung zu der vorliegenden Anthologie vorgestellt werden, und zwar aus zwei Gründen. Erstens ist ihre Kenntnis unabdingbar für das Verständnis zahlreicher Diskussionsbeiträge. Zweitens hat sie sich ungeachtet der Empfehlung, sie nicht mehr zu verwenden, so im allgemeinen Sprachgebrauch festgesetzt, dass man sie nicht ohne Weiteres wieder aufgeben kann. Wenn bestimmte Begriffe einmal Eingang in die Bildungssprache gefunden haben, ist es schwer, sie durch andere zu ersetzen. Aus den genannten Gründen soll die alte Terminologie mitsamt den mit ihr verbundenen Schwierigkeiten hier in aller Kürze vorgestellt werden.

Diese Begrifflichkeit umfasst zwei Unterscheidungen, die nach verschiedenen Gesichtspunkten getroffen werden. Was zunächst *das Verhalten der Ärzte* betrifft, so hat es sich eingebürgert, folgende Unterscheidungen zu treffen:



Wie diese Unterscheidungen genau zu verstehen sind, ist leider alles andere als klar. Glücklicherweise herrscht zumindest darüber weitgehend Einigkeit, was jeweils paradigmatische Beispiele für die Typen der Sterbehilfe sind. Anhand dieser paradigmatischen Fälle lassen sich die Unterschiede zwischen den einzelnen Arten der Sterbehilfe bestimmen.

Anders als die Gegenüberstellung der Attribute »aktiv« und »passiv« vermuten lässt, beruht die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe *nicht* auf der Unterscheidung zwischen Handeln und Unterlassen. Bei dem paradigmatischen Fall der sogenannten passiven Sterbehilfe, der Einstellung der künstlichen Ernährung bei einem Wachkomapatienten, muss die Ärztin oder die Krankenschwester etwas *tun*. Sie muss die Magensonde entfernen oder die

künstliche Ernährung durch eine andere Handlung beenden. Die Zusätze »aktiv« und »passiv« sind also irreführend.

Die Feststellung, dass die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe nicht auf der Unterscheidung zwischen Handeln und Unterlassen beruht, wirft die Frage auf, worin denn die wesentliche Differenz zwischen den beiden Typen besteht. In Bezug auf diese Frage haben sich zwei Vorschläge als besonders einflussreich erwiesen. Gemäß dem ersten Vorschlag liegt eine aktive Sterbehilfe dann vor, wenn der Arzt den Patienten *tötet*. Um eine passive Sterbehilfe handle es sich hingegen dann, wenn eine Ärztin die Patientin *sterben lasse*. Diesem Vorschlag liegt der Gedanke zugrunde, dass bei der passiven Sterbehilfe der Tod nicht durch das Handeln der Ärzte, sondern durch eine andere Ursache bewirkt werde. Dies lässt sich anhand des Beispiels der Wachkomapatienten erläutern. Diese Patienten sind aufgrund ihrer permanenten Bewusstlosigkeit nicht mehr imstande, selbstständig Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Ohne künstliche Ernährung würden sie daher nach einigen Tagen verdursten. Dies wäre der »natürliche Krankheitsverlauf«. Durch die Einleitung der künstlichen Ernährung sei nun zunächst ein Hindernis für den natürlichen Krankheitsverlauf und den natürlicherweise einsetzenden Sterbeprozess errichtet worden. Wenn nun ein Arzt die künstliche Ernährung wieder einstelle, dann entferne er nur ein von ihm selbst errichtetes künstliches Hindernis für das Sterben. Danach führe der natürliche Verlauf der Krankheit zum Tod. Nicht der Arzt töte den Patienten, vielmehr sterbe dieser an den Folgen seiner Krankheit oder Verletzung. Der Arzt lasse ihn nur sterben.

Falls die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe tatsächlich eine Spezifizierung der Unterscheidung zwischen Töten und Sterbenlassen sein sollte, würde ihre unterschiedliche rechtliche Bewertung in vielen Staaten auf der Annahme beruhen, dass Töten verwerflicher ist als Sterbenlassen. Dies ist nur dann möglich, wenn zwischen Töten und Sterbenlassen in moralischer Hinsicht mindestens ein wesentlicher Unterschied besteht. Diese Annahme ist von James Rachels und Michael Tooley in zwei einflussreichen Aufsätzen mittels plausibel erscheinender Gegenbeispiele bestritten worden.¹⁰ Sie vertreten die These, dass zwischen dem Töten und dem Sterbenlassen kein wesentlicher moralischer Unterschied besteht. Da

¹⁰ Vgl. dazu in diesem Band die Zusammenfassung zu Rachels' Aufsatz (Héctor Wittwer: »James Rachels' Aufsatz ›Aktive und passive Sterbehilfe‹: eine Zusammen-

sie außerdem von der Voraussetzung ausgehen, dass die Differenzierung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe auf der Unterscheidung zwischen Töten und Sterbenlassen beruht, kommen sie zu dem Schluss, dass sich die unterschiedliche moralische und rechtliche Bewertung dieser beiden Arten der Sterbehilfe nicht rechtfertigen lässt. Entweder müssten beide erlaubt oder beide verboten sein.

In der Auseinandersetzung mit der Kritik von Rachels und Tooley ist bestritten worden, dass der Gegensatz zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe etwas mit dem Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen zu tun habe. Stattdessen beruhe diese Differenzierung auf der Unterscheidung zwischen *gewöhnlichen und außergewöhnlichen Behandlungsmaßnahmen*. Unter »gewöhnlichen« Behandlungsmaßnahmen¹¹ versteht man dabei solche, die erfahrungsgemäß zur Heilung einer Krankheit führen, als »außergewöhnlich« gelten im Gegensatz dazu Behandlungsmaßnahmen, die erfahrungsgemäß nicht zur Heilung des Patienten führen. Ein einschlägiges Beispiel für eine gewöhnliche Behandlung ist die operative Entfernung eines Magengeschwürs, ein paradigmatisches Beispiel für außergewöhnliche Behandlungsmaßnahmen sei die künstliche Ernährung bei Wachkomapatienten. Die Einstellung oder Unterlassung außergewöhnlicher Maßnahmen sei deshalb moralisch nicht geboten, weil es keine Pflicht gebe, menschliches Leben unter allen Umständen zu verlängern. Hingegen sei der Verzicht auf gewöhnliche Behandlungsmaßnahmen stets moralisch unzulässig, weil er zu einer Schädigung des Patienten führe. Ihm werde eine Therapie vorenthalten, die zur Heilung seiner Krankheit oder gar zur Erhaltung seines Lebens geführt hätte.

Zusammenfassend lässt sich zur Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe sagen, dass keine Einigkeit darüber besteht, wie diese beiden Typen im Detail zu unterscheiden sind. Konsens herrscht nur darüber, dass diese Unterscheidung nicht auf dem Gegensatz zwischen Handeln und Unterlassen beruht. Wenn der Unterschied zwischen den beiden Arten der Sterbehilfe näher bestimmt werden soll, dann muss geklärt werden, wie sich die folgenden drei begrifflichen Gegensätze zueinander verhalten und ob sie miteinander zusammenhängen:

fassung«, S. 39–47) sowie die deutsche Übersetzung von Tooleys Aufsatz (»Ein irrelevanter Gesichtspunkt: Töten versus Sterbenlassen«, S. 48–57).

¹¹ Vgl. dazu in diesem Band den Aufsatz von Steinbock, »Die absichtliche Beendigung des Lebens«, S. 67–79.

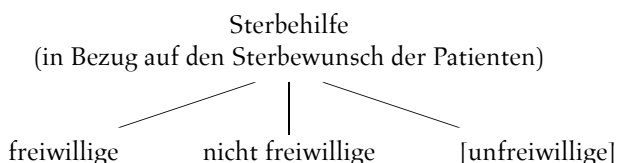
aktive Sterbehilfe	↔	passive Sterbehilfe
Töten	↔	Sterbenlassen
gewöhnliche Behandlungsmaßnahmen	↔	außergewöhnliche Behandlungsmaßnahmen

Innerhalb der aktiven Sterbehilfe wird nochmals zwischen *direkter* aktiver und *indirekter* aktiver Sterbehilfe unterschieden. Obwohl dies häufig anders dargestellt wird, handelt es sich bei der indirekten Sterbehilfe also nicht um einen dritten Typ neben aktiver und passiver Sterbehilfe, sondern um eine Unterart der aktiven Sterbehilfe. Gemäß der herrschenden Meinung besteht der wesentliche Unterschied zwischen der direkten und der indirekten Sterbehilfe darin, dass bei der direkten Sterbehilfe der Arzt den Tod des Patienten *beabsichtigt* oder absichtlich herbeiführt, während er bei der indirekten Sterbehilfe etwas anderes beabsichtigt, nämlich die Linderung der Schmerzen des Patienten, und das Risiko, dass er dadurch den vorzeitigen Tod der Patientin herbeiführe, nur als unerwünschte Nebenfolge *in Kauf nehme*. Der paradigmatische Fall der sogenannten indirekten aktiven Sterbehilfe wird gewöhnlich so dargestellt: Eine Ärztin möchte einem austerapierten Krebspatienten, der unter sehr starken Schmerzen leidet, helfen. Um seine Schmerzen zu lindern, ist es nötig, die Dosis des schmerzstillenden Medikaments nach und nach zu erhöhen. Die Ärztin weiß, dass diese Erhöhung mit dem Risiko verbunden ist, dass dadurch der Tod des Patienten früher eintreten könnte als ohne die palliative Behandlung. Sie nimmt dieses Risiko jedoch nur billigend in Kauf. Ihre Absicht bestehe hingegen darin, die Schmerzen des Patienten zu lindern.

Aus dieser Darstellung der herrschenden Meinung geht hervor, dass es möglich ist, dass, obwohl zwei Ärztinnen genau das Gleiche tun und dadurch den Tod ihrer Patientinnen bewirken, die eine von ihnen direkte und die andere indirekte Sterbehilfe leistet. Der Unterschied zwischen ihren Handlungen liegt nicht in den Körperbewegungen, die sie ausführen, sondern in ihren Absichten. Dass sich die unterschiedliche moralische Bewertung von äußerlich gleichen Handlungsweisen nur anhand verschiedener Intentionen begründen lässt, ist jedoch von Judith Jarvis Thomson und anderen bestritten worden.¹²

¹² Vgl. die deutsche Übersetzung von Thomsons Aufsatz in diesem Band: »Ärztliche Beihilfe zum Suizid. Zwei moralische Argumente«, S. XX-XX.

Die zweite geläufige Unterscheidung zwischen Arten der Sterbehilfe betrifft nicht das Verhalten der Ärzte, sondern den *Sterbewunsch der Patienten*. Je nachdem, ob und wie dieser Wunsch geäußert worden ist, unterscheidet man zwei oder drei Arten der Sterbehilfe:



Von *freiwilliger* Sterbehilfe spricht man dann, wenn der Patient den Wunsch zu sterben unmittelbar vor seiner Tötung ausdrücklich geäußert hat. Voraussetzung dafür ist, dass er noch bei Bewusstsein gewesen ist. Von *nicht freiwilliger* Sterbehilfe ist hingegen dann die Rede, wenn die Patientin zwar unmittelbar vor ihrer Tötung den Sterbewunsch nicht mehr äußern konnte, z.B. weil sie nicht mehr bei Bewusstsein war, wenn aber andere Menschen aufgrund früherer Äußerungen der Patientin zu dem Schluss gekommen sind, dass sie unter den gegebenen Umständen nicht mehr weiterleben will. Grundlage der Entscheidung zur Sterbehilfe ist hier nicht der *aktuelle* Wille (wie bei der freiwilligen Sterbehilfe), sondern der *mutmaßliche* Wille der Patientin.

Wie diese Erläuterung zeigt, sind die Ausdrücke »freiwillige Sterbehilfe« und »nicht freiwillige Sterbehilfe« ebenso wie »aktive« und »passive Sterbehilfe« ausgesprochen unglücklich gewählt worden. Wörtlich verstanden, würde ja die Rede von der freiwilligen und der nicht freiwilligen Sterbehilfe besagen, dass Ärzte freiwillig oder nicht freiwillig – was immer das hier auch heißen mag – einem Patienten bei der Herbeiführung des Todes helfen. Dies ist aber gar nicht gemeint. Stattdessen bezieht sich die Unterscheidung auf den Sterbewunsch des Patienten.

Gelegentlich wird neben der freiwilligen und der nicht freiwilligen Sterbehilfe ein weiterer Typ genannt: die sogenannte *unfreiwillige* Sterbehilfe. Sie liegt angeblich dann vor, wenn eine Ärztin einen Patienten tötet, obwohl dieser nicht sterben, sondern weiterleben will. Meiner Meinung nach handelt es sich bei der »unfreiwilligen Sterbehilfe« um ein hölzernes Eisen, also um einen begrifflichen Selbstwiderspruch. Helfen kann man jemandem nur bei etwas, was dieser Mensch selbst erreichen will. Daher kann man einem

Menschen, der weiterleben will, nicht beim Sterben helfen. Die richtige Bezeichnung für die Tötung eines Patienten gegen dessen Willen lautet nicht »Sterbehilfe«, sondern »Mord«.¹³

Die Unterscheidung zwischen freiwilliger und nicht freiwilliger Sterbehilfe ist vor allem im Hinblick darauf relevant, welche ethischen Positionen innerhalb der Debatte über die Zulässigkeit der Hilfe zum Sterben möglich sind. Dies kann man verdeutlichen, indem man die verschiedenen Typen der Hilfe zum Sterben anhand des Grades ihrer moralischen Umstrittenheit in folgende Anordnung bringt:

- (1) passive Sterbehilfe
- (2) ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung
- (3) freiwillige direkte aktive Sterbehilfe
- (4) nicht freiwillige direkte aktive Sterbehilfe

Am wenigsten umstritten ist die sogenannte passive Sterbehilfe, der größte Widerstand wird der nicht freiwilligen direkten aktiven Sterbehilfe, d. h. der Tötung auf mutmaßliches Verlangen bei nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten, entgegengesetzt. – Je nachdem, welche der genannten Handlungsweisen rechtlich erlaubt oder verboten sein sollen, lassen sich nun zwei extreme und zwei gemäßigte ethische Positionen unterscheiden:

Die restriktive Extremposition: Alle Formen der Hilfe zum Sterben, also auch der Behandlungsabbruch bei Patienten ohne Aussicht auf Heilung, sollen rechtlich verboten sein. Diese Auffassung wird nur selten vertreten.¹⁴

Die liberale Extremposition: Alle Formen der Hilfe zum Sterben sollen unter bestimmten Auflagen erlaubt sein, also auch die Tötung eines Patienten nur auf dessen mutmaßlichen Willen hin. Diese Auffassung liegt der Praxis in den Niederlanden und Belgien zugrunde.¹⁵

Die gemäßigte restriktive Position: Die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung sollte rechtlich zugelassen werden. Hingegen muss die direkte aktive Sterbehilfe verboten bleiben, weil sie eine Form der Fremdtötung darstellt, die unter das allgemein anerkannte Tötungs-

¹³ Vgl. zur Kritik an dem Ausdruck »unfreiwillige Sterbehilfe« v. Verf., *Das Leben beenden*, a. a. O., S. 203.

¹⁴ Vgl. z. B. Robert Spaemann, »Es gibt kein gutes Töten«, in diesem Band, S. 271–284.

¹⁵ Vgl. dazu in diesem Band Norbert Hoerster, »Sterbehilfe ohne ausdrückliche Ermächtigung?«, S. 146–168.

verbot fällt, und ihre Zulassung mit unbeherrschbaren Risiken verbunden wäre.¹⁶

Die gemäßigte liberale Position: Sowohl die ärztliche Beihilfe zum Suizid als auch die direkte aktive Sterbehilfe sollen legalisiert werden. Allerdings muss die Zulässigkeit der Tötung auf Verlangen auf die Fälle beschränkt werden, in denen der Patient bei Bewusstsein und zurechnungsfähig ist und er seinen Sterbewunsch unmittelbar vor der Sterbehilfe ausdrücklich und unmissverständlich geäußert hat. Die Tötung auf Verlangen auf der Grundlage des sogenannten mutmaßlichen Willens eines Patienten ist unzulässig.

Diese vier Positionen bilden das Spektrum der möglichen ethischen Beurteilung der Hilfe zum Sterben vollständig ab. Eine weitere Auffassung ist nicht möglich.

4. Die neuen Terminologien und das Fortbestehen der sachlichen Probleme

Wie die Ausführungen im vorigen Abschnitt gezeigt haben, ist die alte Terminologie in verschiedenen Hinsichten ungenau und irreführend. Deshalb haben mehrere Institutionen vorgeschlagen, sie durch eine neue Begrifflichkeit zu ersetzen. So hat beispielsweise der Nationale Ethikrat, der Vorgänger des Deutschen Ethikrats, in einer im Jahr 2006 veröffentlichten Stellungnahme vorgeschlagen, folgende Begriffe zu gebrauchen¹⁷:

- *Sterbebegleitung:* Maßnahmen zur Pflege und Betreuung von Todkranken
- *Therapien am Lebensende:* »alle medizinischen Maßnahmen, einschließlich palliativmedizinischer Maßnahmen, die in der letzten Phase des Lebens erfolgen mit dem Ziel, Leben zu verlängern und jedenfalls Leiden zu mildern«¹⁸
- *Sterbenlassen:* liege vor, »wenn eine lebensverlängernde medizinische Behandlung unterlassen wird und dadurch der durch den

¹⁶ Für diese Auffassung argumentiere ich in meinem Buch *Das Leben beenden*, a.a.O.

¹⁷ Vgl. Nationaler Ethikrat (Hg.), *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme*, Berlin 2006, S. 53–55.

¹⁸ Ebd., S. 54.

Verlauf der Krankheit bedingte Tod früher eintritt, als dies mit der Behandlung aller Voraussicht nach der Fall wäre»¹⁹

- *Beihilfe zur Selbsttötung*: Unterstützung bei der Vorbereitung und/oder der Durchführung des Suizids eines Patienten
- *Tötung auf Verlangen*: absichtliche Herbeiführung des Todes eines Patienten durch einen Arzt auf Wunsch des Ersteren

Einen anderen Vorschlag hat die Bundesärztekammer unterbreitet. Sie unterscheidet in ihren »Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung« von 2011 zwischen²⁰:

- Änderung des Therapieziels von Heilung auf Symptomkontrolle
- Abbruch lebenserhaltender Therapien
- Unterlassen einer medizinischen Behandlung
- Begrenzung einer Therapie
- Beihilfe zur Selbsttötung
- Tötung auf Verlangen

Angesichts der eklatanten Unzulänglichkeiten der alten Terminologie sind diese Vorschläge zweifellos zu begrüßen. Sie tragen dazu bei, die in Frage stehenden Handlungsweisen genauer als zuvor zu bezeichnen, die relevanten Unterschiede zwischen ihnen präziser zum Ausdruck zu bringen und irreführende Konnotationen von vornherein zu vermeiden.

Freilich wird man nicht erwarten dürfen, dass sich die *sachlichen Probleme* allein durch die Einführung einer neuen Terminologie lösen lassen. Begriffe sind stets nur Hilfsmittel für die Lösung theoretischer Probleme. Sie erleichtern die Arbeit, sind aber, für sich allein genommen, niemals hinreichend für die Lösung eines Problems. Dies gilt auch für die Hilfe zum Sterben. Selbst wenn sich alle Beteiligten auf eine bestimmte Terminologie geeinigt hätten, würde dies selbstverständlich nicht dazu führen, dass nun auch Konsens über die moralische Bewertung der in Frage stehenden Handlungsweisen bestünde. In ihrem Streit geht es letztlich nicht nur um Worte, sondern um sachliche Probleme.

¹⁹ Ebd.

²⁰ Vgl. Bundesärztekammer, »Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung«, *Deutsches Ärzteblatt*, 108 (2011), Heft 7, S. A 346–A 348, hier S. A 346.

Welche sind dies? – Die folgende Liste, die nicht mit dem Anspruch auf Vollständigkeit verbunden ist, enthält die wichtigsten ethischen Fragen hinsichtlich der Hilfe zum Sterben:

Kann es moralisch erlaubt sein, sich zu töten?: Wenn diese Frage verneint wird, dann erübrigt sich die Diskussion darüber, ob Ärzte Patienten bei deren Selbsttötung unterstützen dürfen, weil die Hilfe bei einer moralisch verbotenen Handlung selbst ebenfalls moralisch verboten ist. Daher muss zuerst geprüft werden, ob Menschen sich überhaupt töten dürfen. Nur wenn diese Frage bejaht wird, stellt sich das zweite Problem.

Dürfen Ärzte Patienten unter Umständen beim Suizid unterstützen?: Hier ist zunächst zu klären, ob die Hilfe zur Selbsttötung mit dem Ethos der Medizin vereinbar ist. Wenn diese Frage positiv beantwortet wird, muss im nächsten Schritt geklärt werden, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung zulässig ist.

Sind Ärzte dazu verpflichtet, das Leben eines Patienten auch dann zu erhalten, wenn keine Aussicht auf Heilung besteht?: Diese Frage hängt offensichtlich untrennbar mit der Frage nach den Pflichten der Ärztinnen und Ärzte im Zeitalter der Hochleistungsmedizin zusammen. Außerdem berührt sie die Frage, was das Leben eines Menschen aus dessen eigener Sicht lebenswert macht: Ist es nur das bloße Weiterleben unabhängig davon, ob noch Bewusstsein vorliegt, oder das bewusst geführte Leben?

Dürfen Ärzte das Leben von Patienten auf deren Wunsch hin beenden?: Auch in diesem Fall muss geprüft werden, ob die Tötung auf Verlangen durch Mediziner mit dem Ethos der Medizin vereinbar ist. Möglicherweise muss dieses Ethos auch an die enorm angewachsenen Möglichkeiten der Medizin angepasst werden. Die Medizin kann das ethische Problem der Hilfe zum Sterben nicht einfach von sich weisen und so tun, als ob sie mit seiner Entstehung nichts zu tun hätte. Es steht außer Frage, dass das Problem der Sterbehilfe zumindest teilweise eine unerwünschte Nebenfolge des medizinischen Fortschritts ist. In den typischen Fällen tritt der Sterbewunsch nämlich bei Patienten auf, die heutzutage – im Unterschied zur Vergangenheit – mit den Mitteln der Medizin am Leben erhalten werden können, für die aber

zweifelhaft ist, ob sie um jeden Preis weiterleben wollen. Es könnte sein, dass das, was Ärzte tun dürfen und sollen, teilweise davon abhängt, welche Handlungsmacht sie über ihre Patienten haben.

Müssen das Sterbenlassen und die Tötung auf Verlangen moralisch gleich oder unterschiedlich bewertet werden?: In vielen Rechtssystemen, wie etwa demjenigen der Bundesrepublik Deutschland, werden das Sterbenlassen eines todkranken Patienten (Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen) und die Tötung eines todkranken Patienten (Tötung auf Verlangen) unterschiedlich bewertet. Diese rechtliche Ungleichbehandlung ist aber möglicherweise nur dann gerechtfertigt, wenn Töten und Sterbenlassen auch moralisch unterschiedlich beurteilt werden müssen. Worin besteht der wesentliche moralische Unterschied zwischen ihnen? Gibt es ihn überhaupt?

Diese Probleme bilden den Gegenstand der ethischen Debatten über die Hilfe zum Sterben.

5. Zwischen Abwehrrechten und Anspruchsrechten: Um welche Art von Rechten geht es in der Debatte?

Ein Grund dafür, dass die Vertreter der entgegengesetzten Positionen häufig aneinander vorbeireden, besteht darin, dass keine Einigkeit darüber besteht, um welche Art von Recht es in der Debatte über die Zulässigkeit der Hilfe zum Sterben geht. Wie sich gleich zeigen wird, hängt der Gang der ethischen Argumentation maßgeblich davon ab, wie diese Ausgangsfrage beantwortet wird. Gewöhnlich unterscheidet man innerhalb der ethischen Debatte über die Hilfe zum Sterben zwei Arten von Rechten: Abwehrrechte (engl.: *liberties*) und Anspruchsrechte (engl.: *claim rights*). Unter einem *Abwehrrecht* versteht man gewöhnlich das Recht einzelner Menschen, etwas Bestimmtes zu tun, ohne dass sie andere Menschen oder der Staat daran hindern dürften. Ein typisches juridisches Abwehrrecht ist das Recht volljähriger und unverheirateter Menschen, einen Partner oder eine Partnerin zu heiraten. Wenn sich die beiden Heiratswilligen einig sind, dann darf sie niemand, sei es ein eifersüchtiger Nebenbuhler, seien es fundamentalistische Eltern oder der Staat, daran hindern, die Ehe zu schließen. Allerdings hat niemand das Recht darauf, dass der Staat ihm einen Partner oder eine Partnerin zuführt, wenn es ihm selbst nicht gelingt, ihn oder sie zu finden. Niemand darf beim Staat

einen Ehepartner einklagen. Dies unterscheidet die bloßen Abwehrrechte von den sogenannten *Anspruchs- oder Leistungsrechten*. Bei ihnen handelt es sich um einklagbare Ansprüche der Einzelnen. Wenn eine Person ein Anspruchsrecht auf X hat, dann darf sie die Bereitstellung von X gerichtlich erwirken. Der Staat ist dann verpflichtet, dafür zu sorgen, dass X bereitgestellt wird.

Es liegt auf der Hand, dass die Forderung nach der Legalisierung der Sterbe- und Suizidbeihilfe je nachdem, ob sie als Forderung nach Abwehr- oder Anspruchsrechten verstanden wird, unterschiedliche Implikationen hat. Wer sich für ein bloßes Abwehrrecht auf ärztliche Suizidbeihilfe einsetzt, der verlangt, dass es Patientinnen erlaubt sein soll, ärztliche Hilfe bei der Selbsttötung in Anspruch zu nehmen, und dass Ärztinnen diese Unterstützung straffrei leisten dürfen. Er verlangt jedoch nicht, dass irgendein Arzt zur Suizidbeihilfe verpflichtet sein soll. Dies wäre nur dann der Fall, wenn es ein Anspruchsrecht, also einen einklagbaren Anspruch auf Hilfe zur Selbsttötung, gäbe. Wenn es dieses Anspruchsrecht gäbe, aber kein Arzt dazu bereit wäre, einen Suizid zu unterstützen, dann müsste der Staat notfalls einzelne Mediziner dazu zwingen, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten. Somit müsste der Staat die Freiheit der Ärzte beschränken, wenn er das Anspruchsrecht auf Hilfe zum Sterben durchsetzen wollte. Das bloße Abwehrrecht auf Hilfe zum Sterben ließe sich hingegen ohne eine Beschränkung des Selbstbestimmungsrechts der Ärzte verwirklichen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass einem Anspruchsrecht der Patienten auf Sterbe- oder Suizidbeihilfe die ärztliche Pflicht zur Sterbe- oder Suizidbeihilfe entspreche, dem bloßen Abwehrrecht auf Hilfe zum Sterben hingegen nicht. Daher ist die Beweislast größer, wenn man für ein Anspruchsrecht auf Sterbe- oder Suizidbeihilfe eintritt, als wenn man nur ein Abwehrrecht fordert, da im ersteren Fall gezeigt werden muss, warum das Selbstbestimmungsrecht der Ärztinnen und Ärzte massiv beschränkt werden darf.

Es ist nun kennzeichnend für die ethische Debatte über die Hilfe zum Sterben, dass fast alle Befürworter der Legalisierung der Hilfe zum Sterben *nur für ein Abwehrrecht* auf Sterbe- oder Suizidbeihilfe eintreten und dass sie die Forderung nach einem entsprechenden Anspruchsrecht sogar ausdrücklich ablehnen. Dafür gibt es einen guten Grund. Wenn man nicht nur dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten, sondern auch dem Selbstbestimmungsrecht der Ärztinnen und Ärzte gerecht werden will, dann muss es jeder Ärztin freistehen, selbst darüber zu entscheiden, ob sie Sterbehilfe leistet oder einen

Suizid unterstützt. Darüber herrscht unter den Befürwortern der Legalisierung weitgehend Einigkeit. Die einzige prominente Ausnahme ist Margaret Pabst Battin.²¹

Obwohl also die meisten Verfechter des Rechts auf den selbstbestimmten Tod in aller Regel explizit darauf hinweisen, dass es keine ärztliche Pflicht zur Sterbe- oder Suizidbeihilfe geben darf, behaupten die Gegner der Legalisierung häufig, dass die Befürworter ein solches Anspruchsrecht fordern. Durch diese nachweislich falsche Behauptung schüren sie Ängste, die jeder sachlichen Grundlage entbehren. Die »Mitteilung«, dass Ärztinnen und Ärzte angeblich dazu verpflichtet werden sollen, Hilfe zum Sterben zu leisten, verfehlt nur selten ihre rhetorische Wirkung auf die Leser oder Zuhörer.

Eine sachliche Diskussion ist jedoch nur dann möglich, wenn beide Seiten jeweils möglichst genau angeben, für oder gegen welche Art von Recht sie argumentieren, und wenn die Gegenseite dies jeweils aufmerksam zur Kenntnis nimmt. Ansonsten werden einige der üblichen Einwände ihr Ziel von vornherein verfehlen, weil sie sich gegen eine Position richten, die von beinahe niemandem vertreten wird.

6. Die Notwendigkeit der Abgrenzung von Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid

Sowohl in den öffentlichen Debatten als auch in den wissenschaftlichen Fachdiskussionen werden die Sterbehilfe und die Beihilfe zum Suizid häufig in einem Atemzug genannt und gemeinsam erörtert. Es gibt jedoch gute Gründe dafür, die beiden Handlungsweisen getrennt voneinander zu behandeln. Der erste und augenfälligste Unterschied zwischen ihnen betrifft die Frage, wer wen tötet. Bei der Sterbehilfe tötet ein Mensch einen *anderen* Menschen, bei der Selbsttötung ein Mensch *sich selbst*. Daher fällt zwar die Sterbehilfe, nicht aber die Unterstützung bei der Selbsttötung unter das allgemein anerkannte Tötungsverbot. Dieses besagt, dass es nicht erlaubt ist, einen anderen Menschen gegen seinen Willen zu töten. Die beiden allgemein anerkannten, berechtigten Ausnahmen von diesem Verbot sind die

²¹ Vgl. Margaret P. Battin, »Is a Physician Ever Obligated to Help a Patient Die?«, in: dies., *Ending Life. Ethics and the Way We Die*, Oxford/New York 2005, S. 88–107.

Tötung in Notwehr und die Tötung des bewaffneten Gegners in einem gerechten Krieg.

Da die Sterbehilfe unter das Tötungsverbot fällt, müssen diejenigen, die sich für die Legalisierung derselben einsetzen, überzeugende Gründe dafür anführen, warum die Sterbehilfe eine berechtigte Ausnahme vom Verbot der Fremdtötung bilden sollte. Wer sich hingegen darauf beschränkt, die Legalisierung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid zu fordern, muss diesen Nachweis nicht führen.

Der zweite Unterschied betrifft das, was die Juristen als »Tatherrschaft« bezeichnen. Damit ist die Herrschaft über den Ablauf der tödlichen Handlung gemeint. Es liegt im Wesen der Sterbehilfe, dass die Patientin in einem bestimmten Augenblick die Tatherrschaft an die Ärztin übergeben muss. Ansonsten könnte diese keine Sterbehilfe leisten. Hinzu kommt in der Regel, dass die Patientinnen, bei denen Sterbehilfe geleistet wird, zunächst das Bewusstsein verlieren, bevor der Sterbeprozess einsetzt. Daher können sie ihre Entscheidung für die Sterbehilfe ab einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr rückgängig machen. Ganz anders verhält es sich bei der Hilfe zur Selbsttötung. Es liegt im Wesen des Suizids, dass der Patient den letzten, tödlichen Akt selbst vollziehen muss – sonst würde es sich nicht um eine Selbsttötung handeln. Im Unterschied zur Sterbehilfe erfordert die Beihilfe zum Suizid also, dass der Patient bis zum letzten Augenblick die Tatherrschaft behält. Dies kann er aber nur, wenn er bis zur Ausführung der tödlichen Handlung bei Bewusstsein ist. Bis dahin kann er seinen Entschluss jederzeit rückgängig machen.

Der letzte Unterschied zwischen Sterbehilfe und Suizidbeihilfe hängt eng mit dem soeben genannten zusammen. Wenn man, wie es in den Niederlanden und Belgien der Fall ist, nicht nur die sogenannte freiwillige, sondern auch die nicht freiwillige Sterbehilfe zulässt, dann besteht die Gefahr, dass Ärzte Patienten auf deren mutmaßlichen Wunsch hin töten, obwohl diese zum Zeitpunkt ihres Todes weiterleben wollen oder gewollt hätten. Der Grund dafür besteht darin, dass die Ermittlung des mutmaßlichen Willens *irrtumsanfällig* ist. Die Menschen, die stellvertretend für die Patientin entscheiden, welchen Wunsch diese äußern würde, wenn sie sich noch äußern könnte, sind nicht immun gegen Irrtümer. Deshalb kann man, sobald auch die nicht freiwillige Sterbehilfe legalisiert worden ist, nicht mehr ausschließen, dass gelegentlich Menschen getötet werden, die nicht sterben wollen. Diese Gefahr darf nicht unterschätzt werden. – Im Falle der Beihilfe zur Selbsttötung ist hingegen von vornherein

ausgeschlossen, dass Menschen getötet werden, obwohl sie weiterleben wollen. Der Patient kann nämlich den letzten, tödlichen Akt nur dann ausführen, wenn sein Wunsch zu sterben hinreichend klar ausgeprägt ist. Aus diesem Vergleich geht hervor, dass einer der stärksten Einwände gegen die Zulassung der nicht freiwilligen Sterbehilfe auf die Hilfe zur Selbsttötung nicht zutrifft. Aus den genannten drei Gründen empfiehlt es sich, die Sterbehilfe und die Hilfe zur Selbsttötung separat zu erörtern.

Warum, so kann man fragen, werden in der vorliegenden Anthologie dennoch beide Themen zugleich behandelt? Der Grund dafür ist, dass es sich nun einmal eingebürgert hat, beide Probleme häufig im Zusammenhang zu erörtern. Daran kann der Herausgeber dieser Auswahl nichts ändern. Man sollte allerdings beim Lesen und Nachdenken stets die Frage stellen, ob bestimmte Argumente auf beide Formen der Hilfe zum Sterben oder nur auf eine von beiden zutreffen.

7. Ziel und Aufbau der vorliegenden Anthologie

Obwohl über die Zulässigkeit der Hilfe zum Sterben seit Jahrzehnten eine intensive öffentliche Debatte geführt wird, liegt bisher in deutscher Sprache kein repräsentativer Band vor, in dem die wichtigsten Diskussionsbeiträge versammelt wären. Mit der hier vorgelegten Anthologie soll diese Lücke geschlossen werden. Sie vereint wichtige und teilweise sehr einflussreiche Texte zur Ethik der Sterbehilfe und der ärztlichen Beihilfe zum Suizid. Einige der ursprünglich auf Englisch veröffentlichten Aufsätze erscheinen hier erstmals in deutscher Übersetzung.

Mit der Herausgabe dieser Sammlung verfolge ich zwei Ziele. Erstens soll der Band all denen, welche die wichtigsten Argumente für und gegen die Legalisierung der beiden Arten der Hilfe zum Sterben kennenlernen wollen, einen handlichen Überblick über diese Argumente bieten. Nur diejenigen, welche die Gründe kennen, die von den Befürwortern und den Gegnern der Zulassung der Hilfe zum Sterben vorgebracht werden, können sich selbst ein wohlbegründetes Urteil über die Ethik der Sterbe- und Suizidbeihilfe bilden. Zweitens sollen beide Positionen gleichermaßen zu Wort kommen. Daher habe ich mich nach bestem Wissen und Gewissen darum bemüht, bei der Auswahl der Texte möglichst unparteilich zu verfahren. In jedem Teil

werden Pro- und Kontraargumente gegenübergestellt, sodass die Leserinnen und Leser in die Debatte hereingezogen werden. Ich hoffe, dass ihnen die Kenntnis der verschiedenen Argumente dabei hilft, sich am Ende selbst ein Urteil über die Probleme zu bilden.

Die Auswahl und die Anordnung der Texte orientieren sich an der Typologie der Argumente, die in Abschnitt 1 eingeführt wurde. In Teil I wird der *Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen und seine Relevanz* für die Ethik der Hilfe zum Sterben diskutiert. James Rachels und Michael Tooley vertreten die These, dass es keinen moralisch relevanten Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen gibt. Da sie außerdem voraussetzen, dass die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe eine Spezifizierung der Unterscheidung zwischen Töten und Sterbenlassen ist, gelangen sie zu dem Ergebnis, dass es keinen moralisch relevanten Unterschied zwischen diesen beiden Arten der Sterbehilfe gibt und dass diese daher moralisch und rechtlich gleich bewertet werden müssen: Entweder müssen beide erlaubt oder beide verboten sein. Thomas D. Sullivan und Bonnie Steinbock bestreiten hingegen, dass die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe auf der Unterscheidung zwischen Töten und Sterbenlassen beruht. Sie vertreten die Auffassung, dass zwischen den beiden Formen der Sterbehilfe wesentliche moralische Unterschiede bestehen, welche deren unterschiedliche moralische und rechtliche Bewertung rechtfertigen. Michael Quante schließlich vertritt erstens die These, dass sich keine kategorischen oder prinzipiellen Unterschiede zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe aufweisen lassen. Allerdings – so lautet seine zweite These – unterscheiden sich die passive, die indirekte aktive und die direkte aktive Sterbehilfe graduell im Hinblick auf ihren ethischen Rechtfertigungsbedarf.

In Teil II sind Texte vereint, in denen *prinzipielle Argumente für und gegen die Hilfe zum Sterben* vorgebracht werden. Hier kommen zunächst die Befürworter des Rechts auf Hilfe zum Sterben zu Wort. Margaret P. Battin argumentiert dafür, dass das Recht, sich selbst zu töten, zu der Menge der natürlichen Rechte zählt, die durch die menschliche Würde konstituiert werden. Im nächsten Text vertritt Norbert Hoerster die Auffassung, dass nicht nur die direkte aktive Sterbehilfe auf ausdrücklichen Wunsch eines Patienten rechtlich erlaubt sein sollte, sondern dass unter bestimmten Umständen auch der mutmaßliche Wille des nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten als Rechtfertigungsgrund für Sterbehilfe ausreichen sollte. Gegen

derartige Bestrebungen, die rechtlichen Verbote der Hilfe zum Sterben abzuschaffen oder einzuschränken, wenden sich die nächsten beiden Autoren. Leon R. Kass bestreitet, dass es ein Recht zu sterben gibt. Somit könne es auch kein Recht darauf geben, von anderen getötet zu werden. David Velleman stimmt darin mit Kass grundsätzlich überein. Allerdings konzentriert er sich in seiner Kritik an dem vermeintlichen Recht zu sterben auf die verbreitete Annahme, dass das Recht zu sterben im Recht auf Selbstbestimmung enthalten sei. Teil II endet mit einem einflussreichen Aufsatz von Judith Jarvis Thomson, in dem sie zwei verbreitete Argumente gegen die Legalisierung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid kritisch prüft und als unzulänglich verwirft.

In Teil III stehen *pragmatische Argumente* gegen die rechtliche Freigabe der Hilfe zum Sterben im Mittelpunkt. Den Auftakt bildet hier ein ausgesprochen polemischer Text von Robert Spaemann, in welchem der Autor behauptet, dass die Zulassung der Tötung auf Verlangen nur die »Einstiegsdroge« für die Enttabuisierung der Ermordung von Menschen sei, deren Leben für »lebensunwert« gehalten werde. Spaemann bedient sich hier unter anderem einer weit verbreiteten Argumentationsform: des Arguments der schiefen Ebene. Sobald die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung erlaubt sei, lasse sich nicht mehr verhindern, dass auch die Fremdtötung von Patienten auf deren Wunsch hin zugelassen werde. Und sobald dies geschehen sei, lasse sich das Abgleiten zur Ermordung von Menschen, deren Leben als minderwertig gelte, nicht mehr verhindern. Ob dieses Argument in Bezug auf die verschiedenen Formen der Sterbehilfe überzeugend angewandt werden kann, prüft Barbara Guckes im nächsten Beitrag. Dabei gelangt sie zu einer differenzierten Antwort auf diese Frage. Argumente der schiefen Ebene seien nicht notwendigerweise schlechte Argumente. Auch der folgende Beitrag von Robert L. Holmes ist der Frage gewidmet, ob man, wenn man die Selbsttötung für moralisch erlaubt hält, auf eine schiefe Ebene gerät, die über die Rechtfertigung der Beihilfe zum Suizid zur Erlaubtheit der freiwilligen Sterbehilfe führt. Dabei beschränkt sich der Autor auf die Analyse der logischen Variante des Arguments der schiefen Ebene. Seine Antwort auf die genannte Frage lautet, dass allein aus der Erlaubtheit der Selbsttötung nicht die Erlaubtheit der Beihilfe zum Suizid folgt und allein aus der Zulässigkeit der Suizidbeihilfe nicht die Erlaubtheit der freiwilligen direkten Sterbehilfe. Den Abschluss des Dritten Teils bildet ein Aufsatz von Ulrich Eibach, in welchem der Autor die These

vertritt, dass man, wenn man für die rechtliche Freigabe der Beihilfe zur Selbsttötung eintritt, konsequenterweise auch die Zulassung der Tötung auf Verlangen fordern muss, weil die Gründe, die für Erstere sprechen, auch Letztere rechtfertigen. Der Versuch, die Legalisierung der Hilfe zum Sterben auf die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung zu beschränken, sei daher von vornherein zum Scheitern verurteilt.

In Teil IV wird schließlich die Frage behandelt, ob die Hilfe zum Sterben *dem inneren Ethos der Medizin* widerspricht oder nicht. Bettina Schöne-Seifert und Dieter Birnbacher vertreten die Auffassung, dass die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung sehr wohl mit dem Ethos der Medizin vereinbar ist. Dies wird von Leon Kass und Daniel Callahan vehement bestritten. Sie beharren darauf, dass Ärztinnen und Ärzte ihre Patienten niemals bei deren Suizid unterstützen dürfen.

Wie die Zusammenfassung der einzelnen Beiträge zeigt, habe ich mich darum bemüht, beide Seiten, sowohl die Befürworter als auch die Gegner der Hilfe zum Sterben, gleichermaßen zu Wort kommen zu lassen. Ich hoffe, dass diese Anthologie allen, die sich mit der ethischen Debatte über die Zulässigkeit der Sterbehilfe und der Beihilfe zum Suizid vertraut machen wollen, von Nutzen sein wird.

Magdeburg im Juni 2020

Teil I: Gibt es einen moralisch relevanten
Unterschied zwischen
Töten und Sterbenlassen?

James Rachels' Aufsatz »Aktive und passive Sterbehilfe«: eine Zusammenfassung

Héctor Wittwer

Wenn man den Versuch unternehmen wollte, den Beginn der gegenwärtigen ethischen Debatte über die Zulässigkeit der aktiven Sterbehilfe zu datieren, dann wäre sicherlich der am nächsten liegende Kandidat das Erscheinen von James Rachels' Aufsatz »Active and Passive Euthanasia« im Jahr 1975. Dieser Text hat eine Reihe von Autoren zu kritischen Stellungnahmen herausgefordert. Er hat maßgeblich dazu beigetragen, dass in der Medizinethik die Bedeutung solcher Ausdrücke wie »aktive Sterbehilfe« oder »passive Sterbehilfe« genauer als zuvor analysiert wurde, und er bildet bis heute einen wichtigen Bezugspunkt für die moralphilosophische Diskussion über die Zulässigkeit der ärztlichen Tötung auf Verlangen. Der Aufsatz ist mehrmals in englischsprachigen Anthologien wiederabgedruckt worden, und er hätte auch in der vorliegenden deutschsprachigen Auswahl vertreten sein sollen. Da dies nicht möglich war, soll der Inhalt des Aufsatzes hier in aller Kürze zusammengefasst werden.¹

Den Ausgangspunkt des Gedankengangs bildet die Feststellung, dass die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Aufsatzes sowohl in der Medizinethik als auch in der medizinischen Praxis weitgehend anerkannt ist.² Die *begriffliche* Unterscheidung zwischen den beiden Arten der Sterbehilfe bilde dabei die Grundlage für deren unterschiedliche

¹ Leider ist es dem Herausgeber und dem Verlag trotz intensiver Bemühungen nicht gelungen, von der Zeitschrift *New England Journal of Medicine*, in der Rachels' Aufsatz zuerst erschien, die Genehmigung zum Abdruck einer neuen deutschen Übersetzung zu erhalten. Eine ältere Übersetzung von Walter Bohnacker mit dem Titel »Aktive und passive Sterbehilfe« findet sich in: Hans-Martin Sass (Hg.), *Medizin und Ethik*, Stuttgart 1989, S. 254–264.

² Aus Gründen, die ich in der Einleitung zu diesem Band zusammengefasst habe, wird heutzutage von verschiedenen Institutionen, wie etwa der Bundesärztekammer, empfohlen, die Ausdrücke »aktive Sterbehilfe« und »passive Sterbehilfe« nicht mehr zu gebrauchen (vgl. in diesem Band »Einleitung: Die ethische Debatte über Sterbehilfe und ärztliche Beihilfe zum Suizid im Überblick«, S. 11–36).

moralische Beurteilung: Während es gemäß der herrschenden Meinung manchmal erlaubt ist, Patienten durch Behandlungsabbruch oder -verzicht das Sterben zu ermöglichen, sei es Medizinern niemals moralisch erlaubt, den Tod einer Patientin absichtlich und direkt durch eine Handlung herbeizuführen. Als Beleg für seine Behauptung, dass diese Lehre offiziell anerkannt sei, führt Rachels ein Zitat aus einer Stellungnahme der *American Medical Association* von 1973 an:

Die absichtliche Beendigung des Lebens eines Menschen durch einen anderen – die Tötung aus Mitleid – widerspricht dem, wofür der ärztliche Beruf steht, und den Grundsätzen der American Medical Association. Wenn unwiderlegbare Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass der biologische Tod unmittelbar bevorsteht, dann ist die Einstellung außergewöhnlicher Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens des Körpers Sache der Entscheidung des Patienten und/oder seiner engeren Familie. In diesem Fall sollte dem Patienten und/oder seiner engeren Familie der Rat und das Urteil des Arztes frei zugänglich sein.³

Im Anschluss an dieses Zitat formuliert Rachels die These, dass die herrschende Meinung starken Einwänden ausgesetzt ist. Um seine Zweifel an der Berechtigung der unterschiedlichen moralischen Bewertung von aktiver und passiver Sterbehilfe zu illustrieren, bedient sich der Autor zunächst eines Beispiels. Stellen wir uns folgende Situation vor: Ein Patient ist an unheilbarem Rachenkrebs erkrankt und leidet deswegen unter extrem starken Schmerzen, die nicht mehr auf zufriedenstellende Weise gelindert werden können. Nach dem Urteil der Ärzte wird er mit Sicherheit innerhalb weniger Tage sterben. Der Patient bittet die behandelnden Ärzte darum, dass sie sein Leben beenden, und seine Familie schließt sich diesem Wunsch an. Wenn sich die Mediziner auf die soeben wiedergegebene, offizielle Auffassung stützen, dann werden sie den Patienten durch den Abbruch der Behandlung sterben lassen; sie werden aber seinen Tod nicht direkt durch eine tödliche Injektion herbeiführen. Nun könne es aber sein, dass es aufgrund des Behandlungsabbruchs länger dauere, bis der Patient verstirbt, als im Fall der Weiterbehandlung und dass er daher stärker leidet. Rachels sieht darin eine Inkonsistenz. Falls die Ärzte einmal zu der Entscheidung gekommen sind, dass es moralisch er-

³ Zit. nach James Rachels, »Active and Passive Euthanasia«, *New England Journal of Medicine* 292 (Januar 1975), S. 78–80, hier S. 78 (der besseren Lesbarkeit halber sind alle Zitate aus diesem Text von mir ins Deutsche übersetzt worden – H. W.).

laubt ist, den Patienten durch die Beendigung seines Lebens vor unnötigem Leid zu bewahren, erscheint es inkonsequent, als Mittel dafür die Verlängerung seines Leidens zu wählen:

Diese Tatsache stellt einen starken Grund für die Annahme dar, dass, sobald die anfängliche Entscheidung getroffen worden ist, seine Agonie nicht zu verlängern, eher die aktive Sterbehilfe der passiven Sterbehilfe vorzuziehen ist als umgekehrt. Die Behauptung des Gegenteils läuft darauf hinaus, diejenige Option zu billigen, die zu größerem statt zu geringerem Leid führt, und widerspricht dem humanitären Impuls, der überhaupt erst zu der anfänglich getroffenen Entscheidung führte, sein Leben nicht zu verlängern.⁴

Rachels' Kritik an der Vorgehensweise der Ärzte in dem Beispiel beruht auf der Feststellung, dass der Prozess, in dem es einer Patientin erlaubt ist zu sterben, lang und schmerzvoll sein kann, während die Herbeiführung des Todes durch eine Injektion vergleichsweise schnell und schmerzlos ist. Diese Feststellung wirft die Frage auf, welcher moralische Grund dafür sprechen könnte, dass es besser ist, eine Patientin langsam und auf schmerzvolle Weise sterben zu lassen als sie schnell und schmerzlos zu töten.

Rachels' Vermutung, dass die herrschende Lehre inhuman ist, wird in seinen Augen durch ein weiteres Beispiel bestärkt. In den USA gehörte es in den 1970er-Jahren zur gängigen klinischen Praxis, dass die Ärztinnen Neugeborene, die mit einem Down-Syndrom zur Welt gekommen waren, auf Wunsch der Eltern sterben lassen konnten. Dies geschah gelegentlich dann, wenn die Säuglinge mit einem organischen Mangel, z.B. einem Darmverschluss, geboren worden waren, der sich durch eine Routineoperation leicht hätte beheben lassen. Wenn die Eltern das behinderte Kind nicht aufziehen wollten, konnten sie die Operation ablehnen und dadurch dafür sorgen, dass man es sterben ließ. Allerdings war der Sterbeprozess in solchen Fällen verhältnismäßig lang und schmerzvoll. Die Säuglinge litten unter Dehydrierung und oft auch unter Infektionen. Das Sterben zog sich über mehrere Tage hin, und die behandelnden Ärztinnen und Ärzten mussten tatenlos dabei zusehen, wie ein Kind, dessen Leben sie hätten retten können, langsam dahinsiechte. Rachels zufolge beruht diese Praxis nicht nur auf einer inkonsistenten ethischen Grundlage, sondern sie ist darüber hinaus auch inhuman. Er schreibt:

⁴ Ebd.

Ich kann verstehen, warum einige Menschen gegen jede Form der Sterbehilfe sind und darauf bestehen, dass es solchen Kindern erlaubt sein muss zu leben. Ich glaube, dass ich ebenfalls verstehen kann, warum andere Menschen eher dafür sind, dass diese Säuglinge schnell und schmerzlos getötet werden. Aber warum sollte es jemand befürworten, dass »Dehydrierung und Infektionen ein winziges Wesen über Stunden und Tage hinwegschwinden lassen«? Die Lehre, die besagt, dass man einem Säugling erlauben darf, dass er dehydriert und dahinschwindet, dass ihm jedoch keine Injektion verabreicht werden darf, die sein Leben ohne Leiden beenden würden, erscheint so offenkundig grausam, dass sie keinerlei Widerlegung zu erfordern scheint.⁵

Rachels' erster Einwand lautet somit, dass die moralische und rechtliche Regelung, dass es erlaubt ist, Patienten »sterben zu lassen«, aber verboten ist, sie zu »töten«, unmenschliche Folgen zeitigt. Diesem ersten Einwand fügt er einen zweiten hinzu. Die herrschende Lehre führe dazu, dass Entscheidungen über Leben und Tod »anhand irrelevanter Gründe«⁶ getroffen würden:

Betrachten wir nochmals den Fall der Kinder mit Down-Syndrom, die, damit sie überleben können, Operationen für angeborene Mängel benötigen, die in keinem Zusammenhang mit dem Syndrom stehen. Manchmal gibt es keine Operation, und der Säugling stirbt, doch wenn kein solcher Mangel vorliegt, dann lebt das Kind weiter. Nun ist eine Operation wie die Entfernung eines Darmverschlusses nicht in unvertretbarem Maße schwierig. Der Grund dafür, dass die Operation in diesen Fällen nicht durchgeführt wird, besteht darin, dass das Kind das Down-Syndrom hat und dass die Eltern und der Arzt urteilen, dass es aufgrund dieser Tatsache für das Kind besser ist zu sterben.⁷

Rachels zufolge stellt die Tatsache, dass in solchen und ähnlichen Fällen anhand irrelevanter Gründe über Leben und Tod von Patienten entschieden wird, einen weiteren Grund gegen die herrschende Lehre dar.

Im nächsten Schritt seines Gedankengangs zieht Rachels eine wichtige zusätzliche Annahme heran, die in der späteren Diskussion über seinen Aufsatz kritisiert worden ist: Der Autor geht davon aus, dass die gängige unterschiedliche Bewertung der sogenannten passiven und der aktiven Sterbehilfe darauf beruhe, dass viele Menschen

⁵ Ebd., S. 78 f.

⁶ Ebd., S. 79.

⁷ Ebd.

glaubten, dass es moralisch schlechter sei, jemanden zu *töten* als ihn *sterben zu lassen*. Um nachzuweisen, dass kein prinzipieller moralischer Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen besteht, konstruiert Rachels zwei Fälle, die sich nur darin unterscheiden, dass der Protagonist in dem einen Fall einen anderen Menschen tötet, während er ihn in dem anderen Fall »nur« sterben lässt. Alle anderen Umstände, insbesondere die Motive der beiden Protagonisten, stimmen gänzlich überein:

Im ersten Fall erwartet Smith ein großes Erbe, wenn seinem sechs Jahre alten Cousin irgendetwas zustoßen sollte. Als der Junge eines Abends ein Bad nimmt, schleicht sich Smith in das Badezimmer, ertränkt das Kind und ordnet dann alles so an, dass es wie ein Unfall aussieht.

Im zweiten Fall erwartet Jones ebenfalls ein großes Erbe, falls seinem sechs Jahre alten Cousin irgendetwas zustoßen sollte. Wie Smith schleicht sich Jones mit dem Plan in das Badezimmer, das Kind in der Badewanne zu ertränken. Doch gerade in dem Moment, in dem Jones das Badezimmer betritt, sieht er, dass das Kind ausrutscht, mit dem Kopf aufschlägt und mit dem Gesicht nach unten in das Wasser fällt. Jones ist entzückt: Er steht daneben, bereit, den Kopf des Kindes wieder unter Wasser zu tauchen, falls das nötig sein sollte, aber es ist nicht nötig. Mit ein wenig Gezappel ertrinkt das Kind von selbst, »durch einen Unfall verursacht«, da Jones nur zuschaut und nichts tut.⁸

Rachels zufolge besteht kein moralischer Unterschied zwischen dem Verhalten von Smith und Jones, und er unterstellt, dass seine Leserinnen und Leser ihm darin zustimmen. Die bloße Tatsache, dass Jones das Kind nicht getötet hat, sondern sterben ließ, mache sein Verhalten um nichts weniger unmoralisch als dasjenige von Smith. Mehr noch: Wenn Jones versuchte, sein Verhalten durch die Aussage zu rechtfertigen, dass er das Kind ja nicht getötet habe, sondern nur sterben ließ, dann würde es sich dabei nicht um eine moralische Rechtfertigung, sondern nur um eine Perversion derselben handeln. Aus alledem folge, dass bei ansonsten gleichen Voraussetzungen der Unterschied zwischen Sterbenlassen und Töten, für sich allein genommen, nicht moralisch relevant sei.

Nun will Rachels damit natürlich nicht behaupten, dass zwischen Smiths und Jones' Verhalten auf der einen Seite und der ärztlichen passiven oder aktiven Sterbehilfe auf der anderen Seite keine wesentlichen Unterschiede bestehen. Es ist ja offensichtlich, dass

⁸ Ebd.

Smith und Jones aus einem egoistischen Grund, nämlich aus Habgier, handeln, während Ärztinnen, die Sterbehilfe leisten, dies aus Mitleid tun. Dies ändere aber nichts daran, dass auch in Bezug auf die Sterbehilfe der bloße Unterschied zwischen Sterbenlassen und Töten keinen Unterschied in der moralischen Bewertung bewirken könne – vorausgesetzt, dass alle anderen Bedingungen einschließlich des Motivs gleich seien:

Wenn ein Arzt einen Patienten aus humanen Gründen sterben lässt, dann ist er in derselben moralischen Lage wie in dem Fall, in dem er dem Patienten aus humanen Gründen eine tödliche Injektion verabreicht hätte. Falls seine Entscheidung falsch war – wenn beispielsweise die Krankheit des Patienten tatsächlich heilbar war –, dann wäre die Entscheidung unabhängig davon, welche Methode angewendet wurde, um sie auszuführen, gleichermaßen bedauerlich. Und wenn die Entscheidung des Arztes richtig war, dann ist die angewandte Methode, an sich betrachtet, nicht von Bedeutung.⁹

Der entscheidende Fehler, den die American Medical Association und alle anderen Anhänger der herrschenden Lehre begingen, bestehe darin, dass sie bestreiten, dass es sich bei einem Behandlungsabbruch um eine absichtliche Lebensbeendigung handelt: »An dieser Stelle kommt der Fehler ins Spiel, denn was ist ein Behandlungsabbruch unter diesen Umständen, wenn er nicht ›die absichtliche Beendigung des Lebens eines Menschen durch einen anderen‹ ist? Selbstverständlich ist er genau das, und wenn er es nicht wäre, dann hätte es keinen Sinn, diesen Abbruch vorzunehmen.«¹⁰

Rachels begnügt sich nicht damit, die herrschende Auffassung, dass Töten moralisch verwerflicher sei als Sterbenlassen, zu kritisieren. Darüber hinaus sucht er nach einer Erklärung dafür, dass die von ihm kritisierte Auffassung so verbreitet ist. Den Grund dafür findet er darin, dass in der Wirklichkeit die meisten Fälle von Tötungen aus Gründen, die mit dem prinzipiellen Verhältnis zwischen Sterbenlassen und Töten nichts zu tun hätten, tatsächlich moralisch verwerflicher seien als die gewöhnlichen Fälle von Sterbenlassen:

Die meisten wirklichen Fälle von Tötungen sind klarerweise fürchterlich (denken Sie beispielsweise an all die Mordfälle, von denen in den Zeitungen berichtet wird), und von solchen Fällen hört man jeden Tag. Auf der anderen Seite hört man kaum jemals von einem Fall von Sterbenlassen, abgesehen von den Handlungen von Ärzten, die durch humanitäre Gründe be-

⁹ Ebd.

¹⁰ Ebd., S. 79 f.

wogen werden. Auf diese Weise lernt man, Töten in einem viel schlechteren Licht zu sehen als Sterbenlassen. Doch dies bedeutet nicht, dass es etwas am Töten gäbe, das dazu führen würde, dass es an sich schlechter ist als Sterbenlassen, denn in diesen Fällen liegt der Unterschied zwischen ihnen nicht nur im Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen. Stattdessen lassen sich die unterschiedlichen Reaktionen auf die verschiedenen Fälle durch andere Faktoren erklären – z. B. das Streben nach persönlichem Gewinn als Motiv des Mörders im Unterschied zur humanitären Motivation des Arztes.¹¹

Fassen wir zusammen. Rachels hat dafür argumentiert, dass das Sterbenlassen eines Menschen moralisch nicht anders bewertet werden darf als die Tötung eines Menschen. Daraus zieht er die Schlussfolgerung, »dass aktive Sterbehilfe kein wenig schlechter ist als passive Sterbehilfe«¹². Es muss nochmals betont werden, dass diese Schlussfolgerung nur dann wahr ist, wenn Rachels unausgesprochene Voraussetzung zutrifft, *dass die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe nur eine Spezifizierung der Unterscheidung zwischen Töten und Sterbenlassen ist*. Diese Prämisse hat er aber in dem hier referierten Aufsatz nicht eigens begründet, und sie ist von anderen Autoren bestritten worden.

Im letzten Teil seines Aufsatzes stellt Rachels die Frage, welche Argumente für die Gegenposition angeführt werden könnten. Seiner Meinung nach lasse sich das am weitesten verbreitete Argument für die Auffassung, dass passive Sterbehilfe moralisch erlaubt, aktive Sterbehilfe aber moralisch verboten sei, etwa folgendermaßen formulieren:

Der wichtigste Unterschied zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe besteht darin, dass der Arzt bei der passiven Sterbehilfe nichts tut, um den Tod des Patienten herbeizuführen. Der Arzt tut nichts, und der Patient stirbt an den Krankheiten, an denen er bereits litt. Bei der aktiven Sterbehilfe hingegen tut der Arzt etwas, um den Tod des Patienten herbeizuführen: Er tötet ihn. Der Arzt, der dem krebserkrankten Patienten eine tödliche Injektion verabreicht hat, hat den Tod des Patienten verursacht; während in dem Fall, in dem er nur die Behandlung abbricht, der Krebs die Ursache des Todes ist.¹³

¹¹ Ebd., S. 80.

¹² Ebd.

¹³ Ebd.