

Christian Spaemann

Patientenautonomie und unerträgliches Leid

Sterbehilfe auf tönernen Füßen¹

Einleitung

Die in den letzten 150 Jahren anhaltende Euthanasiediskussion in Deutschland begann in den siebziger und achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts, nach einer Anstandspause gegenüber der Nazizeit, wieder Fahrt aufzunehmen, nahm in der Folge einen wellenartigen Verlauf und steht nun wieder weit oben auf der tagespolitischen Agenda.² Offensichtlich in Folge der Erfahrungen im Dritten Reich, zeigte sich in den bisherigen Debatten eine besondere Sensibilität der Juristen, der Ärzteschaft und der politischen Entscheidungsträger für die Argumente, die gegen jedwede Aufweichung des Verbots der Tötung auf Verlangen und gegen die Erlaubnis assistierten Suizids vorgebracht wurden. So hatte der von dem Rechtsgelehrten Jürgen Baumann 1986 publizierte „Alternativentwurf zur Sterbehilfe“³ keine Chance auf Umsetzung. Die Etablierung der Euthanasie in den Niederlanden wurde in den neunziger Jahren von zahlreichen kritischen Publikationen zum Thema Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland begleitet, in mehreren Erklärungen des Deutschen Ärztetages kritisiert und als Möglichkeit für Deutschland zurückgewiesen.⁴ Rückblickend zeigt sich eine über Jahrzehnte im Kreise drehende Diskussion. Weder auf der einen, noch auf der anderen

¹ Neufassung meines Beitrags: Wie autonom ist der Mensch am Ende des Lebens?, in: *Imago Homini*, Band 17, Heft 2 (2010), 136-142 - überarbeitete Version des gleichnamigen Vortrags auf der Internationalen Hartheim Konferenz „Sinn und Schuldigkeit“ am 21. April 2007 in Schloss Hartheim, <https://www.youtube.com/watch?v=VulL4D4MjrI>.

² Vgl. Borasio / Jox / Taupitz / Wiesing (2014); Scharfenberg / Terpe (2014); Hintze et al. (2014); Künast et al. (2014); Griese / Högl (2014).

³ Baumann (1986).

⁴ Vgl. u. a. Beschlussprotokoll des 99. Deutschen Ärztetages 1996 in Köln, <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.23.3555> (zuletzt eingesehen am 23. Febr. 2015).

Seite gibt es wesentlich neue Argumente für oder gegen die aktive Sterbehilfe. Es gibt aber von Zeit zu Zeit immer wieder neue gesellschaftliche und politische Vorstöße, eine Bresche in das generelle Tötungsverbot zu schlagen. Auf der einen Seite sind diese Initiativen von der Hoffnung getragen, dass eine neue Generation von Ärzten, Juristen und Politikern weniger Widerstand dagegen zeigen wird, auf der anderen Seite stellt sich bei den Gegnern jeder Form der Euthanasie und des assistierten Suizids die bange Frage, ob es noch genügend engagierte Bürger aus der jüngeren Generation gibt, denen die bewährten Argumente gegen jedwede Form der Euthanasie vertraut sind und die die Bereitschaft aufbringen, Zeit und Kraft für eine neuerliche Verhinderung der Etablierung aktiver Sterbehilfe in Deutschland zu investieren.

In der Argumentationsspirale lässt sich beobachten, dass der Ruf nach Selbstbestimmung immer am Anfang jeder Debatte über die Zulassung aktiver Sterbehilfe oder assistierten Suizids steht. Das Autonomieargument lässt sich mit eindrucksvollen Einzelbeispielen verweigerter Sterbehilfe untermauern und steht im Vordergrund medialer Unterstützung der Euthanasie. Es wurde schon von den Nationalsozialisten ins Feld geführt, um die Bevölkerung auf die damals geplanten Euthanasiemaßnahmen einzustimmen.⁵ Jedem wird einleuchten, dass der Hinweis auf Selbstbestimmung alleine nicht ausreicht, um aktive Sterbehilfe zu begrenzen und willkürliche Todeswünsche auszuschließen. Denn, wenn Autonomie alleine gelten soll, wieso sollte es dann überhaupt Grenzen für ein Töten auf Verlangen geben? So tritt immer das subjektive Leid, von dem der betreffende Mensch befreit werden will, als Argument hinzu. Aber auch hier sucht man nach Begrenzung und landet bei dem Begriff des „unerträglichen“, „sinnlosen“ oder „unzumutbaren Leids“, von dem der Betreffende befreit werden soll. Genau dies aber führt logischerweise zur Auflösung des Autonomiearguments, da sich automatisch die Frage stellt, warum ein Mensch, der seinen Willen nicht mehr geschäftsfähig geltend machen kann, nicht in den Genuss der Befreiung von

⁵ So vor allem der hochkarätig besetzte UFA-Spielfilm des Schauspielers und Regisseurs Wolfgang Liebeneiner mit dem Titel *„Ich klage an“*, der 1942 in die Kinos des damaligen Deutschen Reiches kam. In ihm ging es darum, mit Emphase die Bevölkerung auf die Notwendigkeit der Freigabe der Tötung auf Verlangen einzustimmen. Bis auf einige wenige Sequenzen folgte der Film der heute gängigen, die Selbstbestimmung betonenden Argumentationslinie der Euthanasiebefürworter. <https://www.youtube.com/watch?v=sfMjUCSx4JE>.

seinem Leid durch Euthanasie kommen sollte. Wäre das nicht eine unzulässige Diskriminierung? Die Konsequenz dieser Widersprüche war, dass es in den vergangenen Jahrzehnten in den Niederlanden, und schließlich in Belgien und Luxemburg zu einer stetigen Ausweitung der Euthanasie gekommen ist, so dass inzwischen Minderjährige, behinderte Säuglinge sowie demente und bewusstlose Menschen, die subjektiv nicht mehr leiden, deren Leid aber als sinnlos und für die Umgebung unerträglich eingestuft wird, getötet werden.

Im Folgenden soll zunächst noch einmal das Autonomieargument aufgegriffen und anhand einiger Fallbeispiele unter einem bisher weniger beachteten Aspekt beleuchtet werden. Es geht dabei um die Frage, ob es einen objektiven, außerhalb des aktuellen Beziehungskontextes liegenden Standpunkt gibt, von dem aus ein Mensch den Wert seines Lebens abschließend beurteilen kann und ob ein anderer Mensch sich guten Gewissens diesem Selbsturteil mit der Konsequenz anschließen kann, den betreffenden zu töten oder ihm Beihilfe zum Suizid zu leisten. Danach soll das Leidargument sowie die damit einhergehende Ausweitung der Euthanasie in den Niederlanden beleuchtet und abschließend auf tiefergehende Aspekte unserer heutigen Einstellung zum Leid eingegangen werden.

Fallbeispiele

Das erste Fallbeispiel betrifft die Sterbephase einer, an einer Vasculitis leidenden, ca. 70-jährigen Patientin in einer neurologischen Universitätsklinik, die bei vollem Bewusstsein sehr qualvoll dem Tode entgegen ging. Jedes Mal, wenn die Angehörigen das Zimmer betraten, kam es zu einer dramatischen Verschlechterung der Beschwerden. Die Angehörigen zeigten sich dem Leid gegenüber völlig hilflos. Es kam hier zu einem für solche Situationen typischen Wechselspiel: Die Hilflosigkeit der Angehörigen erzeugte eine Hilflosigkeit und Anspannung bei der Patientin. Diese reagierte mit verstärkter Atemnot, die nun ihrerseits die Angehörigen in Angst und Schrecken versetzte und ihre Hilflosigkeit und Verzweiflung verstärkte. Es war nicht mehr festzustellen, wer mit wem am meisten Mitleid hatte. Erst als ein erfahrener

Seelsorger den Raum betrat, kehrte Ruhe ein, die Patientin konnte in Würde sterben.

Angenommen, die Todesspritze wäre zur Verfügung gestanden, inwieweit könnte hier von einer selbst bestimmten Entscheidung der Patientin geredet werden? Um wessentwillen hätte sie nach der Spritze verlangt oder ein entsprechendes Angebot angenommen? Um ihrer selbst willen oder ihrer Angehörigen? Unerträgliches Leid wäre als Begründung dokumentiert worden. Welches Leid war hier unerträglich, das der Patientin oder das der Angehörigen, oder das Leid, das aus dem Zusammenspiel beider resultierte?

Wir sehen anhand dieses Beispiels, dass sich Leid nicht von den menschlichen Umgebungsbedingungen differenzieren und bewerten lässt. Bei Freigabe der aktiven Sterbehilfe wäre eine missbräuchliche Induktion oder Unterstellung von Sterbewünschen bei Schwerstkranken Tür und Tor geöffnet. Allzu leicht käme es zur Projektion eigener Vorstellungen. Befragungen in den Niederlanden haben ergeben, dass 50 % der Ärzte grundsätzlich bereit sind, ihren Patienten aktive Sterbehilfe vorzuschlagen.⁶

Das angeführte Fallbeispiel passt auch gut zu dem Befund, dass es keineswegs in erster Linie unerträgliche Krankheitssymptome und Schmerzen sind, welche zu einem Wunsch nach Sterbehilfe führen. Befragungen von Ärzten in den Niederlanden haben ergeben, dass es die Erfahrung von Sinnlosigkeit des Leids, die Angst vor dem Verlust an Würde und vor Abhängigkeit sind, die weiter oben rangieren.⁷ Die Aussagen der Betroffenen deuten demnach auf Ängste, Sorgen und Zweifel, die ganz wesentlich von den vorhandenen menschlichen Beziehungen beeinflusst werden. Ein Befund, der von den Erfahrungen der Hospizbewegung voll und ganz gedeckt wird. Auch zeigt dieses Beispiel, dass situativer Druck Einfluss auf den Todeswunsch haben kann. So lässt es einen nachdenklich werden, wenn man erfährt, dass in den Niederlanden die Zeitspanne zwischen geäußertem Sterbewunsch und durchgeführter Euthanasie zu 13 % kürzer als 1 Tag und zu 35 % zwischen einem Tag und einer Woche beträgt.⁸

⁶ Van der Wal / Van der Maas (1996), 174.

⁷ Van der Wal et al. (1992), 135-140.

⁸ Van der Wal et al. (1992).

Das zweite Fallbeispiel betrifft einen ca. 80-jährigen Patienten, der nach einem schweren Suizidversuch mit Barbituraten aus der Herzüberwachung in die Psychiatrie aufgenommen wurde. Bei der Exploration stellte sich heraus, dass der Patient über Jahre mit der *Gesellschaft für humanes Sterben* in Augsburg in Kontakt stand, die ihn mit Informationsmaterial und entsprechenden Medikamenten versorgte. Der Patient sammelte diese im Hinblick auf eine mögliche Situation, in der er nicht mehr leben wolle. Es zeigte sich ein Mensch, der in den Jahren vor seinem Suizidversuch immer mehr in die Vereinsamung geraten war. Persönlich hat sich diese Sterbehilfeorganisation nicht um ihn gekümmert. Auf eine diesbezügliche telefonische Rückfrage wurde erklärt, dass man sich für die persönliche Situation der Kunden nicht zuständig fühle. In den weiteren Gesprächen entwickelte der Patient Ärger, ja Wut darüber, dass er in den Jahren des Kontakts zu dieser Organisation auf die Frage des Suizids eingeengt wurde. Er fühlte sich durch die Ideologie dieser Leute missbraucht.

Man kann an diesem Beispiel sehen, dass wir die Wirklichkeit der Mitmenschen verändern können, je nachdem wie wir zum Leben stehen. Das Ja zum Leben bedeutet Engagement, bedeutet die Entwicklung von Phantasie und Kreativität. Hätten die Mitarbeiter der Organisationen diesen Mann besucht, mit ihm Kaffee getrunken und wären mit ihm spazieren gegangen, so hätten sie seine Wirklichkeit positiv verändern können. Die Nicht-Zuständigkeit kann vielleicht von einem Schalterbeamten bei der Post oder einem Straßenbahnfahrer ins Feld geführt werden, nicht aber von einer Organisation, an die sich Menschen um Hilfe wenden. Es gibt da, wo es um menschliche Not, in diesem Fall sogar um Leben und Tod geht, keinen neutralen Bedienungsstandpunkt außerhalb menschlicher Solidarität. Als Angehöriger, Freund oder professioneller Helfer kommt man in der Konfrontation mit einem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe nicht um die Grundentscheidung darüber herum, wie man selber zum Leben steht. Die Entscheidung kann nicht einfach an den Betroffenen abgetreten werden.

Das dritten Fallbeispiel betrifft eine ca. 75-jährige Patientin in einer neurologischen Universitätsklinik, die an einer unheilbaren Erkrankung litt und pflegebedürftig war. Sie befand sich bei vollem Bewusstsein. Als der zuständige Arzt ihren erwachsenen Kindern erklärte, dass ihre Mutter noch ca. zwei

Jahre zu leben habe, war die Enttäuschung in ihren Gesichtern nicht zu übersehen. Das Erbe eines Hauses stand durch die Finanzierung der zu erwartenden Pflege auf dem Spiel. Diese in streng protestantischer Tradition stehende Frau war nicht gewohnt, an sich selber zu denken. Sie wäre die erste gewesen, die nach der Todesspritze verlangt hätte, um ihren Kindern das Erbe zu sichern.

Der Autor hat genau diesen Fall bei einer Diskussion zum Thema Sterbehilfe mit namhaften Vertretern der aktiven Euthanasie aus den Niederlanden und der Bundesrepublik Deutschland zur Sprache gebracht und dafür Gelächter geerntet. Genau dies sei ja, so die Befürworter der Sterbehilfe, die autonome Freiheit der Patientin, ihren Kindern das Erbe sichern zu können.

Wir sind hier beim ganz handfesten ökonomischen Aspekt der Euthanasie angelangt. Was sich abzeichnet ist nicht offen, sondern verdeckt, es liegt gleichsam in der Luft. Ist die Möglichkeit der Tötung auf Verlangen und des assistierten Suizids einmal eröffnet, so kommt derjenige, der für die Familie und Gesellschaft nichts mehr leisten kann, zunehmend von Pflege abhängig wird und finanzielle und seelische Ressourcen in Anspruch nimmt, unweigerlich in die Lage, sich zumindest vor sich selbst rechtfertigen zu müssen, warum er noch lebt. Der zunehmende Anteil alter Menschen in unserer Bevölkerung, die Kostenexplosion im Gesundheitswesen und die durch kleiner werdende Familien knapperen menschlichen Ressourcen lassen einen erahnen, mit welcher gesellschaftlichen Dynamik die so genannte Autonomie des Einzelnen konfrontiert sein wird. Wir brauchen heute für solch eine Dynamik der Entsorgung von Alter, Leid und Krankheit durch Entsorgung der Alten, Leidenden und Kranken selbst keine nationalsozialistische Ideologie vom gesund zu erhaltenden Volkskörper mehr.

Kritik am Autonomiekonzept

Die Frage nach der von menschlichen Umgebungsbedingungen unabhängigen Autonomie des Menschen ist eine Frage nach der Relativität menschlicher Entscheidungen und berührt alle Lebensbereiche. Entscheidet man sich z.B. für eine medizinische Maßnahme, beispielsweise für eine Operation, so kann man solch eine Entscheidung fast immer in Frage stellen. Hätte es an-

dere Möglichkeiten gegeben, hätte man doch noch abwarten sollen? Wir müssen im Laufe unseres Lebens immer wieder Entscheidungen fällen, die auf Abwägungen beruhen, keinen Anspruch auf absolute, objektive Richtigkeit haben und dennoch nicht rückgängig zu machen sind. Solche Entscheidungen dienen dem Leben; über sie nimmt es seinen Lauf und durch sie entstehen neue Lebenskontexte. Denken wir z. B. an die Entscheidungen, die hinter der Gründung einer Familie stehen. Auch die Entscheidung für die Einstellung einer lebensverlängernden, medizinischen Maßnahme gehört dazu. Allerdings bedeutet auch sie in gewisser Weise eine Entscheidung für das Leben: Der Organismus selbst geht seinem natürlichen Ende entgegen. Eine Tötungshandlung hingegen dient nie dem Leben. Die Todesspritze bringt den Gesunden wie den Kranken um. Sie ist vom ethischen Status her mit einer passiven Sterbehilfe nicht zu vergleichen. Tötung verändert keine Kontexte, sondern beendet alle Kontexte. Die Entscheidung für aktive Sterbehilfe würde also etwas Absolutes darstellen und müsste zu ihrer Legitimation eine Art kontextunabhängige Gültigkeit beanspruchen. Genau dies ist aber, wie die Fallvignetten beispielhaft zeigen sollten, nicht möglich. Wir können uns nicht aus unseren menschlichen Lebenszusammenhängen herausnehmen, wie es die Angestellten der *Gesellschaft für humanes Sterben* zu tun versuchen. Wie wir sahen, bedeutet sich heraus zu nehmen nur, anderen, lebensfeindlichen Kontexten den Raum zu überlassen. So würde der Arzt, der bei der Frau mit der terminalen Vaskulitis zur Todesspritze greift, vom Kontext einer verworrenen Mitleidssituation im Zusammenspiel der Patientin mit ihren überforderten Angehörigen bestimmt. Die *Gesellschaft für humanes Sterben* lässt sich vom Einsamkeitskontext des alten Herren in München bestimmen und die Ärzte an der neurologischen Universitätsklinik würden von den indirekten Auswirkungen der auf das Erbe ihrer Mutter hoffenden Kinder bestimmt. Die Selbstbestimmung des Menschen ist demnach vom jeweiligen Lebenskontext wesentlich mitbestimmt. Dieser Lebenskontext wiederum bestimmt sich auch von den Haltungen der Mitmenschen, die dem Betroffenen entgegengebracht werden.

Ein weiteres Beispiel aus dem Alltag soll dies verdeutlichen: Vor einiger Zeit wurde ein mit dem Autor befreundeter Internist zu seiner adeligen Großmutter auf deren Landsitz gerufen. Diese geistig völlig klare, in der Großfamilie hoch angesehene Mutter zahlreicher Kinder und Kindeskin-

erklärte ihm unumwunden, dass sie mit dem Leben abgeschlossen habe und verlangte von ihrem Enkel die Todesspritze. Seine Antwort, dass er bereit sei alles für sie zu tun, nur das nicht, ließ sie zunächst nicht gelten und provozierte ihn mit dem Hinweis auf seine mögliche Feigheit. Die Szenerie löste sich schließlich in Wohlgefallen auf. In ihr zeigt sich die ganze Problematik der Autonomie des Menschen, wenn es um seinen Tod geht. So bestimmt z.B. die Haltung des Enkels gegenüber seiner Großmutter, die mit ihrem Ruf nach der Todesspritze ganz offensichtlich ihre Stellung in der Großfamilie austesten will, wesentlich ihren Lebenskontext. Die Antwort des Enkels, „ich bin bereit, alles für Dich zu tun, aber die Todesspritze wirst Du von mir niemals bekommen“ steht der möglichen Antwort, „ja, wenn Du Dir sicher bist, dass Du sterben willst, bekommst Du von mir die Todesspritze“, gegenüber. Beiden Aussagen und die hinter diesen Aussagen liegenden Werthaltungen stellen für die Großmutter zwei verschiedene menschliche Umgebungsbedingungen dar, gegenüber denen nicht ohne weiteres ein dritter, objektiverer Standpunkt bezogen werden kann.

Wenn also Selbstbestimmung im normalen Leben des Menschen etwas Relatives, Kontextabhängiges ist, wieso sollte sie gerade in Zuständen der Schwäche, des Leids und der Abhängigkeit von anderen besonders stark sein? Muss es nicht misstrauisch machen, wenn in einer Zeit zunehmender Überalterung, kleiner werdender Familien und knapperer Ressourcen im Gesundheitswesen der selbst bestimmte Tod zum Thema gemacht wird?

Das Argument des „unerträglichen Leids“ und die Ausweitung der Euthanasie in den Niederlanden

Wie ist es möglich, dass die Euthanasiebewegung immer wieder unter dem Banner der Selbstbestimmung antritt und regelmäßig beim Gegenteil, der Tötung ohne ausdrückliches Verlangen landet?⁹ Wie ist es möglich, dass es sich in den Niederlanden dabei zu einem großen Teil um einwilligungsfähige Menschen handelt?¹⁰ Die in Europa etablierten Euthanasiegesetze in Belgien,

⁹ Onwuteaka-Phillipsen (2003), 395-399.

¹⁰ Van der Maas et al. (1992), 1-262; Van der Maas / Van Delden / Pijnenborg / Looman (1991), 669-674; Van der Maas / Van der Wal / Haverkate et al. (1996), 1699-1705.

Luxemburg und in den Niederlanden sehen so genanntes „unerträgliches Leid“ als wesentliches Kriterium dafür an, einen Menschen zu töten. Nicht unähnlich der Entwicklung in der ersten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts, lässt sich dabei folgende zwingende Logik beobachten: Der Wunsch nach Zulassung aktiver Sterbehilfe und assistierten Suizid tritt zunächst unter dem Gewand der Forderung nach Autonomie und Patientenrechten auf. Der Einzelne habe das Recht über sein Leben selbst zu entscheiden. Dieses Recht wird auf sogenanntes „unerträgliches Leid“ bezogen, das durchzustehen niemand gezwungen werden könne. Dabei ist in der ersten Phase der Forderung nach aktiver Sterbehilfe, so auch in der gegenwärtigen Diskussion über die Zulassung des assistierten Suizids in der Bundesrepublik, stets von terminalen Leidenszuständen die Rede. Entsprechend der Logik, dass auch nicht-terminales Leid als unerträglich empfunden werden kann, führt der Weg dann, wie in den Niederlanden und Belgien immer weiter von der Sterbephase weg zu todesfernen körperlichen und seelischen Leidenszuständen, die als hinreichend für einen Wunsch nach Tötung auf Verlangen gelten.¹¹ Das im Mai 2002 in Belgien in Kraft getretene Gesetz zur Sterbehilfe sieht seelische Qualen als eine eigenständige und hinreichende Bedingung für eine Tötung auf Verlangen vor und eröffnet damit ausdrücklich die Möglichkeit von Euthanasiemaßnahmen an Menschen mit psychischen Leiden.¹² Warum auch sollte das Recht auf einen selbst bestimmten Tod auf terminale oder körperliche Leidenszustände beschränkt sein? Die Tendenz zur Ausweitung der Sterbehilfe in diese Richtung wird auch darin deutlich, dass man „aussichtsloses und unerträgliches Leiden“¹³ auf den Wunsch alter und lebensmüder Menschen nach Sterbehilfe ausdehnen will. So ist es auch nicht verwunderlich, dass inzwischen namhafte Vertreter der Euthanasiebewegung in den Niederlanden öffentlich den selbst bestimmten Tod als den Tod der Zukunft preisen. Sie wünschen sich, dass in Zukunft die Gesundheitsämter Suizid-Sets vorhalten, die sich die Bürger dort abholen können.¹⁴

Hat man einmal das sog. unerträgliche Leid begrifflich als Kriterium für die Straffreiheit des Tötens auf Verlangen und des assistierten Suizids etab-

¹¹ Ausführliche Darstellung dieser Entwicklung in: Reuter (2002).

¹² Belgisches Staatsblatt vom 12.06.2003: Gesetz über die Sterbehilfe 28.05.2002, § 2 Abs. 2.

¹³ Van Loenen (2014), 108-115.

¹⁴ Diekstra (1996), 179-206.

liert, ergibt sich die Konsequenz, dass man nicht so ungerecht sein will, demjenigen den Gnadentod vorzuenthalten, der diesen Wunsch nicht äußern kann oder dem man solch eine Entscheidung nicht zumuten will. Insofern ist es nahezu unvermeidlich, von der aktiven Sterbehilfe auf Verlangen, zur aktiven Sterbehilfe ohne Verlangen überzugehen. Das Autonomieargument, die Forderung nach aktiver Sterbehilfe auf Verlangen, wurde so bereits 1990 von der damaligen niederländischen Gesundheitsministerin Borst-Eilers als Taktik bezeichnet. Es ging, so die Ministerin, um einen ersten Schritt der Entkriminalisierung der Euthanasie. Wörtlich sagte sie: „Es war eine Frage der Taktik, mit dieser Kategorie – Einwilligungsfähige, die um Tötung bitten – zu beginnen. Dadurch wurde es möglich, nach und nach eine allgemeine Akzeptanz aktiver Sterbehilfe zu erreichen.“¹⁵

Vor diesem Hintergrund wird es verständlich, dass es in den Niederlanden inzwischen regelmäßig zu aktiver Lebensbeendigung ohne Verlangen gekommen ist.¹⁶ Diese Sterbehilfe ohne Verlangen betrifft auch einwilligungsfähige Patienten. Zur Begründung hierfür wird in den Einzelfällen angegeben, dass dies das Beste für die Patienten gewesen sei und eine Diskussion mehr Schaden als Gutes bewirkt hätte.¹⁷ Die übrigen aktiven Lebensbeendigungen ohne Verlangen betreffen geistig und körperlich behinderte Neugeborene ebenso wie schwer Demente und andere Patienten, bei denen zuvor weitere lebensverlängernde Maßnahmen eingestellt wurden.¹⁸ Ein weiterer Schritt in dieser Logik ist dann, wie in den Niederlanden bereits erfolgt, der Schritt hin zur Tötung des Patienten bei Unzumutbarkeit des Leidens für die Umgebung. Dass hierbei Patienten wie z. B. Demente oder Komatöse zu Tode kommen, bei denen keineswegs sicher ein subjektives unerträgliches Leiden vorliegt, hat die Staatskommission für Euthanasie in den Niederlanden bereits 1985 damit begründet, dass der wegen völliger Sinnlosigkeit durchgeführte Behandlungsabbruch „zu einem fortschreitenden, unaufhalt-

¹⁵ De Wachter (1992), 23-30.

¹⁶ Onwuteaka-Phillipsen (2003); Onwuteaka-Phillipsen / Brinkman-Stoppelenburg / De Jong-Krul / Van Delden / Van der Heide (2012).

¹⁷ Vgl. Van der Maas et al. (1992); Jochemsen (2001), 31-47.

Hierzu auch Erläuterungen der „Remmelink-Studie“ in: Reuter (2002), 154-161; Van Loenen (2014), 66-78.

¹⁸ Reuter (2002), 159.

baren, körperlichen und geistigen Verfall des Patienten“ führt, „der auch für seine nächste Umgebung eine unhaltbare und unerträgliche Situation bedeuten kann“. In diesem Fall müsse, so wörtlich, „der Arzt das Leben straflos beenden können“¹⁹. Das Nicht-Mitansetzen-Können von Leid beginnt eine Rolle zu spielen.

Die bisherige Entwicklung der Euthanasie in den BeNeLux-Ländern, lässt die innere Konsequenz erkennen, mit der sich eine Art Kultur des Todes ausbreitet, wenn einmal die bisher geltende Grenze des ärztlichen Auftrages dahingehend überschritten wird, dass nicht dem Leidenden so gut und so viel wie möglich geholfen, sondern der Leidende selbst beseitigt wird. Studiert man die Entwicklung der Euthanasie am Beispiel der Niederlande, so fällt auf, dass die Freigabe der Euthanasie alleine auf dem Fürsorgeaspekt beruht und der Aspekt der Gefahrenabwehr so gut wie nicht vorzufinden ist.²⁰ Gefahrenabwehr würde bedeuten, dass zuständige Landesorganisationen und Staatsanwaltschaften entsprechend den Regeln eines normierten Misstrauens, den zahlreichen Gesetzes- und Regelüberschreitungen in Form mangelnder Dokumentation und Meldung nachgehen und ahnden. Dies war und ist offensichtlich nicht der Fall und hat seinen Ursprung in einer, der eigentlichen Gesetzgebung vorausgehenden jahrelang geduldeten Praxis der Euthanasie. So entstand im Umfeld des Themas Euthanasie eine allgemeine Atmosphäre der Fürsorge, gegen die der Aspekt des Lebensschutzes des Einzelnen immer mehr verblasst ist. Die Ärzte in den Niederlanden hatten und haben in der Interpretation der Sterbehilferegulungen weitgehend freie Hand. Der unscharfe Begriff des unerträglichen Leids wurde so zu einer Art Öffnungsklausel mit der Folge, dass die Mehrheit der alten Menschen in den Niederlanden unfreiwillige Euthanasie ablehnt und Angst davor hat.²¹ Eine Zuflucht pflegebedürftiger, älterer Menschen aus den Niederlanden in grenznahe deutsche Seniorenheime wird schon seit längerem beobachtet.

Der Dambruch ist vor allem dann unvermeidlich, wenn es sich hierbei nicht um Einzel- und Grenzfälle handelt, die im Einzelfall ein mildes Gerichtsurteil zu erwarten haben, sondern um eine gesetzlich freigegebene, mit Richtlinien von Landesorganisationen ausgestattete gängige Praxis, bei der

¹⁹ Ebd., 152-154.

²⁰ Ebd., 77 f.

²¹ Segers (1988), 407-424.

nach und nach medizinische Standardsituationen zu übergesetzlichen Notfallsituationen erklärt werden.²²

Zur aktuellen Situation in Deutschland

Angesichts dieser Entwicklung der letzten 40 Jahre in den Niederlanden erscheint die in der Bundesrepublik Deutschland neu aufgekeimte Debatte um eine gesetzliche Regelung des assistierten Suizids *naiv*.²³ Bisher stand die Möglichkeit der Suizidbeihilfe der Rettungspflicht gegenüber. Suizidbeihilfe ist mit dem Argument nicht gesetzlich verboten, dass der Suizid nicht strafbar ist und so auch die Beihilfe hierzu nicht strafbar sein kann. Aus der Rettungspflicht hingegen ergibt sich die Einschränkung, dass der Betreffende die Suizidhandlung alleine ausführen muss. Nun meint man auf gesetzgeberischem Weg der Tatsache gerecht werden zu müssen, dass auch bei optimaler palliativmedizinischer Behandlung in Einzelfällen ein leidensbedingter, nachvollziehbarer Wunsch nach vorzeitiger Beendigung des Lebens bestehen bleibt. In Abgrenzung gegen die Möglichkeit einer aktiven Sterbehilfe i. S. einer Tötung auf Verlangen und gegen die Ausweitung der Euthanasie in den Niederlanden will man hierbei die vorgesehene Suizidbeihilfe auf terminale Leidenszustände begrenzen und professionalisieren, indem vor allem der behandelnde Arzt nach Einholung eines oder zweier weiterer ärztlicher Gutachten, nach lebensbejahender Beratung und einer Bedenk-Pause des Patienten für den assistierten Suizid verantwortlich ist. Alle in diesen Vorschlägen verwendeten Begriffe und Regelungen standen am Anfang der Euthanasiemaßnahmen in den Niederlanden und tragen, wie oben ausgeführt, den Keim der logisch zwingenden Ausweitung in sich. Wenn die Befürworter einer Abgrenzung der Suizidbeihilfe gegen die Tötung auf Verlangen ins Feld führen, dass letzteres gegenüber dem ersten bisher zu keiner Ausweitung der Todeswünsche geführt hat,²⁴ so ist dem entgegenzuhalten, dass nicht einzu- sehen ist, warum jemand der schlechterdings nicht in der Lage ist, selber

²² Reuter (2002), 152-154.

²³ Griese / Högl (2014); Scharfenberg / Terpe (2014); Hintze et al. (2014); Künast et al. (2014); Borasio / Jox / Taupitz / Wiesing (2014).

²⁴ Borasio (2014).

einen Suizid auszuführen, keinen Anspruch auf die Tötungshandlung eines anderen haben soll und man ihm den Wunsch nach vorzeitiger Beendigung seines Lebens ausschlagen muss.

Lebensqualität oder Qualität des Lebens?

Die Forderung nach Selbstbestimmung ist, wie gezeigt, nur die Eintrittspforte zur Euthanasie. Es kann sich hierbei nicht um die eigentliche Motivation hinter der Euthanasiebewegung handeln. Wo liegt das Problem?

Seit Jahrzehnten haben wir es weltweit mit einer immer differenzierteren „Quality of life Forschung“ zu tun. In den Vordergrund unseres Bewusstseins tritt die Bewertung von Zuständen als eigentlicher Qualität des menschlichen Lebens. Das Kostbare des Lebens als solchem, nämlich das Sein von Menschen, Tieren und Pflanzen tritt in den Hintergrund. Leiden muss demnach um jeden Preis beseitigt werden.²⁵ Dabei droht das aus dem Blickfeld zu geraten, was der Wiener Psychiater Viktor Frankl als „Einstellungswert“ bezeichnet hat. Nach Frankl gehört es zu den ureigensten Möglichkeiten des Menschen, sich gegenüber einem Schicksal so oder so zu verhalten. Der Mensch kann sich darin ganz persönlich neu entfalten. In seiner Haltung dem Unabänderlichen gegenüber kommt seine Haltung zum Wert des ganzen Lebens zum Ausdruck. Der Wert, der im Grunde er selber ist.²⁶ Diese Einstellung betrifft keineswegs allein den Leidenden selber, sondern muss ganz wesentlich von den Mitleidenden, den Angehörigen, Ärzten, Pflegern und Seelsorgern mitgetragen, ja vielleicht sogar stellvertretend für ihn gelebt werden. Sie müssen an den Wert des Lebens des ihnen anvertrauten Menschen glauben und entsprechende Unterstützung geben. Die Ehrfurcht vor dem menschlichen Leben bedeutet auch, seinen Wert nicht an Bewusstseinszustände zu knüpfen. Neugeborene, demente oder bewusstlose Menschen sind eben Menschen und von ihrer Potentialität her auf ein volles Menschsein hingebordnet.

²⁵ Spaemann (1992), 533-536.

²⁶ Frankl (2005).

Schluss

Die Ausführungen sollten zeigen, dass weder der Begriff der Selbstbestimmung, noch der des „unerträglichen Leids“ dazu taugen, einen rechtlich sinnvollen Rahmen für eine Aufweichung des strikten Euthanasieverbots oder einen reglementierten, assistierten Suizid zu geben. Zudem sollte gezeigt werden, dass das Dammbrechargument keine Unheils-Prophetie ewig gestriger Bedenkenträger darstellt, sondern die innere Logik der auf tönernen Füßen stehenden Argumentation der Euthanasiebefürworter widerspiegelt und in der Entwicklung in den Niederlanden mehr als genug empirische Bestätigung gefunden hat. Die Folgen einer Freigabe der Möglichkeit gezielter Tötungshandlungen oder direkte Beihilfe zum Suizid von Ärzten an Patienten wären somit absehbar und würden gesamtgesellschaftlich zu einer weiteren schwindenden Bereitschaft zum Schutz menschlichen Lebens führen. Durch diesen Tabubruch käme es zu einem Paradigmenwechsel im Umgang mit Leid, Schmerz und Tod. Der einzelne müsste sich vor sich selbst und der Gemeinschaft für die Last, die sein Leben für die anderen bedeutet, rechtfertigen. In der gesellschaftlichen Wahrnehmung käme es zu einer Verdunklung der unantastbaren Würde des Menschen. Die Tötung von Menschen und die Beihilfe zum Suizid als Mittel zum Zweck der Befreiung von Schmerz und Leid ist kein menschliches Heilmittel und schon gar nicht vom ärztlichen Therapieauftrag gedeckt. „Der Mensch soll nicht durch die Hand, sondern an der Hand eines anderen sterben.“ Dieser Satz eröffnet positive Perspektiven und regt unsere Phantasie und unser Bestreben an, im Umgang mit Leid und Sterben immer menschlicher und professioneller zu werden. Er sollte unser Leitspruch bleiben.

Literatur

Baumann, J. et al.: *Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe (AE-Sterbehilfe)*, Stuttgart / New York 1986.

Beschlussprotokoll des 99. Deutschen Ärztetages 1996 in Köln, <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.23.3555> (zuletzt eingesehen am 23. Febr. 2015).

- Borasio, G. D. / Jox, R. J. / Taupitz, J. / Wiesing, U.: *Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids*, Stuttgart 2014, http://www.kohlhammer.de/wms/instances/kohportal/data/downloads/Presse/Pressemitteilung_Gesetzesvorschlag_assistSuizid.pdf (zuletzt eingesehen am 23. Febr. 2015).
- Borasio, G. D.: Spiegelgespräch 27.10.2014, <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-129976958.html> (zuletzt eingesehen am 23. Febr. 2015).
- De Wachter, M. A. M.: Euthanasia in the Netherlands, in: *Hastings Center Report*, Vol. 22, 1992, S. 23-30.
- Diekstra, R. F. W.: Sterben in Würde: Über das Für und Wider der Beihilfe zum Suizid, in: Anschütz, F. / Wedler, H.-L. (Hrsg.): *Suizidprävention und Sterbehilfe*, Berlin / Wiesbaden 1996, S. 179-206.
- Frankl, V.: *Ärztliche Seelsorge*, Wien 2005.
- Griese, K. / Högl, E.: *In Würde leben, in Würde sterben – Positionierung zur Sterbehilfe*, Berlin 08. Oktober 2014, http://kerstin-griese.de/PositionierungSterbehilfe_Griese_Hoegl.pdf (zuletzt eingesehen am 23. Febr. 2015).
- Hintze, P. et al.: *Sterben in Würde – Rechtssicherheit für Patienten und Ärzte*, Berlin 16.10.2014, http://www.carola-reimann.de/images/2014/2014-10-16_Sterbehilfe_Positionspapier_Hintze_Reimann.pdf (zuletzt eingesehen am 23. Febr. 2015).
- Jochemsen H.: Sterbehilfe und Sterbebegleitung in Holland. Empirische Befunde und gesellschaftliche Entwicklung, in: *Imago Hominis* (2001); 8, S. 31-47.
- Künast, Renate et al.: *Mehr Fürsorge statt Strafrecht: Gegen eine Strafbarkeit der Beihilfe beim Suizid*, http://www.renate-kuenast.de/w/files/papiere/mehr-fuersorge-statt-mehr-strafrecht_positionspapier-sterbehilfe_.pdf (zuletzt eingesehen am 23. Febr. 2015).
- Onwuteaka-Phillipsen, B. D. et. al.: Euthanasia and Other End-of-Life Decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001, in: *Lancet* (2003); 302, S. 395-399.
- Onwuteaka-Philipsen, B. D. / Brinkman-Stoppelenburg, A. / Penning, C. / De Jong-Krul, G. J. F. / Van Delden, J. J. M. / Van der Heide, A.: Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey, in: www.thelancet.com Vol 380, September 8, 2012, S. 908-915.
- Reuter B.: *Die gesetzliche Regelung der aktiven ärztlichen Sterbehilfe des Königreichs der Niederlande – ein Modell für die Bundesrepublik Deutschland?*, Frankfurt a. M. 2002.
- Scharfenberg, E. / Terpe, H.: *Vorschlag für eine moderate strafrechtliche Regelung der Suizidbeihilfe*, Bündnis 90 Die Grünen 10.10.2014, http://www.gruene-bundestag.de/fraktion/fraktion-aktuell/suizidbeihilfe/vorschlag-fuer-eine-moderate-straftrechtliche-regelung-der-suizidbeihilfe_ID_4393282.html (zuletzt eingesehen am 23. Febr. 2015).
- Segers, J. H.: Euthanasia in The Netherlands. Elderly persons on the subject of euthanasia, in: *Issues Law Med* 3, 1988, S. 407-424.

- Spaemann, C.: Lebensqualität und Schicksal, in: *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1992, Heft 23/24, JG 124, S. 533-536.
- Van der Maas, P. / Van Delden, J. J. M. / Pijnenborg, L. / Looman, C. W. N.: Euthansia and other medical decisions concerning the end of life, in: *Lancet II*, 1991, S. 669-674.
- Van der Maas, P. et al. (1992): Euthanasia and other Medical Decisions Concerning the End of Life, in: *Health Policy* 22, 1992, S. 1-262.
- Van der Maas, P. / Van der Wal, G. / Haverkate, I. et al.: Euthanasia, Physician assisted suicide, and other medical practises involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995, in: *New England Journal of Medicine* 335, 1996, S. 1699-1705.
- Van der Wal, G. et al.: Euthanasia and assisted suicide II. Do Dutch family doctors act prudently?, in: *Family Practice* (1992); 9, S. 135-140.
- Van der Wal, G. / Van der Maas, P.: *Euthanasia en andere medische beslissingen rond het levenseinde*, Den Haag 1996.
- Van Loenen, G.: *Das ist doch kein Leben mehr! Warum aktive Sterbehilfe zu Fremdbestimmung führt*, Frankfurt a. M. 2014.