

PETER R. RITTER  
Rur-Universität, Bochum

## STERBEBEGLEITUNG ODER STERBEHILFE ALS ÄRZTLICHER AUFTRAG

### *Terminal Care or Medical Aided Suicide as Medical Duties? Ethical Problems Concerning the End of Life*

**Abstract:** The medical disciplines haematology and oncology as parts of Internal Medicine include the palliative care of critically ill and sometimes moribund patients. This often implies making decisions at the end of life, that open up numerous ethical questions and conflicts, which have now increasingly become subject to a public debate. In this regard, palliative care of dying patients and the different possible ways of medically aided suicide have gained widespread attention. Thus, the increasing self-government of patients has changed the typical physician-patient relationships and traditional paternalistic interactions. The justification of actively aided suicide in moribund patients not only raises legal issues, but also various questions around the patients' self-determination on the one hand and responsible medical care on the other hand. The call for legalizing medically aided suicide for patients, who explicitly opt for a shortening of the intolerable process of dying, is opposed by social concerns about the relativization of the culturally inherited ban of wilful homicide. Both opponents and supporters of this concept are arguing about their interpretation of terms like personality, autonomy and pride. In this context, socio-cultural as well as individual perceptions of traded values in the sense of an anthropological interpretation play an important role. It remains to be demonstrated that patient-oriented medical care is able to maintain the individual patient's pride and self-determination, even under conditions of an increasing institutionalization of the dying process as a consequence of demographic changes. On that background, the desire for premature termination of life on a voluntary or non-voluntary basis through medical intervention appears rather dispensable. Such argumentation should resist the concerns raised by consequentialistic and utilitarian ethics, provided that the reliance between physician and patient proves as a discourse between morally-driven persons that extends beyond formal contracts. Medical ethics based on normative reasoning and deontological perspectives are essential premises to achieve these goals.

**Keywords:** Medically Aided Suicide, Actively Aided Suicide, Physician-Patient-Relationship, Self-Determination, Personal Autonomy, Personal Pride, Medical Ethics

# 1. EINFÜHRUNG

Das Problem der Sterbehilfe hat zuletzt in Deutschland durch die fragwürdige Beihilfe eines Juristen zur geplanten Selbsttötung einer ehemaligen Krankenschwester kontroverse Diskussionen entfacht.<sup>1</sup> Dabei ist gerade in Deutschland die Frage nach der moralischen und legalistischen Zulässigkeit einer vorsätzlichen und aktiven Verkürzung des menschlichen Sterbeprozesses durch die negativen Erfahrungen während der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft belastet.<sup>2</sup> Die langjährige Tabuisierung dieses Themas entsprang nicht zuletzt dem Umstand, dass eine Vielzahl von Ärzten während jener Zeit an der Ermordung von Kindern oder erwachsener Behinderter unmittelbar beteiligt war.<sup>3</sup> Der Aufarbeitungsprozess scheint bei weitem noch nicht abgeschlossen und führt aktuell unter anderem dazu, dass die liberaleren Regelungen der benachbarten Beneluxstaaten innerhalb der deutschen Ärzteschaft auf eine prinzipielle Ablehnung stoßen.

Dagegen legen die Ergebnisse aus Umfragen unter der Bevölkerung nahe, die Möglichkeit aktiver Sterbehilfe als Teil der personal gelebten Autonomie zu begreifen, die aus dem menschlichen Selbstverständnis erwächst.<sup>4</sup> Die Schwierigkeiten entstehen hierbei zum einen aus dem faktischen Verbot einer solchen Maßnahme, die allerdings nicht expliziter Gegenstand einer gesetzlichen Regelung ist. Zum anderen stehen einem aus Krankheit begründetem Wunsch nach Freitod die alternativen Überlegungen einer palliativmedizinischen Behandlung wie der Hospizgedanke<sup>5</sup> entgegen. Insbesondere auf diese beiden Umstände fokussiert sich in Deutschland die medizinische Verweigerung einer Assistenz zum Suizid, welche nach Meinung des überwiegenden Anteils der Ärzte ihrer berufsethischen Auffassung grundsätzlich entgegensteht.

Die folgende Betrachtung soll daher mehrere Aspekte untersuchen, die sich im Zusammenhang mit Sterbehilfe ergeben. Dabei müssen sowohl die Motive derjenigen, die für sich das Recht auf einen vorzeitigen Tod reklamieren, als auch moralische Überlegungen zur Diskussion kommen. Ferner verdienen die möglichen sozialetischen Folgen einer Legalisierung genauso Beachtung wie eine Analyse der gegenwärtigen palliativmedizinischen Praxis.

---

1 Gemeint ist der ehemalige Hamburger Justizsenator Roger Kusch, der einer berenteten Würzburger Krankenschwester namens Bettina Schardt, im Sommer 2008 auf deren Verlangen Medikamente zur Selbsttötung verschaffte und ihren Tod in einer Videoaufzeichnung festhielt. Eine Besonderheit dieses Falles von Sterbehilfe lag in dem Umstand begründet, dass Frau Schardt nicht an einer zum Tode führenden Erkrankung litt, sondern mit diesem Akt im Rahmen ihres altersbedingten Kräfteverfalls die drohende Aufnahme in ein Pflegeheim zu verhindern suchte.

2 Vgl. hierzu Frewer 2001.

3 Vgl. Fangerau und Noack 2006.

4 Eine Anfang Juli 2008 in Nordrhein-Westfalen durchgeführte Studie an 1.007 repräsentativ ausgewählten Bürgern im Alter zwischen 14 und 70 Jahren ergab, dass nahezu zwei Drittel für sich selbst Sterbehilfe in Erwägung zögen (Pressemitteilung vom 11.07.08 des Institutes Innofact AG Research & Consulting, Düsseldorf).

5 Vgl. hierzu die zehn *Grundprinzipien eines Hospizes* nach Student 1987, S. 232-240.

## 2. GRUNDSÄTZLICHES

Die Begleitung Sterbender gehört seit der Neuzeit zu den genuin ärztlichen Aufgaben.<sup>6</sup> Idealerweise offenbart sich in ihr der Anspruch, den möglichen Nutzen therapeutischer Maßnahmen gegen das Prinzip der Schadensabwehr abzuwägen, da in dieser Situation die übliche medizinische Bemühung um Lebensverlängerung hinter die Palliation zurücktritt.

Da sich die Zeit bis zum Tode prozesshaft variabel gestaltet, lassen sich für die Interaktion zwischen Arzt und Patient unterschiedliche Modelle beschreiben, die sich jedoch prinzipiell an den Bedürfnissen des Sterbenden orientieren müssen. Empathische Zuwendung, die Vermittlung von Geborgenheit und Verständnis, wie auch Berücksichtigung verbliebener Wünsche bilden in der Regel ein mögliches Fundament für diese Beziehung. Problematisch gestalten sich oft hingegen jene Entscheidungen, die ein Arzt stellvertretend für seinen Patienten trifft, falls dieser nicht mehr in der Lage sein sollte, seiner Autonomie in Handlungsakten phänomenalen Ausdruck zu verleihen. Neben Berücksichtigung formulierter Willensabsichten, wie sie beispielsweise Gegenstand von Patientenverfügungen sein können, oder Exploration des jeweiligen sozialen Umfeldes, in dem sich der Kranke bewegt hat, bleibt die letzte Entscheidungsverantwortung beim Arzt. Dies bedingt daher eine Reflexion zwischen Selbst- und Fremdbestimmung, die sich zudem an legalistischen Grenzen orientieren muss und die Bedingungen des ärztlichen Berufsethos zu berücksichtigen hat.

Moralische Aspekte, die in einer solchen Art der therapeutischen Verbindung zwischen Arzt und Patient von besonderer Bedeutung sein können, gewinnen ihre normative Kraft aus der soziokulturellen Auseinandersetzung mit dem als gut Akzeptierten und Erstrebenswerten auf der einen wie der Ablehnung des Verwerflichen auf der anderen Seite. Insofern rekurriert ein medizinethischer Diskurs weniger auf eine Sonder-, denn vielmehr Bereichsethik, die ihre Wurzeln in allgemeinen moralischen Wertvorstellungen verortet. Moralisches Handeln offenbart hier seinen praktischen Charakter und verweist inhaltlich auf die bekannten Handlungsmaximen: Wohlhandeln (*bene facere*), Schadensvermeidung (*nihil nocere*) und Fürsorge (*salus aegroti suprema lex*).

Die ärztliche Praxis palliativmedizinischer Behandlungsstrategien beansprucht für sich, evidenzbasierte Methoden in ein methodisches Gesamtkonzept zu überführen, das einer wissenschaftlichen Überprüfbarkeit genügt. Insbesondere für Schmerztherapien gelingt dies ohne weiteres und hält auch einer Formalisierung stand, die interindividuellen Unterschieden dennoch Rechnung trägt. Weniger standardisiert ist dagegen der Umgang mit Sterbenden, soweit er Kommunikation, finale Analgosedierung<sup>7</sup> oder schlicht die Vorbereitung auf den bevorstehenden Tod betrifft. Hier erweist sich ein

---

<sup>6</sup> Sterbebegleitung als ärztliche Aufgabe im modernen Sinne findet erst in der medizinischen Fachliteratur zu Anfang des 18. Jahrhunderts Erwähnung wie beispielsweise in der Schrift „Entwurf einer allgemeinen Therapie“ des Hallenser Mediziners Christian Reil (1759-1813), der auch zeitweilig Goethe ärztlich betreute.

<sup>7</sup> Gezielte Reduktion des Bewusstseinsniveaus eines Patienten in der Endphase seiner Erkrankung, um unerträgliche Symptome und Belastungen palliativmedizinisch zu lindern. Hierunter zählen die Bekämpfung von Schmerzen, Atemnot und insbesondere Todesangst.

hoher Anteil subjektiv unterschiedlicher Vorgehensweisen prozessbestimmend, was ein besonderes Licht auf die Persönlichkeit des behandelnden Arztes wirft. Besonders problematisch ist überdies eine medikamentöse Sterbebegleitung, die – vorsätzlich, oder zumindest billigend – die Verkürzung der Sterbephase durch die Anwendung potenter Opiate in Kauf nimmt.<sup>8</sup>

Sowohl juristische Unsicherheiten, als auch moralische Deutungsschwierigkeiten lassen ein erhebliches Konfliktpotential für Arzt und Gesellschaft vermuten, das überdies durch die Berührung eines historisch bedingten Tabus zusätzliche Probleme aufwirft. Ärzte übernehmen ihre Rolle als Sterbebegleiter daher weniger mit der gewohnten Rollenidentifikation eines Heilenden, als vielmehr mit der ebenfalls anspruchsvollen Zielsetzung zu lindern und Beistand zu leisten.

Dort, wo der Anspruch ärztlicher Kunst ausschließlich auf die körperliche Rehabilitation des Patienten abzielt, scheint per se jedes palliativ intendierte Handeln frustrierend zu sein. Allerdings ist die ethische Entscheidungskompetenz eines Mediziners mehr denn je auf solchen Problemebenen gefordert, die sich im Umfeld eines sterbenden Menschen aufbauen und den Arzt jenseits juristischer Grenzen auf seine persönliche Verantwortung zurückwerfen. Der besonders problematische Bereich der aktiven wie passiven Sterbehilfe erscheint hierfür exemplarisch.

### 3. BEGRIFFSKLÄRUNGEN

Sterbehilfe und Sterbebegleitung sind nicht extensional gleich, sondern beinhalten unterschiedliche Begriffsbestimmungen. Die deutsche Bundesärztekammer hat in ihren *Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung*<sup>9</sup> die Pflichten des Arztes diesbezüglich konkretisiert und als standesethisch verbindlich erklärt.

Neben der expliziten Bezugnahme auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten verneint die Erklärung jedoch eine unumstößliche ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung, die sich vor dem Hintergrund des eingetretenen Sterbeprozesses ohnehin relativiert.<sup>10</sup> Aus der Fülle palliativmedizinischer Maßnahmen orientiert sich der Behandlungsalgorithmus letztlich jedoch an dem konkreten oder mutmaßlichen Willen des Patienten, ohne dabei den Arzt von seiner Verantwortungshoheit entbinden zu können. Ferner ist erwähnenswert, dass in Zweifelsfällen die Lebenserhaltung im Vordergrund steht und somit alle ärztliche Therapie auf dieses Ziel verpflichtet.<sup>11</sup> Dies umfasst auch stellvertretende Entscheidungen, die mögliche Bevollmächtigte oder der Arzt in eigener Person treffen müssen, sofern der Patient dazu nicht mehr in der Lage sein sollte. Damit ist Sterbebegleitung in dem so verstandenen Sinne ein gleichermaßen ethisches Gebot wie auch eine Standespflicht, der nachzukommen prinzipiell ohne Alternativen bleibt.

---

8 Dies entspricht formal der indirekten Form der Sterbehilfe.

9 Deutsches Ärzteblatt, Heft 19; 2004.

10 Zur Definition des Sterbenden vgl. ebd., S.1.

11 Vgl. diesbezüglich die Stellungnahme des Präsidenten der Bundesärztekammer zu dem auch in Deutschland Aufsehen erregenden Fall der amerikanischen Patientin Terry Shiavo.

Deutlich problematischer erscheint dagegen der Versuch, die Hilfe *beim* Sterben auf eine solche auszuweiten, die mittels einer aktiven Handlung den Tod des Kranken intendiert. Jedoch scheint eine begriffliche Abgrenzung dieser als *aktive Sterbehilfe* bezeichneten Handlungsform von einer *passiven* oder *indirekten* Variante nicht grundsätzlich so klar zu gelingen, wie dies bei oberflächlicher Betrachtung der Fall sein könnte. Entscheidend und für die weitere Diskussion bestimmend ist dagegen folgendes Kriterium: Gegenüber der erwähnten Sterbebegleitung stellt die aktive Form eine vorsätzliche Hilfe *zum* Sterben dar.

Wie bereits dargestellt lassen sich definitorisch unter dem Oberbegriff „Sterbehilfe“ neben jener erwähnten aktiven Form noch zwei weitere Entitäten abgrenzen: a) wer *passive* Hilfe beim Sterben leistet, verzichtet auf bestimmte lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen oder bricht bereits eingeleitete willentlich ab. b) In ihrer *indirekten* Form nimmt ein Arzt hingegen wissentlich den vorzeitigen Tod als mögliche Nebenwirkung der eingesetzten schmerzstillenden oder bewusstseinstrübenden Medikamente in Kauf.<sup>12</sup>

Beide Arten kommen in der Regel nur dann zur Anwendung, wenn die Kriterien eines bereits eingesetzten Sterbevorganges oder zumindest einer im Verlauf weit fortgeschrittenen Erkrankung mit infauster Prognose erfüllt sind, d. h. keine konkrete Aussicht besteht, durch die Einleitung oder Fortsetzung der Behandlung eine Besserung des Zustandes erreichen zu können. Eine genaue Abgrenzung kann im Einzelfall bisweilen misslingen und diesbezüglich der herrschenden Unsicherheit noch Vorschub leisten. Erschwerend kommt hinzu, dass in Deutschland keine eindeutige gesetzliche Regelung existiert, die Rechtssicherheit für diesen Bereich gewähren könnte. So bewegen sich ärztliche Handlungen bei der Versorgung sterbender Patienten unter Umständen auf einem strafrechtlich relevanten Niveau, das von unterlassener Hilfeleistung (§ 323c StGB), Misshandlung von Schutzbefohlenen (§ 225 StGB), Totschlag (§§ 212, 213 StGB) bis hin zur Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) oder Mord (§ 211 StGB) reicht.

Ausschlaggebend für eine mögliche Strafverfolgung ist dabei die Freiwilligkeit, die ein entscheidungsfähiger Patient entweder durch eigene Willensäußerung oder in Stellvertretung mittels Verfügungen, bzw. Vorsorgevollmachten in Person eines bestellten Betreuers aufzeigt. Dennoch hat sich im Jahre 2006 der 66. Deutsche Juristentag mehrheitlich für eine gesetzlich eindeutige Regelung der Sterbehilfe ausgesprochen, die auch die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen einschließt. Nach einer kontrovers geführten Diskussion im Deutschen Bundestag am 29.03.07 fand dieser Vorschlag jedoch keine parlamentarische Mehrheit.

Die öffentliche Debatte um die moralische Zulässigkeit, mögliche gesellschaftliche Akzeptanz, bzw. legalistisch eindeutige Regelung der Sterbehilfe jenseits einer unbezweifelbaren ärztlichen Verpflichtung zur Sterbebegleitung hält an. Besondere Brisanz gewinnt sie dabei vor dem Vergleich der Rechtspraxis benachbarter europäischer Länder wie Holland, Belgien oder der Schweiz, die hier eine deutlich liberalere Position vertreten.

---

12 Vgl. AWMF-Leitlinien; Anästhesie und Intensivmedizin, 40 Jg., Nr. 2/99.

## 4. PROBLEMSTELLUNG

Die kontrovers geführte gesellschaftliche Debatte über die Zu- oder Unzulässigkeit aktiver Sterbehilfe orientiert sich weniger an der genannten Begriffskategorie als vielmehr an den möglichen sozialen Folgen. Ein Kernargument zielt auf die eindringliche Warnung, die mögliche Freigabe assistierter Tötung auf Verlangen des Patienten würde sowohl einem Relativismus in der Indikationsstellung als auch dem Missbrauch aus niederen Motiven heraus Tür und Tor öffnen.<sup>13</sup> Das historische europäische Trauma infolge der deutschen nationalsozialistischen Gewaltherrschaft mit ihren planmäßig organisierten Massentötungen unter dem verbrämenden Euphemismus der Euthanasie<sup>14</sup> hat ein geschichtlich begründetes Misstrauen gegenüber jedweder Form vorsätzlich intendierter Sterbehilfe gezeitigt.

Während Befürworter im Recht auf personale Selbstbestimmung als Ausdruck der Achtung autonomer Willensentscheidung ein Kernargument für die ihrer Meinung nach notwendige Liberalisierung der bestehenden Praxis zu erkennen glauben, berufen sich die Gegner insbesondere auf das so genannte „Slippery-slope“-Argument: sie fürchten gesellschaftliche Auswirkungen, die einem Dammbbruch gleichkämen und auf eine Relativierung des Tötungsverbotes hinausliefen. Die schon erwähnte historische Entwicklung der Euthanasie<sup>15</sup> in Deutschland bis 1945 scheint ihnen diesbezüglich Recht zu geben, wenngleich die nationalsozialistische Tötungspraxis aus einem Klima sozialdarwinistischer Mentalität erwuchs, deren Wurzeln bis weit in das 19. Jahrhundert zurückreichten. Den eigentlichen Höhepunkt dieser Entwicklung beförderte insbesondere die wirtschaftliche Notlage Deutschlands nach dem ersten Weltkrieg und bereitete den Nährboden für Hitlers Rassenwahn nebst seiner faktischen Umsetzung in Gestalt des Völkermordes.

Heutige Argumentationsstrukturen fokussieren dagegen weniger die Allokationsproblematik begrenzter wirtschaftlicher Ressourcen sondern mehr die sich aus dem Individualrecht ergebenden Konsequenzen für den Umgang mit autonomen Patienten. Diese verfügen nach allgemeiner Überzeugung über ein genuines Recht, die eigene Lebensplanung in personalem Selbstverständnis unter Einschluss des – möglicherweise auch vorzeitigen - Endes ihrer physischen Existenz zu verantworten. Insbesondere der Verweis auf ein Sterben in Würde trägt dieser Auffassung von Persönlichkeit Rechnung und begreift *ex negativo* jede Verweigerung eines selbstbestimmten Todes als unerträglichen Eingriff in die Sphäre willentlicher Eigenverantwortung.

Diese Auffassungen sind nicht zuletzt deswegen problematisch, da sie nur unzureichend die konkrete Situation Sterbender berücksichtigen und zudem einen moralischen Konflikt zwischen Arzt und Patient ignorieren, der sich zwangsläufig ergibt. Die Tatsache, dass der Mensch als autonomes Wesen in Freiheit und Würde Respekt für

---

13 Diese Betrachtungsweise repräsentiert im Wesentlichen das *Slippery-slope*-Argument (Argument der schiefen Ebene). Allerdings weist Birnbacher zu recht auf die Relativgewichte solcher Argumentationen hinsichtlich unterschiedlicher Geltungsbereiche hin (Birnbacher 2006, S.185).

14 Vgl. Faulstich 2000, sowie Kaul 1979 und Klee 1983/1985/1986.

15 Vgl. diesbezüglich Frewer 2001.

seine Eigenverantwortlichkeit beansprucht, steht im Prinzip außerhalb jeder Kritik.<sup>16</sup> Allerdings verdienen jene Voraussetzungen Beachtung, die ein solches Selbstverständnis überhaupt erst ermöglichen und letztlich die phänomenale Grundlage dafür liefern, einen Menschen als autonomes Wesen akzeptieren zu können. Ein möglicher Schlüssel für dieses Verständnis könnte im Begriff der Person liegen, obgleich deren Deutung auch differenzierte Einstellungen zulässt.<sup>17</sup>

Abgesehen von methodologischen und anthropologischen Problemen, die sich an dem Begriff der Person manifestieren, ergeben sich zusätzliche Schwierigkeiten für die Interaktion zwischen Arzt und Patient, sofern der Kranke als Ausdruck seiner autonomen Selbstbestimmung einen Tötungswunsch formuliert. Diese erwähnten Schwierigkeiten berühren zum einen das diskursive Verhältnis zwischen beiden Akteuren, zum anderen verletzen sie den Anspruch auf moralische Integrität im ärztlichen Handeln. Die konsequente Durchsetzung des eigenen Willens findet ihre Beschränkung dort, wo sie durch prospektive Verletzung gesetzter Regeln andere in der Wahrung ihrer Rechte einschränkt. Dementsprechend gerät jedes Ansinnen, das vorsätzlich auf einen Bruch mit den erwähnten Normen abzielt, zunächst einmal in die Perspektive des Unmoralischen. Eine solche Grenzübertretung stellt der Wunsch nach Beihilfe zum Suizid zunächst einmal dar und kompromittiert damit einen Teil des ärztlichen Selbstverständnisses, das eine vorsätzliche Beendigung des Lebens ächtet.<sup>18</sup> Auch unter der Voraussetzung, dass der Patient sein Ansinnen nach reiflicher Überlegung und unter Abwägung möglicher Alternativen aus freien Stücken getroffen hat,<sup>19</sup> ergibt sich aus der ärztlichen Sichtweise ein moralischer Konflikt: Er vermag den Arzt als potentiellen Akteur nicht von seiner Verantwortlichkeit zu entbinden, selbst wenn er sich auf den Respekt vor der patienteneigenen Autonomie berufen sollte. Auch ein Töten aus Mitleid verfehlt die Strategie einer moralischen Begründung, weil es weder dem Patienteninteresse dient, noch den tötenden Arzt von einer faktischen Verletzung der Standesethik zu entlasten vermag. Dies gilt umso mehr für den Fall, dass ein Patient gar nicht mehr in der Lage ist, den möglichen Sterbewunsch zu äußern, sondern lediglich sein Leiden per se phänomenaler Gegenstand der Interpretation wird.

---

16 Vgl. hierzu Artikel 1 des Grundgesetzes, der auf die Unantastbarkeit menschlicher Würde abhebt.

17 Die Wiederentdeckung des Personenbegriffes in der Philosophie findet ihr Echo in ethischen und anthropologischen Diskursen, wobei es allerdings an einer allgemeingültigen Definition mangelt. Dies rührt zum einen aus der historischen Begriffsentwicklung, die ihre Wurzeln in der Antike hat, als auch aus den unterschiedlichen hermeneutischen Ansätzen, die auf den Personenbegriff rekurrieren. Vgl. hierzu Sturma 1997 und 2001.

18 Stellvertretend für eine Vielzahl von gleichlautenden Stellungnahmen ärztlicher Berufsverbände sei hier exemplarisch auf die Deklaration des Weltärztebundes zur Euthanasie anlässlich dessen Generalversammlung in Madrid, Oktober 1987, verwiesen: „Euthanasie, d.h. die absichtliche Herbeiführung des Todes eines Patienten, selbst auf dessen Wunsch oder auf Wunsch naher Angehöriger, ist unethisch.“ (zitiert in Schell 2002, S. 155.)

19 Die Problematik der Authentizität des Sterbewunsches und ihrer Bewertung durch einen Arzt gründet nicht zuletzt in der Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit des Suizidwilligen. Vollmann verweist in Hinblick auf mögliche Störfaktoren zurecht auf psychische Störungen im Sinne eines depressiven Syndroms, die Beachtung finden müssen und einer objektiven Prüfung nach validen und reliablen Kriterien bedürfen (Vollmann 1998, S. 93-96).

Trifft hingegen ein Arzt die Entscheidung, einen nach seiner Einschätzung unerträglich leidenden Patienten vorzeitig sterben zu lassen, bzw. zu töten, ohne sich des genuinen Interesses des Betroffenen zu versichern, so würde er damit faktisch den geschlossenen Behandlungsvertrag zwischen beiden aufkündigen. Der Patient müsste also in der Angst leben, dass er in medizinischer Hinsicht allein aufgrund des von ihm ausgehenden phänomenalen Symptomkomplexes eine Relativierung seines Lebensanspruches erführe.

Die Kenntnis vergleichbarer Fälle einer Tötung ohne vorherige Kenntnis des Opfers muss daher ein Klima des Misstrauens gegenüber dem behandelnden Arzt erzeugen, was die diskursive Beziehung beider von vornherein unzumutbar belastet. Die Problematik liegt in der möglichen Rechtfertigung einer Euthanasiepraxis, die es vorzieht, aus Mitleid oder wegen eines intellektuell-kognitiven Defizites einen Patienten ohne dessen Einverständnis zu töten.<sup>20</sup> Eine mögliche moralische Begründung fußt daher ausschließlich auf einer Beobachterperspektive, die sich anmaßt, aus den kategorialen Einschätzungen ihrer vermeintlichen fachlichen Deutungshoheit, über Wert oder Unwert des Lebens entscheiden zu dürfen. Und auch die wiederholt historisch angeführte Argumentation, dass bei einer organisch bedingten Einschränkung kognitiver Fähigkeiten die Endgültigkeit dieses Vorgehens und seine Folgen nicht erfassbar seien, verkennt den Umstand jenes persönlichen Anrechtes auf Glückseligkeit, das nicht genuin an intellektuelle Fähigkeiten gebunden scheint.<sup>21</sup>

Eine normative Begründung aktiver Sterbehilfe verlangt daher eine intensive Auseinandersetzung innerhalb des Arzt-Patient-Verhältnisses und gleichermaßen eine kritische Reflexion moralischer Wertvorstellungen. Der sich abzeichnende Konflikt zwischen einer nicht mehr *passiven* und noch nicht *aktiven* Form der Sterbehilfe lässt sich daher nur aus dem Blickwinkel einer sittlich rechtfertigbaren Vorgehensweise lösen.

---

20 Vgl. Singer 1984.

21 Hier spiegelt sich ein besonders prekäres Problem medizinischer Einschätzungen: sie objektivieren aus der Perspektive der dritten Person eine physiologische Störung nach kategorial gefassten Kriterien. Insbesondere der Krankheitsbegriff rekrutiert sich aus einem bestimmten Muster körperlicher Fehlfunktionen oder leiblicher Desintegration im Vergleich zu einem als normal definierten Kollektiv. Damit gelingt zwar die Detektion solcher Anomalien auch unter differenten Umweltbedingungen, jedoch gestaltet sich die Abgrenzung im Falle unvollständiger Symptomkomplexe gegenüber nicht Erkrankten schwieriger, als dies zunächst den Anschein haben könnte. Die Grenze zwischen Normalem und Anormalem, Gesundem und Krankem ist daher nicht unbedingt eine quantitative denn vielmehr qualitative und erwächst vor einem spezifischen kulturellen Hintergrund. Insbesondere psychische Störungen sind ein gutes Beispiel für diese Trennschärfe.

## 5. MORALISCHE ASPEKTE

Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient<sup>22</sup> erwächst aus gegenseitiger Wertschätzung, Rücksichtnahme und Vertrauen.<sup>23</sup> Aus der ursprünglich paternalistischen Beziehung, die den fachlich begründeten Wissensvorsprung des Arztes als Rechtfertigung dafür anführte, patienteneigene Interessen nur eingeschränkt berücksichtigen zu müssen – was faktisch einer Entmündigung gleichkam –, bewerten gegenwärtige Modelle beide Akteure als gleichberechtigt. Allerdings sind die Grenzen weniger scharf, als dies soziologische Konstrukte nahe legen, da insbesondere die situativen Rahmenbedingungen wechseln können. Ein akuter Notfall mit Gefahr für Leib und Leben lässt erfahrungsgemäß keinen Spielraum für eine diskursive argumentative Abwägung des Für und Wieder bestimmter Handlungsalternativen, sondern zielt auf eine möglich rasche und gezielte Sicherung der Patientenintegrität. Dies kann auch auf Kosten einer ausreichenden Aufklärung erfolgen, die ansonsten eine Grundlage für das Arzt-Patientenverhältnis darstellt. Je weniger dringlich sich das Handlungsinteresse darstellt, desto ausführlicher gestaltet sich der partnerschaftliche Diskurs, der überdies die Rolle des Arztes als Dienstleister betont. Eine so getroffene Vereinbarung im Sinne eines Behandlungsvertrages verteilt im Idealfall scheinbar die Verantwortung entsprechend anteilig und trifft Vorsorge für unerwartete oder gefährliche Folgen. Zwar entsteht der Kontakt zwischen beiden Partnern mehr oder minder aus einer Situation von Not und Hilfe, jedoch bleibt die Durchführungsverantwortung in den Händen des Arztes. In einer Notfallsituation nimmt dieser sie im Patienteninteresse wahr, ohne sich dessen spezieller Motivationslage ausreichend versichern zu können, was prinzipiell eine hohe Anforderung im moralischen wie juristischen Sinne darstellt.

Moralisch gesehen kann keiner der Beteiligten, weder Arzt noch Patient, die Verantwortung für den Behandlungsakt alleine tragen; dies gilt streng genommen auch dann, wenn ein Arzt aus widrigen Umständen heraus gezwungen wäre, in einer Geschäftsführung ohne Auftrag stellvertretend für den ihm anvertrauten Menschen zu entscheiden. Ein solches gelebtes ärztliches Berufsethos, das Fakten nicht zu Normen hypostasiert, sondern Handlungen idealerweise an Regeln ausrichtet, erfordert gleichermaßen auch auf Patientenseite eine entsprechende sittliche Grundhaltung. Wer ein sittenwidriges Verhalten einfordert, kann nicht auf die Erfüllung seiner Wünsche setzen, nur weil er sich auf die unbedingte Respektverpflichtung seiner personalen Autonomie beruft.<sup>24</sup>

---

22 Vgl. Wolff 1999.

23 Andere Ansätze innerhalb der Tugendethik setzen differente Schwerpunkte. So zählen beispielsweise Beauchamp und Childress unter die fünf Zentraltugenden *Mitleid, Urteilskraft, Vertrauenswürdigkeit, Integrität* und *Gewissenhaftigkeit*. Vgl. Beauchamp/Childress 2001, S. 32 ff.

Thomasma und Pellegrino betonen als medizinpraktisch relevante Aspekte *Vertrauenswürdigkeit, Mitleid, Klugheit, Gerechtigkeit, Tapferkeit, Maß, Integrität* und *Selbstlosigkeit*. Vgl. Pellegrino/Thomasma 1993, S. 63 ff.

24 Zur Struktur der Arzt-Patient-Beziehung und ihrer wechselseitigen ethischen Rücksichtnahme vgl. Wieland 1999, S. 76.

Hier gilt gleichermaßen die Reziprozität der moralischen Anspruchshaltung mit seinem für Beziehung maßgeblichen wechselseitigen Pflichtcharakter.<sup>25</sup>

Dabei verfehlt die Vorstellung, Medizinethik sei eine Sonderethik, genau diesen allgemein bindenden Regelstatus, der erst ein Funktionieren gesellschaftlicher Konstrukte ermöglicht. Eine übertriebene Tolerierung von Ausnahmen aus dem Pflichtkanon einer sanktionsbewehrten allgemeinen Ethik innerhalb kultureller Wertegemeinschaften schafft Nischen für vorsätzlichen Missbrauch. Nicht zuletzt aus diesem Grunde erscheint die medizinische Ethik weniger als eine Sonderethik denn als eine Ethik besonderer Situationen.<sup>26</sup> Und auch die alleinige Beachtung des Rechtes schafft keinen Ersatz für eine moralische Gewissensbildung, mit dem sie erfahrungsgemäß auch nicht unmittelbar übereinstimmt. Stattdessen könnte eine konsequente „Verrechtlichung“ medizinischen Handelns, das sich ausschließlich an den legalistischen Folgen ärztlicher Praxis orientiert, zu einer reinen Defensivhaltung führen. Der Patientenanspruch auf eine individuelle, problemorientierte und persönliche Umstände berücksichtigende Hilfe müsste sich von vornherein dem direkt konkurrierenden ärztlichen Interesse unterordnen, juristische Konsequenzen des eigenen Handelns unter allen Umständen zu vermeiden. Der Mut, Eigenverantwortung im persönlichen Handeln so zu leben, dass rationale Aspekte mit patienteneigenen Bedürfnissen harmonisieren, erfordert eine sittliche Überzeugung: Sie setzt Vertrauen in eine moralisch einwandfreie Entscheidungsfreiheit, gleichermaßen für den Patienten wie auch sich selbst das Richtige zu tun.

Dieses Prinzip moralisch legitimierter Entscheidungshoheit erschöpft sich jedoch im Bereich der Sterbehilfe. Aus dem Tötungsverbot<sup>27</sup> ableitbar erscheint der Verzicht auf jedwede Handlung, die in ihrem aktiven Grundcharakter den vorzeitigen Tod des Patienten beabsichtigt. Das kulturell tradierte Tötungsverbot der abrahamitischen Religionen zielt auf die gesellschaftliche Friedenspflicht, die allein ihren Mitgliedern die Sicherheit körperlicher Unversehrtheit auch im Konfliktfall gestattet oder zumindest den Verlust des Lebens verhindert. Ausnahmen hiervon ergeben sich aus Situationen, die eine vorsätzliche Übertretung des Gebotes beispielsweise in einer Notwehrlage, bei quasi institutionalisierten Konflikten in Kriegshandlungen oder der Anwendung der Todesstrafe für Kapitalverbrechen rechtfertigen können.<sup>28</sup> In jedem Falle stellt die Verpflichtung „Du sollst nicht töten“<sup>29</sup> eine starke deontologische Norm dar, die innerhalb des Alltages zunächst keiner kritischen Hinterfragung mehr bedarf.

---

25 Dies ist jedoch an die Einsichtsfähigkeit des Patienten gebunden, welche jedoch krankheitsbedingt mangelhaft ausgebildet sein kann.

26 Vgl. Pöltner 2002, S. 21.

27 Zur möglichen Relativierung des Tötungsverbotes durch eine klassisch utilitaristische Argumentation vgl. Birnbacher 2006, S. 178 ff.

28 Dies soll nicht bedeuten, dass sich aus der faktischen Umsetzung einer institutionalisierten oder gesellschaftlich konsentierenden Form der Tötung unter bestimmten definierten Umständen auch gleichzeitig eine moralische Legitimation ableiten ließe. Insbesondere die Ächtung der Todesstrafe in vielen Ländern zeugt von einer differentiellen Bewertung.

29 Altes Testament; Exodus 20, 2-17.

Der Pflichtcharakter einer deontologischen Ethik zielt auf Freiwilligkeit, die eine Unterwerfung jeder vernünftigen Natur aus einsichtsfähigen Gründen unter das moralische Gesetz fordert.<sup>30</sup> Aus der Perspektive utilitaristischer Gesinnungen relativiert sich dieser Zwang hin zu pragmatischen Nützlichkeitsüberlegungen.<sup>31</sup> Wechselseitigen Interessen Rechnung zu tragen und im Falle medizinischer Entscheidungen bei den Akteuren jene Handlungsfreiheit einzuräumen, welche die Grenzen des jeweils anderen respektiert, wäre ein solches Desiderat des klassischen Utilitarismus. Für die konkreten Überlegungen zur Tötung auf Verlangen gäbe es nach dieser Lesart also prinzipiell kein explizites Denkverbot, solange die Beachtung von Interessenssphären gewahrt bliebe. Eine *nicht freiwillige Tötung*, wie sie beispielsweise einem schwerst geschädigten Kleinkind oder einem Patienten im irreversiblen Koma zuge-dacht sein könnte, würde voraussetzen, dass ein Interesse weiterzuleben mangels kognitiver Einsichtsmöglichkeiten erst gar nicht existierte und dementsprechend auch keine Verletzung zuwiderlaufender Intentionen erkennbar wäre.<sup>32</sup> Anders gestaltet sich hier jedoch die Fremdperspektive: die prinzipielle Furcht, eine Lebensverkürzung deswegen zu erleiden, weil die Formulierung eigener Interessen aufgrund körperlicher Behinderungen misslänge, dürfte für viele Beobachter eine negative Signalwirkung haben.

Hinzu tritt der berechtigte Zweifel – wie im Falle einer möglichen nicht freiwilligen Tötung geistig Behinderter –, ob tatsächlich die Evaluation eines fehlenden Lebensinteresses methodisch ohne Weiteres gelingt. Stattdessen verpflichtet die epistemische Lücke zwischen Eigen- und Fremdbeurteilung zu einer Entscheidung zugunsten des Lebens und gegen seine gezielte Vernichtung. Jedoch auch für die Fälle, in denen die kognitiven Funktionen nicht eingeschränkt erscheinen, gibt es durchaus kritische Anmerkungen für eine freiwillige Lebensverkürzung unter Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe. Gerade die sozialen Implikationen einer überalternden, demographisch sich wandelnden Gesellschaft mit Ressourcenknappheit und Allokationskonflikten bauen für den Einzelnen Druck auf. Wer im hohen Lebensalter sozial depriviert ist oder seinen Angehörigen weder finanziell noch pflegerisch zur Last fallen möchte, könnte sich eher für einen assistierten Suizid entscheiden, als er dies unter gegenläufigen Umständen täte. Von echter Freiwilligkeit könnte in diesem Entscheidungsmodus keine Rede mehr sein. Wer dennoch fest an die Einsichtsfähigkeit eines Patienten glaubt, muss daher diese grundsätzlichen Einwände als potentielle Korrektive gemeinsamer Entscheidungen akzeptieren. Und auch hier greift das bereits oben angeführte Argument, dass sich ärztliche Verantwortung nicht in blindem Vertrauen auf Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit an den Patienten delegieren ließe.<sup>33</sup> Gerade die Unsicherheit, mit der solche

---

30 Diese Haltung findet sich in Kants kategorischem Imperativ. Vgl. Kant 1974, S. 61.

31 Dies ist hier sehr polarisierend formuliert; für eine differenziertere Analyse insbesondere der häufig gegenüber dem klassischen Utilitarismus erhobenen Einwände vgl. Birnbacher 2000, S. 178 ff.

32 Vgl. Singer, P. 1984, S. 230 ff.

33 Sofern dieser adäquat aufgeklärt wäre. Dabei lässt sich gegenüber einer überwiegend im 19. Jahrhundert angesiedelten *Verschweigepraxis* gegenüber Sterbenden eine Entwicklung hin zu umfassender Aufklärung erkennen. Vgl. Feldmann 2004, S. 104.

Übereinkünfte vor dem Hintergrund komplexer Hierarchien von Gründen erfolgen, sollte die Sicherheit der Akzeptanz regelhaft in Frage stellen.<sup>34</sup>

Ein ähnliches Problem ergibt sich, wenn der Blick eine streng teleologische Perspektive<sup>35</sup> einnimmt. Ein gerne angeführtes Argument von Befürwortern aktiver Sterbehilfe richtet sich diesbezüglich auf die Nivellierung des möglichen Unterschiedes zwischen aktiver und passiver Variante: Wenn das entscheidende Ergebnis sowohl der aktiven Tötung wie des Sterbenlassens der Tod ist, dann macht eine begriffliche und inhaltliche Differenzierung zwischen beiden Varianten per se keinen Sinn.<sup>36</sup> Ganz im Sinne teleologischer Mentalität ist hier also der Prozess von untergeordnetem Interesse gegenüber seinem Ausgang, der jedoch von Anfang an intentionale Bedeutsamkeit beansprucht. Um einer Eskalation in der Wahl möglicher Methoden Vorschub zu leisten, bliebe dennoch eine Beschränkung auf die Anwendung „humaner Mittel“<sup>37</sup> bei der vorzeitigen Herbeiführung des Todes geboten. Allerdings wäre jenseits der Vermeidung von Qualen der eigentliche Tötungsprozess selbst frei von moralischer Bewertung und lediglich die qualitative Struktur seines Zielpunktes Gegenstand eines ethischen Diskurses über mögliche Zulässigkeit oder Ablehnung.<sup>38</sup>

Eine solche Haltung erscheint zum einen in Hinblick auf den hier behandelten Gegenstand problematisch, zum anderen für ihr eigenes Referenzsystem inkonsequent: Das eigentliche Prozessergebnis, nämlich der Tod, stellt den Endpunkt einer Entwicklung dar, der durch das Fehlen jeglichen Bewusstseins kein Verbesserungsempfinden für den Betroffenen gestattet. Zudem missachtet sie die Empfindungsqualitäten des Kranken in der Sterbephase: die mögliche Wahl der Mittel zur Herbeiführung eines vorzeitigen Endes spielen im Ausgang des Ergebnisses nur eine untergeordnete Rolle. Im Falle aktiver Sterbehilfe beschränkte sich demnach eine teleologische Orientierung auf die Beobachterperspektive.

---

34 Dies beleuchtet insbesondere den Umstand, dass sich solche Entscheidungsfindungen vor dem Hintergrund lebensbedrohlicher oder anderer Ausnahmesituationen abspielen und damit ein hohes Potential von Emotionalität oder psychischer Irritation aufweisen.

35 Es ist diesbezüglich anzumerken, dass in Abgrenzung zu deontologischen Ethiken auch utilitaristische Varianten zu den teleologischen Formen zählen.

36 In diesem Sinne argumentiert Singer. Vgl. Singer 1984, S. 207.

37 Dies kann allerdings einer erheblichen Variabilität innerhalb des jeweiligen Interpretationsraumes unterliegen.

38 Ähnlich äußern sich auch Siep und Quante (Siep/Quante 2000).

## 6. MÖGLICHE LÖSUNGEN

Die Authentizität des Sterbewunsches ist von einer Vielzahl emotionaler wie auch sozialer Faktoren<sup>39</sup> abhängig und erweist sich nicht selten über die Zeit als inkonstant. Wie bereits oben angedeutet existieren zudem keine verlässlichen Kriterien, die diesem Umstand Rechnung trügen und eine eindeutige Differenzierung im Einzelfall gestatteten.

Die bereits angesprochene teleologische Perspektive bewertet lediglich die Handlungsziele als moralisch gut oder böse. Aus dieser Sicht macht es, wie schon erwähnt, wenig Sinn, den Unterschied zwischen aktiver Hilfe zum Sterben oder einer Unterlassung möglicher lebensrettender Maßnahmen aufrechtzuerhalten. Da das Ergebnis in beiden Fällen dasselbe ist, bezieht sich auch eine ethische Verantwortung nur darauf. Dies erscheint in höchstem Maße kontraintuitiv, da es für die meisten Ärzte durchaus einen klaren Unterschied macht, selbst Hand anzulegen oder passiv zu bleiben.<sup>40</sup>

Und tatsächlich bleibt die Dimension der Verantwortlichkeit für beide Handlungsalternativen gleich, solange deren Intention identisch ist. Diese Intention ist daher das einzige Kriterium für die moralische Bewertungsebene: Denn auch derjenige Arzt, der einen Verzicht auf bestimmte Aktivitäten willentlich in seinen Handlungen umsetzt, trägt die gleiche Verantwortung für seine Entscheidung wie sein aktiv vorgehender Konterpart, solange die Inkaufnahme des vorzeitigen Todes Teil eines bewussten Abwägungsprozesses ist.<sup>41</sup>

Ein oftmals verwendetes Argument, durch passives Verhalten der Natur ihren Lauf zu gestatten, ist in sich inkonsistent, da es scheinbar die Verantwortung an eine vernunftbegabte Einheit zu delegieren sucht, die lediglich auf einer mythischen Ebene existiert.<sup>42</sup>

---

39 Mögliche emotionale Faktoren, die den Entscheidungshorizont beeinflussen können, sind unter anderem in der Patientenführung, der Art der Aufklärung über ungünstige Prognosen sowie der Begleitung des sich anschließenden Verarbeitungsprozesses zu suchen. Gerade bei der Mitteilung einer Krankheit mit tödlichem Ausgang durchläuft ein Großteil der Patienten mehr oder minder konstant eine Phasenabfolge psychischer Zustände, die Kübler-Ross in fünf immer wiederkehrende Abschnitte eingeteilt hat: 1. Nichtwahrhabenwollen und Isolierung; 2. Zorn; 3. Verhandeln; 4. Depression; 5. Zustimmung (Kübler-Ross 2001). Insbesondere innerhalb der vierten Phase durchlebt der Kranke eine Perspektivlosigkeit, die den Sterbewunsch übermächtig erscheinen und Zweifel an dessen Authentizität aufkommen lässt. Daneben lassen sich auch soziale Umstände für diesen Effekt identifizieren, die ihren Ursprung in der demographischen Entwicklung haben und auch zunehmend eine gesellschaftliche Rolle spielen. Insbesondere die soziale Isolation des alten Menschen und seine mitunter zusätzliche krankheitsbedingte Stigmatisierung lassen in Einzelfällen den Wunsch nach einem vorzeitigen Tode aufkommen, um niemandem mehr zur Last zu fallen.

40 Gründe hierfür bestehen in dem unmittelbar kausalen Zusammenhang, auf den Bobbert hinweist (Bobbert 2003, S. 315).

41 Allerdings gestattet die Bewertung aus der Fremdperspektive nicht unbedingt eine objektiv sichere Unterscheidung zwischen den einzelnen Intentionen. Auch hier gilt die Internalisierung verbindlicher ethischer Normen als Voraussetzung für eine Handlungsbeurteilung, deren motivationale Grundstruktur idealerweise unter allen Mitgliedern einer Kulturgemeinschaft identisch sein sollte.

42 Man muss jedoch nicht soweit gehen, Ärzten einen Psychismus zu unterstellen, der sich auch tatsächlich mit dem sonstigen wissenschaftlich geprägten Welt- und Berufsbild nicht zur Deckung bringen ließe. Schon eher spricht aus einer solchen Argumentation das Eingeständnis hermeneutischer Erkenntnisbegrenztheit und bisweilen auch ein Stück Resignation.

Es scheint daher von untergeordneter Bedeutung zu sein, wie der Sterbevorgang auf der Ebene operativer Umsetzung eine Beschleunigung erfährt; worin liegt dann allerdings der Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen? Eine mögliche Antwort dürfte wie bereits erwähnt in der Intention begründet sein, mit der sich ein Arzt einer bestimmten therapeutischen Maßnahme bedient oder auf sie verzichtet. Es ist eben dieser Vorsatz, der klar auf das Handlungsergebnis abzielt und die Bewertung der möglichen Mittel unter das primäre Zielinteresse stellt. Von dieser Perspektive aus ist es dann tatsächlich belanglos, welchen Grad an Aktivität das vermeintliche Tun des Arztes aufweist. Entscheidend ist, dass er den Rahmen legaler und moralischer Akzeptanz wahrt und sich des Einverständnisses seines ihm anvertrauten Patienten versichert.

Dennoch heiligt auch hier der Zweck nicht die Mittel. Wer die Vielfalt palliativer Möglichkeiten außer Acht lässt, um sich ganz dem Patienteninteresse nach einem vorzeitigen Lebensende zu verpflichten, verletzt seine beratende Funktion gleichermaßen, wie er sich moralisch den Vorwurf gefallen lassen muss, seine beruflichen Fähigkeiten nicht in einem ausreichenden Maße anzuwenden. In der ärztlichen Intention kann also per se kein primäres Tötungsinteresse zu suchen sein, denn dies widerspräche allen berufsethischen Grundsätzen. Dagegen könnte Mitleid in Verbindung mit einer unreflektierten Anerkennung personaler Autonomie ein mögliches Motiv darstellen. Allerdings setzt das „Mitleiden“ die Person des Leidenden voraus, ein Umstand, dem ein vorzeitig herbeigeführtes Lebensende nicht Rechnung zu tragen vermag. Stattdessen würde eine authentisch gelebte Empathie nicht von vornherein auf die Vernichtung des Kranken abzielen, sondern die Umstände seiner personalen Würde zu berücksichtigen wissen. Es erscheint nicht wesentlich, ob sondern wie diese letzte Lebensphase ihre jeweilige Gestaltung erfährt und mitmenschliche Anteilnahme gewährleistet.

Aufgabe des Arztes muss hier aus standesethischen Überlegungen wie auch moralischer Selbstverpflichtung die Sterbebegleitung sein, die neben einer menschenwürdigen Unterbringung auch Pflege und schmerzlindernde Therapie beinhaltet. Nur so vermag er die personale Autonomie und Würde des Sterbenden zu wahren, indem er diesem in seiner leiblichen Existenz als phänomenales Gegenüber begegnet und gemäß dessen Bedürfnissen handelt.<sup>43</sup> Unter diesen Umständen entbehrt ärztliche Sterbebegleitung des oft erhobenen Vorwurfs, physisches Leiden sinnlos zu verlängern oder den bisweilen vom Patienten formulierten Wunsch nach Hilfe zum Sterben zu missachten. Entscheidend ist, dass sich die Adäquation der zum Einsatz kommenden Mittel in den Rahmen des Patienteninteresses und seines sozialen Umfeldes einfügt.

Aus dieser Haltung heraus ist die Inkaufnahme eines vorzeitigen Todes als Nebeneffekt einer suffizienten Schmerztherapie gerechtfertigt, weil sie die Existenz des Behandelten nicht vorsätzlich per se bedroht. Gerade dieses sich in physisch erfahrbarer Leiblichkeit manifestierende Sein mit all seiner Versehrtheit ist und bleibt das Ziel medizinischer Bemühungen. Seine intentional befürwortete Vernichtung missachtet dagegen jenen Aspekt von Fürsorge, der sich in einer vollzogenen Tötung pervertiert.

---

43 „Menschenwürdig sterben kann nicht heißen, getötet werden. Die Würde eines Sterbenden achten heißt, sein *Sterben* achten. *Würdig* besagt: teilhaftig eines Sterbebestandes. *Menschenunwürdig* stirbt nicht, wem die verlangte Tötung, sondern wem der Sterbebestand in der Vielfalt seiner palliativ-medizinischen und mitmenschlichen Möglichkeiten verweigert wird. Lebensschutz ist in sich *Sterbeschutz*, wen anders das Sterben eine Phase des Lebens ist.“ Pöltner 2002, S. 271 (Hervorhebungen im Original).

In der Regel richtet sich die Angst des Patienten im Umfeld der Sterbephase auf das Erdulden von Schmerzen oder Atemnot, deren mangelhafte Bekämpfung nicht selten die primäre Motivation für eine assistierte Tötung darstellt. Erst die Unterbindung dieser Symptome schafft die eigentliche Voraussetzung, das Sterben als Teil des eigenen biographischen Lebensweges akzeptieren zu können. Hier ergibt sich letztlich der kommunikative Raum, Abschied zu nehmen oder bestimmte Angelegenheiten zu regeln. Und auch die bisweilen als quälend empfundene Bewusstheit des eigenen Hinscheidens kann zum Gegenstand modifizierender Intervention im Sinn einer therapeutischen Analgosedierung werden. Der Unterschied zu jeder Form aktiver Sterbehilfe liegt eben lediglich in der Tatsache begründet, dass alle diese genannten Maßnahmen zunächst auf den Menschen als Person abzielen und ihn auch jenseits seiner krankheitsbedingten Einschränkungen als sozial vollwertiges Mitglied der Gesellschaft akzeptieren. Da diese Mitgliedschaft in der Regel auf einer Kooptation personaler Integrität fußt, ist die leiblich-phänomenale Existenz deren Grundvoraussetzung. Ein Arzt, der sich in palliativer Hinsicht eines sterbenden Patienten annimmt, erfüllt damit gleichermaßen seine sich selbst auferlegte Aufgabe aus einem Geist der Fürsorge und Respekts vor dem ihm anvertrauten Menschen.<sup>44</sup> Derjenige allerdings, der im scheinbaren Patienteninteresse tötet, verliert langfristig den Bezug für diese Wertschätzung, da er deren phänomenale Ausdrucksmöglichkeiten unreflektiert verkürzt und damit zunehmend die kriterialen Voraussetzungen für seine Entscheidungen relativiert.<sup>45</sup>

Nur in der diskursiven Auseinandersetzung mit dem Sterbenden durch Gespräche, Hilfeleistungen und Reflexion lässt sich der eigentliche Prozess als Lebensakt für beide Beteiligten annehmen.<sup>46</sup> Die Konfrontation mit Sterben und Tod erlaubt jenseits des *memento mori* für den Arzt eine kritische Würdigung seiner Bemühungen im Einzelfall und eine operationale Verbesserungsmöglichkeit seiner therapeutischen Ziele. Sie gestaltet darüber hinaus eine intime Beziehung, die ihre Objektivität einzig aus der reflektorischen Betrachtung der eigenen Vergänglichkeit, wie sie sich im Sterben des Patienten offenbart, erlangen kann. Daher bleibt die Intention des Arztes der einzige Vergleichspunkt seiner moralischen Integrität, die auch ein juristisches Regelwerk nicht zu ersetzen vermag. Mögliche Behandlungsfehler, die scheinbar das Gegenteil des Bezweckten bewirken, erwachsen daher im günstigsten Falle aus einer Fehleinschätzung der Situation oder einer mangelnden Erfahrung in solchen Grenzbereichen. Im schlechtesten Falle sind sie Ausdruck fahrlässigen Desinteresses oder mangelnder Sorgfalt. Ihre Vermeidung kann nicht dauerhaft gelingen, da sie Ausdruck und Attribut einer genuin fehlbaren Natur sind; sie taugen jedoch in keinem Falle als Argument für eine Befürwortung des assistierten Suizids, der für die dann mangelnde Möglichkeit therapeutischer Fehler den zu hohen Preis einer Existenzvernichtung desjenigen zahlt, der zum putativen Opfer solcher Fehlbehandlungen werden könnte.

---

44 Eine in diesem Sinne gelebte sittliche Einstellung bewahrt den Arzt vor einer paternalistischen Umdeutung seiner Rolle gegenüber dem Patienten. Aus dem Krankheitsverlauf eines moribunden Patienten lässt sich diese jedenfalls nicht ohne Weiteres ableiten.

45 Vgl. hierzu auch Jonas 1987, S. 254 ff.

46 Das bedeutet konkret, dass sich die Beziehung zwischen Sterbendem und Arzt wechselseitig gestaltet, also auch durchaus das anthropologische Grundverständnis zu verändern vermag.

## 6. ZUSAMMENFASSUNG

Pflicht des Arztes ist es, einen sterbenden Patienten zu begleiten. Seine therapeutischen Möglichkeiten beinhalten neben einer suffizienten Analgesie vor allem die Sicherstellung pflegerischer Zuwendung, menschenwürdiger Unterbringung, die Befriedigung körperlicher Bedürfnisse wie Hunger und Durst und die Linderung resp. Bekämpfung von körperlich belastenden Symptomen, die den Prozess der Agonie begleiten. Eine so verstandene Hilfe beim Sterben entspricht der ärztlichen Standesethik und gründet ihren verpflichtenden Charakter auf die schriftlich niedergelegten Leitlinien der Bundesärztekammer. Mit ihr soll der Respekt vor der Würde und personalen Autonomie des Kranken in einem sittlich vertretbaren Maßstab seine operationale Anwendung finden und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient begründen. Die Palliativmedizin erlaubt dies durch gezielten Einsatz bestimmter therapeutischer Optionen und – im Falle der Analgosedierung – auch durch die Akzeptanz des vorzeitigen Todes eines Sterbenden als Folge dieser Behandlungsmaßnahmen. Dabei richtet sich jedoch die primäre ärztliche Intention auf die Linderung der krankheitsassoziierten Symptome und nicht auf das Ziel eines möglichst raschen Sterbens.

Eine gezielte Hilfe zum Sterben hat aus historischen Gründen erst in jüngerer Zeit Stoff für eine gesellschaftliche Debatte geliefert, die sich vor dem Hintergrund einer liberalen Gesetzgebung in benachbarten europäischen Ländern nun auch in Deutschland auftut. Befürworter der Möglichkeit eines ärztlich assistierten Suizids oder einer Tötung auf Verlangen verweisen in ihrer Argumentationsstruktur auf jene Patientenautonomie, die den Wunsch nach einem selbstbestimmten Sterben im Falle einer infaust verlaufenden Erkrankung einschließt und dafür Respekt fordert. Gegner verweisen hingegen auf die Gefahren, die eine Relativierung des Tötungsverbotes zeitigten und das Individuum innerhalb sozialer Verbände der möglichen Willkür interessengeleiteten Missbrauchs preisgäben. Dabei scheint eine begriffliche Unschärfe zwischen den Termini „aktive“ und „passive“ Sterbehilfe die Debatte zusätzlich zu polarisieren.

Aus den unterschiedlichen Perspektiven einer ethischen Bewertungsstrategie vermag eine Entlastung von Verantwortung in keinem der beiden Fälle gelingen. Eine mögliche Lösung ließe sich dagegen im Verweis auf die Intention verorten, mit der ein Arzt den Sterbeprozess seines Patienten begleitet und welche letztendlich die moralische Richtschnur seines Handelns repräsentiert. Allerdings ist die Ausnutzung aller gebotenen palliativen Möglichkeiten, die den Sterbeprozess erleichtern, ein Gebot medizinischer Fürsorge, das den Entscheidungsspielraum diesbezüglich nicht einengt, sondern erweitert.

## LITERATUR

1. AWMF-Leitlinien; Anästhesie und Intensivmedizin, 40 Jg., Nr. 2/99
2. Beauchamp, Tom L. und Childress, James F.: Principles of Biomedical Ethics, 5<sup>th</sup> Edition; New-York 2001
3. Birnbacher, Dieter: Bioethik zwischen Natur und Interesse; Frankfurt a. M. 2006

4. Bobbert, Monika: Sterbehilfe als medizinisch assistierte Tötung auf Verlangen: Argumente gegen eine rechtliche Zulassung; in: Düwell, Markus und Steigleder, Klaus (Hrsg.): Bioethik; Frankfurt a. M. 2003
5. Fangerau, H. und Noack, T.: Rassenhygiene in Deutschland und Medizin im Nationalsozialismus; in: Schulz, S.; Steigleder, K.; Fangerau H.; Paul, N. W. (Hrsg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin; Frankfurt a. M. 2006
6. Faulstich, H.: Die Zahl der „Euthanasie“-Opfer; in: Frewer, a. und Eickhoff, C. (Hrsg.): „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte – Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik; Frankfurt a. M./New-York 2000
7. Feldmann, Klaus: Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick; Wiesbaden 2004
8. Frewer, Andreas: Geschichte und Ethik der Euthanasie: Der „gute Tod“ und die Aufgabe der Medizin; in: Brandenburgisches Ärzteblatt 12/2001, 11. Jahrgang, S. 375-378.
9. Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung; Deutsches Ärzteblatt, Heft 19; 2004
10. Jonas, Hans: Technik, Medizin und Ethik. Praxis des Prinzips Verantwortung; Frankfurt a. M. 1987
11. Kant, Immanuel: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten; Frankfurt a. M. 1974
12. Klee, E.: „Euthanasie im NS-Staat – Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“; Frankfurt a. M. 1983
13. Klee, E. (Hrsg.): Dokumente zur „Euthanasie“; Frankfurt a. M. 1985
14. Klee, E.: Was sie taten – Was sie wurden – Ärzte, Juristen und andere Beteiligte am Kranken- und Judenmord; Frankfurt a. M. 1986
15. Kübler-Ross, Elisabeth: Interviews mit Sterbenden; München 2001
16. Pöltner, Günther: Grundkurs Medizinethik; Wien 2002
17. Pellegrino, Edmund D. und Thomasma, David C.: The Virtues in Medical Practice; New-York/Oxford 1993
18. Schell, W. (Hrsg.): Sterbebegleitung und Sterbehilfe. Gesetze, Rechtsprechung, Deklarationen, Richtlinien, Stellungnahmen; Hannover 2002
19. Siep, Ludwig und Quante, Michael: Ist die Herbeiführung des Todes im Bereich des medizinischen Handelns philosophisch zu rechtfertigen?; in: Holderegger, A. (Hrsg.): Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht; Freiburg 2000
20. Singer, Peter: Praktische Ethik; Stuttgart 1994
21. Student, J.-C.: Bedingungen für ein menschenwürdiges Sterben – Die zehn Grundprinzipien der Hospiz-Bewegung; Mensch-Medizin-Gesellschaft 12, 1987
22. Sturma, D.: Philosophie der Person. Die Selbstverhältnisse von Subjektivität und Moralität; Paderborn 1997
23. Sturma, D. (Hrsg.): Person; Paderborn 2001
24. Vollmann, J.: Ärztliche Lebensbeendigung und Patientenselbstbestimmung. Eine medizinethische Stellungnahme; Dt. med. Wschr. 123, 1998; S. 93-96
25. Wieland, Wolfgang: Strukturtypen ärztlichen Handelns; in: Sass, Hans-Martin (Hrsg.): Medizin und Ethik; Stuttgart 1999
26. Wolff, Hanns P.: Arzt und Patient; in: Sass, Hans-Martin (Hrsg.): Medizin und Ethik; Stuttgart 1999

PRATNJA U SMRTI ILI POMOĆ U SMRTI KAO MEDICINSKE DUŽNOSTI?  
ETIČKI PROBLEMI VEZANI ZA ZAVRŠETAK ŽIVOTA

**Sažetak:** Medicinske discipline hematologija i onkologija, kao delovi interne medicine, podrazumevaju palijativne mere zbrinjavanja kritično bolesnih i ponekad umirućih pacijenata. To često uključuje donošenje odluka u vezi sa samim okončavanjem života, što otvara brojna etička pitanja i sukobe, koji u sve većoj meri postaju predmetom javne rasprave. Otuda palijativne mere zbrinjavanja umirućih pacijenata i različiti modaliteti pomoći u smrti izazivaju sveopštu pažnju. Pored toga, uvećanje stepena samoodlučivanja pacijenata promenilo je tipične odnose između lekara i pacijenta i tradicionalnu paternalističku interakciju. Opravdanje aktivne pomoći u smrti umirućih pacijenata ne proizvodi samo pravne nedoumice, već i čitav niz pitanja vezanih za pacijentovo samoodređenje, s jedne strane, i odgovornu medicinsku negu, s druge strane. Poziv na legalizaciju pomoći u smrti u slučaju pacijenata koji eksplicitno biraju skraćivanje nepodnošljivog procesa umiranja suprotstavljeno je društvenoj zabrinutosti nad relativizacijom kulturno nasledene zabrane hotimičnog ubistva. Protivnici i zastupnici ovog koncepta međusobno raspravljaju o tome kako interpretirati pojmove poput personalnosti, autonomije i dostojanstva. U tom kontekstu, socijalno-kulturne, kao i individualne percepcije tradiranih vrednosti, u smislu antropološke interpretacije, igraju veoma značajnu ulogu. Ostaje da se dokaže da je medicinska nega, koja je orijentisana prema potrebama pacijenata, sposobna da očuva dostojanstvo i samoodređenje pojedinačnog pacijenta, čak i u uslovima narastajuće institucionalizacije procesa umiranja, kao posledice demografskih promena. U tim okolnostima, zahtev za preuranjenim prekidom života na dobrovoljnoj ili nedobrovoljnoj bazi, putem medicinske intervencije, izgleda gotovo izlišno. Takva argumentacija trebalo bi da se odupre izrazima zabrinutosti konsekvencijalističke i utilitarističke etike, ukoliko se poverenje između lekara i pacijenta pokaže kao odnos između moralno vođenih osoba koji prevazilazi okvire formalnih ugovora. Medicinska etika zasnovana na normativnom razmišljanju i deontološka perspektiva jesu suštinski preduslovi za postizanje ovih ciljeva.

**Ključne reči:** pomoć u smrti, aktivna pomoć u smrti, odnos između lekara i pacijenta, lična autonomija, lično dostojanstvo, medicinska etika