

# Ethische Herausforderungen in der neueren Medizin

**„Töten oder Sterbenlassen?“**

Seminararbeit in Moraltheologie  
an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar

vorgelegt von  
**Arno Hernadi**  
**Höhrer Str. 88**  
**56179 Vallendar**

Dozent: Prof. Heribert Niederschlag  
Vallendar, 09.07.2006

# Inhaltsverzeichnis

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Einleitung .....</b>                                    | <b>2</b>  |
| 1.1 Die Situation.....  | 2         |
| 1.2 Ziel der Arbeit .....                                     | 3         |
| <b>2. Begriffsklärungen .....</b>                             | <b>3</b>  |
| 2.1 Aktive und direkte Sterbehilfe .....                      | 3         |
| 2.2 Indirekte Sterbehilfe.....                                | 3         |
| 2.3 Passive Sterbehilfe .....                                 | 4         |
| 2.4 Beihilfe zum Suizid.....                                  | 4         |
| 2.5 Sterbebegleitung.....                                     | 5         |
| <b>3. Die Situation in den Nachbarländern .....</b>           | <b>5</b>  |
| 3.1 Niederlande .....   | 5         |
| 3.2 Belgien .....   | 6         |
| 3.3 Schweiz .....   | 6         |
| 3.4 Nordeuropäische Länder .....                              | 7         |
| <b>4. Organisationen in Deutschland .....</b>                 | <b>7</b>  |
| 4.1 DIGNITAS .....  | 7         |
| 4.2 Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben .....           | 7         |
| 4.3 Hospiz-Bewegung .....                                     | 8         |
| 4.4 Das christliche Verständnis.....                          | 8         |
| <b>5. Diskussion.....</b>                                     | <b>9</b>  |
| 5.1 Passive Sterbehilfe .....                                 | 9         |
| 5.2 Indirekte Sterbehilfe.....                                | 10        |
| 5.3 Aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid .....          | 10        |
| 5.3.1 Nur ein gradueller Unterschied?.....                    | 11        |
| 5.3.2 Die Frage der Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit ..... | 11        |
| 5.3.3 Mangelnde Palliativmedizin und Betreuung .....          | 12        |
| 5.3.4 Das Vertrauensverhältnis Arzt-Patient .....             | 13        |
| 5.3.5 Das Dambruchargument .....                              | 13        |
| <b>6. Resümee .....</b>                                       | <b>14</b> |
| <b>7. Literatur .....</b>                                     | <b>16</b> |

# 1. Einleitung

## 1.1 Die Situation

In den letzten Jahrzehnten hat die Medizin beträchtliche Fortschritte gemacht. Viele Jahrhunderte lang stand der Arzt relativ ohnmächtig vielen Krankheiten gegenüber und eine seiner wichtigsten Aufgaben war es dann, die Patienten zu trösten. Mit dem Fortschritt der Anästhesie und der Chirurgie änderte sich langsam die Situation. Es wurde eine immer bessere Diagnostik wie die Röntgen-Technik oder die Computertomographie entwickelt, die Entwicklung von Impfstoffen und Antibiotika schritt voran, vor allem aber die immer mächtigere Intensivmedizin gaben dem Mediziner ungeahnt neue Möglichkeiten. Heute ist man in der Lage schwerste Krankheiten und Verwundungen zu heilen, aber auch das Leben des schwerkranken und sterbenden Menschen für lange Zeit aufrecht zu erhalten.<sup>1</sup>

Mit dieser Zunahme der Möglichkeiten stellen sich neue Fragen. Bei den immer höher steigenden Kosten für die Medizintechnik muss die Entscheidung getroffen werden, wohin die begrenzten Finanzen fließen. Diese ökonomischen Entscheidungen bringen zwangsläufig auch ethische Fragen mit sich. Welche Medizin mit wie viel Geld unterstützt wird, hängt dann vom Menschenbild der Entscheider ab. Und heute und wahrscheinlich noch viel mehr in der Zukunft, wird die Frage, welche Therapie für welche Menschen bezahlt wird, eine Rolle spielen.

Aber noch vielmehr als die finanziellen Aspekte, beherrscht die Frage nach Sinn und Zweck der sogenannten „lebensverlängernden Maßnahmen“ die Diskussion. Zu den Zeiten, als die Mediziner nur sehr begrenzt Leben retten und verlängern konnten, war es selbstverständlich, dass alles medizinisch Mögliche ausprobiert wurde, um Leben zu retten. Selten wurde der Sinn der medizinischen Unternehmungen in Frage gestellt.<sup>2</sup>

Doch heute hat sich die Situation geändert. Es stellt sich sehr wohl die Frage, ob es dem Menschen bei schweren Erkrankungen und großen Schmerzen nicht gestattet sei, sich diesen durch einen schnellen Tod zu entziehen. Es geht, so argumentieren die Befürworter, um eine Sterbehilfe: Der Todeskampf wird abgekürzt, Todesqualen werden erleichtert, der Tod wird „sanft“ gemacht. Kann der Tod nicht vom leidenden Menschen eingelöst werden? Ist es dem unheilbar Kranken nicht vergönnt, dass sein Leiden verkürzt wird? Es wird ja auch von „Erlösung“ gesprochen, wenn das Not und Elend eines Kranken ein Ende

---

<sup>1</sup> Vgl. GORDIJN, Grenzen, 13.

<sup>2</sup> Vgl. GORDIJN, Grenzen, 19.

nimmt. Kann die Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens hier nicht doch verantwortlich verfügbar gemacht werden?

## 1.2 Ziel der Arbeit

Die skizzierten Fragen und Themen fordern die Moralthologie und die Ethik. Denn neben den wissenschaftlichen und technologischen Entwicklungen ist und wird es eben immer wichtiger diese sozialen, gesellschaftlichen und ethischen Faktoren der Medizin zu thematisieren. So versucht sich diese Arbeit der Frage „Töten oder Sterbenlassen?“, die sich im Zusammenhang mit der neueren Medizin als ethische Herausforderung am Ende des Lebens oder im Fall einer schweren Krankheit stellt, zu stellen.

## 2. Begriffsklärungen

In der Diskussion um die Frage des Sterbens wimmelt es von unterschiedlichen Begriffen: Euthanasie, aktive und passive Sterbehilfe, Sterbebegleitung, Beihilfe zum Suizid, Lebensbeendigung, usw. werden oft in verwirrender Form verwendet. Da die Begriffe oft unsachgemäß Verwendung finden, soll zuerst eine Definition der wichtigsten Begriffe für diese Arbeit durchgeführt werden. Gleichzeitig soll jeweils kurz erörtert werden, wie das Recht der Bundesrepublik Deutschland dazu steht.

### 2.1 Aktive und direkte Sterbehilfe

Aktive Sterbehilfe ist allgemein definiert als die gezielte Verkürzung des Lebens, um das Leid und den Schmerz zu lindern. Der Arzt oder auch andere befähigte Menschen greifen bei der aktiven Sterbehilfe absichtlich mit Maßnahmen ein, die zur Beschleunigung des Sterbens führen.<sup>3</sup> Dabei wird der Tod durch Tabletten, Spritzen, Infusionen, etc. herbeigeführt. Aktive Sterbehilfe wird auch direkte Sterbehilfe genannt. Sie ist in Deutschland verboten und wird unter Strafe auch dann verfolgt, wenn sie mit ausdrücklicher Zustimmung des Kranken durchgeführt wird.<sup>4</sup> Dieses juristische Verbot gilt selbst dann, wenn ein selbstbestimmungsfähiger Schwerkranker sich den Tod mit dem Ziel der Beseitigung von unerträglichen Schmerzen wünscht.<sup>5</sup>

### 2.2 Indirekte Sterbehilfe

Der Begriff der indirekten Sterbehilfe hingegen wird dann verwendet, wenn einem kranken Menschen ärztlich verordnete Medikamente gegeben werden, die der Bekämpfung des Schmerzes dienen und dabei der beschleunigte Eintritt des Todes nicht angezielt, aber in Kauf genommen wird. Die Schmerzmittel werden also – und dies ist der

---

<sup>3</sup> Vgl. VOLLMANN, Aspekte, 33.

<sup>4</sup> Vgl. DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ, Sterbebegleitung, 46.

<sup>5</sup> Vgl. VOLLMANN, Aspekte, 39.

entscheidende Aspekt - nicht zur zeitlichen Verkürzung des Lebens, sondern zum Mindern des Leids eingesetzt. Die ist rechtlich zulässig, da der Arzt nicht nur in der Pflicht steht, Leben zu erhalten, sondern auch Schmerzen zu lindern.<sup>6</sup>

### 2.3 Passive Sterbehilfe

Die passive Sterbehilfe wiederum kennzeichnet sich dadurch, dass auf lebensverlängernde Behandlungen bei einer unheilbaren Krankheit verzichtet wird. Sie setzt rechtlich das Einverständnis des Kranken voraus und ist juristisch zulässig.<sup>7</sup> So sieht die Bundesärztekammer diese Art der Sterbehilfe als möglich an, wenn „die Krankheit irreversibel oder die traumatische Schädigung infaust<sup>8</sup> verläuft und der Tod in kurzer Zeit eintreten wird“<sup>9</sup>.

Der Arzt verhält sich gegenüber dem biologischen Sterbeverlauf passiv. Dazu gehört, dass er mögliche Behandlungsmaßnahmen gegen die Grundkrankheit unterlässt, sie nicht fortsetzt oder abbricht. Er verhält sich aber nicht grundsätzlich passiv, sondern gibt dem Kranken Beistand, bzw. sollte dem Kranken durch palliative oder menschliche Bemühungen Beistand leisten.<sup>10</sup>

### 2.4 Beihilfe zum Suizid

In der Diskussion um „Töten oder Sterbenlassen“ spielt auch der Suizid und die Beihilfe dazu eine Rolle. Dabei ist der Suizid als eine bewusste und willentlich angestrebte Selbsttötung<sup>11</sup> durch eine bestimmte zielgerichtete Handlung gekennzeichnet. Als wichtiges Kriterium zur Beihilfe zum Suizid ist zu nennen, dass der Suizident bis zuletzt die freie Entscheidung über Leben und Tod behält. Er muss stets die Möglichkeit besitzen, Nein zu sagen und den geplanten Suizid jederzeit abbrechen können.<sup>12</sup> Dementsprechend ist es kein Suizid, wenn ein Kranker eine möglicherweise lebensrettende Handlung ablehnt und damit seiner Krankheit einen tödlichen Ausgang freien Lauf lässt.

In Deutschland ist der Suizid, seine Anstiftung oder Beihilfe nicht strafbar. Allerdings steht in Deutschland das Fremdtötungsverbot<sup>13</sup> in Spannung zur Straflosigkeit der

---

<sup>6</sup> Vgl. DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ, Sterbebegleitung, 45.

<sup>7</sup> Vgl. DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ, Sterbebegleitung, 45.

<sup>8</sup> Infaust (lat. ungünstig) wird verwendet, wenn die Vorhersage für den weiteren Krankheitsverlauf sehr ungünstig ist. Infauste Prognose bedeutet in der Regel, dass der momentane Zustand eines Patienten unheilbar ist und zum Tode führen wird.

<sup>9</sup> VOLLMANN, Aspekte, 42.

<sup>10</sup> Vgl. VOLLMANN, Aspekte, 32f.

<sup>11</sup> Der Suizid sollte nicht mit Selbstmord benannt werden. Mord wird über niedere Beweggründe definiert und dies sollte man meiner Meinung nach dem aus dem Leben scheidenden nicht unterstellen.

<sup>12</sup> Vgl. VOLLMANN, Aspekte, 48.

<sup>13</sup> Vgl. VOLLMANN, Aspekte, 41: Interessanterweise besteht nach überwiegender juristischer Auffassung auch keine Notwendigkeit, dass die aktive Tötung auf Verlangen zugelassen wird, da die erlaubte passive und indirekte Sterbehilfe nach Meinung der meisten Juristen in der Praxis weitgehend nicht ausgenutzt werden.

Selbsttötung. Entscheidend ist bei der straflosen Beihilfe zum Suizid, dass die Beihilfe nicht die Grenze zum „Töten auf Verlangen“ überschreitet, da diese strafbar ist.<sup>14</sup>

## 2.5 Sterbebegleitung

In Abgrenzung zum Begriff der Sterbehilfe, die sich als Begriff durchgesetzt hat, wenn es um die Erleichterung des Sterbens mit medizinischer Hilfe eines unheilbar kranken Menschen geht, wird Sterbebegleitung dann verwendet, wenn von mitmenschlicher oder seelsorgerischer Hilfe gesprochen wird.<sup>15</sup>

## 3. Die Situation in den Nachbarländern

In vielen Ländern ist wie in Deutschland die passive und indirekte Sterbehilfe erlaubt, die aktive Sterbehilfe dagegen gesetzlich verboten. Da in einigen zu Deutschland benachbarten Ländern relativ liberale Regelungen herrschen und diese in der Diskussion immer wieder eine Rolle spielen, soll deren Praxis hier skizziert werden.

### 3.1 Niederlande

In den Niederlanden wird seit den Siebzigerjahren zwar am Verbot der aktiven Sterbehilfe festgehalten, jedoch wird dem Arzt bei Einhaltung verschiedener Bedingungen quasi Straffreiheit zugesichert<sup>16</sup>:

- Der Patient muss im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte sein.
- Er muss wiederholt und freiwillig um Sterbehilfe gebeten haben.
- Er muss sich in einem Zustand unerträglichen Leidens befinden und an einer nicht therapierbaren Krankheit leiden.
- Der behandelnde Arzt muss einen zweiten Kollegen zur Konsultation hinzuziehen.
- Außerdem muss der Arzt sich selbst zur Selbstanzeige bringen.

Die Zahlen der aktiven Sterbehilfe ist in den Niederlanden in den vergangenen Jahren sprunghaft angestiegen: Inzwischen sterben nach Schätzungen des niederländischen Ärztesbundes mit ärztlicher Unterstützung etwa 20.000 Patienten jährlich.<sup>17</sup> Ein Problem der niederländischen System besteht dabei darin, dass die vorgeschriebene Selbstanzeige nur in etwa 60% der Fälle durchgeführt wird. Damit liegt es auf der Hand, dass eine wirksame Kontrolle nicht gegeben ist und so werden nach Birnbacher viele Kranke ohne ausdrückliches Verlangen getötet, was dementsprechend auch nicht den Behörden

---

<sup>14</sup> Vgl. VOLLMANN, Aspekte, 47.

<sup>15</sup> Vgl. DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ, Sterbebegleitung, 45.

<sup>16</sup> Vgl. SCHOCKENHOFF, Töten, 459.

<sup>17</sup> Vgl. Widdra, Überlegungen, 1.

gemeldet wird. Zu beachten ist, dass diese Regelung nur für niederländische Staatsbürger und nicht für Ausländer angewendet werden darf.<sup>18</sup>

### 3.2 Belgien

In Belgien gestaltet sich die Situation ähnlich wie in den Niederlanden. Die ärztliche Beihilfe zum Suizid als auch die aktive Sterbehilfe wird unter Beachtung von Auflagen nicht bestraft.<sup>19</sup> Die Möglichkeit, dass der Kranke legal um aktive Sterbehilfe bitten kann, gilt ebenfalls nicht für Ausländer, bezieht sich aber im Gegensatz zu den Niederlanden nicht nur auf körperlich Leidende, sondern auch für Menschen mit psychischen Krankheiten und bedarf keiner medizinisch ausweglosen Situation. So erlaubt das belgische Gesetz, dass auch bei Folgen eines Unfalles oder einer unheilbaren Krankheit aktive Sterbehilfe zum Einsatz kommen darf.<sup>20</sup>

### 3.3 Schweiz

In der Schweiz ist aktive Sterbehilfe verboten. Allerdings ist die Beihilfe zum Suizid straflos, sofern sie nicht aus „selbstsüchtigen Beweggründen“ erfolgt.<sup>21</sup> Organisationen wie EXIT oder DIGNITAS helfen den Sterbewilligen juristisch legal bei der Beschaffung tödlicher Dosen von NaP<sup>22</sup> über Ärzte. Allerdings stellt in der Schweiz der Arzt das Rezept nur aus, die weitere Hilfe zum Suizid wird hingegen von medizinischen Laien ausgeführt.<sup>23</sup> Seit dem Jahr 2006 gibt es eine neue Entwicklung: In der Universitätsklinik Lausanne dürfen die Sterbehilfeorganisationen tätig werden, wenn ein unheilbar nicht mehr transportfähiger Kranker, der im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte ist, dies wünscht.<sup>24</sup>

Die Voraussetzung für die legale „Beihilfe zum Suizid“ in der Schweiz ist, dass der sterbewillige Mensch, in freier Entscheidung den letzten Schritt seines Lebens selbst ausführen kann. Das kann beispielsweise das Trinken des in Wasser gelösten tödlichen NaP oder das Aufdrehen eines Infusionshahnes sein.<sup>25</sup> Dabei muss jeder Suizid nach Feststellung des Todes der Polizei bekannt gegeben werden, der von der Staatsanwaltschaft überprüft wird. Im Gegensatz zu den Niederlanden scheint es – was die Sterbehilfeorganisationen betrifft - keine Unregelmäßigkeiten zu geben: Jeder Fall wird gemeldet und ordentlich untersucht.

---

<sup>18</sup> Vgl. BIRNBACHER, Probleme, 2.

<sup>19</sup> Vgl. RIESER, Belgien; WIEDENMANN, Blick, 48.

<sup>20</sup> Vgl. FRIEDRICH, Belgien; FRIEDRICH, Sterbehilfegesetz, 3.

<sup>21</sup> Vgl. BLUM, Selbstbestimmung, 7.

<sup>22</sup> NaP ist die Abkürzung für Natrium-Pentobarbital: Nach dem Einnehmen von NaP verfällt der Mensch in einen komatösen Tiefschlaf und stirbt.

<sup>23</sup> Vgl. BIRNBACHER, Probleme, 2.

<sup>24</sup> Vgl. WIEDENMANN, Blick, 48.

<sup>25</sup> Vgl. BLUM, Selbstbestimmung, 16.

„Interessant“ ist diese Möglichkeit des Suizids auch für Ausländer, da diese Regelung und die „Hilfen“ auch für diese juristisch erlaubt sind und gegeben werden.

### 3.4 Nordeuropäische Länder

Im Bereich der nordeuropäischen Länder wird zunehmend die sog. „terminale Sedierung“ eingesetzt. Das heißt, der Arzt versetzt den Sterbenden mit Medikamenten in einen schlafenden oder koma-artigen Zustand. Anschließend bricht er alle medizinischen Behandlungen ab, bis der Tod eintritt.<sup>26</sup> Da dabei auch die künstliche Ernährung unterbunden wird, stirbt der Kranke über kurz oder lang im Schlaf.

## 4. Organisationen in Deutschland

Ebenso wie die Lage in den Nachbarländern, werden in der Diskussion um Sterbehilfe immer wieder verschiedene Organisationen erwähnt. Für die unterschiedlichen Richtungen sollen nachfolgend anhand von Dignitas, der Deutschen Gesellschaft für humanes Sterben, der Hospiz-Bewegung und dem christliche Verständnis verschiedene Standpunkte aufgezeigt werden.

### 4.1 DIGNITAS

Seit nicht all zu langer Zeit gibt es Dignitas Deutschland. Der deutsche Verein vertritt dieselben Interessen wie sein Mutterverein Dignitas in der Schweiz. Beide treten dafür ein, dass Menschen einen begleiteten, sicheren und schmerzfreien Suizid durch die Beschaffung von NaP oder anderen Mitteln, die den Tod schmerzlos herbeiführen, erhalten können. Da der Besitz von NaP in Deutschland wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz bisher strafbar ist und ein anderes gleich wirkendes Mittel nicht verfügbar ist, verweist Dignitas Deutschland die Sterbewilligen bisher in die Schweiz.<sup>27</sup>

### 4.2 Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben<sup>28</sup>

Die Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben (DGHS) setzt sich deutlicher als Dignitas für eine Verbesserung in der Schmerzbekämpfung und der Situation von Sterbenden ein. Sie spricht sich für sterbens- oder leidensverlängernde Maßnahmen bei Todkranken aus und befürwortet ein Sterben im Kreis der Familie. Allerdings stellt die DGHS im Gegensatz beispielsweise zur Hospiz-Bewegung den Willen des Sterbenden stärker in den Vordergrund. Aktive Sterbehilfe lehnt die DGHS zwar grundsätzlich ab, aber in seltenen Extremfällen, wenn ein ausdrücklicher Wunsch des Kranken besteht und der Leidenszustand mit der persönlichen Würde nicht vereinbar ist, wird sie dann doch

---

<sup>26</sup> Vgl. DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ, Sterbebegleitung, 6f.

<sup>27</sup> Vgl. Kapitel 3.3 Schweiz

<sup>28</sup> Vgl. HUMANES STERBEN.

befürwortet. Das heißt nun allerdings nicht, dass sie diese aktive Sterbehilfe durchführt, sondern die DGHS setzt sich für entsprechende gesetzliche Regelungen ein und schließt in der Durchführung aktive Sterbehilfe, selbst bei ausdrücklichem Wunsch zur Zeit absolut aus.

Nichtsdestotrotz ist die DSGH der Meinung, dass eine Tabuisierung von Sterbewünschen und des Sterbewillens dem Selbstbestimmungsrecht Betroffener widerspräche. Dieses Selbstbestimmungsrecht sei im Persönlichkeitsrecht als Grund- und Menschenrecht verankert und das Recht auf Leben würde keine Pflicht zu leben beinhalten.

#### 4.3 Hospiz-Bewegung

Im Gegensatz zu den zwei bisher genannten Organisationen lehnt die Hospiz-Bewegung jegliche aktive Sterbehilfe ab. Sie möchte vielmehr den Sterbenden auf seinem letzten Weg begleiten und setzt auf helfende Zuwendung. Neben der Ausschöpfung der Schmerztherapie, die das Bewusstsein nicht wesentlich einengen muss, steht für die Hospize die umfassende Pflege aller menschlicher Bedürfnisse im Vordergrund. In einem ganzheitlichen Ansatz versuchen sie die sozialen, körperlichen, psychischen und spirituellen Bedürfnisse der Sterbenden zu erfüllen.

#### 4.4 Das christliche Verständnis

Einen ähnlichen Ansatz wie die Hospiz-Bewegung verfolgen die christlichen Kirchen. Es geht darum den Menschen in seiner Ganzheit in seiner Würde Ernst zu nehmen. Der Ursprung dieses biblisch-christlichen Verständnisses, in dem jeder Mensch von Anfang bis zum Ende seines Lebens die Würde besitzt, ist in der Ebenbildlichkeit Gottes begründet und ist unabhängig von Vorleistungen und Kriterien. Die Würde ist jedem Menschen eigen, man muss sie sich nicht erwerben, genauso wenig kann sie verloren gehen oder gar abgesprochen werden. Den immer wiederkehrenden Versuchen, die Menschenwürde zu entkräften, indem beim schwerstpflegebedürftigen Menschen vom „Dahinvegetieren“ gesprochen und ihm nur noch „biologisches“ Leben zugesprochen wird, widersetzt sich das christliche Verständnis und stellt die Menschenwürde bis zum letzten Atemzug fest.<sup>29</sup>

Für das christliche Verständnis ist menschliches Leben unverfügbar und unantastbar, egal in welchem Stadium es sich befindet. Der Grund ist die Überzeugung, dass das Leben in jedem Augenblick bis zum Tod und darüber hinaus als gottgeschenktes Leben von Gott getragen ist und auf Gott verweist. Aus christlicher Sicht gibt es somit kein Recht auf Tötung, dafür einen Anspruch auf menschenwürdiges Sterben.<sup>30</sup>

---

<sup>29</sup> Vgl. DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ, Sterbebegleitung, 7f.

<sup>30</sup> Vgl. DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ, Sterbebegleitung, 30.

Die Glaubenskongregation sieht in der aktiven Sterbehilfe einen Mord. Dies wird begründet, dass dabei eine Handlung vollzogen wird, die von sich aus den Tod herbeiführt. Auch wenn die Tat geschieht, um dem Schmerz ein Ende zu machen, ist es ein schweres Vergehen gegen die Menschenwürde.<sup>31</sup> Es handelt sich hierbei nämlich nicht um eine Erleichterung des Sterbens, sondern vielmehr um die Tötung eines Menschen. Das Recht auf Leben, enthält für die Kirche nicht das Recht auf Tod, sondern das Recht auf ein menschenwürdiges Sterben.

## 5. Diskussion

Wie die Hilfe auf menschenwürdiges Sterben allgemein aussieht, darüber gibt es, wie dargestellt, in der Gesellschaft unterschiedliche Ansichten. Eine relativ große Mehrheit scheint sich für die passive und indirekte Sterbehilfe auszusprechen, wenn es der Wille des Kranken ist. Hingegen stößt die aktive Sterbehilfe eher auf Ablehnung, während die Beihilfe zum Suizid unterschiedlich kontrovers diskutiert wird. Einig ist man sich, dass jedem Menschen eine möglichst optimale Sterbebegleitung gewährt werden sollte, was jedoch aufgrund finanzieller und menschlicher Möglichkeit oft nur in gewissen Grenzen möglich ist.

### 5.1 Passive Sterbehilfe

Aus ethischer Perspektive lässt sich die passive Sterbehilfe begründen. Eine Therapie um jeden Preis wird nämlich von der Moral nicht verlangt. Ein medizinisches Verfahren kann eingestellt werden, da man dadurch nicht den Tod herbeiführen will, sondern nur hinnimmt, dass man ihn nicht verhindern kann. Die Ursache des Todes ist dann nämlich die Krankheit und nicht das Einstellen der medizinischen Versorgung. „In ethischer Hinsicht ist“, so beispielsweise der Freiburger Moraltheologe Schockenhoff, „die Einstellung der künstlichen Beatmung (...) nicht als Tötungshandlung, sondern als Beendigung einer lebenserhaltenden Maßnahme zu bewerten, die ihr therapeutisches Ziel nicht mehr erreichen kann“<sup>32</sup>. Schockenhoff spricht sogar davon, dass ein Therapieverzicht nicht nur erlaubt, sondern sogar geboten sein kann, „wenn die zu erwartende Lebensverlängerung in keinem vernünftigen Verhältnis zu den körperlichen und seelischen Belastungen mehr steht“<sup>33</sup>. Allerdings ist es nicht Sache des Arztes, dies alleine zu

---

<sup>31</sup> Vgl. WOLBERT, Überlegungen, 123.

<sup>32</sup> SCHOCKENHOFF, Töten, 462 .

<sup>33</sup> SCHOCKENHOFF, Töten, 461.

entscheiden, sondern er muss seinen Patienten über Risiken und Gefahren aufklären, damit dieser in der Lage ist, eigenverantwortlich zu entscheiden, was er auf sich nehmen will.<sup>34</sup>

So muss der Tod durch medizinische Mittel nicht künstlich hinausgezögert werden. Lehnt ein Patient eine Operation oder medizinische Mittel mit Hinweis auf ein menschenwürdiges Sterben ab, ist dies sittlich zu achten. Umgekehrt hat die Medizin und Pflege alles zu tun, um einen kranken Menschen in bestmöglicher Verfassung zu halten, wenn er sich nicht dagegen ausspricht.

Problematisch wird die passive Sterbehilfe dort, wo sich der Patient nicht mehr im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte äußern kann und wenn der mutmaßliche Wille von der Familie oder anderen Dritten festgestellt werden muss. Selbst wenn eine schriftliche Verfügung des Patienten vorliegt, ist es oft nicht eindeutig. Der Wunsch, den der Kranke zu früheren Zeiten festgelegt hat, muss dem Wunsch in der todesnahen Situation nicht unbedingt entsprechen.<sup>35</sup>

## 5.2 Indirekte Sterbehilfe

Die indirekte Sterbehilfe, die dann eintritt, wenn durch medikamentöse Behandlung zwar Leidensverminderung eintritt, damit aber eine Verkürzung des Lebens verbunden ist, lässt sich wie die passive Sterbehilfe ebenso ethisch rechtfertigen. Ist das Ziel des Handelns, das restliche Leben eines Sterbenden erträglicher zu gestalten, kann die Verkürzung des Lebens als Nebenwirkung in Kauf genommen werden. „Unter ethischen Gesichtspunkten wäre eine nachweisbare Lebensverkürzung entweder als Inkaufnahme einer nichtintendierten Nebenfolge, also mit Hilfe der Unterscheidung von direktem und indirektem Tun, oder durch einfache Güterabwägung zu rechtfertigen“<sup>36</sup>, argumentiert Schockenhoff. Deshalb ist die indirekte Sterbehilfe in der medizinethischen Debatte ein möglicher Weg zur Schmerzbehandlung für den Kranken.

## 5.3 Aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid

Das Recht auf Leben beinhaltet für die Befürworter der aktiven Sterbehilfe ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Sie wehren sich dagegen, bei schweren Erkrankungen gezwungen zu werden, dass sie weiterleben müssen. Die Forderungen gehen teilweise noch darüber hinaus, da das Recht auf Sterben auch für Menschen deklariert wird, die in einer ausweglosen Lebenssituation in einem Weiterleben keinen Sinn mehr sehen, selbst wenn ihre Krankheit nicht in absehbarer Zeit zum Tod führt. Allein der betroffene Mensch soll entscheiden können, wann er aus dem Leben scheiden möchte. Das Selbstbe-

---

<sup>34</sup> Vgl. SCHOCKENHOFF, Töten, 461.

<sup>35</sup> SCHOCKENHOFF, Töten, 466.

<sup>36</sup> SCHOCKENHOFF, Töten, 463f.

stimmungsrecht über sein Leben ist für die Befürworter der aktiven Sterbehilfe Ausdruck von Autonomie und Würde.<sup>37</sup>

Diesem Argument der Autonomie steht die Würde im christlichen Sinn, wie vorhin schon ausgeführt entgegen. Doch es gibt nicht nur Argumente, die sich aus der Religion ableiten. Darüber hinaus sprechen weitere wichtige Punkte gegen die aktive Sterbehilfe.

### 5.3.1 Nur ein gradueller Unterschied?

Eine Argumentation der Befürworter aktiver Sterbehilfe ist, dass zwischen der Verabreichung einer normalen und einer etwas größeren tödlichen Dosis Schmerzmittel nur ein gradueller Unterschied besteht. Dem ist entgegenzuhalten, dass das eine aktive Sterbehilfe nicht legitimieren kann: Während im Fall der normalen Dosis der Grund die Schmerzbekämpfung ist, zielt die tödliche Dosis direkt auf den Tod hin. Ursächlich für den Tod ist somit nicht die Krankheit, sondern die hohe Dosis Schmerzmittel.<sup>38</sup> Das Ziel ist somit ein anderes, ob ich den Schmerz bekämpfe oder den Tod herbeiführe. Dadurch ist es eben mehr als ein gradueller, sondern ein qualitativer Unterschied.

### 5.3.2 Die Frage der Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit

Überhaupt stellt sich die Frage, ob der Todeswunsch eines Kranken wirklich in erster Linie der Wunsch nach Tod ist oder ob damit nicht andere Defizite implizit aufgezeigt werden. Besonders beim Suizid stellt sich die Frage, ob der Gang in den Tod der tiefste Wunsch ist. All zu oft ist nämlich der Suizidversuch ein Hilferuf an die Umwelt und kein freier autonomer Wunsch nach dem Sterben.<sup>39</sup> Gefühle wie Alleinsein, Hilflosigkeit, Angst und Schmerzen sind oft verursachend für den Todeswunsch. Werden diese jedoch durch menschliche Zuwendung und Behandlung überwunden, ist der Wunsch nach Leben wieder da. Ein Ausbrechen aus der Isolation, menschliche Zuwendung und das Aufbauen von Beziehungen lässt den Wunsch nach Suizid oder Sterbehilfe in vielen Fällen verschwinden.

Ebenso ist zu berücksichtigen, dass ein Mensch in einzelnen Krankheits- und Sterbephasen unterschiedlichen Stimmungen unterliegt. Eine depressive Phase, in der ein Wunsch nach schnellem Sterben vorliegt, kann von einer Phase, der einen neuen Lebensschub auslöst, abgelöst werden.<sup>40</sup> Ein Mensch, der sich heute den Tod wünscht, kann sich dahingehend entwickeln, dass er zu einem späteren Zeitpunkt wieder ein wirkliches Gefallen am Leben

---

<sup>37</sup> Vgl. BLUM, Selbstbestimmung, 5.

<sup>38</sup> Vgl. DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ, Sterbebegleitung, 15f.

<sup>39</sup> Vgl. VOLLMANN, Diskussion, 48.

<sup>40</sup> Vgl. SCHOCKENHOFF, Töten, 467.

findet. Deshalb ist es in jedem Fall unverzichtbar, die Frage nach Ernst- und Dauerhaftigkeit zu stellen.

### 5.3.3 Mangelnde Palliativmedizin und Betreuung

Sterben auf Verlangen wird vor allem dort thematisiert, wo eine Schmerzlinderung nicht oder nicht in ausreichendem Maße geschieht. Oft reicht schon allein die Vorstellung, dass die zu erwartenden Schmerzen unerträglich sein werden. Deshalb stellt sich die Frage, ob anstelle einer aktiven Sterbehilfe durch palliative oder betreuende Maßnahmen dem Kranken nicht ein erträgliches Leben ermöglicht werden kann.

Eine mögliche Antwort findet sich in der Hospizarbeit, wo der kranke Mensch, Anerkennung und Hochschätzung seines Menschseins erfährt: Werden dort die Leiden eines Kranken durch schmerzstillende Mittel gelindert, erhält er eine gute Pflege und wird in einer vertrauensvollen Atmosphäre gepflegt, verschwindet oft der Gedanke nach einem schnellen Tod. Nicht selten steckt hinter dem Wunsch eines schnellen Todes, der Wunsch in seiner letzten Lebensphase nicht alleingelassen zu werden.<sup>41</sup>

Ehrlicherweise muss bei der Debatte um die Palliativmedizin die praktischen Mängel genannt werden: In Deutschland sterben jedes Jahr etwa 210.000 Menschen an Krebs. Die moderne Medizin hat es geschafft, bei etwa 90% der Krebskranken die Schmerzen weitgehend zu lindern. Das heißt aber im Umkehrschluss, dass dies bei etwa 10% noch nicht so ist. Also sterben mindestens 20.000 Bürger unter Schmerzen. Viele Menschen empfinden dies als entwürdigend und ziehen den schnellen Tod vor. Daneben leiden nicht nur die sterbenden Menschen unter Schmerzen, sondern laut der Deutschen Schmerzliga leiden in Deutschland insgesamt elf Millionen Menschen an nicht ausreichend therapierten Schmerzen.<sup>42</sup>

Des Weiteren dürfen Leid und Schmerzen nicht einfach identifiziert werden. Ein Schwerkranker leidet nicht nur unter den Schmerzen, sondern auch unter oft nicht linderbaren Übeln wie Atemnot oder Übelkeit, Gefühlen von Würdelosigkeit und dem Verlust von Autonomie. Probleme, die sich laut Birnbacher auch bei guter Betreuung im Moment nicht lösen lassen.<sup>43</sup> Allerdings stellt sich bei dieser Problematik die Frage, ob die Lösung die Sterbehilfe oder nicht viel besser eine intensiviertere Forschung in dieser Richtung ist.

---

<sup>41</sup> Vgl. SCHOCKENHOFF, Töten, 468.

<sup>42</sup> Vgl. Focus 9/1999.

<sup>43</sup> Vgl. BIRNBACHER, Probleme, 1.

### 5.3.4 Das Vertrauensverhältnis Arzt-Patient

Während praktisch jedermann ein Gerät im Sinne der passiven Sterbehilfe ausschalten kann, ist es nur wenigen Menschen möglich, in „humaner“ Weise einem Menschen zu töten. Besonders Ärzte sind dazu in der Lage, weshalb sie in hohem Maße mit dieser Problematik in Berührung kommen.

Sicherlich ist eine Grenze dadurch gesteckt, dass kein Arzt gegen sein Gewissen verpflichtet werden kann, einen Menschen zu töten. Doch selbst wenn ein Arzt die aktive Sterbehilfe verantworten könnte und sie juristisch erlaubt wäre, müssen darüber hinausgehende Gründe beachtet werden: Nach Auffassung des Deutschen Ärztetages würde, falls der Arzt die juristische und moralische Möglichkeit zur aktiven Sterbehilfe hätte, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zerstört.<sup>44</sup> Während der Patient sich heute darauf verlassen kann, dass sich der Arzt für die Gesundheit und die Lebenserhaltung einsetzt, würde dieses Vertrauen Schaden leiden. Es bestände die Gefahr, dass der Patient im Arzt eine potentielle Gefährdung für sein Leben sähe oder er nicht mehr offen über seine gesundheitlichen Probleme sprechen würde, was sich wiederum auf den angestrebten Heilungserfolg oder auch die seelische Verfassung des Patienten auswirken könnte und so dem Heilungsauftrag des Arztes widerspräche.

Diesem ist aus christlicher Sicht hinzuzufügen, dass das Leben - mit wenigen Ausnahmen wie die Rettung des Lebens anderer - unverfügbar ist und diese nicht gegebene Verfügbarkeit eben auch nicht an einen Arzt abgetreten werden kann.

### 5.3.5 Das Dambruchargument

Bei allem Für und Wider angesichts der Forderungen nach Ausnahmen von der allgemeinen Strafbarkeit der Fremdtötung und der aktiven Sterbehilfe, muss in besonderer Weise auf die Gefahr des sog. „Dambruchs“ hingewiesen werden. Das Recht auf Leben, wie es in der Bundesrepublik und im christlichen Verständnis gesehen wird, beinhaltet keinen Anspruch auf das Beenden des Lebens. Wird aber dieser Anspruch geltend gemacht und Ausnahmen vom Tötungsverbot zugelassen, kommt das gesamte Lebensrecht ins Wanken. Vor allem der Schutz des Lebens von Kranken, schwer Geschädigten und Sterbenden wird gefährdet: Auf Einzelne könnte dann direkt oder indirekt eingewirkt werden, damit sie ihre Tötung verlangen. Auf mittelbarem Weg würde somit die Selbstbestimmung Kranker durch eben diese uneingeschränkte Selbstbestimmung über das Leben ad absurdum geführt. Interessen Dritter hätten leichtes Spiel. So könnten diese beispielsweise mit Begründung der finanziellen Krise im Gesundheitssystem auf das Leben der Kranken und Sterbenden einzuwirken.

---

<sup>44</sup> Vgl. VOLLMANN, in: GORDIJN, Medizinethik, 42.

Die Situation des Patienten würde sich ändern. Ein hilfloser Kranker wäre noch hilfloser dem seelischen Druck ausgesetzt, denn seine Umgebung auf ihn ausübt, die ihn abgeschrieben hat und seine Bitte um Tötung erwartet. Er würde sich noch mehr fragen, ob er der Gesellschaft und Verwandten den Aufwand für seine Pflege noch zumuten kann. Leicht würde aus dem „Recht zu Sterben“ eine „Pflicht zum Sterben“, damit er anderen nicht zur Last fällt. Damit würde die Autonomie zum Sterben sich selbst wieder einschränken.<sup>45</sup>

Es bestünde ebenso die Gefahr, dass der Wunsch und die Ausführung nach aktiver Sterbehilfe leicht auf weniger Kranke, die noch geheilt werden könnten, übergeht und realisiert wird. Ein psychische Krankheit, eine tiefe Depression, ein gefühlsmäßiger Zustand der Hoffnungslosigkeit führt leicht zum Wunsch nach dem Tod, der nach der überwundenen Krankheit oder Krise verschwunden ist.<sup>46</sup>

## 6. Resümee

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die gesamte Diskussion innerhalb gewisser Grenzen abspielt. Zum Einen ist das Feld durch Selbstbestimmungsrecht des Patienten abgesteckt: Eine passive oder indirekte Sterbehilfe darf nicht gegen den Willen eines Kranken durchgeführt werden, bzw. es muss - falls ein Patient seinen Willen nicht äußern kann - sorgfältig sein mutmaßlicher Wille erwogen werden. Dabei kann allerdings ein Arzt nicht gegen sein Gewissen verpflichtet werden, den Tod eines Menschen durch Abschalten von medizinischen Geräten herbeizuführen. Ist das der Fall, bleibt die Möglichkeit, dass ein anderer Arzt die Behandlung und Verantwortung übernimmt. Jedenfalls tritt bei der passiven Sterbehilfe der Tod nicht durch eine Tötungshandlung ein, sondern sie besteht im Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, die ihr therapeutisches Ziel nicht mehr erreichen können. Der Kranke stirbt an Ursachen der Krankheit.

Im Gegensatz dazu wird bei der aktiven Sterbehilfe dem Tod vorgegriffen, er wird gezielt herbeigeführt. Deshalb ist aktive Sterbehilfe eine gezielte Tötung, die ethisch nicht vertretbar ist, selbst wenn sie auf einem ausdrücklichen und verzweifelten Wunsch eines Sterbenden hin erfolgt.

Überhaupt scheint es, als sei die Bitte nach einem erlösenden Tod nicht selten ein Hilferuf nicht allein gelassen zu werden und der Wunsch nach menschlicher Nähe, personaler Beziehung und Begleitung. So spielt die Wertschätzung des Lebens, die der Kranke durch seine Umwelt erfährt, ein wichtiges Moment dar. Die Bitte um einen Tod stellt so immer

---

<sup>45</sup> Vgl. WOLBERT, Überlegungen, 131f.

<sup>46</sup> Vgl. DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ, Sterbegleitung, 17.

auch einen Aufruf an die Mitmenschen inwieweit sie die Würde und den unbedingten Wert des kranken Lebens anerkennen und leben. Und auch wenn die medizinische Behandlung gerade bei älteren Menschen ein hoher Kostenfaktor ist und aufgrund der demographischen Entwicklung in Zukunft die Zahl alter, kranker und pflegebedürftiger Menschen zunehmen wird, wäre es verhängnisvoll, wenn die Antwort die Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe wäre. Anstelle dieser muss es eine Stärkung der Alternativen geben: Medizinische, schmerztherapeutische, menschliche und seelsorgliche Zuwendung ist die Devise. Eine Tötung als „Lösung“ anzusehen, ist eine Bankrotterklärung der Menschlichkeit. Leid wie Schmerzen, Einsamkeit und Verzweiflung müssen wir durch menschliche Zuwendung und Fürsorge begegnen und nicht durch Tötung. Leid muss gelindert und nicht der Leidende „entsorgt“ werden.

## 7. Literatur

- BIRNBACHER, DIETER, Probleme um die Sterbehilfe, Bielefeld 2001, in: [www.information-philosophie.de/philosophie/sterbehilfe.html](http://www.information-philosophie.de/philosophie/sterbehilfe.html), Ausdruck vom 30.6.2006.
- BLUM, ANDREA, Selbstbestimmung im Leben und im Sterben, Broschüre von EXIT, 2. Auflage, Zürich 2005.
- DEUTSCHE BISCHOFKONFERENZ, Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe. Eine Textsammlung kirchlicher Erklärungen, Bonn 2003.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HUMANES STERBEN, Hospiz-Informationen, in: [www.dghs.de/hospizinfo.htm](http://www.dghs.de/hospizinfo.htm), Ausdruck vom 27.6.2006.
- FRIEDRICH, THOMAS, In Belgien trat am Wochenende fast unbemerkt das bisher liberalste Sterbehilfegesetz der Welt in Kraft, Ärzte Zeitung vom 23.09.2002, in: [www.aerztezeitung.de/docs/2002/09/23/170a0203.asp](http://www.aerztezeitung.de/docs/2002/09/23/170a0203.asp), Ausdruck vom 30.6.2006.
- FRIEDRICH, THOMAS, Sterbehilfegesetz, in: Mensch und Recht, September 2003, Nr. 85, Seite 3.
- GORDIJN, BERT und HAVE, HENK TEN, Grenzen medizinischen Handelns, in: GORDIJN, BERT und HAVE, HENK TEN, Medizinethik und Kultur. Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden, Stuttgart-Bad Cannstatt 2000, Seite 11-30.
- HUSEBÖ, STEIN, Leben lohnt sich immer. Von aktiver Sterbehilfe zur Hilfe zum Leben - ein Art erzählt, Freiburg 2002.
- RIESER, SABINE, Belgien plant Vorstoß für Ausweitung des Sterbehilfe-Gesetzes, Deutsches Ärzteblatt vom 8.12.2005, in: <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=22307>, Ausdruck vom 30.6.2006
- SCHOCKENHOFF, EBERHARD, Töten oder Sterbenlassen, in: GORDIJN, BERT und HAVE, HENK TEN, Medizinethik und Kultur. Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden, Stuttgart-Bad Cannstatt 2000. Seite 459-476.
- Vollmann, Jochen, Die deutsche Diskussion über ärztliche Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid, in: GORDIJN, BERT und HAVE, HENK TEN, Medizinethik und Kultur. Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden, Stuttgart-Bad Cannstatt 2000, Seite 31-70.
- WIEDENMANN, CLAUDIA, Blick über die Grenzen, in: Humanes Leben, 26 (2006), Nr. 2, Seite 48.
- WIDDRA, KLAUS, Überlegungen zur Tötung auf Verlangen, in: Marburger Forum, Beiträge zur geistigen Situation der Gegenwart, 3 (2002), 5.
- WOLBERT, WERNER, Du sollst nicht töten. Systematische Überlegungen zum Tötungsverbot, Studien zur theologischen Ethik 87, Freiburg 2000.