

ausspricht, und befreit zur Vorbereitung des eigenen Sterbens. Zu diesem Prozess gehört – so beschreibt Martin Luther in dem Sermon von der Bereitung zum Sterben – die geistige Disziplin, den Tod nur in denen anzusehen, deren Sterben bezeugt, dass das Leben stärker ist als der Tod. „An diesen Bildern“, so erklärt Luther, „wird dir der Tod nicht zum Schrecken oder Grauen, vielmehr verachtet und getötet und durch das Leben erwürgt und überwunden. Denn Christus ist nichts als lauter Leben und seine Heiligen auch. Je tiefer und fester du dir dieses Bild einprägst und ansiehst, desto mehr fällt des Todes Bild dahin und verschwindet von selbst.“ Luther mahnt Abendmahl zu feiern, dieses Fest, bei dem wir uns erinnern, dass Jesus seinem Tod in der Überzeugung entgegensah, dass die Mörder sein Leben nicht zerstören können. Seiner und anderer Menschen, bei deren Sterben Ähnliches aufscheint, sollen wir ge-

denken. D. h. aber, dass Sterben aus Isolation und Schweigen befreit werden muss. Das Lebenszeugnis der Sterbenden muss gehört, gesehen und weiterzählt werden. Insofern ist die Hospizbewegung ein Segen nicht nur für die, denen das Sterben nahe bevorsteht, sondern für die gesamte Gesellschaft. Denn ohne die Geschichten von denen, die uns auf dem Weg des Sterbens vorgegangen sind, ist eine Vorbereitung auf unser Sterben nicht möglich.

**Klara Butting**

Studienleiterin von Erev-Rav, Studierendenpastorin in Lüneburg und Privatdozentin an der Universität Lüneburg

Literatur

Franz von Assisi, Fioretti. Gebete. Ordensregeln. Testament. Briefe, übersetzt von Wolfram von den Steinen und Max Kirschstein, Zürich 1997.

Karl Barth, Die Lehre von der Schöpfung, Band 2. Die Kirchliche Dogmatik III, 2, Zürich 1948, 772–780.

Martin Luther, Sermon von der Bereitung zum Sterben (1519), WA Band 2, 685–697.

Sigrid Graumann

# Alles unter Kontrolle bis zum bitteren Ende?

*Das Thema Sterbehilfe wird in Deutschland kontrovers diskutiert. In der Bevölkerung herrscht viel Verständnis für den Wunsch Schwerkranker oder ihrer Angehörigen, dem Leben ein Ende zu setzen. Dazu trägt auch die Berichterstattung in den Medien über einzelne spektakuläre Fälle bei. Theologie und Kirche und die Gesetzgebung in Deutschland halten (noch?) an dem Verbot der Sterbehilfe fest. Die Enquetekommission Recht und Ethik in der modernen Medizin wird sich in diesem Frühjahr zum Thema Sterbehilfe äußern. Sigrid Graumann vom Institut Ethik, Mensch, Wissenschaft (IMEW), Berlin, ist Mitglied der Enquetekommission.*

Umstände, unter denen gestorben wird

Die Diskussion über die Umstände des Sterbens in unserer Gesellschaft ist ein heißes Eisen. Dabei handelt es sich nicht zuletzt um eine „Angst-Debatte“ mit widersprüchlichen Facetten.

Einerseits machen die Fortschritte in der Medizin vielen Menschen Angst davor, mit den Mitteln einer kalten Apparate-Medizin um jeden Preis am

Leben gehalten zu werden, dabei aber Selbstbestimmung und Selbstkontrolle zu verlieren. „Rechtzeitig“ mit ärztlicher Unterstützung einen „Schlussstrich ziehen zu können“, wie es in den Niederlanden legal möglich ist, scheint vor diesem Hintergrund eine humane Lösung zu sein. So sieht es auch die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben<sup>1</sup>, die seit Jahren die Werbetrommel für eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe rührt.

Unter **aktiver Sterbehilfe** wird die gezielte Tötung der Patientin oder des Patienten verstanden. Auch wenn sie auf Verlangen des Betroffenen erfolgt, ist sie in Deutschland strafrechtlich verboten.

Andererseits befürchten viele, dass eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe zusammen mit mangelhafter palliativmedizinischer und pflegerischer Versorgung – unterstützt durch die Ressourcenkrise im Gesundheitswesen – schwerkranke Patienten in den „selbstbestimmten Tod“ treiben könnte. Vor diesem Hintergrund fordert etwa die Deutsche Hospiz Stiftung<sup>2</sup> ein Festhalten am Verbot der aktiven Sterbehilfe und eine Verbesserung der Sterbebegleitung durch einen konsequenten Ausbau der Palliativmedizin und Hospizarbeit für ein menschenwürdiges Sterben.

### Die Niederlande als „Experimentierlabor“ in Sachen Sterbehilfe?

Wenn in Deutschland über Sterbehilfe diskutiert wird, nehmen Befürworter wie Gegner in der Regel auf die niederländischen Erfahrungen Bezug. Seit 1994 gelten in den Niederlanden Sterbehilferegeln, nach denen bei aktiver Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid unter bestimmten Bedingungen von einer Strafverfolgung abgesehen wird. Das „Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung“ von 2001 legalisierte diese Praxis unter der Bedingung, dass bestimmte Sorgfaltsregeln befolgt werden. Dazu gehört, dass die Patientin oder der Patient freiwillig und nach reiflicher Überlegung wiederholt um Sterbehilfe gebeten hat, eine organische oder psychische Erkrankung vorliegt, die Ärztin oder der Arzt von der Aussichtslosigkeit und Unerträglichkeit des Leidens der Patientin oder des Patienten überzeugt ist, eine zweite Ärztin oder ein zweiter Arzt dies bestätigt hat, die Lebensbeendigung medizinisch sorgfältig ausgeführt und der Staatsanwaltschaft gemeldet wird. Diese Regelung gilt auch für Minderjährige – von 12 bis 16 mit Zustimmung, von 17 bis 18 unter Einbezug der Eltern.<sup>3</sup> Aktuell findet eine Diskussion über die Ausweitung des Gesetzes statt. Eine dafür eingesetzte Kommission kam zum Schluss, dass aktive Sterbehilfe auch bei psychischen Krankheiten unter das Gesetz fällt. In einem öffentlichen Schreiben vom Dezember 2004 fordern Ärzte aller acht niederländischen Universitätskliniken, die Sterbehilfe auf Neugeborene mit schwersten Missbildungen auszuweiten.

Der Vorteil der niederländischen Regelung ist, dass die Praxis der Sterbehilfe transparent ist. Vie-

len erscheint dies ehrlicher als ein striktes Verbot aktiver Sterbehilfe mit Hintertüren für passive und indirekte Sterbehilfe. Der Nachteil aber ist, dass eine öffentliche Diskussion in den Niederlanden nicht mehr über das Ob, sondern nur noch über das Wie und Wieweit der Sterbehilfe stattfindet. Dies liegt sicher nicht zuletzt an der anhaltend vorwurfsvollen Kritik „von außen“, die offenbar zu einer Art kollektivem Verteidigungsreflex führt. Kritiker, wie die Deutsche Hospiz Stiftung, führen an, dass die Regelungen in den Niederlanden vielfach nicht eingehalten werden, und verweisen auf die relativ hohe Zahl von Tötungen ohne Verlangen, nicht erfolgte Meldungen und Ausweitungstendenzen. Vor allem aber stützt sich die Kritik darauf, dass sich viele Motive für aktive Sterbehilfe, die in niederländischen Studien erhoben werden, bei einer guten Palliativversorgung und Hospizarbeit erübrigen würden. Genannt werden einerseits körperliche Symptome wie Leiden, Schwäche, Schmerzen und drohender Erstickungstod und andererseits psychische Beeinträchtigungen wie das Gefühl der Entwürdigung, Lebensmüdigkeit, Abhängigkeit oder die Belastung der Angehörigen.<sup>4</sup>

### Gegen die aktive Sterbehilfe im Namen der Selbstbestimmung

In der ethischen Diskussion über die Sterbehilfe ist der wichtigste Bezugspunkt die individuelle Selbstbestimmung. Der Philosoph Alfred Simon schreibt: „Niemand darf gegen seinen Willen gezwungen werden zu sterben. Es darf aber auch niemand gezwungen werden, gegen seinen Willen am Leben zu bleiben.“<sup>5</sup> Er sieht zwar zahlreiche Probleme, die eine liberale Sterbehilfe-Praxis mit sich bringen würde. So sei im Einzelfall schwer zu entscheiden, ob ein Sterbewunsch wirklich authentisch oder lediglich Ausdruck einer vorübergehenden Krise sei oder ob ein direkter oder indirekter Druck von Seiten Dritter den Sterbewunsch beeinflusse. Ein kategorisches Verbot der aktiven Sterbehilfe ließe sich jedoch in einer säkularen Gesellschaft sachlich nicht begründen. Er spricht sich folglich für eine gesetzliche Regelung aus, die einerseits dem berechtigten Anspruch auf einen selbstbestimmten Tod Rechnung trägt, andererseits aber einen Missbrauch so gering wie möglich hält.<sup>6</sup> Gerade seine Beispiele für Probleme der Ster-

**Beihilfe zum Suizid** liegt vor, wenn die Ärztin oder der Arzt der Patientin oder dem Patienten ein tödlich wirkendes Gift zur Verfügung stellt. Dies ist in Deutschland nicht unbedingt strafbar. Nimmt dagegen die Patientin oder der Patient ein Gift, ist die Ärztin oder der Arzt zum therapeutischen Eingriff verpflichtet, um den Tod der Patientin oder des Patienten zu verhindern.

behilfe zeigen aber, dass Selbstbestimmung hier nicht einfach vorausgesetzt werden darf, sondern schützender und unterstützender Bedingungen bedarf.

Außerdem ist es ethisch keineswegs unumstritten, ob das Recht auf Selbstbestimmung auch ein Recht auf Selbsttötung umfasst. Aber selbst wenn ein solches Recht zugestanden werden würde, ist fraglich, ob für die Ausübung eines solchen Rechts Dritte in Anspruch genommen werden dürfen.

Das zentrale Probleme einer liberalen Sterbehilfe-Praxis ist aus meiner Sicht die Institutionalisierung des Tötens und damit nicht individual-ethischer, sondern sozialetischer Natur. Die Medizinethikerin Monika Bobbert weist zu Recht darauf hin, dass das Delegieren der Herbeiführung des Todes auf Verlangen an Ärztinnen und Ärzte diesen nicht nur eine schwere zusätzliche Verantwortung aufbürdet, sondern auch große Macht verleiht, die ihre moralische Integrität unterminieren kann.<sup>7</sup> Dieses Argument mag hierzulande aus den Erfahrungen der deutschen Geschichte stärker als in anderen Ländern wirken. Trotzdem ist es angebracht, weil die historische Erfahrung deutlich macht, dass Ärztinnen und Ärzte nicht per se moralisch aufrecht sind, sondern wie alle anderen Menschen moralische Schwächen haben. Mit einem „historischen Todschlagargument“ hat diese Einsicht nichts zu tun.<sup>8</sup>

Der Sinn des strafrechtlichen Verbots der aktiven Sterbehilfe besteht zu allererst darin, Patientinnen und Patienten vor einer fremdbestimmten Tötung zu schützen. Eine liberale Sterbehilfe-Praxis würde den Anspruch auf eine angemessene palliativmedizinische Behandlung sowie auf Lebensumstände, die eine gute Lebensqualität auch im Sterben ermöglichen, relativieren. Zudem lässt eine ganze Reihe von internationalen Studien befürchten, dass mehr Frauen als Männer, mehr behinderte als nicht behinderte Menschen und mehr Angehörige unterprivilegierter als Angehörige privilegierter gesellschaftlicher Gruppen Sterbehilfe in Anspruch nehmen würden.<sup>9</sup> Gerade die schwächsten Patientinnen und Patienten würden offenbar zumindest subtil unter Druck gesetzt. Es darf jedoch keine Situation entstehen, in der sich diejenigen rechtfertigen müssen, die sich einer „Erlösung“ von ihrem Leiden verweigern. Selbstbestimmung im Streben braucht schützende und un-

terstützende Bedingungen. Und genau diese würden durch eine Zulassung der aktiven Sterbehilfe unterminiert.



Sigrid Graumann

<sup>1</sup> Erklärungen, Stellungnahmen und weitere Informationen der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben: [www.dghs.de](http://www.dghs.de).

<sup>2</sup> Erklärungen, Stellungnahmen und weitere Informationen der Deutschen Hospiz Stiftung zum Thema: [www.hospize.de](http://www.hospize.de).

<sup>3</sup> Zur Diskussion über die Erfahrungen in den Niederlanden sowie in Belgien und in der Schweiz in Bezug auf die Regulierung der aktiven und der passiven Sterbehilfe vgl. Wunder, Michael (2003): Im Zweifel für das Leben? Zur aktuellen Debatte um die Sterbehilfe. In: Graumann, Sigrid/Grüber, Katrin (Hg.): Medizin, Ethik und Behinderung. Frankfurt/Main, S. 152–172.

<sup>4</sup> Vgl. die Erklärungen und Stellungnahmen der Deutschen Hospiz Stiftung unter [www.hospize.de](http://www.hospize.de)

<sup>5</sup> Simon 2004.

<sup>6</sup> Vgl. Simon 2003.

<sup>7</sup> Vgl. Bobbert, Monika (2003): Sterbehilfe als medizinisch assistierte Tötung auf Verlangen: Argumente gegen eine rechtliche Zulassung. In: Düwell, Marcus/Steigleder, Klaus (Hg.): Bioethik. Frankfurt/Main, S. 314–322.

<sup>8</sup> Von Medizinethikern wird heute oft beklagt, dass der Bezug auf die historische Erfahrung des Nationalsozialismus als „Diskussionsstopper“ eingesetzt werde und damit bestimmte Themen wie Sterbehilfe oder Pränataldiagnostik tabuisiert würden. Eine sachliche Diskussion sei dann kaum noch möglich. Ich verstehe diese Argumentation eher als Strategie, dem offensichtlichen Problem des moralischen Immunitätsverlustes der Ärzteschaft auszuweichen, was einer sachlichen Debatte alles andere als zuträglich ist. Vgl. Wiesing, Urban/Marckmann, Georg (2002): Medizinethik. In: Düwell, Marcus/Hübenthal, Christoph/Werner, Micha H. (Hg.): Handbuch Ethik. Metzler, Stuttgart, S. 268–273.

<sup>9</sup> Vgl. Wolf, Susan M. (1996): Gender, Feminism, and Death: Physician Assisted Suicide and Euthanasia. In: dies. (Hg.): Feminism & Bioethics. Oxford, S. 282–317.

Unter **passiver Sterbehilfe** wird das bewusste Sterbenlassen der Patientin oder des Patienten unter Verzicht auf intensivmedizinische Maßnahmen verstanden. Dies ist in Deutschland zulässig, sofern die Patientin oder der Patient selbst die Behandlung verweigert. Derzeit wird in Bezug auf die sog. Patientenverfügungen kontrovers diskutiert, unter welchen Umständen auch bei nichteinwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten die passive Sterbehilfe durch einen vorausverfügten oder mutmaßlichen Willen zulässig sein kann bzw. soll.

Unter **indirekter Sterbehilfe** wird die ungewollt in Kauf genommene Lebensverkürzung beispielsweise als Nebenfolge hoher Dosen von Schmerzmitteln verstanden. Diese gilt als zulässig und gegebenenfalls sogar als geboten.