



Texte zur Diskussion, Nr. 4

Aktive Sterbehilfe – Ausweg oder Irrweg?

Stephan Holthaus & Timo Jahnke

1. Einleitung

Zur Diskussionslage

In Deutschland gibt es seit längerer Zeit öffentliche Debatten um aktive Sterbehilfe. Gründe dafür gibt es genug: Die zunehmende Technisierung der Intensivmedizin macht Menschen Angst, wenn sie an ihr Lebensende denken. Die Überalterung der Gesellschaft und die steigende Lebenserwartung stellen die Frage nach einem „gnädigen Sterben“. Die in einigen deutschen Nachbarländern liberale Auffassung zum Thema aktive Sterbehilfe führt zum Ruf nach Gesetzesänderung. Außerdem hört man immer wieder von erschütternden Einzelfällen schwer leidender Menschen, die für ihren „Freitod“ ins Ausland fahren müssen. Die Schweizer Sterbehilfeorganisation „Dignitas“ gründete vor einiger Zeit deshalb einen deutschen Ableger, deren Vertreter mit provokanten Medienauftritten und Aktionen die Debatte anheizen. Auch der ehemalige Hamburger Innensenator Roger Kusch, der mit einer Selbsttötungsmaschine Furore machte und inzwischen mindestens vier Menschen medienwirksam zum Tode verhalf, spielt in den Auseinandersetzungen eine bekannte und unrühmliche Rolle. Auf politischer Seite bemühen sich Gegner der aktiven Sterbehilfe parteiübergreifend um gesetzliche Beschränkungen der kommerziellen Sterbehilfe. Allerdings gibt es insbesondere in den Gremien der Europäischen Union auch engagierte Befürworter aktiver Sterbehilfe.

Die Begriffe

Im Ausland wird für aktive Sterbehilfe in der Regel der Begriff „Euthanasie“ gebraucht. In Deutschland wird angesichts der nationalsozialistischen Vergangenheit mit der „Aktion Gnadentod“ der Begriff dagegen vermieden.

Unter „aktiver Sterbehilfe“ versteht man zwei verschiedene Dinge: die Tötung eines alten bzw. kranken Menschen auf Verlangen, oder den „ärztlich assistierten Suizid“, der auch „Beihilfe zur Selbsttötung“ genannt wird. Dabei besorgt ein Arzt dem Sterbewilligen ein Medikament, das er aber selbstständig einnehmen muss. Der Arzt ist beim Suizid nicht anwesend, weil er sich sonst wegen unterlassener Hilfeleistung strafbar machen würde.

Von diesen beiden Formen der aktiven Sterbehilfe ist die „passive Sterbehilfe“ zu unterscheiden, das „Sterbenlassen“. Hier geht es um Therapiebegrenzung in ausweglosen Fällen. Medizinisch beschränkt man sich dabei auf die Basisversorgung des Todkranken.

Ein Sonderfall ist die „indirekte Sterbehilfe“. Hier wird dem Patienten eine hohe Dosis von Schmerzmittel verabreicht, auch auf die Gefahr hin, dass dadurch der Tod beschleunigt wird. Dabei ist das Ziel der Behandlung nicht der Tod des Menschen, sondern eine bedauerliche Folgeerscheinung. „Indirekte Sterbehilfe“ ist von daher keine „aktive Sterbehilfe“.

Die verschiedenen Formen von Sterbehilfe müssen klar auseinandergehalten werden.

Die Rechtslage in verschiedenen Ländern

In Deutschland ist aktive Sterbehilfe, konkret die „Tötung auf Verlangen“, durch § 216 des Strafgesetzbuches verboten. Zudem räumt das Grundgesetz durch die „Unantastbarkeit der Menschenwürde“ und durch das „Recht auf körperliche Unversehrtheit“ dem Lebensschutz hohe Priorität ein. Außerdem ist es in der Bundesrepublik nicht möglich, das für schmerzfreien Suizid nötige Medikament Natrium-Pentobarbital zu bekommen.

Urteile aus verschiedenen Strafrechtsprozessen der letzten Jahre haben jedoch gezeigt, dass dem Willen des Patienten mittlerweile ein so hohes Recht zugesichert wird, dass ein „ärztlich assistierter Suizid“ auf Wunsch des Patienten in der Praxis straffrei bleibt. Der 66. Juristentag hat 2006 ausdrücklich die Straflosigkeit bei unterlassener Hilfeleistung im Fall eines freiverantwortlichen Suizids gefordert. Die Bundesärztekammer wandte sich als Standesvertretung der Mediziner bisher allerdings vehement gegen jede Form einer Freigabe der aktiven Sterbehilfe.

In den Niederlanden ist die „Tötung auf Verlangen“ dagegen seit 2002 straffrei, wenn auch an strikte Regelungen gebunden. So muss ein „unerträgliches und aussichtsloses Leiden“ vorliegen und der Patient wiederholt Sterbehilfe gewünscht haben. Der Wille des Einzelnen ist dabei oberste Norm der Rechtsprechung. Die Zahl der Fälle aktiver Sterbehilfe liegt im Jahr bei ca. 2.300.

Auch in Belgien ist die aktive Sterbehilfe seit 2002 straffrei. Die Gesetzgebung geht noch über das niederländische Modell hinaus. Sie gilt auch für unheilbar und psychisch Kranke. Als drittes Beneluxland legalisierte Luxemburg 2008 die aktive Sterbehilfe.

In der Schweiz ist nur der „ärztlich assistierte Suizid“ straffrei, nicht die „Tötung auf Verlangen“. Jährlich machen davon ca. 300 Menschen Gebrauch. Darüber hinaus

ist auch im amerikanischen Bundesstaat Oregon ärztlich assistierter Suizid straffrei.

In fast allen Ländern Europas gibt es mittlerweile starke Lobbygruppen, die sich für die Legalisierung aktiver Sterbehilfe einsetzen. Insbesondere in Frankreich und Großbritannien konnte in den vergangenen Jahren eine Freigabe der aktiven Sterbehilfe nur mit Mühe verhindert werden.

2. Was ist gegen aktive Sterbehilfe einzuwenden?

Recht auf Autonomie und leidfreies Leben?

Die aktuellen Forderungen nach Freigabe aktiver Sterbehilfe müssen zunächst im Kontext der gesellschaftlichen Entwicklung der Moderne und Postmoderne eingeordnet werden.

Der moderne Mensch möchte heute um jeden Preis sein Leben autonom gestalten. Jede Form von Fremdbestimmung wird generell als Einengung verstanden. Dies gilt auch für medizinische Behandlungen und für den Sterbeprozess, Bereiche, die in der Vergangenheit eher Tabuthemen waren und dem medizinischen Personal überlassen wurden. Von daher überrascht nicht der Unmut, wenn man in bestimmten (Extrem-) Situationen des Lebens offenbar nicht frei entscheiden und keine Rechte einklagen kann. Konkret fordert man die völlige Autonomie darüber, seinem Leben mit Hilfe anderer ein Ende setzen zu dürfen. Ziel ist es, Schmerzen und Leiden auszuweichen. Nur ein leidfreies Leben sei auch ein glückliches Leben – so meinen zumindest viele.

Die Frage nach der Autonomie des Menschen spielt eine Schlüsselrolle in der Diskussion. In wie weit darf und soll der Mensch über sein Leben und dessen Ende frei verfügen? Befürworter aktiver Sterbehilfe pochen auf das Selbstbestimmungsrecht als höchstes Gut, auch am Lebensende. Andere sprechen davon, dass Autonomie in Krisensituationen eine Illusion sei. Der Mensch ist gerade in solchen Situationen oft mehr ein Getriebener der äußeren Umstände und Einflüsse und nicht ein neutraler und objektiver Entscheider.

Nach christlichem Verständnis ist das Leben außerdem ein anvertrautes Geschenk Gottes, mit dem der Mensch verantwortlich umgehen soll. Gott hält als Schöpfer und Erfinder des Lebens sowohl dessen Anfang (Psalm 119,73; 139,13-16) als auch dessen Ende (Psalm 90,3; Prediger 7,17; Matthäus 6,27) in Händen und misst dem Leben eine jeweils individuelle Spanne zu. Sogar über den Tod hinaus sorgt er sich um seine Geschöpfe (Johannes 3,16).

Der Mensch ist nach christlichem Verständnis zwar keine willenlose Marionette. Er darf und soll sein Leben selbstständig gestalten, aber immer in der Verantwortung vor Gott seinem Schöpfer. Ihm gegenüber muss er sich einmal rechtfertigen (Römer 14,10; 2. Korinther 5,10). Verantwortlich leben heißt für Christen deshalb, nach Gottes Bestimmung zu leben. Freiheit heißt, sich für Gottes Bestimmung bewusst zu entscheiden und in diesem Rahmen das Leben selbst zu gestalten. Aktive Sterbehilfe widerspricht diesem Welt- und Menschenbild.

Auch die Einstellung zu Leid und Krankheit ist bei Befürwortern der aktiven Sterbehilfe nicht unproblematisch. Es gibt weder ein Recht noch einen Anspruch auf ein leid- bzw. schmerzfreies Leben und Sterben. Leid gehört untrennbar zum Leben dazu. Die Unfähigkeit – auch bei Angehörigen – mit Krankheit, Leid und Tod umzugehen, ist vielmehr ein gesellschaftliches Phänomen der Postmoderne.

Das christliche Zentraldokument, die Bibel, zeichnet ein anderes Bild vom menschlichen Leben. Leid gehört hier zur Existenz des Menschen dazu, weil er in einer gefallenen Welt lebt. Zwar soll Leid nicht bewusst gesucht werden, aber Leid soll angenommen werden. Das beste Beispiel dafür ist Jesus Christus, der vorbildlich sein Leid bis zum Ende ertrug. Im Leid spricht Gott aber auch dem Menschen seinen Beistand zu und steht ihm zur Seite.

Unabsehbare Folgen

Aktive Sterbehilfe muss von den Folgen her beurteilt werden. Betroffen davon sind

nicht nur die Patienten, sondern viele andere Menschen im Umfeld.

Da ist zunächst der behandelnde Arzt. Er wird in jedem Fall zum Wegbereiter des Todes und verstößt damit gegen seinen ursprünglichen ärztlichen Auftrag. Ihm wird die Bürde auferlegt, am Tod eines Menschen entscheidend mitverantwortlich zu sein. Ähnliches gilt auch für das Pflegepersonal. Der Arzt verstößt im Falle einer aktiven oder assistierten Tötung gegen das biblische Verbot des Mordens, das sowohl im Alten als auch im Neuen Testament explizit verankert ist.

Auch die Angehörigen sind im Falle aktiver Sterbehilfe mit einbezogen. Sie stehen oft unter starken Belastungen. Einerseits sehen sie das Leiden des Patienten und fühlen sich hilflos. Andererseits sind viele mit der Entscheidung des Kranken über Leben und Tod überfordert. Hier gilt gleiches wie schon zuvor bei Ärzten und Pflegern. Fällt eine Entscheidung für den Tod, bleiben die Angehörigen mit allen offenen Fragen und Gewissensnöten zurück.

Auch die Motivation des Patienten ist völlig unterschiedlich. Warum möchte er sterben? Ist er bei der Entscheidung Herr seiner Sinne? Sind alle medizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft? Fühlt er sich mit seinen Schmerzen allein gelassen? Meint er, den Angehörigen nur noch zur Last zu fallen? Diese und viele andere Fragen und Umstände sind häufig der Grund, warum Patienten um aktive Sterbehilfe bitten.

Auch die Frage nach den Kosten im Gesundheitswesen dürfte in Zukunft für diese Frage vermehrt eine Rolle spielen. Die Beiträge der Krankenkassen werden angesichts des demographischen Faktors steigen, immer mehr Leistungen werden dagegen gekürzt. Da liegt die Befürchtung nahe, ob nicht bei einer Legalisierung aktiver Sterbehilfe der Ruf laut wird, aus einem „Sterben-Wollen“ ein „Sterben-Sollen“ zu machen.

Ein Blick ins Ausland unterstreicht diese Befürchtung. In Großbritannien muss die Dialyse von den Patienten ab dem 60. Lebensjahr aus eigener Tasche bezahlt werden. In den Niederlanden ist es bei älteren

Menschen zunehmend üblich, eine so genannte „Lebensverfügung“ mit sich zu führen, in der die Weiterführung lebenserhaltender Maßnahmen ausdrücklich gefordert wird. Der Lebensschutz von alten und kranken Menschen gerät deshalb zunehmend unter Druck. Mit solchen und ähnlichen Folgen wird sich auch Deutschland auseinandersetzen müssen.

Leben in Würde – bis zuletzt

Befürworter aktiver Sterbehilfe pochen häufig auf die Würde des Menschen. Selbstbestimmtes Sterben bewahre die Würde des Menschen am Lebensende. Ein Leben mit schwerer Krankheit und großen Schmerzen hingegen nehme dem Menschen seine Würde. Solche Menschen würden nur dahinvegetieren. Ist das wirklich so?

Würde und Wert sind nach christlichem Verständnis unveränderliche Konstanten. Selbst schwerste Krankheit kann daran nichts ändern. Der Mensch erhält nach christlicher Sicht seine Würde und seinen Wert nicht aus sich selbst heraus. Sie sind vielmehr eine Gabe Gottes, so wie das menschliche Leben an sich. Der Mensch ist Ebenbild Gottes. Darin liegen seine Würde und sein Wert. Diese unveräußerliche Würde hat der Mensch bereits vor seiner Geburt (Psalm 139,16) und behält sie bis zum Tod (Jesaja 46,4). Der Mensch verliert diese Würde nie, nicht einmal, wenn er sich von Gott abwendet.

Deshalb muss den Befürwortern aktiver Sterbehilfe widersprochen werden. Schwerste Krankheit kann das Leben unvorstellbar belasten und zur Qual werden lassen, sie kann dem Menschen aber niemals seine Würde nehmen. Selbst der schwerkranke und alte Mensch ist ein von Gott geliebtes Geschöpf und damit wertvoll und einzigartig.

Deshalb ist heute eine neue Wertschätzung der Kranken und Schwachen unbedingt von Nöten. Sie dürfen nicht auf das Abstellgleis geschoben werden. Neue Wege der Pflege

wie die Palliativmedizin oder die Hospizbewegung können schon heute Kranken und Sterbenden ihre Würde zurückzugeben bzw. erhalten. Zusätzlich müssen sich die öffentliche Wahrnehmung und die Einstellung des Umfelds ändern. Sind wir bereit, uns an die Seite des Leidenden zu begeben und sein Leiden mitzutragen? Was dient der Würde mehr? Der angeblich würdelosen Situation durch einen schnellen Tod des Betroffenen zu entgehen, oder aktiv (auch in aller eigenen Rat- und Hilflosigkeit) mitzuleiden?

Aktive Sterbehilfe ist kein „Töten aus Mitleid“ oder Respekt vor der Würde des Menschen, wie oft behauptet wird. Sie ist vielmehr ein Töten aus verweigertem „mitleiden“. Echtes Mitleid zeigt sich dagegen in einer ganzheitlichen medizinischen und seelsorgerlichen Begleitung von Kranken und Sterbenden.

3. Konkretionen

Um die Forderung nach aktiver Sterbehilfe unnötig zu machen, braucht es neben der ganzheitlichen Zuwendung gegenüber den Kranken eine Stärkung der Palliativmedizin und einen Ausbau der Hospize. In der Vorbereitung auf das Sterben ist die Beschäftigung mit einer Patientenverfügung hilfreich, wobei man sich bewusst machen muss, dass nicht jede Krankheitssituation im Vorfeld am Schreibtisch abgeschätzt werden kann. Der Sachverstand der Ärzte sollte durch eine Patientenverfügung nicht unterlaufen werden. Ebenso wichtig ist eine Betreuungsregelung bzw. eine Vorsorgevollmacht.

Die Alternative heißt nicht: „Leben um jeden Preis“, sondern ganzheitliche Betreuung der Alten und Kranken. Was wir deshalb brauchen ist eine „aktive Sterbebegleitung“, nicht eine „aktive Sterbehilfe“. Wer im Tod gut begleitet wird, fragt nicht nach aktiver Sterbehilfe.

Diese gekürzten Ausführungen sind dem Buch von Stephan Holthaus / Timo Jahnke, *Aktive Sterbehilfe – Ausweg oder Irrweg?*, Gießen: Brunnen-Verlag, 2008, entnommen.

Ausgewählte Literatur

- Das Hospiz-Buch*, Hg. Johann-Christoph Student, 4. Aufl. Freiburg: Lambertus, 1999.
- Eibach, Ulrich, *Sterbehilfe – Tötung aus Mitleid? Euthanasie und das „lebensunwerte“ Leben*, 2. Aufl. Wuppertal: R. Brockhaus, 1998.
- Husebø, Stein, *Leben lohnt sich immer: Von aktiver Sterbehilfe zur Hilfe zum Leben – ein Arzt erzählt*, Freiburg: Herder, 2002.
- Husebø, Stein / Eberhard Klaschik, *Palliativmedizin: Grundlagen und Praxis. Schmerztherapie. Gesprächsführung. Ethik.*, 4. Aufl. Berlin: Springer, 2006.
- Ohly, Lukas. *Sterbehilfe: Menschenwürde zwischen Himmel und Erde*. Stuttgart: Kohlhammer, 2002.
- Kuschel, Amelia, *Der ärztlich assistierte Suizid: Straftat oder Akt der Nächstenliebe?* Frankfurt/M.: Peter Lang, 2007.
- Schockenhoff, Eberhard, *Sterbehilfe und Menschenwürde: Begleitung zu einem „eigenen Tod“*, Regensburg: Pustet, 1991.
- Spaemann, Robert / Th. Fuchs, *Töten oder sterben lassen? Worum es in der Euthanasiedebatte geht*. Freiburg: Herder, 1997.
- Zimmermann-Acklin, Markus. *Euthanasie: Eine theologisch-ethische Untersuchung*. Freiburg: Herder, 2002.

Links

- Deutsche Hospiz Stiftung*: www.hospize.de
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin*: www.dgpalliativmedizin.de
- International Task Force on Euthanasia*: www.internationaltaskforce.org
- Care NOT Killing*: www.carenotkilling.org.uk

Dr. Stephan Holthaus ist Dozent für Ethik an der Freien Theologischen Hochschule Gießen (FTH) und Leiter des Instituts für Ethik & Werte

Timo Jahnke ist Doktorand an der Protestantisch-Theologischen Universität in Kampen, Niederlande und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Ethik & Werte in Gießen

© Institut für Ethik & Werte, Rathenastr. 5-7, 35394 Gießen,
Tel. 0641 97970-35, info@ethikinstitut.de

FTA e.V., Kto. Nr. 511 02 002, Volksbank Mittelhessen (BLZ 513 900 00),
Verwendungszweck: Ethikinstitut
(Spender erhalten automatisch eine Zuwendungsbestätigung)

www.ethikinstitut.de

www.wert-voll.info

Dieser und weitere Texte sowie regelmäßige Nachrichten aus dem „Institut für Ethik & Werte“ sind auch über die oben angegebene Homepage zu beziehen.