

Héctor Wittwer (Hg.)

# Sterbehilfe und ärztliche Beihilfe zum Suizid

Grundlagentexte zur  
ethischen Debatte

VERLAG KARL ALBER



Héctor Wittwer (Hg.)

Sterbehilfe und ärztliche Beihilfe zum Suizid  
Grundlagentexte zur ethischen Debatte

VERLAG KARL ALBER





Héctor Wittwer (Hg.)

# Sterbehilfe und ärztliche Beihilfe zum Suizid

Grundlagentexte zur  
ethischen Debatte

Verlag Karl Alber Freiburg/München

Héctor Wittwer (ed.)

## Euthanasia and physician-assisted suicide

Key texts on the ethical debate

The anthology assembles influential contributions to the ethical debate on euthanasia and physician-assisted suicide published since 1975. For this book, some of the seminal papers from the anglo-saxon world have been translated into German for the first time. Some of the topics addressed in the volume are the following: Are euthanasia and physician-assisted suicide in principle morally permitted? Are they compatible with the internal morality of medicine? Are slippery-slope arguments against the legalization of euthanasia and physician-assisted suicide plausible? Do we have to make the same moral judgment on euthanasia and assisted suicide, or are there any compelling reasons for evaluating them differently? – The volume is particularly suitable for use in teaching.

The editor:

Héctor Wittwer is Professor of Practical Philosophy at the Otto-von-Guericke University Magdeburg. His research focuses on normative ethics and metaethics, the philosophy of death and the philosophy of law.

Héctor Wittwer (Hg.)

## Sterbehilfe und ärztliche Beihilfe zum Suizid

Grundlagentexte zur ethischen Debatte

Die Anthologie versammelt wichtige Beiträge zur ethischen Debatte über die Zulässigkeit der direkten aktiven Sterbehilfe und der ärztlichen Beihilfe zum Suizid seit 1975. Etliche einflussreiche Aufsätze aus dem angelsächsischen Raum erscheinen hier zum ersten Mal in deutscher Übersetzung. Behandelt werden u. a. folgende Fragen: Sind Sterbe- und Suizidbeihilfe grundsätzlich moralisch erlaubt? Lassen sie sich mit dem Berufsethos der Medizin vereinbaren? Wie plausibel ist das Argument der schiefen Ebene gegen ihre Legalisierung? Müssen Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid moralisch gleich beurteilt werden, oder sprechen gute Gründe dafür, sie unterschiedlich zu bewerten? – Aufgrund seiner systematischen Anlage ist der Band besonders für die Lehre geeignet.

Der Herausgeber:

Héctor Wittwer ist Professor für Praktische Philosophie an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in der Normativen Ethik und der Metaethik, der Philosophie des Todes sowie in der Rechtsphilosophie.

Veröffentlicht mit finanzieller Unterstützung  
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

© VERLAG KARL ALBER  
in der Verlag Herder GmbH, Freiburg / München 2020  
Alle Rechte vorbehalten  
[www.verlag-alber.de](http://www.verlag-alber.de)

Satz und PDF-E-Book: SatzWeise, Bad Wünnenberg  
Herstellung: CPI books GmbH, Leck

Printed in Germany

ISBN (Buch) 978-3-495-49155-3  
ISBN (PDF-E-Book) 978-3-495-82392-7

# Inhaltsverzeichnis

|   |     |
|---|-----|
| Danksagung . . . . .  | 9   |
| Einleitung: Die ethische Debatte über Sterbehilfe und ärztliche<br>Beihilfe zum Suizid im Überblick . . . . .                               | 11  |
| <br><b>Teil I: Gibt es einen moralisch relevanten Unterschied<br/>zwischen Töten und Sterbenlassen?</b>                                     |     |
| Héctor Wittwer: »James Rachels' Aufsatz ›Aktive und passive<br>Sterbehilfe‹: eine Zusammenfassung« . . . . .                                | 39  |
| Michael Tooley: »Ein irrelevanter Gesichtspunkt:<br>Töten versus Sterbenlassen« (1980) . . . . .  | 48  |
| Thomas D. Sullivan: »Aktive und passive Sterbehilfe:<br>Eine irrelevante Unterscheidung?« (1977) . . . . .                                  | 58  |
| Bonnie Steinbock: »Die absichtliche Beendigung des Lebens«<br>(1980) . . . . .  | 67  |
| Michael Quante: »Passive, indirekt und direkt aktive Sterbehilfe –<br>deskriptiv und ethisch tragfähige Unterscheidungen?« (1998) . . . . . | 80  |
| <br><b>Teil II: Prinzipielle Argumente für und wider direkte<br/>aktive Sterbehilfe und ärztliche Beihilfe zum Suizid</b>                   |     |
| Margaret Pabst Battin: »Selbsttötung und Rechte« (1982) . . . . .   | 115 |
| Norbert Hoerster: »Sterbehilfe ohne ausdrückliche<br>Ermächtigung?« (1998) . . . . .  | 146 |

|   |     |
|---|-----|
| Leon R. Kass: »Gibt es ein Recht zu sterben?« (1993) . . . . .  | 169 |
| J. David Velleman: »Ein Recht auf Selbsttötung?« (1999) . . . . .                                     | 202 |
| Judith Jarvis Thomson: »Ärztliche Beihilfe zum Suizid.<br>Zwei moralische Argumente« (1999) . . . . . | 235 |

### Teil III: Schiefe-Ebene- und Missbrauchsargumente in der Diskussion

|   |     |
|---|-----|
| Robert Spaemann: »Es gibt kein gutes Töten« (1997) . . . . .  | 271 |
| Barbara Guckes: »Sterbehilfe« (1997) . . . . .  | 285 |
| Robert L. Holmes: »Führt eine schiefe Ebene vom Suizid zur<br>Beihilfe zum Suizid und zur Sterbehilfe?« (2001) . . . . .                                | 320 |
| Ulrich Eibach: »Von der Beihilfe zum Suizid zur Tötung auf<br>Verlangen? Eine Beurteilung aus seelsorgerlicher und ethischer<br>Sicht« (2015) . . . . . | 334 |

### Teil IV: Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid aus Sicht der ärztlichen Berufsethik

|   |     |
|---|-----|
| Bettina Schöne-Seifert: »Ist ärztliche Suizidbeihilfe ethisch<br>verantwortbar?« (2006) . . . . .                       | 363 |
| Dieter Birnbacher: »Die ärztliche Beihilfe zum Suizid in der<br>ärztlichen Standesethik« (2006) . . . . .               | 382 |
| Leon R. Kass: »Ich werde niemandem ein tödliches Mittel<br>geben.« Warum Ärzte nicht töten dürfen« (1992) . . . . .     | 405 |
| Daniel Callahan: »Selbstausslöschung. Zur moralischen<br>Bewertung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid« (1997) . . . . . | 429 |

## Danksagung

Ohne die Unterstützung durch andere hätte ich die vorliegende Anthologie nicht veröffentlichen können. Mein Dank gilt den Übersetzerinnen und Übersetzern sowie dem Karl Alber-Verlag und insbesondere Lukas Trabert für die Aufnahme dieses Bandes in das Programm des Verlags. Besonderen Dank schulde ich Miriam Gorr, meiner studentischen Hilfskraft. Sie hat die Textvorlagen für den Druck vorbereitet, alle Übersetzungen korrigiert und schwer zu findende Literatur beschafft. Ohne ihre unschätzbare Hilfe hätte ich dieses Publikationsprojekt nicht realisieren können.

Héctor Wittwer



# Einleitung: Die ethische Debatte über Sterbehilfe und ärztliche Beihilfe zum Suizid im Überblick

## 1. Die Entstehung der Probleme und die Argumente für und gegen die Legalisierung der Hilfe zum Sterben<sup>1</sup>

Bei den moralischen Diskussionen über die Zulässigkeit der Sterbehilfe und der ärztlichen Beihilfe zum Suizid handelt es sich um vergleichsweise junge Debatten. Im Großen und Ganzen werden sie erst seit den 1970er Jahren geführt. Diese Feststellung wirft die Frage auf, warum sich die Ethik den genannten Themen erst so spät und warum ausgerechnet zu diesem Zeitpunkt zugewandt hat. Die Antwort auf diese Frage liegt nahe. Mehrere Entwicklungen haben in ihrem Zusammenspiel dazu geführt, dass die Sterbehilfe und die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung auf die Tagesordnung der Angewandten Ethik gesetzt wurden. An erster Stelle ist hier *der rasante Fortschritt der Medizin* in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg zu nennen. Dieser Fortschritt, der sich ab den 1950er Jahren beschleunigt hat, führte dazu, dass immer mehr Krankheiten, die bis dahin unheilbar gewesen waren, geheilt werden konnten und dass Menschen, die noch vor wenigen Jahrzehnten an ihren Krankheiten oder Verletzungen gestorben wären, mit den Mitteln der modernen Medizin am Leben erhalten werden können, und zwar in einigen Fällen sehr lange. Sogenannte Wachkomapatienten können beispielsweise mittels künstlicher Ernährung und Pflege jahrelang am Leben erhalten werden. Allerdings wird die Lebenserhaltung in manchen Fällen um den Preis eines erheblichen Verlusts an Lebensqualität erkaufte. Auch dies lässt sich anhand des Beispiels des persistierenden vegetativen Zustands anschaulich machen. Die Patienten, die sich in diesem Zustand befinden, haben ab einem bestimmten Zeitpunkt die Fähigkeit, das Be-

---

<sup>1</sup> Der Ausdruck »Hilfe zum Sterben« wird hier als Oberbegriff verwendet, der sowohl die Sterbehilfe als auch die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung umfasst. Die Hilfe zum Sterben ist von der Hilfe *beim* Sterben, also der Sterbebegleitung, zu unterscheiden.

wusstsein wiederzuerlangen, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ein für alle Mal verloren. Angesichts solcher und ähnlicher Konstellationen stellt sich die Frage, ob die Medizin dazu verpflichtet ist, das Leben der Patienten unter allen Umständen so lange wie möglich und unabhängig von den Heilungschancen zu erhalten, oder ob es Fälle gibt, in denen es besser ist, einen Patienten sterben zu lassen oder seinen Tod, sofern er dies wünscht, herbeizuführen.

Zweitens hat die *Alterung der Bevölkerung* dazu geführt, dass immer mehr Menschen an alterstypischen Krankheiten leiden, die früher seltener waren. In fast allen modernen Staaten nimmt die durchschnittliche Lebenserwartung seit Jahrzehnten stetig zu.<sup>2</sup> Der Anteil der über 75-jährigen Menschen an der Gesamtbevölkerung steigt beständig an. Da nun ab einem bestimmten chronologischen Alter die Wahrscheinlichkeit, an bestimmten Erkrankungen zu leiden, signifikant zunimmt, treten diese Krankheiten insgesamt häufiger auf als früher. Immer mehr Menschen leiden unter Krebserkrankungen, neurodegenerativen Krankheiten oder Demenz. Trotz der großen Fortschritte, welche die Medizin in den letzten Jahrzehnten gemacht hat, sind noch immer einige der genannten Krankheiten unheilbar. Beispielsweise gibt es zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch immer keine Therapie für den Bauchspeicheldrüsenkrebs, eine Krankheit, die mit außergewöhnlich starken Schmerzen verbunden ist. Patienten, die an einer unheilbaren Krankheit leiden oder bei denen alle zur Verfügung stehenden Behandlungsmethoden, wie etwa Chemotherapien, versagt haben, gelten als »austherapiert«. Diese Menschen befinden sich in einer ausgesprochen bedrückenden Lage. Sie wissen, dass es für sie keine Chance auf Heilung gibt und dass sie in absehbarer Zeit sterben werden. In manchen Fällen lässt sich ihre verbleibende Lebenserwartung sogar ziemlich genau angeben. Darü-

---

<sup>2</sup> »Estimates suggest that in a pre-modern, poor world, life expectancy was around 30 years in all regions of the world.

Life expectancy has increased rapidly since the Age of Enlightenment. In the early 19th century, life expectancy started to increase in the early industrialized countries while it stayed low in the rest of the world. [...] Since 1900 the global average life expectancy has more than doubled and is now above 70 years.« (Max Roser, Esteban Ortiz-Ospina and Hannah Ritchie (2013) – »Life Expectancy«. *Published online at OurWorldInData.org*. Retrieved from: »<https://ourworldindata.org/life-expectancy>« [Online Resource]) – Die einzige Ausnahme sind die USA, in denen seit einigen Jahren die durchschnittliche Lebenserwartung wieder abgenommen hat. Es wird vermutet, dass dieser Rückgang maßgeblich durch die sogenannte Opioidkrise verursacht worden ist.

ber hinaus sind sie in der Regel auch über den Krankheitsverlauf, der ihnen bevorsteht, informiert. Daher wissen sie, dass sich ihre Situation weiter verschlechtern wird. Unter diesen Umständen stellen sich austherapierte Patienten immer häufiger die Frage, ob sie die letzten Wochen oder Monate, die ihnen verbleiben und die ihnen im Großen und Ganzen nur noch Leid bringen werden, durchstehen wollen oder ob es nicht besser für sie wäre, ihr Leben vorzeitig zu beenden. Dies gilt nicht nur für austherapierte Krebspatienten, sondern auch für Menschen, die an bestimmten neurodegenerativen Krankheiten, wie etwa der Amyotrophen Lateralsklerose (ALS), leiden. Auch bei ihnen steht fest, dass Heilung unmöglich ist, und auch bei ihnen ist absehbar, dass sich ihr Zustand nur noch verschlechtern wird. Insbesondere müssen sie davon ausgehen, dass sie die Fähigkeit, sich zu bewegen und sich selbst zu versorgen, nach und nach einbüßen werden, sodass sie letztlich gänzlich und jederzeit auf fremde Hilfe angewiesen sein werden. Der absehbare und unvermeidliche Verlust der Selbstständigkeit führt bei einigen Patienten dazu, dass sie den vorzeitigen Tod einem Leben vorziehen, welches in ihren Augen nicht mehr lebenswert ist.<sup>3</sup>

Der dritte Faktor, der dazu beigetragen hat, dass heute eine ethische Debatte über die Zulässigkeit der Sterbehilfe und der ärztlichen Suizidbeihilfe geführt wird, ist die *veränderte gesellschaftliche Haltung zur Medizin*. Der Grundsatz der *Selbstbestimmung*, der sich nach und nach auf immer mehr Gebieten des Zusammenlebens durchgesetzt hat, wird nun auch auf Patienten bezogen. Diese Entwicklung hat ihren Niederschlag darin gefunden, dass sich der Grundsatz der Patientenautonomie allmählich in allen modernen Rechtsstaaten durchgesetzt hat. Heute wird er in Staaten wie Deutschland öffentlich nicht mehr in Frage gestellt. Das Prinzip der Patientenautonomie besagt, dass an dem Körper eines Patienten keine Maßnahme ohne seine Einwilligung vorgenommen werden darf. Der

---

<sup>3</sup> Dies belegen die empirischen Daten, die in Oregon, dem ersten Bundesstaat der USA, in dem die ärztliche Beihilfe zum Suizid unter strengen Auflagen legalisiert wurde, alljährlich erhoben werden. Vgl. dazu etwa den derzeit neuesten Jahresbericht für das Jahr 2018 (*Oregon Death with Dignity Act. Data Summary 2018*). Unter den Gründen, die für den Sterbewunsch sprechen, wurde der Verlust der Selbstbestimmung (»loss of autonomy«) bei Weitem am häufigsten angeführt. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich (vgl. *Data Summary*, S. 12) (<https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year21.pdf>, zuletzt abgerufen am 30.01.2020).

Patient hat mit anderen Worten immer das Recht, eine Behandlung abzulehnen – selbst dann, wenn diese Behandlung nach dem Urteil der Mediziner indiziert ist und sich der Patient daher durch die Ablehnung selbst schadet. Aus dem speziellen Grundsatz der Patientenautonomie folgt in Bezug auf die Hilfe zum Sterben zunächst nur, dass Patienten auch das Recht haben, lebenserhaltende Maßnahmen abzulehnen. Wenn man einen Schritt weiter geht und das allgemein anerkannte Recht auf Selbstbestimmung auf den eigenen Tod anwendet, dann stellt sich die Frage, ob Patienten unter Umständen nicht auch das Recht haben sollten, über den Zeitpunkt ihres Todes und die Art und Weise ihres Sterbens selbst zu entscheiden.

In ihrem Zusammenspiel haben die drei genannten Faktoren, der rasante Fortschritt der Medizin, die Alterung der Bevölkerung und der Siegeszug des Prinzips der Selbstbestimmung, dazu geführt, dass sich die Forderung nach dem »Recht auf den eigenen Tod«, wie man oft irreführenderweise sagt,<sup>4</sup> nicht länger ignorieren ließ. Diese Forderung stößt allerdings bis zum heutigen Tag in vielen Staaten auf erbitterten Widerstand. Ebenso wie diejenigen, die sich für die Zulassung der Sterbehilfe und der ärztlichen Beihilfe zum Suizid einsetzen, können die Gegner der Legalisierung gute Gründe für ihre Ablehnung anführen.

Zunächst einmal ist die Beteiligung von Ärzten an der Herbeiführung des Todes von Patienten unvereinbar mit der *traditionellen Auffassung von den Aufgaben der Medizin*. Bis vor wenigen Jahrzehnten herrschte Einigkeit darüber, dass die Medizin unter allen Umständen der Pflicht unterliegt, menschliches Leben zu erhalten. Es galt jahrtausendlang als ausgemacht, dass Ärzte niemals ihre Patienten töten dürfen und dass sie ihnen auch niemals dabei helfen dürfen, sich zu töten. Diese Überzeugung ist noch heute weit verbreitet. Sie findet sich in zahlreichen Stellungnahmen von Ärzteorganisationen und anderen Institutionen.

Zweitens widerspricht die Forderung nach der Legalisierung der Sterbe- oder der Suizidbeihilfe der *christlichen Moral*. Genauer gesagt, widerspricht sie einer bestimmten, sehr einflussreichen Interpretation der christlichen Moral. Abgesehen von wenigen Ausnah-

---

<sup>4</sup> Warum dieser Ausdruck irreführend ist, habe ich an anderer Stelle dargelegt (vgl. Héctor Wittwer, *Das Leben beenden. Über die Ethik der Selbsttötung*, Paderborn 2020, S. 143).

men, kann man sagen, dass die Sterbehilfe und die ärztliche Beihilfe zum Suizid bis zum heutigen Tag sowohl von der Katholischen Kirche als auch von den Evangelischen Kirchen ausdrücklich missbilligt werden. Die Ablehnung der *Hilfe zum Sterben* beschränkt sich nicht auf den Klerus. Sie wird von vielen Laien geteilt; unter ihnen befinden sich etliche einflussreiche Politiker.

Drittens wurde seit Beginn der Debatte über die Hilfe zum Sterben von den Gegnern der Legalisierung immer wieder darauf hingewiesen, dass die rechtliche Freigabe der Hilfe zum Sterben mit *erheblichen Risiken* verbunden ist. Erstens lasse sich der Missbrauch bestimmter rechtlicher Erlaubnisse nicht wirksam verhindern. Und zweitens bestehe die Gefahr, dass die Gesellschaft, sobald sie eine Form der Hilfe zum Sterben zulasse, auf eine schiefe Ebene gerate und auf dieser von dem, was moralisch möglicherweise vielen als vertretbar erscheine, wie etwa der ärztlichen Beihilfe zum Suizid, unmerklich zur Zulassung von Handlungsweisen abgleite, die sich moralisch zweifellos nicht rechtfertigen ließen, wie beispielsweise der Tötung von Patienten, die nicht mehr bei Bewusstsein sind, auf deren mutmaßlichen Wunsch hin. Um Letzteres (die Tötung von Patienten ohne ausdrückliche Zustimmung) zu verhindern, müsse Ersteres (die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung) strikt verboten bleiben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Gegner der Legalisierung der Hilfe zum Sterben vor allem *drei Arten von Gründen* gegen die rechtliche Freigabe der Sterbehilfe oder der ärztlichen Suizidbeihilfe vorbringen. Erstens berufen sie sich auf die Aufgaben und das sogenannte innere Ethos der Medizin. Es gehöre zum Wesen der Medizin, dass Ärzte ihre Patienten niemals töten und diesen auch niemals beim Suizid helfen dürften. Zweitens verweisen sie auf bestimmte moralische Grundsätze wie etwa die Unantastbarkeit oder die Heiligkeit des menschlichen Lebens. In diesem Zusammenhang berufen sich Kritiker der Legalisierung häufig auf die christliche Moral, sei es ausdrücklich oder implizit. Schließlich werden die Risiken, die mit der Legalisierung der Hilfe zum Sterben verbunden wären, gegen diese ins Feld geführt.

## 2. Die Tendenz zur Liberalisierung und der Widerstand gegen sie

Wie fast alle Diskussionen innerhalb der Angewandten Ethik, so zielt auch die Debatte über die Zulässigkeit der Hilfe zum Sterben auf die *Gesetzgebung* ab. Beide Parteien, sowohl die Befürworter als auch die Gegner der Sterbe- und Suizidbeihilfe, verfolgen das Ziel, die Gesetzeslage zu beeinflussen. Entweder treten sie dafür ein, dass das geltende Recht in Bezug auf die Sterbe- und Suizidbeihilfe geändert wird, oder sie setzen sich dafür ein, dass das Recht so bleibt, wie es ist. Diese Ausrichtung auf die Beeinflussung der Gesetzgebung unterscheidet die philosophische und medizinethische Diskussion über die Hilfe zum Sterben von der Individualethik. Die Angewandte Ethik ist in diesem Fall »Kampf ums Recht«, um eine bekannte Formulierung von Rudolf von Jhering zu zitieren.<sup>5</sup> In diesem Zusammenhang ist nun die Tatsache von Interesse, dass die öffentlichen Debatten über die Hilfe zum Sterben in einigen Fällen dazu geführt haben, dass die einschlägigen Gesetze geändert worden sind. Dabei lässt sich zweierlei festhalten. Erstens lässt sich im Hinblick auf die Entwicklungen in der Welt eine eindeutige Tendenz zur Liberalisierung der Gesetzgebung über Sterbe- und Suizidbeihilfe konstatieren, und zweitens wird dieser Tendenz in Deutschland vonseiten der Politik starker Widerstand entgegengesetzt.

Seit Ende der 1990er Jahre haben einige Staaten und Bundesstaaten die eine oder andere Form der Hilfe zum Sterben unter bestimmten Bedingungen zugelassen. In Europa waren dabei die Niederlande und Belgien die Vorreiter. Nachdem die Praxis der ärztlichen Sterbehilfe in den Niederlanden zuvor schon einige Jahre lang von den Gerichten toleriert worden war, wurden im Jahr 2002 durch ein entsprechendes Gesetz sowohl die direkte aktive Sterbehilfe, d. h. die Tötung auf Verlangen, als auch die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung unter bestimmten Bedingungen erlaubt. Dabei ist die Strafbarkeit der beiden Handlungsweisen nicht aufgehoben worden. Sterbe- und Suizidbeihilfe sind in den Niederlanden nach wie vor grundsätzlich strafbar. Sie bleiben jedoch straffrei, sofern bestimmte Sorgfaltskriterien eingehalten worden sind. Ärzte, die Sterbehilfe oder Beihilfe zur Selbsttötung geleistet haben, müssen dies melden und ausführlich nachweisen, dass sie die genannten Anforderungen erfüllt haben.

---

<sup>5</sup> Vgl. Rudolf von Jhering, *Der Kampf ums Recht* [1872], Frankfurt am Main \*2003.

In Belgien ist man dem niederländischen Modell im Großen und Ganzen gefolgt. Allerdings ist hier die Suizidbeihilfe nicht ausdrücklich gesetzlich geregelt worden. In der Praxis wird sie aber offenbar von den Gerichten toleriert, wenn die Auflagen, die für die Sterbehilfe gelten, eingehalten worden sind. Inzwischen ist die Tötung eines Patienten auf dessen Wunsch hin auch in Luxemburg erlaubt worden. In der Schweiz dürfen Ärzte unter der Bedingung Beihilfe zur Selbsttötung leisten, dass ihre Handlung nicht durch selbstsüchtige Gründe motiviert wird. Die Tötung auf Verlangen ist dort hingegen weiterhin verboten.

Auch außerhalb Europas lässt sich inzwischen die Tendenz zur Liberalisierung der Gesetzgebung zur Hilfe zum Sterben konstatieren. In den USA ist die ärztliche Beihilfe zum Suizid mittlerweile in zehn Bundesstaaten gesetzlich erlaubt worden, davon in neun Bundesstaaten durch ein Gesetz: Kalifornien, Colorado, District of Columbia, Hawaii, Maine, New Jersey, Oregon, Vermont und Washington. In Montana ist die Legalisierung durch ein Urteil des Obersten Gerichtshofs bewirkt worden. Der erste Bundesstaat, der die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung rechtlich zuließ, ist Oregon. Dort wurde das entsprechende Gesetz bereits 1997 verabschiedet. Der Staat Washington folgte bald darauf. Diese beiden Bundesstaaten sind insofern von besonderem Interesse für die ethische Debatte über die Hilfe zum Sterben, als in ihnen in jedem Jahr die Daten über die geleisteten Fälle von ärztlicher Suizidbeihilfe im Detail gesammelt und in Berichten veröffentlicht werden. Diesen Berichten lassen sich Anhaltspunkte im Hinblick darauf entnehmen, ob sich die unheilvollen Tendenzen, die von den Gegnern der Suizidbeihilfe als Wirkungen der Legalisierung befürchtet werden, tatsächlich empirisch nachweisen lassen.

Die Tendenz zur Liberalisierung der Gesetzgebung über die Hilfe zum Sterben beschränkt sich nicht auf Europa und die USA. Kanada hat im Jahr 2016 ein Gesetz verabschiedet, durch welches unter bestimmten Bedingungen sowohl die Tötung auf Verlangen als auch die Beihilfe zum Suizid erlaubt werden. Mittlerweile haben auch zwei australische Bundesstaaten, nämlich Victoria und Western Australia, die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung zugelassen. Die Tötung auf Verlangen ist dort jedoch weiterhin verboten. – Wie dieser knappe Überblick zeigt, haben sich die Befürworter der Legalisierung der Hilfe zum Sterben in den letzten 25 Jahren in etlichen Staaten und Bundesstaaten durchgesetzt.

Auf der anderen Seite muss jedoch festgehalten werden, dass die

Liberalisierung der Gesetzgebung zu Sterbe- und Suizidbeihilfe in anderen Staaten zu einer Reaktion in Deutschland geführt hat, die darauf abzielt, die rechtliche Freigabe der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung zu verhindern. Hierzulande wurde nach einer langen und kontroversen Diskussion Ende 2015 ein neuer Paragraph des Strafgesetzbuches erlassen, der §217 StGB, durch welchen die sogenannte »geschäftsmäßige« Beihilfe zur Selbsttötung sowie die »geschäftsmäßige« Förderung und Vermittlung derselben unter Strafe gestellt wurden. Zwar blieb die Suizidbeihilfe gemäß Absatz 2 dieses Paragraphen unter bestimmten Umständen straffrei. Dies ändert jedoch nichts daran, dass das neue Gesetz alles in allem zu einer restriktiveren Regelung der Beihilfe zur Selbsttötung führte, weil diese bis dahin strafrechtlich überhaupt nicht reguliert gewesen war.

Allerdings hatte dieses Gesetz nicht lange Bestand. Aufgrund mehrerer Klagen gegen den neuen Paragraphen musste dessen Verfassungsmäßigkeit gerichtlich überprüft werden. In letzter Instanz hat das Bundesverfassungsgericht den neuen §217 StGB in seinem Urteil vom 26. Februar 2020 für verfassungswidrig erklärt: »Die Vorschrift ist mit dem Grundgesetz unvereinbar und nichtig.«<sup>6</sup> In der Begründung dieses Urteils stützt sich das Bundesverfassungsgericht erstens auf die Annahme, dass das Recht auf Selbstbestimmung auch das Recht umfasst, sich zu töten:

Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen. Die Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren.<sup>7</sup>

Darüber hinaus hält das Gericht ausdrücklich fest, dass zu dem Recht, das eigene Leben zu beenden, auch das Recht gehört, sich beim Suizid von anderen Menschen helfen zu lassen: »Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit, hierfür Hilfe bei Dritten zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.«<sup>8</sup> Schließlich vertritt das Gericht die Auffassung, dass sich das

---

<sup>6</sup> BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15, 2 BvR 2527/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 651/16 – Rn. (1–343), [http://www.bverfg.de/e/rs20200226\\_2bvr234715.html](http://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html), S. 6.

<sup>7</sup> Ebd., S. 1.

<sup>8</sup> Ebd.

Recht auf Selbsttötung und auf die Inanspruchnahme von Suizidbeihilfe aus der in Artikel 1 Absatz 1 des Grundgesetzes festgeschriebenen Garantie der Unantastbarkeit der *Menschenwürde* ableiten lässt:

Das Recht, sich selbst zu töten, kann nicht mit der Begründung verneint werden, dass sich der Suizident seiner Würde begibt, weil er mit seinem Leben zugleich die Voraussetzung seiner Selbstbestimmung und damit seine Subjektstellung aufgibt. [...] Zwar ist das Leben die vitale Basis der Menschenwürde [...]. Daraus kann jedoch nicht der Schluss gezogen werden, dass eine auf einen freien Willen zurückgehende Selbsttötung der in Art. 1 Abs. 1 GG garantierten Menschenwürde widerspräche. Die Menschenwürde, die dem Einzelnen ein Leben in Autonomie gewährleistet, steht der Entscheidung des zur freien Selbstbestimmung und Eigenverantwortung fähigen Menschen, sich zu töten, nicht entgegen. Die selbstbestimmte Verfügung über das eigene Leben ist vielmehr unmittelbarer Ausdruck der der Menschenwürde innewohnenden Idee autonomer Persönlichkeitsentfaltung; sie ist, wenngleich letzter, Ausdruck der Würde.<sup>9</sup>

Der Versuch, die Freiheit der Hilfe zum Sterben in Deutschland durch ein rechtliches Verbot einzuschränken, ist somit zumindest vorerst gescheitert. Allerdings ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht absehbar, welche der beiden hier skizzierten Tendenzen in der Zukunft die Oberhand gewinnen wird. Voraussichtlich werden die öffentlichen Diskussionen über die moralische Beurteilung der Hilfe zum Sterben nicht nur in Deutschland, sondern auch anderswo fortgeführt werden. Diese Auseinandersetzungen können nur dann auf rationale Weise ausgetragen werden, wenn die Argumente für und gegen die Zulassung der Sterbehilfe und der Beihilfe zum Suizid hinreichend bekannt sind.

### 3. Die alte Terminologie zur Sterbehilfe und die mit ihr verbundenen Schwierigkeiten

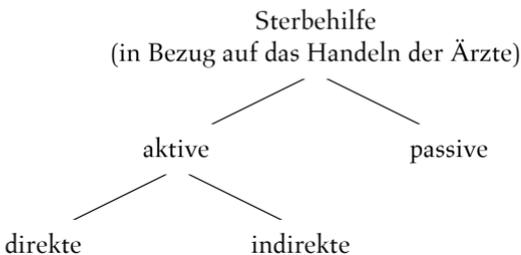
Seit den 1970er Jahren hat sich in den ethischen Debatten über die Zulässigkeit der Sterbehilfe eine Terminologie eingebürgert, die bis in die Gegenwart hinein weit verbreitet ist. Heute herrscht weitgehend Einigkeit darüber, dass diese Terminologie unklare Unterscheidungen enthält und dass die Begriffe für die Bezeichnung der einzelnen Arten der Sterbehilfe in verschiedenen Hinsichten irrefüh-

---

<sup>9</sup> Ebd., S. 63.

rend sind. Deshalb haben einige Institutionen, wie etwa in Deutschland die Bundesärztekammer, empfohlen, die alte Terminologie nicht mehr zu gebrauchen. Dennoch muss die alte Terminologie in der Einleitung zu der vorliegenden Anthologie vorgestellt werden, und zwar aus zwei Gründen. Erstens ist ihre Kenntnis unabdingbar für das Verständnis zahlreicher Diskussionsbeiträge. Zweitens hat sie sich ungeachtet der Empfehlung, sie nicht mehr zu verwenden, so im allgemeinen Sprachgebrauch festgesetzt, dass man sie nicht ohne Weiteres wieder aufgeben kann. Wenn bestimmte Begriffe einmal Eingang in die Bildungssprache gefunden haben, ist es schwer, sie durch andere zu ersetzen. Aus den genannten Gründen soll die alte Terminologie mitsamt den mit ihr verbundenen Schwierigkeiten hier in aller Kürze vorgestellt werden.

Diese Begrifflichkeit umfasst zwei Unterscheidungen, die nach verschiedenen Gesichtspunkten getroffen werden. Was zunächst *das Verhalten der Ärzte* betrifft, so hat es sich eingebürgert, folgende Unterscheidungen zu treffen:



Wie diese Unterscheidungen genau zu verstehen sind, ist leider alles andere als klar. Glücklicherweise herrscht zumindest darüber weitgehend Einigkeit, was jeweils paradigmatische Beispiele für die Typen der Sterbehilfe sind. Anhand dieser paradigmatischen Fälle lassen sich die Unterschiede zwischen den einzelnen Arten der Sterbehilfe bestimmen.

Anders als die Gegenüberstellung der Attribute »aktiv« und »passiv« vermuten lässt, beruht die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe *nicht* auf der Unterscheidung zwischen Handeln und Unterlassen. Bei dem paradigmatischen Fall der sogenannten passiven Sterbehilfe, der Einstellung der künstlichen Ernährung bei einem Wachkomapatienten, muss die Ärztin oder die Krankenschwester etwas *tun*. Sie muss die Magensonde entfernen oder die

künstliche Ernährung durch eine andere Handlung beenden. Die Zusätze »aktiv« und »passiv« sind also irreführend.

Die Feststellung, dass die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe nicht auf der Unterscheidung zwischen Handeln und Unterlassen beruht, wirft die Frage auf, worin denn die wesentliche Differenz zwischen den beiden Typen besteht. In Bezug auf diese Frage haben sich zwei Vorschläge als besonders einflussreich erwiesen. Gemäß dem ersten Vorschlag liegt eine aktive Sterbehilfe dann vor, wenn der Arzt den Patienten *tötet*. Um eine passive Sterbehilfe handle es sich hingegen dann, wenn eine Ärztin die Patientin *sterben lasse*. Diesem Vorschlag liegt der Gedanke zugrunde, dass bei der passiven Sterbehilfe der Tod nicht durch das Handeln der Ärzte, sondern durch eine andere Ursache bewirkt werde. Dies lässt sich anhand des Beispiels der Wachkomapatienten erläutern. Diese Patienten sind aufgrund ihrer permanenten Bewusstlosigkeit nicht mehr imstande, selbstständig Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Ohne künstliche Ernährung würden sie daher nach einigen Tagen verdursten. Dies wäre der »natürliche Krankheitsverlauf«. Durch die Einleitung der künstlichen Ernährung sei nun zunächst ein Hindernis für den natürlichen Krankheitsverlauf und den natürlicherweise einsetzenden Sterbeprozess errichtet worden. Wenn nun ein Arzt die künstliche Ernährung wieder einstelle, dann entferne er nur ein von ihm selbst errichtetes künstliches Hindernis für das Sterben. Danach führe der natürliche Verlauf der Krankheit zum Tod. Nicht der Arzt töte den Patienten, vielmehr sterbe dieser an den Folgen seiner Krankheit oder Verletzung. Der Arzt lasse ihn nur sterben.

Falls die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe tatsächlich eine Spezifizierung der Unterscheidung zwischen Töten und Sterbenlassen sein sollte, würde ihre unterschiedliche rechtliche Bewertung in vielen Staaten auf der Annahme beruhen, dass Töten verwerflicher ist als Sterbenlassen. Dies ist nur dann möglich, wenn zwischen Töten und Sterbenlassen in moralischer Hinsicht mindestens ein wesentlicher Unterschied besteht. Diese Annahme ist von James Rachels und Michael Tooley in zwei einflussreichen Aufsätzen mittels plausibel erscheinender Gegenbeispiele bestritten worden.<sup>10</sup> Sie vertreten die These, dass zwischen dem Töten und dem Sterbenlassen kein wesentlicher moralischer Unterschied besteht. Da

---

<sup>10</sup> Vgl. dazu in diesem Band die Zusammenfassung zu Rachels' Aufsatz (Héctor Wittwer: »James Rachels' Aufsatz ›Aktive und passive Sterbehilfe‹: eine Zusammen-

sie außerdem von der Voraussetzung ausgehen, dass die Differenzierung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe auf der Unterscheidung zwischen Töten und Sterbenlassen beruht, kommen sie zu dem Schluss, dass sich die unterschiedliche moralische und rechtliche Bewertung dieser beiden Arten der Sterbehilfe nicht rechtfertigen lässt. Entweder müssten beide erlaubt oder beide verboten sein.

In der Auseinandersetzung mit der Kritik von Rachels und Tooley ist bestritten worden, dass der Gegensatz zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe etwas mit dem Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen zu tun habe. Stattdessen beruhe diese Differenzierung auf der Unterscheidung zwischen *gewöhnlichen und außergewöhnlichen Behandlungsmaßnahmen*. Unter »gewöhnlichen« Behandlungsmaßnahmen<sup>11</sup> versteht man dabei solche, die erfahrungsgemäß zur Heilung einer Krankheit führen, als »außergewöhnlich« gelten im Gegensatz dazu Behandlungsmaßnahmen, die erfahrungsgemäß nicht zur Heilung des Patienten führen. Ein einschlägiges Beispiel für eine gewöhnliche Behandlung ist die operative Entfernung eines Magengeschwürs, ein paradigmatisches Beispiel für außergewöhnliche Behandlungsmaßnahmen sei die künstliche Ernährung bei Wachkomapatienten. Die Einstellung oder Unterlassung außergewöhnlicher Maßnahmen sei deshalb moralisch nicht geboten, weil es keine Pflicht gebe, menschliches Leben unter allen Umständen zu verlängern. Hingegen sei der Verzicht auf gewöhnliche Behandlungsmaßnahmen stets moralisch unzulässig, weil er zu einer Schädigung des Patienten führe. Ihm werde eine Therapie vorenthalten, die zur Heilung seiner Krankheit oder gar zur Erhaltung seines Lebens geführt hätte.

Zusammenfassend lässt sich zur Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe sagen, dass keine Einigkeit darüber besteht, wie diese beiden Typen im Detail zu unterscheiden sind. Konsens herrscht nur darüber, dass diese Unterscheidung nicht auf dem Gegensatz zwischen Handeln und Unterlassen beruht. Wenn der Unterschied zwischen den beiden Arten der Sterbehilfe näher bestimmt werden soll, dann muss geklärt werden, wie sich die folgenden drei begrifflichen Gegensätze zueinander verhalten und ob sie miteinander zusammenhängen:

---

fassung«, S. 39–47) sowie die deutsche Übersetzung von Tooleys Aufsatz (»Ein irrelevanter Gesichtspunkt: Töten versus Sterbenlassen«, S. 48–57).

<sup>11</sup> Vgl. dazu in diesem Band den Aufsatz von Steinbock, »Die absichtliche Beendigung des Lebens«, S. 67–79.

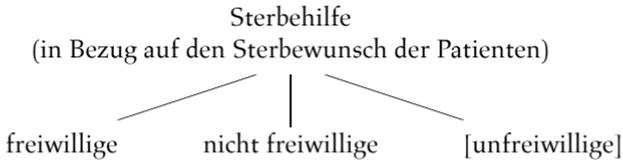
|                                     |   |  |
|-------------------------------------|---|--|
| aktive Sterbehilfe                  | ↔ | passive Sterbehilfe                      |
| Töten                               | ↔ | Sterbenlassen                            |
| gewöhnliche<br>Behandlungsmaßnahmen | ↔ | außergewöhnliche<br>Behandlungsmaßnahmen |

Innerhalb der aktiven Sterbehilfe wird nochmals zwischen *direkter* aktiver und *indirekter* aktiver Sterbehilfe unterschieden. Obwohl dies häufig anders dargestellt wird, handelt es sich bei der indirekten Sterbehilfe also nicht um einen dritten Typ neben aktiver und passiver Sterbehilfe, sondern um eine Unterart der aktiven Sterbehilfe. Gemäß der herrschenden Meinung besteht der wesentliche Unterschied zwischen der direkten und der indirekten Sterbehilfe darin, dass bei der direkten Sterbehilfe der Arzt den Tod des Patienten *beabsichtigt* oder absichtlich herbeiführt, während er bei der indirekten Sterbehilfe etwas anderes beabsichtigt, nämlich die Linderung der Schmerzen des Patienten, und das Risiko, dass er dadurch den vorzeitigen Tod der Patientin herbeiführt, nur als unerwünschte Nebenfolge *in Kauf nehme*. Der paradigmatische Fall der sogenannten indirekten aktiven Sterbehilfe wird gewöhnlich so dargestellt: Eine Ärztin möchte einem austherapierten Krebspatienten, der unter sehr starken Schmerzen leidet, helfen. Um seine Schmerzen zu lindern, ist es nötig, die Dosis des schmerzstillenden Medikaments nach und nach zu erhöhen. Die Ärztin weiß, dass diese Erhöhung mit dem Risiko verbunden ist, dass dadurch der Tod des Patienten früher eintreten könnte als ohne die palliative Behandlung. Sie nimmt dieses Risiko jedoch nur billigend in Kauf. Ihre Absicht bestehe hingegen darin, die Schmerzen des Patienten zu lindern.

Aus dieser Darstellung der herrschenden Meinung geht hervor, dass es möglich ist, dass, obwohl zwei Ärztinnen genau das Gleiche tun und dadurch den Tod ihrer Patientinnen bewirken, die eine von ihnen direkte und die andere indirekte Sterbehilfe leistet. Der Unterschied zwischen ihren Handlungen liegt nicht in den Körperbewegungen, die sie ausführen, sondern in ihren Absichten. Dass sich die unterschiedliche moralische Bewertung von äußerlich gleichen Handlungsweisen nur anhand verschiedener Intentionen begründen lässt, ist jedoch von Judith Jarvis Thomson und anderen bestritten worden.<sup>12</sup>

<sup>12</sup> Vgl. die deutsche Übersetzung von Thomsons Aufsatz in diesem Band: »Ärztliche Beihilfe zum Suizid. Zwei moralische Argumente«, S. XX-XX.

Die zweite geläufige Unterscheidung zwischen Arten der Sterbehilfe betrifft nicht das Verhalten der Ärzte, sondern den *Sterbewunsch der Patienten*. Je nachdem, ob und wie dieser Wunsch geäußert worden ist, unterscheidet man zwei oder drei Arten der Sterbehilfe:



Von *freiwilliger* Sterbehilfe spricht man dann, wenn der Patient den Wunsch zu sterben unmittelbar vor seiner Tötung ausdrücklich geäußert hat. Voraussetzung dafür ist, dass er noch bei Bewusstsein gewesen ist. Von *nicht freiwilliger* Sterbehilfe ist hingegen dann die Rede, wenn die Patientin zwar unmittelbar vor ihrer Tötung den Sterbewunsch nicht mehr äußern konnte, z.B. weil sie nicht mehr bei Bewusstsein war, wenn aber andere Menschen aufgrund früherer Äußerungen der Patientin zu dem Schluss gekommen sind, dass sie unter den gegebenen Umständen nicht mehr weiterleben will. Grundlage der Entscheidung zur Sterbehilfe ist hier nicht der *aktuelle* Wille (wie bei der freiwilligen Sterbehilfe), sondern der *mutmaßliche* Wille der Patientin.

Wie diese Erläuterung zeigt, sind die Ausdrücke »freiwillige Sterbehilfe« und »nicht freiwillige Sterbehilfe« ebenso wie »aktive« und »passive Sterbehilfe« ausgesprochen unglücklich gewählt worden. Wörtlich verstanden, würde ja die Rede von der freiwilligen und der nicht freiwilligen Sterbehilfe besagen, dass Ärzte freiwillig oder nicht freiwillig – was immer das hier auch heißen mag – einem Patienten bei der Herbeiführung des Todes helfen. Dies ist aber gar nicht gemeint. Stattdessen bezieht sich die Unterscheidung auf den Sterbewunsch des Patienten.

Gelegentlich wird neben der freiwilligen und der nicht freiwilligen Sterbehilfe ein weiterer Typ genannt: die sogenannte *unfreiwillige* Sterbehilfe. Sie liegt angeblich dann vor, wenn eine Ärztin einen Patienten tötet, obwohl dieser nicht sterben, sondern weiterleben will. Meiner Meinung nach handelt es sich bei der »unfreiwilligen Sterbehilfe« um ein hölzernes Eisen, also um einen begrifflichen Selbstwiderspruch. Helfen kann man jemandem nur bei etwas, was dieser Mensch selbst erreichen will. Daher kann man einem

Menschen, der weiterleben will, nicht beim Sterben helfen. Die richtige Bezeichnung für die Tötung eines Patienten gegen dessen Willen lautet nicht »Sterbehilfe«, sondern »Mord«.<sup>13</sup>

Die Unterscheidung zwischen freiwilliger und nicht freiwilliger Sterbehilfe ist vor allem im Hinblick darauf relevant, welche ethischen Positionen innerhalb der Debatte über die Zulässigkeit der Hilfe zum Sterben möglich sind. Dies kann man verdeutlichen, indem man die verschiedenen Typen der Hilfe zum Sterben anhand des Grades ihrer moralischen Umstrittenheit in folgende Anordnung bringt:

- (1) passive Sterbehilfe
- (2) ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung
- (3) freiwillige direkte aktive Sterbehilfe
- (4) nicht freiwillige direkte aktive Sterbehilfe

Am wenigsten umstritten ist die sogenannte passive Sterbehilfe, der größte Widerstand wird der nicht freiwilligen direkten aktiven Sterbehilfe, d. h. der Tötung auf mutmaßliches Verlangen bei nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten, entgegengesetzt. – Je nachdem, welche der genannten Handlungsweisen rechtlich erlaubt oder verboten sein sollen, lassen sich nun zwei extreme und zwei gemäßigte ethische Positionen unterscheiden:

*Die restriktive Extremposition:* Alle Formen der Hilfe zum Sterben, also auch der Behandlungsabbruch bei Patienten ohne Aussicht auf Heilung, sollen rechtlich verboten sein. Diese Auffassung wird nur selten vertreten.<sup>14</sup>

*Die liberale Extremposition:* Alle Formen der Hilfe zum Sterben sollen unter bestimmten Auflagen erlaubt sein, also auch die Tötung eines Patienten nur auf dessen mutmaßlichen Willen hin. Diese Auffassung liegt der Praxis in den Niederlanden und Belgien zugrunde.<sup>15</sup>

*Die gemäßigte restriktive Position:* Die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung sollte rechtlich zugelassen werden. Hingegen muss die direkte aktive Sterbehilfe verboten bleiben, weil sie eine Form der Fremdtötung darstellt, die unter das allgemein anerkannte Tötungs-

---

<sup>13</sup> Vgl. zur Kritik an dem Ausdruck »unfreiwillige Sterbehilfe« v. Verf., *Das Leben beenden*, a. a. O., S. 203.

<sup>14</sup> Vgl. z. B. Robert Spaemann, »Es gibt kein gutes Töten«, in diesem Band, S. 271–284.

<sup>15</sup> Vgl. dazu in diesem Band Norbert Hoerster, »Sterbehilfe ohne ausdrückliche Ermächtigung?«, S. 146–168.

verbot fällt, und ihre Zulassung mit unbeherrschbaren Risiken verbunden wäre.<sup>16</sup>

*Die gemäßigte liberale Position:* Sowohl die ärztliche Beihilfe zum Suizid als auch die direkte aktive Sterbehilfe sollen legalisiert werden. Allerdings muss die Zulässigkeit der Tötung auf Verlangen auf die Fälle beschränkt werden, in denen der Patient bei Bewusstsein und zurechnungsfähig ist und er seinen Sterbewunsch unmittelbar vor der Sterbehilfe ausdrücklich und unmissverständlich geäußert hat. Die Tötung auf Verlangen auf der Grundlage des sogenannten mutmaßlichen Willens eines Patienten ist unzulässig.

Diese vier Positionen bilden das Spektrum der möglichen ethischen Beurteilung der Hilfe zum Sterben vollständig ab. Eine weitere Auffassung ist nicht möglich.

#### 4. Die neuen Terminologien und das Fortbestehen der sachlichen Probleme

Wie die Ausführungen im vorigen Abschnitt gezeigt haben, ist die alte Terminologie in verschiedenen Hinsichten ungenau und irreführend. Deshalb haben mehrere Institutionen vorgeschlagen, sie durch eine neue Begrifflichkeit zu ersetzen. So hat beispielsweise der Nationale Ethikrat, der Vorgänger des Deutschen Ethikrats, in einer im Jahr 2006 veröffentlichten Stellungnahme vorgeschlagen, folgende Begriffe zu gebrauchen<sup>17</sup>:

- *Sterbebegleitung:* Maßnahmen zur Pflege und Betreuung von Todkranken
- *Therapien am Lebensende:* »alle medizinischen Maßnahmen, einschließlich palliativmedizinischer Maßnahmen, die in der letzten Phase des Lebens erfolgen mit dem Ziel, Leben zu verlängern und jedenfalls Leiden zu mildern«<sup>18</sup>
- *Sterbenlassen:* liege vor, »wenn eine lebensverlängernde medizinische Behandlung unterlassen wird und dadurch der durch den

---

<sup>16</sup> Für diese Auffassung argumentiere ich in meinem Buch *Das Leben beenden*, a. a. O.

<sup>17</sup> Vgl. Nationaler Ethikrat (Hg.), *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme*, Berlin 2006, S. 53–55.

<sup>18</sup> Ebd., S. 54.

Verlauf der Krankheit bedingte Tod früher eintritt, als dies mit der Behandlung aller Voraussicht nach der Fall wäre<sup>19</sup>

- *Beihilfe zur Selbsttötung*: Unterstützung bei der Vorbereitung und/oder der Durchführung des Suizids eines Patienten
- *Tötung auf Verlangen*: absichtliche Herbeiführung des Todes eines Patienten durch einen Arzt auf Wunsch des Ersteren

Einen anderen Vorschlag hat die Bundesärztekammer unterbreitet. Sie unterscheidet in ihren »Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung« von 2011 zwischen<sup>20</sup>:

- Änderung des Therapieziels von Heilung auf Symptomkontrolle
- Abbruch lebenserhaltender Therapien
- Unterlassen einer medizinischen Behandlung
- Begrenzung einer Therapie
- Beihilfe zur Selbsttötung
- Tötung auf Verlangen

Angesichts der eklatanten Unzulänglichkeiten der alten Terminologie sind diese Vorschläge zweifellos zu begrüßen. Sie tragen dazu bei, die in Frage stehenden Handlungsweisen genauer als zuvor zu bezeichnen, die relevanten Unterschiede zwischen ihnen präziser zum Ausdruck zu bringen und irreführende Konnotationen von vornherein zu vermeiden.

Freilich wird man nicht erwarten dürfen, dass sich die *sachlichen Probleme* allein durch die Einführung einer neuen Terminologie lösen lassen. Begriffe sind stets nur Hilfsmittel für die Lösung theoretischer Probleme. Sie erleichtern die Arbeit, sind aber, für sich allein genommen, niemals hinreichend für die Lösung eines Problems. Dies gilt auch für die Hilfe zum Sterben. Selbst wenn sich alle Beteiligten auf eine bestimmte Terminologie geeinigt hätten, würde dies selbstverständlich nicht dazu führen, dass nun auch Konsens über die moralische Bewertung der in Frage stehenden Handlungsweisen bestünde. In ihrem Streit geht es letztlich nicht nur um Worte, sondern um sachliche Probleme.

---

<sup>19</sup> Ebd.

<sup>20</sup> Vgl. Bundesärztekammer, »Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung«, *Deutsches Ärzteblatt*, 108 (2011), Heft 7, S. A 346–A 348, hier S. A 346.

Welche sind dies? – Die folgende Liste, die nicht mit dem Anspruch auf Vollständigkeit verbunden ist, enthält die wichtigsten ethischen Fragen hinsichtlich der Hilfe zum Sterben:

*Kann es moralisch erlaubt sein, sich zu töten?:* Wenn diese Frage verneint wird, dann erübrigt sich die Diskussion darüber, ob Ärzte Patienten bei deren Selbsttötung unterstützen dürfen, weil die Hilfe bei einer moralisch verbotenen Handlung selbst ebenfalls moralisch verboten ist. Daher muss zuerst geprüft werden, ob Menschen sich überhaupt töten dürfen. Nur wenn diese Frage bejaht wird, stellt sich das zweite Problem.

*Dürfen Ärzte Patienten unter Umständen beim Suizid unterstützen?:* Hier ist zunächst zu klären, ob die Hilfe zur Selbsttötung mit dem Ethos der Medizin vereinbar ist. Wenn diese Frage positiv beantwortet wird, muss im nächsten Schritt geklärt werden, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung zulässig ist.

*Sind Ärzte dazu verpflichtet, das Leben eines Patienten auch dann zu erhalten, wenn keine Aussicht auf Heilung besteht?:* Diese Frage hängt offensichtlich untrennbar mit der Frage nach den Pflichten der Ärztinnen und Ärzte im Zeitalter der Hochleistungsmedizin zusammen. Außerdem berührt sie die Frage, was das Leben eines Menschen aus dessen eigener Sicht lebenswert macht: Ist es nur das bloße Weiterleben unabhängig davon, ob noch Bewusstsein vorliegt, oder das bewusst geführte Leben?

*Dürfen Ärzte das Leben von Patienten auf deren Wunsch hin beenden?:* Auch in diesem Fall muss geprüft werden, ob die Tötung auf Verlangen durch Mediziner mit dem Ethos der Medizin vereinbar ist. Möglicherweise muss dieses Ethos auch an die enorm angewachsenen Möglichkeiten der Medizin angepasst werden. Die Medizin kann das ethische Problem der Hilfe zum Sterben nicht einfach von sich weisen und so tun, als ob sie mit seiner Entstehung nichts zu tun hätte. Es steht außer Frage, dass das Problem der Sterbehilfe zumindest teilweise eine unerwünschte Nebenfolge des medizinischen Fortschritts ist. In den typischen Fällen tritt der Sterbewunsch nämlich bei Patienten auf, die heutzutage – im Unterschied zur Vergangenheit – mit den Mitteln der Medizin am Leben erhalten werden können, für die aber

zweifelhaft ist, ob sie um jeden Preis weiterleben wollen. Es könnte sein, dass das, was Ärzte tun dürfen und sollen, teilweise davon abhängt, welche Handlungsmacht sie über ihre Patienten haben.

*Müssen das Sterbenlassen und die Tötung auf Verlangen moralisch gleich oder unterschiedlich bewertet werden?* In vielen Rechtssystemen, wie etwa demjenigen der Bundesrepublik Deutschland, werden das Sterbenlassen eines todkranken Patienten (Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen) und die Tötung eines todkranken Patienten (Tötung auf Verlangen) unterschiedlich bewertet. Diese rechtliche Ungleichbehandlung ist aber möglicherweise nur dann gerechtfertigt, wenn Töten und Sterbenlassen auch moralisch unterschiedlich beurteilt werden müssen. Worin besteht der wesentliche moralische Unterschied zwischen ihnen? Gibt es ihn überhaupt?

Diese Probleme bilden den Gegenstand der ethischen Debatten über die Hilfe zum Sterben.

## 5. Zwischen Abwehrrechten und Anspruchsrechten: Um welche Art von Rechten geht es in der Debatte?

Ein Grund dafür, dass die Vertreter der entgegengesetzten Positionen häufig aneinander vorbeireden, besteht darin, dass keine Einigkeit darüber besteht, um welche Art von Recht es in der Debatte über die Zulässigkeit der Hilfe zum Sterben geht. Wie sich gleich zeigen wird, hängt der Gang der ethischen Argumentation maßgeblich davon ab, wie diese Ausgangsfrage beantwortet wird. Gewöhnlich unterscheidet man innerhalb der ethischen Debatte über die Hilfe zum Sterben zwei Arten von Rechten: Abwehrrechte (engl.: *liberties*) und Anspruchsrechte (engl.: *claim rights*). Unter einem *Abwehrrecht* versteht man gewöhnlich das Recht einzelner Menschen, etwas Bestimmtes zu tun, ohne dass sie andere Menschen oder der Staat daran hindern dürften. Ein typisches juridisches Abwehrrecht ist das Recht volljähriger und unverheirateter Menschen, einen Partner oder eine Partnerin zu heiraten. Wenn sich die beiden Heiratswilligen einig sind, dann darf sie niemand, sei es ein eifersüchtiger Nebenbuhler, seien es fundamentalistische Eltern oder der Staat, daran hindern, die Ehe zu schließen. Allerdings hat niemand das Recht darauf, dass der Staat ihm einen Partner oder eine Partnerin zuführt, wenn es ihm selbst nicht gelingt, ihn oder sie zu finden. Niemand darf beim Staat