

Assistierter Suizid und Euthanasie aus ethischer Sicht

Etymologisch bedeutete Euthanasie in der Antike der „sanfte Tod“, d. h. ein Tod ohne übermäßige Schmerzen. Im heutigen Sprachgebrauch ist diese ursprüngliche Bedeutung überholt. International wird unter Euthanasie „jede Handlung oder Unterlassung verstanden, die ihrer Natur nach und aus bewusster Absicht den Tod herbeiführt, um so jeden Schmerz zu beenden“. Im deutschen Sprachraum ist das Wort Euthanasie belastet durch die grausamen eugenischen Praktiken des Nationalsozialismus, sodass die Befürworter der Euthanasie sich wehren, diesen Terminus zu akzeptieren, und stattdessen von *Sterbehilfe* reden.

Ist Euthanasie Sterbehilfe?

Euthanasie ist nicht Sterbehilfe, sondern absichtliche Tötung. Kein auch noch so barmherziges Motiv, etwa wie „unnötiges“ oder „unsinniges“ Leiden ersparen, kann die lebensvernichtende Absicht des Euthanasiepraktikers veredeln. Die Verwendung des Wortes „Sterbehilfe“ für vorsätzliche Tötung enthüllt das materialistisch-hedonistische Menschenbild der Euthanasiebefürworter.

Der Wert des menschlichen Lebens

Das menschliche Leben ist die Grundlage aller Güter und zugleich die notwendige Quelle und Vorbedingung für alle menschliche Tätigkeit sowie für jegliches gesellschaftliches Zusammensein. Der Wert des Lebens steht also vor und über dem des Selbstbestimmungsrechtes, denn niemand hat sich zum Leben selbst bestimmt. Das Leben ist Gabe, Geschenk, das jegliches Selbstbestimmungsrecht erst ermöglicht. Den Wert des eigenen oder fremden Lebens unter jenen der Autonomie zu stellen, kommt einer Missachtung der unvergleichbaren Würde der menschlichen Person gleich. Der Wert des Lebens eines Menschen darf

nicht auf die Qualität einiger ausgewählter Eigenschaften reduziert werden.

Warum ist es so wichtig, das Leben zu schützen? Warum ist das Töten eines Terminalpatienten so verwerflich?

Die Tötung eines kranken Menschen ist ja nicht deshalb verwerflich, weil es auf die Länge des Lebens ankäme, nach dem Motto: Je länger, desto besser. In jedem Abschnitt des Lebens ist das ganze Leben mit seiner ganzen Würde gegenwärtig. Würde ist nicht teilbar. Einen Tag des Lebens vernichten heißt daher, dass gleichzeitig das Leben selbst, also damit auch die Person vernichtet wird.

Warum ist Selbstmord keine Selbstbestimmungshandlung?

Schon bei Kant ist der Selbstmord nicht Ausdruck von, sondern Absage an die Autonomie und Freiheit des Menschen, denn mit diesem Akt wird ja gerade das Subjekt von Freiheit und Sittlichkeit vernichtet. Der Selbstmord ist deshalb ein Akt der Selbstvergessenheit, mit welchem ein Mensch dokumentiert, dass er sich selbst nur noch als Mittel zur Erreichung oder Erhaltung wünschenswerter Zustände versteht. Versagt nun dieses Mittel, dann räumt er es selbst beiseite.

Kann die „Tötung auf Verlangen“ auf das Selbstbestimmungsrecht zurückgeführt werden?

Die „Tötung auf Verlangen“ wird mit dem unveräußerlichen Recht auf Selbstbestimmung begründet. Wäre das ernst gemeint, so müsste jeder Todeswunsch eines erwachsenen, zurechnungsfähigen und informierten Menschen sogleich erfüllt werden. Das verlangt aber tatsächlich niemand. Immer wird die Einschränkung gemacht, aktive Sterbehilfe dürfe

nur gewährt werden, wenn die Gründe für den Todeswunsch „rational“ seien. Rational oder nachvollziehbar heißt es für diejenigen, die diese Hilfe leisten sollen. Und als nachvollziehbar gilt für viele ausschließlich der Grund unheilbarer Krankheit oder ein als sinnlos erfahrenes Leben. Eine solche Einschränkung hat nun aber mit dem Prinzip der Selbstbestimmung nichts zu tun, ja sie widerspricht ihr sogar. Denn die Befürworter der Euthanasie geben von sich aus vor, unter welchen Bedingungen eine Tötung erlaubt sein soll. D. h. das Konzept der Euthanasiebefürworter ist extrem fremdbestimmt. Sonst müsste man jedem Menschen das Recht einräumen, die Kriterien für die Bewertung seines Lebens selbst festzulegen. Selbstmord aus Liebeskummer, oder der sogenannte Bilanzselbstmord müssten demnach gleichrangig bewertet werden.

„Sterbehilfe“ ist nicht ein Akt der Barmherzigkeit, sondern stellt einen Akt der Entsolidarisierung dar

Wo das Gesetz es erlaubt und die Sitte es billigt, sich zu töten oder sich töten zu lassen, steht plötzlich der Alte, der Kranke, der Pflegebedürftige unter einem Rechtfertigungsdruck: Er muss nun alle Mühen, Kosten und Entbehrungen verantworten, die seine Angehörigen, Pfleger und Mitbürger für ihn aufbringen müssen.

Nicht Schicksal, Sitte und selbstverständliche Solidarität sind es mehr, die ihnen dieses Opfer abverlangen, sondern der Pflegebedürftige selbst. Er lässt andere dafür zahlen, dass er zu egoistisch und zu feige ist, den Platz zu räumen. Wer möchte unter solchen Umständen weiterleben? Aus dem Recht zum Selbstmord wird so unvermeidlich eine Pflicht zum „sozialverträglichen Frühableben“. Er drängt vulnerable Menschen in eine Opferrolle. Die Überhöhung der Autonomie und die Heroisierung des selbstbestimmten Todes übersieht die existentiell soziale Dimension des Menschen: seine fundamentale Angewiesenheit auf andere, sein Eingebundensein in Gemeinschaft, Suizid ist keine Privatsache. Kein Mensch wird für sich allein geboren, kein Mensch lebt für sich allein – und kein Mensch stirbt für sich allein (vgl. [Die Zeit, Dein Tod gehört allen, 24.1.2014](#)).

Die Freigabe der Euthanasie ist ein Druckmittel auf Schwächere

Ist das Tabu der Tötung auf Verlangen einmal gebrochen, ist der Schritt von der gesellschaftlichen Normalität zur sozialen Pflicht nicht weit. Kranke, schwache oder vulnerable Menschen fühlen sich ohnehin schon häufig als „Last“ für die anderen. Nun wächst der gesellschaftliche Druck: Die Kosten an Kraft, Zeit und Geld, die ihr Zustand verursacht, sind plötzlich abhängig von ihrem freien Willen. Sie könnten sie den anderen jederzeit ersparen.

Das Angebot des assistierten Selbstmords wäre der infamste Ausweg, den die Gesellschaft sich ausdenken kann, um sich der Solidarität mit den Schwächsten zu entziehen.

Die psychologische Forschung der vergangenen Jahrzehnte hat mittlerweile klar herausgestellt, dass Suizidgefährdete gar nicht dem Leben, sondern vielmehr dem Leiden entrinnen wollen. Wenn Prominente heute Beihilfe zum Selbstmord in Anspruch nehmen, berichten Medien geradezu euphorisch von einem „würdevollen“ und selbstbestimmten Tod, obwohl Studien klar belegen, dass dies bei gefährdeten Menschen einen Nachahmungseffekt auslösen kann (sog. „Werther-Effekt“). Die WHO hat deshalb 2008 eigene [Richtlinien zur Darstellung von Suizid in Medien](#) erlassen. Sie fordert darin Medienschaffende auf, sowohl eine „Sensationsprache“ als auch „normalisierende Darstellung von Selbstmord als Lösung für Probleme“ zu vermeiden, ebenso eine „prominente Platzierung von Geschichten über Selbstmord“ sowie eine „explizite Beschreibung der verwendeten Methode“. Was wir in unserer Zeit brauchen, ist eine neue Kultur des Sterbens und der Leidbewältigung. Diese Kultur kann jedoch nicht darin bestehen, den Selbstmord von Staats wegen zu legitimieren oder den Tod als professionelle Dienstleistung anzubieten. Hier schlägt die Sterbekultur in eine Kultur des Todes um. Hingegen sind Palliativmediziner und die Hospizbewegung die praktische und angemessene Antwort auf die neuen Herausforderungen unserer Zeit (vgl. [IMABE-Info/2014: Palliativmedizin](#)).

Kann ein geäußelter Wunsch des Patienten immer als sein eigentlicher Wille angesehen werden?

Die Erkenntnis des bevorstehenden Lebensendes löst Gefühle von Entsetzen, Schock, Angst, Wut, Verzweiflung und Depression aus. Jeder Arzt hat nach langjähriger Praxis die Erfahrung gemacht, dass schwerkranke Patienten oft den Mut verlieren und direkt oder indirekt, mehr oder wenig explizit den Wunsch äußern, „nicht weiter machen“ zu wollen. Manchmal handelt es sich nur um eine Klage, ein Hilferuf nach Zuwendung, manchmal aber um einen bedingten Wunsch („Wenn es so weiter geht, lassen sie mir...“) und manchmal um eine klare Bitte oder gar einen Befehl eines Behandlungsabbruchs. Die ärztliche Praxis und viele Untersuchungen zeigen, dass dieser Wunsch meist nicht mit dem eigentlichen Willen des Patienten übereinstimmt, und dass für gewöhnlich, sobald es den Patienten besser geht, diese froh und auch dankbar dafür sind, dass der Arzt diesen „Wunsch“ richtig eingeschätzt hat.

Zahlreiche Studien bestätigen diese Erfahrung von Ärzten und Palliativmedizin, wonach mit Todesnähe die Zustimmung von Schwerstkranken sogar zu Intensiv-Behandlungen wächst (vgl. IMABE Juni 2012: [Studie: Mit Todesnähe wächst Zustimmung zu Intensivbehandlung](#)), aber auch rechtzeitige Gespräche über das Lebensende zu einem Loslassen von überzogenen Therapieforderungen führen (vgl. Oktober 2008: [Studie: Positiver Effekt durch Gespräche übers Lebensende bei Terminalpatienten](#)).

Wer kann feststellen, ob der Wunsch des Patienten wirklich mit seinem Willen übereinstimmt?

Festzuhalten ist, dass der Arzt keine besondere Kompetenz hat, um diese Unterscheidung (Wunsch und Wille) rechtswirksam zu treffen. Er wäre überfordert, wenn man ihn dazu zwingen würde. Auf Grund der Erfahrung, dass in der Mehrzahl der Fälle dieser Wunsch nicht mit dem wirklichen Willen übereinstimmt, ist er gut beraten, medizinisch unberechtigten, weil suizidal motivierten Wünschen nach Behandlungsverzicht nicht nachzukommen, und mit geeigneter Aufklärung und Zureden den Patienten Mut zu machen.

Abgesehen davon besteht das Selbstverständnis

des Arztes darin, Leben zu schützen und keinesfalls Tötungsaufträge zu übernehmen. Man fragt sich, wie andere Berufsgruppen (z. B. die Polizei oder das Militär) reagieren würden, wenn man von ihnen verlangen würde, Selbstmordwillige zu exekutieren.

Ist jede Euthanasieregelung manipulierbar?

Die Erfahrung, dass meistens der geäußerte Wunsch nicht mit dem tatsächlichen Willen übereinstimmt, zeigt, wie manipulierbar der Wille des Patienten ist, wenn Sterbehilfe straffrei wird. Der Arzt, die Angehörigen oder andere könnten den nicht ganz ernst gemeinten Wunsch des psychisch geschwächten, schwerkranken Patienten leicht missbrauchen. Der bekannte Psychiater und Selbstmordspezialist Erwin Ringel hat Selbstmörder generell als nicht zurechnungsfähig erachtet. Darüber hinaus sinkt die Schwelle der Tötungshürde in jenen Ländern, in denen aktive Sterbehilfe legalisiert wurde, rasant (vgl. IMABE April 2012: [Euthanasie: Wie autonom sind Suizidwillige, Neugeborene und Demente?](#)): In Belgien gilt Euthanasie seit 2002 als unter bestimmten Bedingungen straffrei, inzwischen wird sie auch bei Neugeborenen und Depressiven angewendet; seit Februar 2014 haben auch Minderjährige ein Recht auf assistierten Suizid.

In den Niederlanden dürfen Ärzte inzwischen auch Demente, Depressive und Neugeborene töten („aktive Sterbehilfe“). In der Schweiz will sich die umstrittene Sterbehilfeorganisation Exit in Zukunft für einen „Altersfreitod“ engagieren. Bereits vor 10 Jahren zählten 33 Prozent der Klienten von Exit zu den lebensüberdrüssigen Gesunden.

Tun und Unterlassen. Die Unterscheidung in aktive und passive Euthanasie

Die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Euthanasie hat weite Verbreitung in der bioethischen Literatur gefunden, führt aber oft zu Missverständnissen. Oftmals wird behauptet, *aktiv* wäre die Euthanasie, wenn der Tod durch ein Tun und *passiv*, wenn er durch eine Unterlassung herbeigeführt würde. „Aktiv“ wäre die Spritze; „passiv“ wäre ein Sterbenlassen durch Behandlungsabbruch und/oder durch Stopp der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Die Verwirrung entsteht dadurch, dass man Tun mit Handlung und daher mit Verantwortung und Unterlassung mit Nicht-Handeln und keiner Verantwortung

verbindet. Dies stimmt aber nicht. Das vorsätzliche Unterlassen einer Handlung mit Tötungsabsicht ist ethisch so verwerflich wie die vorsätzliche tödliche Handlung. Hier ist zwischen Tun und Unterlassen aus ethischer Sicht kein Unterschied (vgl. Imabe-Info/2007: „[Reduktion von Therapie und Ernährung bei Terminalpatienten](#)“).

Direkte und indirekte Tötung. Kann eine tötende Handlung unter Umständen ethisch gerechtfertigt werden?

Ethisch besonders relevant ist die Unterscheidung zwischen direkter und indirekter Tötung. In der ersten wird in primär tötender Absicht gehandelt, während in der zweiten eine Handlung gesetzt wird, die von Natur aus nicht tödend wirken muss, wobei jedenfalls aber eine gute Absicht verfolgt wird (z. B. Rettung der Mutter bei einer Eileiterschwangerschaft) und eine mögliche Tötung (im obigen Fall des Kindes) nur in Kauf genommen wird. Unter gewissen Umständen kann eine Handlung, die eine voraussehbare, aber unbeabsichtigte tödliche Wirkung hat, ethisch erlaubt sein.

Muss Leben um jeden Preis verlängert werden?

Darf man unter Umständen eine Behandlung verweigern oder auf sie verzichten? Ein Behandlungsabbruch oder -verzicht kann ethisch zulässig sein, wenn die Behandlung ihren Sinn verloren hat, d. h. wenn sie nach fachkundigem Urteil weder eine Heilung noch eine Lebensverlängerung bringen kann, oder wenn diese Behandlung eine außerordentliche Belastung darstellt. Weder Behandlungsabbruch noch -verzicht bewirken eine Tötung, weil man davon ausgeht, dass auch die Behandlungsfortsetzung keine relevante Lebensverlängerung bringen würde. Man bewegt sich meistens in einer Grauzone, in der eine Lebensverlängerung von Tagen oder Wochen mit großen Anstrengungen und auf Kosten der Lebensqualität erreicht werden könnte, dies aber völlig unsicher ist. Wenn Lebensverlängern nur mehr Leidensverlängerung bewirkt, ist es in solchen Fällen ethisch vertretbar, die Behandlung auf wirksame palliative Maßnahmen zu reduzieren.

Behandlungsverzicht oder -abbruch ist dann keine direkte Tötung und meistens auch keine indirekte.

Darf eine begonnene Behandlung abgebrochen werden?

Nur wenige, die bereit wären, einem Behandlungsverzicht zuzustimmen, bringen dieselbe Bereitschaft zum Behandlungsabbruch (z. B. Abschalten einer Beatmungsmaschine) auf. Einmal begonnen, so sagen sie, darf man nicht mehr unterbrechen, weil dies mit dem Tod endet und dann einer direkten Tötung gleichkäme. Dieser Ansicht liegt die Auffassung zugrunde, dass Sterbenlassen ohne menschliches Zutun manchmal gerechtfertigt werden kann, während jedes aktive Tun im Verdacht einer direkten Tötung steht. Ist das richtig? Die Kongregation für die Glaubenslehre hat festgestellt, dass man nicht verpflichtet ist, eine Behandlung fortzusetzen, wenn diese nicht mehr sinnvoll ist. Man muss daher festhalten, dass in einer Situation, in der es sittlich erlaubt ist, auf eine Behandlung zu verzichten, es auch legitim ist, diese abzubrechen. Es handelt sich weder im einen (Behandlungsverzicht), noch im anderen Fall (Behandlungsabbruch) um eine direkte Tötung. Man ist zur Überzeugung gelangt, dass jede weitere Therapie sinnlos und der Tod nicht mehr aufzuhalten ist.

Quellen:

- Deutsche Bischöfe, Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasie, 1. Juni 1975
- Fuchs T., *Euthanasie und Suizidbeihilfe*, in Spaemann R., Fuchs T., *Töten oder sterben lassen?*, Herder (1997)
- IMABE-Info 4/97, Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht, <http://www.imabe.org/index.php?id=112>
- Kant I., *Metaphysik der Sitten*, IV, 429 ff., *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, VI, 421 ff.
- Kongregation für die Glaubenslehre, *Erklärung zur Euthanasie*, 5. Mai 1980
- Prat E. H., *Lebensqualität als Entscheidungskriterium*, *Imago Hominis* (1996); 3(2): 107-116
- Spaemann R., Fuchs T., *Es gibt kein gutes Töten*, in: Spaemann R., Fuchs T., *Töten oder sterben lassen?*, Herder (1997)

Impressum:

Herausgeber, Verleger, Hersteller: IMABE
Redaktion: E. H. Prat, J. Bonelli
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
Tel. +43-1-7153592, Fax: +43-1-7153592-4
E-Mail: postbox@imabe.org
Web: www.imabe.org
Alle bis jetzt erschienenen IMABE-Infos sind auf unserer Homepage kostenlos abrufbar.