

# Ist Autonomie am Ende gefährlich? Ein Plädoyer aus philosophischer Perspektive für ein selbstbestimmtes Sterben

Vortrag, gehalten am „Tag der Ehrenamtlichen“ des  
Hospiz- und Palliativ-Verbandes Bremen am 11. 10. 2008,  
von

Prof. Dr. Dagmar Borchers  
Angewandte Philosophie  
Universität Bremen



## 1 Einleitung

Sehr geehrte Damen und Herren!

Für die Einladung zu diesem Vortrag möchte ich mich zunächst sehr herzlich bedanken, insbesondere bei Ihrem Vorsitzenden, Herrn Prof. Dr. Ulrich Bonk. Es ist mir wirklich eine große Freude, heute hier zu sein.

Unser gemeinsames Thema, wenn ich das mal so salopp formulieren darf, ist die Frage nach einem menschenwürdigen Sterben – wie es aussehen kann und aussehen sollte, welche Rahmenbedingungen gegeben sein müssen und welche Defizite derzeit noch zu beklagen sind. Dieses Thema – die Frage danach, wie man sich sein Lebensende vorstellt und welche Gegebenheiten man sich dafür wünscht – beschäftigt ja nicht nur uns, sondern eigentlich alle oder jedenfalls die meisten Menschen irgendwann im Verlauf ihres Lebens.

Fragen, die die Grenzen menschlichen Lebens betreffen, sind immer auch sehr emotional belastet, das ist ja auch nicht verwunderlich. Es ist deshalb auch gar nicht so erstaunlich, dass zumindest die öffentlichen Diskussionen um das Thema Sterben selten wirklich sachlich und offen geführt werden, sondern häufig sehr heftig, persönlich und wenig sachorientiert. Zudem gibt es besonders in diesem Zusammenhang durchaus auch Tabus: Viele Menschen sind vor dem Hintergrund der von ihnen vertretenen Werte und der emotionalen, religiösen oder politischen Einstellungen, die sie für richtig halten, nicht bereit, über bestimmte Fragestellungen überhaupt zu diskutieren. Das muss man, zumindest wenn es sich um Privatpersonen handelt, die nicht professionell mit diesen Themen zu tun haben natürlich respektieren, es macht die Sache aber nicht einfacher.

Ich sagte eben, wir – sie als Hospizbewegung und ich als Vertreterin der Philosophie – seien beide mit dem Thema Sterben beschäftigt. Die Hospizbewegung ist Teil dessen, was man als Sterbebegleitung bezeichnet, ebenso wie die Palliativmedizin. Die Philosophie, genauer gesagt, die Medizinethik beschäftigt sich weniger mit der Sterbebegleitung, als vielmehr mit den drei großen Themenbereichen Sterbehilfe, Patientenverfügung und dem umstrittenen Hirntodkriterium. Der philosophischen Ethik geht es dabei darum, Begriffe zu klären – was versteht man eigentlich unter „Sterbehilfe“, wie grenzt man aktive von passiver Sterbehilfe ab usw. – und um die systematische Analyse von Argumenten, die für eine bestimmte inhaltliche Position jeweils angeführt werden. Es ist also nicht ihr primäres Anliegen, Antworten auf konkrete Fragen oder Lösungen für Probleme anzubieten. Sie will zunächst deutlich machen, welche normativen oder deskriptiven Implikationen in bestimmten Annahmen stecken, welche Beweislasten mit bestimmten Positionen verbunden sind und welche Inkonsistenzen möglicherweise zwischen verschiedenen Werthaltungen bestehen können, die wir gleichzeitig vertreten. Philosophen sind, grob gesagt, nicht Experten für Sachfragen, sondern Experten für Argumente und Argumentationen. Natürlich vertreten Philosophen in Hinsicht auf die Modalitäten der Sterbehilfe oder in Bezug auf das Hirntodkriterium auch dezidierte normativ-ethische Positionen, aber ihre ethische Expertise beruht nicht auf eigener empirischer Forschung oder privilegierter metaphysischer Erkenntnis, sondern auf der intensiven Auseinandersetzung mit den jeweils zentralen Begrifflichkeiten und Argumenten. Nur vor diesem Hintergrund können sie beanspruchen, etwas sinnvolles und eventuell auch hilfreiches zur ethischen Debatte beizutragen.

Die Arbeit der Hospizbewegung ist offensichtlich mit sehr existenziellen philosophischen Fragen verbunden: metaphysischen Fragen nach dem Sinn des Lebens, des Todes und des Sterbens, von denen auch Philosophen nicht meinen, darauf eine letzte Antwort zu haben, sowie etwas „einfachere“ Fragen danach, was eigentlich Lebensqualität am Ende des Lebens ausmacht und wie man es schafft, Leid zu vermeiden und Selbstbestimmung am Ende des Lebens zu befördern. Der kleinste gemeinsame Nenner zwischen denen, die sich mit Sterbebegleitung und denen, die sich mit Fragen der Sterbehilfe, zu der im weitesten Sinne neben der aktiven, der passiven und der indirekten Sterbehilfe auch der assistierte Suizid zu rechnen ist, ist sicherlich das schon genannte Bestreben, Leid zu vermeiden. Es ist aber nicht immer ganz klar, was das genau heißt und zu welchen Maßnahmen das berechtigt. Und um das zu klären, braucht es meines Erachtens eine offene, möglichst sachlich geführte Diskussion, an der sich alle beteiligen, die mit dem Thema Sterben befasst sind: Sterbebegleiter wie Sie, Palliativmediziner, Gerontologen und Mediziner verschiedener anderer Fachrichtungen, Philosophen, Theologen, Pfleger und Pflegewissenschaftler und auch Politiker. Mir ist es wichtig, dass wir uns gegenseitig mit Informationen und Anregungen weiterhelfen und uns nicht gegeneinander ausspielen lassen oder uns wechselseitig die Expertise oder den guten Willen absprechen. Mein Vortrag versteht sich als ein Beitrag zu diesem Austausch.

Ich möchte zunächst auf den Begriff der Selbstbestimmung (Autonomie) im Kontext der Diskussion um würdiges Sterben eingehen. Dabei möchte ich zeigen, wie schwierig es ist, überhaupt eine klare und präzise Vorstellung davon zu gewinnen, was (Patienten-)Autonomie eigentlich ausmacht. Vor dem Hintergrund meines Plädoyers für umfassende Autonomie am Lebensende möchte ich ihnen dann die ethisch-philosophische Debatte um aktive und passive Sterbehilfe vorstellen, um schließlich eine Antwort auf die Frage zu formulieren, ob Autonomie am Ende gefährlich ist und dabei besonders auf den assistierten Suizid eingehen. Meines Erachtens gibt es vor dem Hintergrund der generellen Idee, dass Menschen auch das Ende ihres Lebens möglichst selbstbestimmt gestalten sollten, gute Gründe für eine Liberalisierung der Sterbehilfe, und ich möchte zu bedenken geben, ob nicht neben der Patientenverfügung vor allem der assistierte Suizid verdient, als Möglichkeit, das eigene Sterben zu gestalten, ernsthaft und sorgfältig diskutiert zu werden, trotz der offensichtlichen Schwierigkeiten, die mit dieser Praxis verbunden sind oder verbunden sein könnten.

Sie hatten die Idee geäußert, hinterher in kleineren Gruppen einzelne Aspekte noch zu diskutieren – das finde ich sehr schön. Schließen werde ich also mit einem Vorschlag, wie wir diese vertiefende Diskussion strukturieren könnten.

## **2 Autonomie in der Debatte um würdiges Sterben**

„Gegenwärtig sterben Patienten immer seltener zu Hause, immer häufiger in Krankenhäusern oder Pflegeheimen.“ schreibt die Medizinerin Bettina Schöne-Seifert „Dies ist einer der Gründe dafür, dass menschliches Sterben in unseren Tagen einsamer vonstatten geht als wohl jemals zuvor. Aber auch andere – miteinander zusammenhängende – Faktoren haben das Sterben, seine Umstände und seine Wahrnehmung nachhaltig verändert: die zunehmende Säkularisierung des Sterbens, die fortschreitende Auflösung familiärer Lebensformen, die rasant gewachsenen Möglichkeiten, das Sterben bis in Phasen hochgradigen körperlichen und geistigen Verfalls aufzuschieben, die zunehmende Zahl von Patienten, die dank medizinischer Diagnostik und Prognostik um eine bei Ihnen bestehende unheilbare Krankheit wissen und schließlich das Arzt-Patienten-Verhältnis heutiger Prägung, in dem über das Sterben doch wohl weitgehend geschwiegen wird.“

Diese Situation – so Schöne-Seifert völlig richtig – führt zu einem erhöhten Diskussions- und Handlungsbedarf, der aber wiederum heterogene Desiderate generiert. Sie schreibt:

„Vereinsamung und Mangel an Selbstbestimmtheit in Fragen des eigenen Sterbens sind die beiden Hauptvorwürfe der vielen Kritiker im neuerlichen Kampf um die ‚Würde‘ im Sterben. In ihrer Antwort auf die Problematik teilen sie sich – oft hochgradig emotional – in zwei Lager: Die einen möchten ausdrücklich nur die psychosozialen Umstände des Sterbens zum Besseren verändert sehen; die Gegenseite andererseits mahnt ein moralisches und juridisches Recht auf weitergehende Sterbehilfe an, als sie bisher praktiziert wird und werden darf. Glücklicherweise hat in den letzten Jahren eine Bewegung eingesetzt, die sich für eine Verbesserung der Palliativmedizin und die Ermöglichung von professioneller Sterbebegleitung zu Hause oder in Hospizen einsetzt, um so das Sterben wieder menschlicher zu machen. Dieses ohne Frage äußerst begrüßenswerte Programm steht aber offensichtlich in keiner notwendigen Opposition zu jenen Überlegungen, welche als ultima ratio einen weitgehenden Therapieverzicht, aktive Sterbehilfe oder ärztliche Beihilfe zum Suizid zugelassen wissen wollen [...] Es ist gewiss unrichtig zu glauben, dass der Ruf nach mehr Selbstbestimmung im Sterben dann verstummen würde, wenn jedermann die bestmögliche und umfassendste Betreuung, verbesserte Schmerztherapie und größere Zuwendung erhielte.“

Was aber heißt „Selbstbestimmung“ eigentlich in diesem Zusammenhang? Dem Anspruch nach ist der Mensch ein selbstbestimmtes Wesen. Das heißt: Wir wollen selbst darüber entscheiden, wie wir leben wollen und welche Werte und Ziele für uns persönlich eine Rolle spielen sollen. Allgemein bezeichnet „Selbstbestimmung“ die Fähigkeit des Menschen, gemäß eigener Einsicht zu handeln. Selbstbestimmung heißt damit immer auch Abgrenzung – der Mensch bestimmt sich selbst, und er tut das, indem er sich handelnd auf der Basis eigener Entscheidungen auf eine Zielsetzung festlegt und damit nach außen dokumentiert, wer er sein will, und was ihm wichtig ist. In diesem Begriff gehen Freiheit und Vernunft der Sache nach eine enge Verknüpfung ein: Der Mensch versteht sich selbst als ein Wesen, das zu rationalen Erwägungen, zum Erkenntnisgewinn in der Lage ist und das darüber hinaus sein Handeln und seine Entscheidungen an diesen Erkenntnissen ausrichten kann und will. Menschen wollen ihre Ideen und Wünsche verwirklichen und umsetzen, ohne von außen unterdrückt und bedrängt zu werden. Selbstbestimmung (Autonomie) ist damit das Gegenstück zur Heteronomie, zur Fremdbestimmung.

In diesem Sinn ist Selbstbestimmung identisch mit reflektiertem, absichtvollem und zielgerichtetem Handeln einer ihrer selbst bewussten Person. Selbstbewusstsein, Rationalität, Personsein und Freiheit sind Begriffe, die sich im unmittelbaren Kontext des Selbstbestimmungsbegriffes bewegen und alle auch präzisiert und geklärt werden müssen, wenn man sich für eine bestimmte Interpretation dieses Terminus stark machen möchte.

Freiheit von inneren und äußeren Zwängen ist ein wesentlicher Aspekt unseres Verständnisses von selbstbestimmtem Handeln. De facto sind unsere Entscheidungsspielräume natürlich begrenzt: Die Liste der Dinge, die wir nicht selbst entschieden haben, ist lang: Zeitpunkt, Ort und Gegebenheiten unserer Geburt, unsere Familienverhältnisse, wie wir aussehen und was wir für Talente, Schwächen und Charaktereigenschaften haben und so weiter.

Unser Familienstand, unser Wohnort, unsere berufliche Tätigkeit - bei all dem hat auch der Zufall seine Hand im Spiel gehabt; er spielt eine größere Rolle in unser aller Leben, als uns lieb ist. Erstaunlich also, was wir alles nicht selbst bestimmt haben in unserem Leben - sogar ganz entscheidende Dinge sind dabei.

Immer schon haben Philosophen auf diese eigentümliche Spannung zwischen Selbstbestimmung und Fremdbestimmung in unserem Leben hingewiesen; Martin Heidegger spricht von der Polarität zwischen Geworfenheit und Entwurf. Und so müssen wir konstatieren: Auf die Randbedingungen unserer Existenz, etwa die Tatsache, dass wir zerbrechliche, sterbliche Wesen sind, ja, dass uns der Tod gewiss ist, haben wir keinen Einfluss. Das Was ist uns von der Natur vorgegeben. Aber das Wie können wir beeinflussen. Und genau das wollen wir zum Beispiel mit der Patientenverfügung tun: Wir wollen festlegen, welche medizinischen Maßnahmen wir noch für angemessen, sinnvoll und wünschenswert halten und welche wir ablehnen.

Schon in der Antike hat der Gedanke, dass sich der Mensch im Unterschied zu Tieren und Pflanzen und in Abgrenzung zu determinierten Abläufen in der Natur nicht lenken lässt, sondern selbst seine Ziele setzt, eine zentrale Rolle im philosophischen Diskurs über das Wesen des Menschen gespielt. Er zieht sich dann durch die gesamte Philosophiegeschichte, weniger präsent im Mittelalter, zentral in der Aufklärung und im 19. und 20. Jahrhundert. Natürlich muss man hier Immanuel Kant erwähnen. Für unseren Kontext ist allerdings weniger sein Verständnis des Prinzips der Autonomie einschlägig, demzufolge ein vernunftgeleiteter Wille sich dadurch auszeichnet, sich dem objektiven und allgemeinverbindlichen moralischen Gesetz zu unterwerfen; als vielmehr der Kant der berühmten Schrift „Was ist Aufklärung?“ von 1783, in der es heißt: „Faulheit und Feigheit sind die Ursachen, warum so ein großer Teil der Menschen, nachdem die Natur sie längst von fremder Leitung frei gesprochen, dennoch gerne zeitlebens unmündig bleiben und warum es anderen so leicht wird, sich zu deren Vormündern aufzuwerfen. Es ist so bequem, unmündig zu sein. habe ich ein Buch, das für mich Verstand hat, einen Seelsorger, der für mich Gewissen hat, einen Arzt, der für mich die Diät beurteilt, usw.; so brauche ich mich ja nicht selbst zu bemühen. Ich habe nicht nötig zu denken, wenn ich nur bezahlen kann; andere werden das verdrießliche Geschäft schon für mich übernehmen. Daß der bei weitem größte Teil der Menschen (darunter das ganze schöne Geschlecht) den Schritt zur Mündigkeit; außer dem das er beschwerlich ist, auch für sehr gefährlich halte; dafür sorgen schon jene Vormünder, die die Oberaufsicht über sie gnädigst auf sich genommen haben.“<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Kant 1783: S. 1.

Bis heute gibt es in der Philosophie eine Diskussion darüber, wann genau man sagen kann, ein Mensch handele selbstbestimmt, und welche Kriterien hier angemessen sein könnten. In unserem Kontext geht es grundsätzlich eher um ein Verständnis von Selbstbestimmung, wie es in liberalen Demokratien schon durch die Menschen- und Grundrechte formuliert wird: die Freiheit des Gewissens, des Denkens, Sprechens und Urteilens, der Entscheidungen über Lebensformen und Lebenspläne, also das Bemühen im Sinne Kants, mir nicht von anderen sagen zu lassen, was ich in meinem Leben tun oder wertschätzen soll, sondern darüber selbst zu entscheiden. Im medizinischen Kontext ist das natürlich nicht einfach, und so findet sich in der Medizinethik eine Debatte über den genauen Zuschnitt dessen, was man als „Patientenautonomie“ bezeichnet. Worin besteht sie? Wann ist sie gegeben? Und welche Faktoren stehen ihr möglicherweise entgegen? Hier gilt es, den richtigen Mittelweg zu finden zwischen zu hohen Konsistenz-, Kohärenz- und Rationalitätsforderungen auf der einen Seite, die viele Menschen einfach überfordern würden und damit unrealistisch sind, und zu schwachen Forderungen auf der anderen Seite, die möglicherweise mehr als „autonome Entscheidung“ akzeptieren, als eigentlich gut für den Patienten ist. Der als „Standardauffassung“ bezeichneten Position der Medizinethiker Faden und Beauchamp zufolge muss die Zustimmung eines Patienten mehrere Kriterien erfüllen: Sie muss zunächst eine bewusste oder absichtliche Handlung sein und vom Akteur als Legitimierung oder Ablehnung eines Eingriffs verstanden werden. Der betreffende Patient muss (a) entscheidungsfähig oder kompetent sein, (b) so informiert sein, dass er versteht, worum es geht und (c) seine Entscheidung ohne steuernde Einflussnahme durch andere Personen fällen und sie ebenso geltend machen<sup>2</sup>. Die Forschungsgruppe klinische Ethik unterscheidet sogar noch differenzierter zwischen Schwelenelementen (Kompetenz zu verstehen und zu Entscheiden, Freiwilligkeit), Informationselementen (Diagnose, Prognose und Optionen), Beziehungselementen (Vertrauen, Respekt, Fürsorge) und schließlich den Zustimmungselementen (Entscheidung und Autorisierung) einer selbstbestimmten Entscheidung. Damit ist zugleich auch klar, dass Patientenautonomie ohne die Mitwirkung des Arztes nicht möglich ist: insbesondere die Informations- und die Beziehungselemente verlangen einen engagierten und verantwortungsbewussten Arzt, der das Prinzip der Fürsorge in den Mittelpunkt seiner Arbeit stellt. Autonomie ist also ein anspruchsvolles Unternehmen: Sie braucht Fürsorge (von Seiten des Arztes); sie braucht aber auch Mut und Konsequenz auf Seiten des Patienten, ebenso wie Verantwortungs- und Kommunikationsbereitschaft und Offenheit, denn schließlich müssen die eigenen Entscheidungen vom Entscheider auch vertreten, d. h. erklärt und durchgesetzt werden. Es geht darum, ggf. Verständnis für sie bei Angehörigen, Medizinern und Pflegepersonal zu wecken und deutlich zu machen, warum man so entschieden hat. Sich zu entscheiden und sich dann zu verstecken, das geht nicht. Ein Weg, diese Entscheidungen festzuhalten, ist die Patientenverfügung.

Entscheidungen über die Modalitäten des eigenen Sterbens treffen zu wollen, braucht sehr viel Mut. Es gibt nämlich möglicherweise ein Problem der kognitiven Überforderung. Es ist mühsam und schwierig, an die erforderlichen Informationen zu kommen, sie zu verstehen und sie zu bewerten. Außerdem ist es auch nicht gerade erfreulich, sich die möglichen Krankheitsverläufe im speziellen und den persönlichen Sterbeprozess im allgemeinen und im Detail vor Augen zu führen. Auf einmal wird

---

<sup>2</sup> Vgl. auch Schöne-Seifert 2007: S. 43f.

sehr konkret, was wir bisher aus guten Gründen im diffusen Licht der Ignoranz belassen haben. Also könnte es auch ein Problem der emotionalen Überforderung geben. Beide Hürden zu überwinden, ist eine Herausforderung, der wir uns stellen müssen, wenn wir etwa eine Patientenverfügung aufsetzen wollen.

Ein großes Problem hinsichtlich der Verbindlichkeit unserer Entscheidungen über unser Sterben besteht darin, dass sich die Meinung des Patienten ändern kann und er - etwa durch sein Verhalten während des Krankheits- bzw. Sterbeprozesses - erkennen lässt, dass er durchaus noch ein Interesse am Weiterleben hat und lebensverlängernde Maßnahmen, entgegen seiner schriftlich festgehaltenen Äußerungen möglicherweise doch begrüßen würde. Das ist ein ernstes Problem, beispielsweise im Fall einer Demenzerkrankung. Wir können nicht mit absoluter Sicherheit sagen, wie wir wirklich in der Situation empfinden und entscheiden würden. Unsere Jetzt-für-dann-Präferenzen könnten von unseren Dann-für-dann-Präferenzen abweichen. Natürlich gibt es Mittel und Wege, das Irrtumsrisiko möglichst klein zu halten: Wir müssen uns eben in regelmäßigen Abständen mit unserer Verfügung beschäftigen und die dort getroffenen Entscheidungen überdenken. Gleichwohl bleibt ein nicht eliminierbares Restrisiko. Dies zu tragen, ist Teil der Verantwortung, die wir übernehmen müssen. Es ist auch nicht qualitativ neu - denken sie etwa an die Irrtumsrisiken, die beispielsweise mit einer Eheschließung verbunden sind! Oder einer weitreichenden beruflichen Entscheidung. Oder der Entscheidung für oder gegen Kinder. In all diesen Fällen leben wir mit den Risiken - es ist es uns wert. Warum sollte das etwa bei einer Patientenverfügung anders sein? Wir können die Patientenverfügung jederzeit revidieren und in allen Punkten verändern. Wir können sie vernichten. Und: Wir brauchen sie gar nicht erst zu verfassen - sie ist freiwillig. Wenn wir uns also entscheiden, eine Patientenverfügung aufzusetzen, dann sollten wir uns von einer möglichen Änderung unserer Präferenzen nicht davon abhalten lassen. Freiheit ist ohne Verantwortung nicht zu haben - dies gilt auch in diesem Fall.

Zusammenfassend lässt sich folgendes festhalten: Die Selbstbestimmung ist in unseren Grund- und Menschenrechten verankert und wesentlicher Bestandteil unseres Selbstverständnisses als Menschen. Sie prägt unseren Anspruch an uns selbst ein Leben lang. Sie ist ein wesentliches Element unserer westlichen Kultur, unserer politischen Institutionen und unseres Umgangs miteinander. Wir respektieren uns wechselseitig als selbstbestimmte Wesen. Daher ist nicht zu sehen, warum die Selbstbestimmung ausgerechnet am Ende unseres Lebens in Frage gestellt oder beschränkt werden sollte. Politiker sprechen in diesem Zusammenhang häufig von „alten und kranken Menschen“ in einer Weise, die suggeriert, alte und kranke Menschen könnten nicht mehr klar denken und keine Entscheidungen mehr treffen. In vielen Fällen mag das auch richtig sein; verallgemeinern lässt sich das allerdings nicht. Entscheidungen, die die Modalitäten unseres Sterbens betreffen, sind die schwersten, die wir zu treffen haben. Sie betreffen die Zukunft und werden auf unsicherer Informationsbasis getroffen. Sie enthalten ein Irrtumsrisiko. Sie sind ab einem bestimmten Punkt irreversibel. Und sie sind mit starken Gefühlen verbunden. Sie betreffen zudem auch andere, vor allem unsere Angehörigen und uns nahe stehende Menschen. Wenn es also darum geht, Entscheidungen im Rahmen einer Patientenverfügung zu treffen oder aus aktuellem Anlass über Maßnahmen der passiven Sterbehilfe zu entscheiden, ist der Entscheider unstrittig extremen Belastungen ausgesetzt; ebenso wie jene, die diese Entscheidungen später vertreten, durchsetzen und umsetzen sollen. Ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis ist deshalb die zentrale, entscheidende Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben; ebenso wie Menschen, die einen kompetent, geduldig und verständnisvoll begleiten.

Die Selbstbestimmung am Ende des Lebens im vollen Umfang ernst zu nehmen, verlangt allen Beteiligten sehr viel ab. Es ist kein leichtes Unterfangen, das kann man nicht in Abrede stellen.

Wenn man sich die Kriterien autonomer Entscheidungen ansieht, kommt man zu der paradox anmutenden Erkenntnis, dass Autonomie dann, wenn es darum geht, die individuellen Bedingungen für ein würdiges Sterben zu formulieren, nicht im Alleingang zu haben ist, sondern dass sich individuelle Selbstbestimmung in vielen Fällen als ein Joint-Venture aus eigenen Wünschen und Interessen, Informationen vom Arzt und vor allem auch dem Austausch mit Nahestehenden präsentiert. Eine Absicht, eine eigene Meinung formt sich in Dialogen, in der Kommunikation mit anderen. Autonomes Entscheiden ist der Sache nach kein einsames Entscheiden. Diese Erkenntnis ist wichtig für die Kontroversen, die in Bezug auf die Sterbehilfe und den assistierten Suizid geführt werden. Die philosophische Sterbehilfedebatte möchte ich Ihnen jetzt kurz vorstellen.

### **3 Warum könnte Autonomie am Ende gefährlich sein?**

Die philosophische Debatte um das Sterben kann um vier große Themenkreise herum gruppieren:

1. Die Debatte um Sterbehilfe, die ich gleich etwas genauer skizzieren werde,
2. die Debatte um die Reichweite und die möglichen Probleme der Patientenverfügung, in der es darum geht, Nutzen und möglichen Schaden einer solchen Verfügung auszuloten und gegeneinander abzuwägen. Skeptiker fragen sich, ob es wirklich möglich ist, alle denkbaren Krankheitsverläufe im Vorhinein zu erfassen und genau anzugeben, wie man in diesem Fall dann jeweils entscheiden möchte. Dazu braucht man nicht nur sehr viele, detaillierte Informationen, sondern auch die Bereitschaft, sich genau festzulegen. Ein zweiter Einwand betrifft denn auch die Frage, was passiert, wenn ein Mensch beispielsweise verfügt hat, auch leicht behandelbare Krankheiten etwa im Falle einer Demenz nicht mehr zu behandeln; sich dann aber offensichtlich als demenzkranker Patient sehr wohl fühlt und den Eindruck macht, sein Leben zu genießen. Soll man seiner Verfügung folgen? Hier stellen sich gravierende philosophische Fragen nach der Kontinuität der Person, der Beurteilung von Präferenzen dann und jetzt sowie Fragen nach den Grenzen paternalistischen Handelns und der (Patienten-)Autonomie.
3. die Debatte um die Moral und die Rationalität des Suizids, bei der es darum geht, sich zu fragen ob und unter welchen Umständen eine Selbstötung als moralisch akzeptabel gelten sollte. Diese Diskussion wird seit der Antike in der Ethik geführt und ist in ihrem Verlauf natürlich immer stark von den jeweiligen weltanschaulichen und religiösen Hintergründen der beteiligten Denker geprägt worden. Heute, in einer säkularen Gesellschaft, hat sie ein wenig an Brisanz verloren und stellt sich insbesondere im Kontext der Frage, ob und wann es moralisch legitim sein könnte, Beihilfe zu einem Suizid zu leisten und ob die derzeitige rechtliche Regelung reflexionsstabil sei.
4. und schließlich die Debatte um das Hirntodkriterium. Hier geht es, wie Sie sicherlich wissen, um die Frage, wann wir einen Menschen für tot erklären wollen. Das Hirntodkriterium spielt eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit der Organspende. Es ist allerdings nicht unumstritten, u. a. deswegen, weil es

Angehörige und Pfleger emotional sehr belasten kann, einen Menschen als tot akzeptieren zu sollen, der noch äußere Anzeichen eines lebendigen Organismus zeigt, obwohl lebenswichtige Areale seines Gehirns bereits unwiederbringlich zerstört sind.

Autonomie und ihre Bedeutung am Ende des Lebens wird vor allem im Zusammenhang mit der Sterbehilfe, dem assistierten Suizid sowie der Patientenverfügung thematisiert. Welche ethischen Prinzipien konfliktieren ganz allgemein in der Auseinandersetzung zwischen Vertretern und Gegnern dieser Praktiken? Die Befürworter der Sterbehilfe, des assistierten Suizids und einer verbindlichen Patientenverfügung berufen sich in der Regel auf zwei Prinzipien: das des Respekts vor der Autonomie des Patienten, der im Fall der freiwilligen Sterbehilfe ausdrücklich fordert (oder nachweislich gefordert hat), dass sein Leben beendet werden möge und das Prinzip des Wohltuns, denn es ist das Leid des Patienten bzw. dessen Beendigung, das die Beförderung und Anwendung dieser Praktiken motiviert. Die Gegner machen eine Vielzahl von Bedenken geltend, die sich im wesentlichen unter dem Dach des Prinzips des Nichtschadens versammeln lassen. Vier ihrer Bedenken kann man unter folgenden Überschriften subsumieren: Missbrauchsgefahren, Schiefe-Bahn-Argumente, eine Belastung des Arzt-Patienten-Verhältnisses sowie Irrtumsrisiken. Sie sollen nun kurz erläutert und kommentiert werden.

Missbrauchsgefahren:

Viele Menschen reagieren ärgerlich und ablehnend auf die Forderung insbesondere einer Debatte über die aktive Sterbehilfe, weil sie meinen, dies verbiete sich vor dem Hintergrund der historischen Erfahrung des Euthanasieprogramms im Dritten Reich. Diese Erfahrung lehre nicht nur, welche Missbrauchsreserven diese Praxis beinhalte; sie verbiete darüber hinaus jedes Nachdenken über eine Reform der Sterbehilfe. In Deutschland ist die Debatte also auch aus historischen Gründen stark belastet – hier muss es immer auch darum gehen, sich gegen die Euthanasie-Erlaubnis der Nationalsozialisten abzugrenzen und deutlich zu machen, dass die heutige Debatte damit nichts zu tun hat und unter völlig anderen Vorzeichen geführt wird. Dies allerdings sollte meines Erachtens inzwischen hinreichend klar sein – wer hier immer noch Querverbindungen herstellt, muss sich dem Verdacht stellen, er handele böswillig und versuche, die Diskussion insgesamt dadurch zu verhindern, dass er sie diskreditiert. Über die absolute moralische und rechtliche Verwerflichkeit des Euthanasieprogramms besteht nicht der geringste Zweifel. Allerdings liegen der aktuellen Debatte grundlegend andere Motive, nämlich die Leidvermeidung zugrunde. Hier geht es immer um das Wohl des Patienten und darum, seinem eigenen Willen zu entsprechen und somit seine Autonomie auch am Lebensende zu respektieren. Um falsche Assoziationen und damit Irritationen oder Missverständnisse zu vermeiden, ist es aber sinnvoll, den Begriff „Euthanasie“ in der aktuellen Debatte zu vermeiden. In der philosophischen Sterbehilfedebatte geht es demzufolge zunächst einmal darum, den Begriff zu definieren.

Eine meiner Ansicht nach sehr bündige und plausible Definition stammt von dem Düsseldorfer Moralphilosophen Dieter Birnbacher. Er schreibt: „Sterbehilfe – als Nachfolgebegriff für den historisch beschädigten Begriff der Euthanasie – ist durch ihren Ausführungsmodus und ihren Zweck definiert: Sie besteht entweder in einem Töten (aktive Sterbehilfe) oder einem Sterbenlassen (passive Sterbehilfe) und zielt auf die Minderung des Leidens eines anderen. Durch diese Bestimmungen ist die

Sterbehilfe sowohl von Tötungen zu anderen Zwecken als auch von der bloßen Beihilfe zur Selbsttötung abgegrenzt.“<sup>3</sup>

Eine These der Gegner ist, dass sich für die Gesellschaft aus der aktiven Sterbehilfe oder im Kontext des assistierten Suizids ein Schadenspotential ergibt, etwa im Hinblick auf einen möglichen Missbrauch dieser Praxis durch böswillige Personen, etwa Angehörige oder Ärzte. Es wird argumentiert, dass ein starker Tötungswunsch sich sehr leicht in Formen aktiver Sterbehilfe manifestieren kann; dass dadurch also ein Mittel bereit gestellt wird, das ebenso hochgefährlich sein kann wie der väterliche Waffenschrank für den psychisch labilen Jugendlichen. Nach Meinung der Befürworter ist allerdings nicht zu sehen, warum man diese Beurteilung teilen sollte. Gerade wenn böse Absichten im Spiel sind, lassen sich passive Formen wesentlich leichter als wohlmeinend und vernünftig kaschieren. Außerdem ist die Hemmschwelle hier viel niedriger, denn Unterlassungen sind in der Regel für den Akteur unverfänglicher als aktives Tun. Da zudem jede Instantiierung aktiver Sterbehilfe oder die Zulassung und Organisation eines Suizids ein äußerst aufwendiges mehrstufiges Verfahren mit vielen Beteiligten bedeuten würde, sollte ein Missbrauch durch üble Absichten einer Person weitestgehend ausgeschlossen werden können. Für die Befürworter kommt es auf die Gestaltung der Entscheidungsprozesse an, weniger auf die Form der Sterbehilfe selbst. Die unter Rückgriff auf das Prinzip des Nichtschadens vorgebrachten Bedenken zeigen eines sehr deutlich: Es ist wichtig, dass die Verantwortung in jedem Fall auf viele Beteiligte verteilt wird und dass — auch bei einem unmissverständlichen Wunsch des Patienten — alle Betroffenen im Rahmen eines gut organisierten und strukturierten Diskussions- und Entscheidungsprozesses ihren Standpunkt entwickeln und vertreten können. Nur wenn am Ende eine reflexionsstabile Form von Einigkeit herrscht, wird man Schädigungen bei Patient, Arzt und Angehörigen vermeiden können.

Bereits jetzt werden diejenige Organisationen, die die eine Suizidbegleitung anbieten, argwöhnisch beobachtet, insbesondere dann, wenn die Anspruchnahme ihrer Dienstleistung mit hohen finanziellen Aufwendungen verbunden ist. Natürlich muss es hier darum gehen, durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen

1. dass die Entscheidung im eben erläuterten Sinne autonom getroffen wurde. Dafür bietet es sich an, die Regelungen des Death with Dignity Act, die in Oregon offensichtlich funktionieren, zu diskutieren und kritisch auszuwerten.
2. dass die Organisation, die ihm die Umsetzung seines Wunsches ermöglicht nicht vom Wunsch des Patienten profitiert;
3. dass kompetente Personen, am besten natürlich Mediziner, freiwillig und ohne moralische oder rechtliche Sanktionen befürchten zu müssen, ihre Unterstützung anbieten können.

Schließlich könnte es auch sein, dass die Gesellschaft als Ganzes Missbrauchsgefahren evoziert, im Zuge einer schleichenden Entwicklung, in der es beispielsweise aus ökonomischen Erwägungen heraus zu einem Druck auf Patienten kommt, keine langwierigen und kostspieligen medizinischen Maßnahmen mehr in Kauf zu nehmen. Es wäre auch möglich, dass es zu Diskriminierungen von bestimmten Gruppen kommt, etwa Alten und Behinderten. Diese Gefahren sollte man nicht bagatellisieren. Die anstehende Diskussion hat u. a. die Aufgabe, sie sorgfältig auf ihren realistischen

---

<sup>3</sup> Birnbacher1995: S. 338. Wir werden also im Folgenden von „Sterbehilfe“ sprechen.

Gehalt hin zu analysieren. Das wird allerdings nur zum Teil in den Aufgabenbereich der Philosophie fallen.

*Schiefe-Bahn-Argumente:*

Als „Standardfall“ gilt in der Euthanasiedebatte die freiwillige Sterbehilfe, bei der ein Patient selbst um aktive Sterbehilfe ersucht oder diesen Wunsch für einen klar definierten Anwendungsfall schriftlich deklariert hat. Um die potentiellen Dammbuchgefahren zu belegen, die mit einer allgemein akzeptierten Praxis freiwilliger Sterbehilfe verbunden wären, findet sich in der Diskussion ein Schiefe-Bahn-Argument, das ebenfalls von den Gegnern der Sterbehilfe stark gemacht wird. Es thematisiert potentielle Fehlentwicklungen, die einsetzen können, wenn man die freiwillige Sterbehilfe für zulässig erklärt. Dieses Argumentationsmuster ist als prohibitiv einzuordnen. Es besagt, dass eine für sich genommen wünschenswerte Praxis moralisch abzulehnen sei, weil ihre Realisierung den Auftakt zu einer nicht wünschenswerten Praxis bilden würde: „A slippery slope argument is an argument of the following form: if you take a first step A, as a result of a sticky sequence of similar actions by either yourself or by other actors that are relevantly similar to you, step B will necessarily or very likely follow. B is clearly not acceptable. Therefore you must not take step A.“<sup>4</sup>

Die hier geäußerte Befürchtung ist, dass die Zustimmungskriterien aktiver Sterbehilfe auf Verlangen im Laufe der Zeit immer weiter aufgeweicht werden, so dass am Ende aktive Sterbehilfe ohne Verlangen tolerabel erscheint. Wenn freiwillige Sterbehilfe als moralisch unbedenkliche gesellschaftliche Praxis gilt, könnte es langfristig passieren, dass Ärzte und Angehörige auch nichtfreiwillige Sterbehilfe für moralisch vertretbar halten, wenn die Lage des Patienten aussichtslos ist, aber keine ausdrückliche Zustimmung vorliegt, und diese schließlich auch praktiziert wird. Hintergrund ist die Vermutung, dass der Gesichtspunkt der Leidensvermeidung zu dominieren beginnt und die Zustimmung selbst in ihrer Bedeutung sinkt, sodass insgesamt die Rate der nichtfreiwilligen Sterbehilfe ständig steigt.

Aber: Wie zwangsläufig ist diese Entwicklung? Befürworter verweisen darauf, dass hier die Anwendungsbedingungen der aktiven Sterbehilfe entscheidend sind; also Fragen der Kontrolle und der Organisation. Deshalb ist es ihrer Meinung nach auch sinnvoll, die niederländischen Erfahrungen genau auszuwerten. Allerdings muss man sich dann vor voreiligen, vorurteilsgetriebenen Schlussfolgerungen hüten. Der Umkehrschluss, Fehlentwicklungen in den Niederlanden belegten zuverlässig die moralische Unzulässigkeit der aktiven Sterbehilfe, ist zu einfach und etwas voreilig: Aus deskriptiven Prämissen – der Konstatierung einer problematischen Praxis in einem Nachbarland – allein folgt niemals eine normative Schlussfolgerung – nämlich die, dass diese Praxis verboten werden muss. Außerdem ist es ihrer Ansicht nach eine offene Frage, wie man die dort möglicherweise zu beobachtenden Fehlentwicklungen vermeiden könnte. Das hier entwickelte Szenario enthält allerdings eine wichtige Einsicht: Um zu verhindern, dass eine Fraktion (Ärzte, die Klinikleitung, die Gesellschaft oder die Angehörigen) „ihr eigenes Süppchen“ auf dem Rücken des Patienten kocht, müssten möglichst viele verschiedene Personengruppen systematisch in den Entscheidungsprozess eingebunden sein, die sich wechselseitig in Hinblick auf ihre motivationale Lage kontrollieren. Um diese Entwicklung zu vermeiden, braucht es Diskussionen, genaue Definitionen und wechselseitige Kontrolle.

---

<sup>4</sup> van der Burg 2001: S. 383

Im Zusammenhang mit dem assistierten Suizid ist die Befürchtung geäußert worden, dass sich eine Entwicklung ergibt, in der schließlich, am Ende der schiefen Bahn, auch Jugendlichen mit Liebeskummer dieser Weg offen steht. Auch hier ist zu fragen: Wie realistisch ist diese Befürchtung? Lassen sich solche Fehlentwicklungen, einmal erkannt, nicht durch geeignete Maßnahmen vermeiden? Ähnliches gilt für die Befürchtung, am Ende würden hilflose Menschen durch geldgierige Organisationen oder Angehörige manipuliert und zum Suizid gedrängt. Das ist nicht prinzipiell auszuschließen, müsste aber sorgfältig analysiert werden: In welchem Ausmaß ist mit solchen Szenarien zu rechnen? Wie wahrscheinlich sind sie? Und dann bleibt die Frage: Was könnte man dagegen unternehmen? Lassen sich Kontrollmechanismen entwickeln, die diese Situationen aufdecken, sodass man dann entsprechend auf den Patienten einwirken kann? Schiefe-Bahn-Argumente machen uns auf logisch mögliche, denkbare Probleme aufmerksam; nicht zwangsläufig auf wahrscheinliche und in den seltensten Fällen auf unlösbare.

#### *Belastung des Arzt-Patienten-Verhältnisses:*

Eine weitere These der Gegner besagt, dass sich für den Arzt aus der aktiven Sterbehilfe bzw. der Beihilfe zum Suizid ein Schadenspotential ergibt, das es so bei der passiven nicht geben würde, etwa im Hinblick auf sein Berufsethos oder aber in Hinblick auf seine psychische Belastung. Vom Arzt wird eigentlich erwartet, sich mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln für das Leben des Patienten einzusetzen. Nun soll er Maßnahmen ergreifen, die den Tod des Patienten aktiv herbeiführen. Für die passive Sterbehilfe spricht aus Sicht ihrer Vertreter, dass diese wesentlich leichter mit dem Berufsethos des Arztes vereinbar sei. Eine Maßnahme abubrechen, die als sinnlos oder nur noch quälend für den Patienten beurteilt werden muss, kann sehr wohl bedeuten, sich für ihn einzusetzen — ihn zu töten allerdings nie. Für die Befürworter ist allerdings die Frage, ob man das so sehen muss: Auch Maßnahmen der passiven Sterbehilfe können, wie wir gesehen haben, in Handlungen bestehen und entsprechende seelische Belastungen mit sich bringen. Auch für Unterlassungen ist man moralisch verantwortlich. Auch wenn sich der Arzt im passiven Fall Dritten gegenüber damit verteidigen kann, er hätte „den Dingen ihren Lauf gelassen“ oder er hätte es vermieden, „Gott zu spielen“ kann eine solche Entscheidung für ihn selbst psychisch belastend sein. Zudem weist der Moralphilosoph Dieter Birnbacher darauf hin, dass das Berufsethos selbst nicht unantastbar sein sollte. Gerade in Zeiten neuer technischer und moralischer Herausforderungen in der Medizin sollte diskutiert werden, was es genau umfasst und bedeutet. Das wäre auch für die Ärzte hilfreich. Die Suizidbegleitung sollte natürlich nur von Ärzten durchgeführt werden, die dies freiwillig und im Einklang mit ihren Überzeugungen tun. Zu überlegen ist darüber hinaus, ob es wirklich Ärzte sein müssen, oder ob geschultes Personal dies nicht genau so gut tun könnte.

#### *Irrtumsrisiko:*

Ein Irrtumsrisiko ist mit allen Entscheidungen über das eigene Lebensende naturgemäß immer verbunden. Wer in der Patientenverfügung bestimmte medizinische Maßnahmen ausschließt, geht das Risiko ein, dass sich in der Situation andere Präferenzen ergeben. Es ist an ihm und den ihn beratenden Personen (Mediziner, Notare, Angehörige), diese Möglichkeit vor Augen zu haben und offen anzusprechen. Ein großes Problem für Ärzte und Angehörige liegt insbesondere darin, wenn Patienten für den Fall schwerer Demenz bestimmte Maßnahmen ausgeschlossen haben, die ihr Überleben ermöglichen würden, und sie in der Situation aber den Eindruck machen, sich ihres Lebens zu freuen. Soll man den Patientenverfügungen auch dann Folge leisten? Hier gibt es in der Medizinethik derzeit Diskussionen. Man

sieht sofort, wie die Prinzipien Respekt vor der Autonomie und Nichtschaden hier kollidieren. Welches in solchen Fällen stärker zu gewichten ist, lässt sich hier nicht so einfach angeben und ist sicher stark vom Einzelfall abhängig. Die Tatsache, dass es solche Konfliktsituationen geben kann, ist meines Erachtens aber kein Grund, die Verbindlichkeit der Patientenverfügung generell zu beschränken. Das ist nämlich gleichbedeutend mit einem Misstrauen gegenüber dem Urteilsvermögen der Menschen, das ich in dieser Allgemeinheit für nicht vertretbar halte. Auch die Befürworter einer umfassenden Patientenverfügung sowie einer Reform der Sterbehilfepraxis werden nicht umhin kommen, ein Irrtumsrisiko einzuräumen — alles andere wäre anmaßend und unrealistisch. Sich der Tatsache, dass Fehlurteile passieren können, bewusst zu sein, bedeutet ihrer Ansicht nach, sich der Aufgabe zu stellen, diese durch geeignete Maßnahmen und Entscheidungskriterien zu minimieren. Der Einwand spricht lediglich für ein maximales Problembewusstsein, nicht jedoch für eine generelle Absage an Patientenverfügungen oder assistierten Suizid.

Insgesamt ist konstatieren: Nach wie vor ist die Reform der derzeitigen Sterbehilfepraxis umstritten; gute Argumente finden sich auf beiden Seiten. „Nicht alles, was wir philosophisch für richtig halten“, so Birnbacher, „ist geeignet, ohne weitere Bedenken auch zu einer sozialen Norm gemacht zu werden. Bei einer sozialen Norm müssen wir auch die gefühlsmäßigen Reaktionen bedenken, die wir selber und andere auf die Geltung einer solchen Norm haben.“<sup>5</sup> Grundsätzlich ist Birnbacher darin zuzustimmen, dass man bei der Einrichtung einer Praxis eine risikoscheue Strategie verfolgen sollte, um die aufgeführten Fehlentwicklungen möglichst zu vermeiden. Das heißt aber nicht, dass man an die derzeitige Praxis nicht rühren sollte und es bedeutet auch nicht, dass nichts verändert werden darf.

#### **4 Fazit: Ist Autonomie am Ende gefährlich?**

Die Diskussion um die Modalitäten der Patientenverfügung und die verschiedenen Varianten der Sterbehilfe sowie die Tatsache, dass passive und indirekte Sterbehilfe heute in vielen Krankenhäusern zum Alltag gehören und von Patienten und Angehörigen als sinnvolle und positive Optionen erlebt werden, zeigt, dass es in der Tat ein weit verbreitetes Bedürfnis nach etwas gibt, was die SPIEGEL-Redakteurin Beate Lakotta einmal als „Ethik des Aufhörens“ bezeichnet hat. Wir alle stehen vor der Herausforderung, herauszufinden, worin sie bestehen könnte. Wie kann und soll würdiges Sterben aussehen?

Meines Erachtens sollte eine Diskussion zu diesem Thema folgende Punkte beinhalten:

1. Es sollte von Medizinern noch transparenter gemacht werden, wann, unter welchen Umständen und mit welchen Überlegungen verschiedene Varianten der passiven Sterbehilfe und der indirekten Sterbehilfe in den Krankenhäusern vorkommen. Welche Ethik des Aufhörens wird de facto schon praktiziert, wie sieht sie aus und welchen Regeln oder Kriterien folgt man dabei? Die bereits gelebte Praxis noch genauer zu kennen, könnte interessante Anhaltspunkte für weitere Reflektionen liefern.
2. In engem Zusammenhang damit steht die derzeit recht intensiv geführte Debatte über die Patientenverfügung. Die in diesem Zusammenhang anstehenden Probleme und Schwierigkeiten müssen angesprochen und

---

<sup>5</sup> Birnbacher in Borchers/Brill/Czaniera 1998: S. 59.

sorgfältig erörtert werden. Dass es Probleme gibt oder geben könnte, ist allerdings noch kein Argument gegen eine weitreichende rechtliche Verbindlichkeit der Patientenverfügung.

3. Schließlich würde ich mir wünschen, dass wir in Deutschland zu einer sachlichen Diskussion um die moralische und rechtliche Zulässigkeit des assistierten Suizids als dritter Option neben der passiven und der indirekten Sterbehilfe zurückkehren würden, die durch spektakuläre Aktionen eher verhindert denn befördert wird. Auf den letzten Metern dieses Vortrags möchte ich Ihnen gerne noch kurz erläutern, warum ich dafür bin, dass es eine solche Option gibt.

Der Unterschied zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe ist nicht so klar und vor allem nicht so groß, wie man vielleicht denken könnte. Vor allem zwischen der indirekten und der aktiven Sterbehilfe liegt der Unterschied lediglich im Handlungsmotiv, nicht aber in den Handlungsfolgen. Wer die indirekte Sterbehilfe für ethisch völlig unproblematisch und die aktive Sterbehilfe für moralisch absolut ausgeschlossen hält, bewegt sich argumentativ auf sehr dünnem Eis. Ebenso wie derjenige, der die indirekte Sterbehilfe befürwortet, aber den assistierten Suizid ablehnt. Damit ist die Selbsttötung mit Hilfe einer Person, welche ein Mittel zur Selbsttötung bereitstellt, gemeint; dies geschieht oft in der Form, dass ein Arzt eine tödliche Dosis eines Barbiturats verschreibt und sie dem Patienten zur Verfügung stellt. Derzeit bleibt die Beihilfe zur Selbsttötung in Deutschland straffrei, die dafür geeigneten Wirkstoffe dürfen aber für diesen Zweck nicht verordnet werden (das wäre ein Verstoß gegen das Arzneimittelgesetz. Außerdem darf sich die Person nach Bereitstellung des Medikaments nicht der unterlassenen Hilfeleistung schuldig machen, weshalb sie in der Regel den Raum verlassen.) In der Schweiz ist Hilfe zur Selbsttötung nicht strafbar, sofern kein egoistisches Motiv vorliegt (Art. 115 des Strafgesetzbuches), ist aber gemäß den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) nicht „Teil der ärztlichen Tätigkeit“. Bekannt sind in der Schweiz die Organisationen Dignitas und EXIT, welche Hilfestellung und Ärzte gegen Entgelt vermitteln, um bei der Selbsttötung zu assistieren. In den Niederlanden ist die vorsätzliche Hilfe zur Selbsttötung verboten (Art. 294 des Strafgesetzbuches), allerdings nicht strafbar, wenn sie von einem Arzt unter Einhaltung bestimmter Sorgfaltspflichten begangen wurde und dem Leichenbeschauer Meldung erstattet wurde. Im US-Bundesstaat Oregon ist der ärztlich assistierte Suizid zugelassen und im Death with Dignity Act geregelt.

Eine Argumentation für die moralische Zulässigkeit des assistierten Suizids hätte zu zeigen, dass dieser aus der Perspektive des Akteurs moralisch zulässig sein kann; aber auch, dass die Beihilfe zu diesem moralisch vertretbar sein kann, wenn bestimmte Umstände erfüllt sind. Leider habe ich nicht mehr die Zeit, diese Argumentation im Detail hier auszuführen. Im Kern könnte sie folgendermaßen aussehen: Wenn eine Person an extremen Schmerzen aufgrund einer unheilbaren Krankheit leidet oder mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit voraussieht, dass diese Situation eintreten wird, kann es in einigen Fällen sein, dass ihr Tod in ihrem eigenen Interesse ist. Dies gestehen auch diejenigen zu, die passive Sterbehilfe befürworten oder indirekte Sterbehilfe tolerieren. Wenn der eigene Tod im Interesse der schwerstkranken Patienten ist und von ihr selbst gewünscht wird, dann kann auch Suizid in ihrem eigenen Interesse sein. Dieser Wunsch kann das Resultat eines selbstbestimmten Reflektionsprozesses sein. Ein Suizid, der nicht die Rechte von Dritten verletzt und nicht auf äußeren Druck zustande gekommen ist, macht die Erde nicht zu einem schlechteren Ort und ist nicht moralisch falsch. Moralisch falsch

ist die Beihilfe zum Suizid, wenn der Suizid entweder gegen die eigenen Interessen des Akteurs war oder wenn die Rechte Dritter verletzt wurden. Es sind aber Umstände denkbar, in denen diese Einschränkungen nicht gegeben sind. Dann wäre es nicht moralisch falsch, eine Person bei einem Selbstmord zu unterstützen.

Gegen den assistierten Suizid werden ähnliche Argumente angeführt wie gegen die aktive Sterbehilfe. Ein häufig vorgebrachtes Argument gegen den assistierten Suizid ist die These, diese Praxis würde gegen die Menschenwürde des Patienten verstoßen. Wer so redet, macht es sich allerdings zu einfach: Er übersieht, dass der Begriff der „Menschenwürde“ inhaltlich nicht präzise gefasst ist und verschiedene Interpretationen zulässt. Welcher man folgen möchte, ist zunächst offen und sicherlich abhängig von der Weltanschauung und den Werten, die man selbst für wesentlich hält. Die Menschenwürde ließe sich im Prinzip von beiden Seiten ins Feld führen – Befürwortern und Gegnern. Wesentliche Komponente der Menschenwürde ist die Selbstbestimmung des Menschen. Insofern kann man sehr wohl im Sinne bzw. mit dem Begriff „Menschenwürde“ argumentieren, wenn man für die aktive Sterbehilfe oder den assistierten Selbstmord plädiert. Für beide Seiten ist aber, wie man sieht, damit nicht viel gewonnen. Die Erlaubtheit oder Verbotenheit einer bestimmten Norm oder Praxis kann nicht einfach aus dem Begriff der Menschenwürde deduziert werden. Meines Erachtens legt dieser Befund nahe, diese Argumentationsstrategie gar nicht erst zu bemühen, sondern nach anderen Argumenten Ausschau zu halten.

Unsere Erkenntnis, dass Autonomie der Mitwirkung anderer bedarf, spielt hier eine besonders wichtige Rolle: Im Fokus ist bisher immer der Arzt und die Frage der Vereinbarkeit einer Mitwirkung mit seinem Berufsethos sowie die unrechtmäßige Einflussnahme Nahestehender aus unlauteren Motiven heraus; also die Befürchtung, jemand könne sich zu diesem Entschluss gedrängt fühlen. Nicht so sehr in den Blick kam meines Erachtens bisher, was es insbesondere den Angehörigen und nahe stehenden abverlangt, die Entscheidung einer Person zu einem assistierten Suizid zu akzeptieren und in einem positiven Sinne zu begleiten. Im Prozess der Willensbildung müssen sie darauf verzichten, zu manipulieren und subtilen Zwang auszuüben, wenn sie auch noch so das Bedürfnis haben, diesen Entschluss zu verhindern. Dasselbe gilt natürlich auch für die Durchführung des Vorhabens. Bis zur letzten Konsequenz eine solche Entscheidung zu akzeptieren und ggf. auch zu begleiten, ist sicherlich einer der größten Respektbekundungen, die man sich vorstellen kann.

Diejenigen, die über aktive Sterbehilfe oder zumindest über die Möglichkeit eines assistierten Suizids öffentlich nachdenken möchten und die sich diese Option für sich vorstellen könnten, sehen sich darüber hinaus häufig mit dem Vorwurf konfrontiert, sie unterschätzten die Möglichkeiten der Palliativmedizin oder verhielten sich ihren Fortschritten gegenüber ignorant. Auch dieser Vorwurf ist meines Erachtens nicht berechtigt: Es ist ärgerlich, dass Palliativmedizin und die Forderung etwa nach der Möglichkeit, einen assistierten Suizid in Anspruch nehmen zu können, immer gegeneinander ausgespielt werden. Der Verweis auf die hohen Standards in der Palliativmedizin ist kein Gegenargument gegen diesen Wunsch; auch seine Befürworter freuen sich über alle Fortschritte in der Palliativmedizin und sind dankbar dafür, dass wir in Deutschland über eine medizinische Versorgung auf so hohem Niveau verfügen. Auch wenn man das enorme Engagement der Forscher und Mediziner auf diesem Gebiet anerkennt, kann man zugleich den Wunsch nach assistierten Suizid unterstützen – geht es doch darum, die Palette der Möglichkeiten zu erweitern und die Selbstbestimmung der Patienten zu stärken. Mag es auch nur wenige Patienten geben, die trotz der Bandbreite der gut funktionierenden

Alternativen die begleitete Selbsttötung wünschen – sofern die notwendigen Kriterien für die Akzeptanz dieses Ansinnens erfüllt sind, sollte man ihm in einem seriösen, der staatlichen Kontrolle unterworfenen Verfahren nachkommen können. Ein generelles, absolutes Verbot erscheint vor diesem Hintergrund fragwürdig. Niemand wäre gezwungen, von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen, aber für viele wäre es gut zu wissen, dass ihnen dieser Weg offen steht. Vielleicht wäre ja ein positiver Nebeneffekt einer solchen Praxis, dass der Tod in unserer Gesellschaft enttabuisiert werden würde und zur Frage „Wie will ich leben?“ auch die Frage „Wie will ich sterben?“ gehört – Folge könnte insgesamt eine Humanisierung des Sterbens stehen und nicht, wie von den Gegnern der Sterbehilfe befürchtet, eine Dehumanisierung. Und mit diesem für viele sicherlich provokanten Gedanken möchte ich schließen. Vielen Dank.

### **Literatur:**

Birnbacher, Dieter (1995): Tun und Unterlassen; Stuttgart: Reclam.

Borchers, Dagmar/Brill, Olaf/Czaniera, Uwe (Hg.) (1998): Einladung zum Denken – ein kleiner Streifzug durch die Analytische Philosophie; Wien: Hölder-Pichler-Tempsky.

Kant, Immanuel (1783): „Was ist Aufklärung?“ in: Gesammelte Werke, herausgegeben von von Wilhelm Weischedel, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft; 1956–1964.

Schöne-Seifert, Bettina (2007): Grundlagen der Medizinethik; Stuttgart: Kröner.

Tooley, Michael (2005): „In Defense of Voluntary Active Euthanasia And Assisted Suicide“; in: Contemporary Debates in Applied Ethics; herausgegeben von Andrew Cohen und Christopher Heath Wellman; Oxford: Blackwell.