

Der folgende Beitrag wurde 2002 mit einem Sonderpreis der DGHS ausgezeichnet.

„Sterbehilfe und das Prinzip der Doppelwirkung“

Von Dr. med. Martin Klein

Erschienen in: wiener klinische wochenschrift (2002) 114/10-11, S. 415-421

Zusammenfassung: In den meisten Staaten der Welt ist die direkte aktive Sterbehilfe verboten. Aber viele Argumente, die für die Beibehaltung dieses Verbots angeführt werden, sind nicht stichhaltig. Dies gilt insbesondere im Vergleich mit der indirekten und passiven Sterbehilfe. Der entscheidende Punkt in dieser Frage ist nicht Aktivität oder Passivität, sondern die moralische Verantwortung desjenigen, der Effekte durch Handeln oder Unterlassen bewirkt, denn auch ein Unterlassen kann moralisch verwerflich sein.

Der zweite wesentliche Faktor ist die Berücksichtigung der Autonomie des Individuums. Die indirekte Sterbehilfe wird häufig mit dem so genannten Prinzip der doppelten Wirkung zweier Handlungen (Thomas von Aquin) begründet. Eine solche Verknüpfung erweist sich, wie ich meine, als unlogisch. Das genannte Prinzip erlaubt vorhergesehene, aber nicht beabsichtigte Nebenwirkungen einer Handlung nur dann, wenn sie unvermeidbar in Kauf genommen werden müssen. Bei der terminalen Sedierung, einem Beispiel für indirekte Sterbehilfe, ist das nicht der Fall: Hier könnte einer Hypoxämie und einer Dehydration leicht durch Beatmung und Flüssigkeitszufuhr entgegengewirkt werden. Eine moralische Unterscheidung zwischen indirekter und direkter aktiver Sterbehilfe kann somit nicht unter Berufung auf das Prinzip der Doppelwirkung gerechtfertigt werden.

Einleitung

„Das Leben der Menschen zu erhalten und wo möglich zu verlängern, ist das höchste Ziel der Heilkunst und jeder Arzt hat geschworen, nichts zu tun, wodurch das Leben eines Menschen verkürzt werden könnte. ... [Der Arzt] soll und darf nichts anderes tun, als Leben zu erhalten ..., ob es Wert habe oder nicht. ... Und maßt er sich einmal an, diese Rücksicht mit in sein Geschäft aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar, und der Arzt wird der gefährlichste Mann im Staate“ [1].

Dieses oft zitierte Wort Hufelands ist auch heute noch ethische Richtschnur für die Mehrheit der Ärzte. International wird diese Auffassung jedoch keineswegs mehr im Konsens vertreten, wie besonders die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden, die entsprechenden Gesetzesvorlagen in Belgien oder die Legalisierung des assistierten Suizids im US-Staat Oregon deutlich machen. In Deutschland ist, anders als in Österreich, die Beihilfe zum Suizid ohnehin nicht strafbar!

Obwohl die Fortschritte der palliativen Medizin vielen sterbenden Patienten den Tod in einer Weise erleichtert haben, wie sie für die Epoche Hufelands ganz unvorstellbar gewesen wäre, kann ohne Zweifel immer noch die letzte Lebensphase grausam sein. Insbesondere bei karzinomatösen Erkrankungen, AIDS oder progressiven neurologischen Erkrankungen sterben Patienten manchmal unter großen Qualen [2], wobei therapieresistente Schmerzen nicht das Hauptproblem zu sein scheinen: Die Erfahrung in Oregon zeigt, dass die Bitte um Verabreichung eines tödlich wirkenden Medikamentes vor allem mit der Angst verknüpft ist, die individuelle Autonomie zu verlieren und die Kontrolle über die Körperfunktionen nicht mehr ausüben zu können [3].

...

Manche Patienten äußern – nicht nur aufgrund eines momentanen Überdresses – wiederholt das ernsthafte Verlangen nach einer Beschleunigung des Sterbevorganges [4, 5]. Nun ist zwar der Abbruch einer medizinischen Behandlung auf Wunsch des Patienten sogar rechtlich geboten, selbst wenn er zum Tode führt. Auch die indirekte Sterbehilfe, eindeutig eine Variante der aktiven Sterbehilfe, die dadurch charakterisiert ist, dass eine schmerzlindernde oder sedierende Substanz infolge nicht beabsichtigter Nebenwirkungen zum Tode führt, wird generell als zulässig erachtet, obwohl dies zumindest dem deutschen Strafgesetzbuch, insbesondere den Vorschriften des § 216, keinesfalls zu entnehmen ist. Die direkte aktive Sterbehilfe, also z.B. die Injektion von Kaliumchlorid, ist in jedem Fall illegal und wird in Deutschland mit bis zu 5 Jahren Haft geahndet. In Österreich ist nicht nur nach § 77 STGB die Tötung auf Verlangen strafbar, sondern, wie bereits angedeutet, auch die Beihilfe zum Suizid nach § 78. Von Theologen, Juristen und manchen, aber keineswegs allen Ethikern wie auch den offiziellen Vertretern der deutschen Ärzteschaft wird die aktive Sterbehilfe abgelehnt – insbesondere bei öffentlichen Befragungen! Anonyme Untersuchungen zeigen ein differenzierteres Bild: So bejahten knapp 20% der von Thiel und Mitarbeitern um ihre Meinung gebetenen Intensivmediziner die Frage, ob eine aktive Sterbehilfe für manche neurologisch schwerstkranke Patienten vorstellbar sei [6]. Leider wird die so wichtige Auseinandersetzung durch unnötige Emotionen angeheizt. Manche Autoren [7] – auch prominente Philosophen [8] – begrüßen sogar in wissenschaftlichen Veröffentlichungen die Anwendung körperlicher Gewalt gegenüber Andersdenkenden und versuchen, Befürworter einer aktiven Sterbehilfe in die Nähe der Ideologie des Nationalsozialismus zu rücken. Während Letztere aber das individuelle Selbstbestimmungsrecht für eines der wertvollsten Errungenschaften menschlichen Zusammenlebens halten, ging es den Nationalsozialisten um das genaue Gegenteil: Die Unterwerfung einer ihnen hörigen Masse unter einen Führerwillen, dessen erklärtes und verfolgtes Ziel gerade nicht Euthanasie im eigentlichen Wortsinn, sondern rücksichtslose Eliminierung von als minderwertig diffamierten Menschen war. Unangebracht ist auch, wenn Entscheidungen des Bundesgerichtshofs als mögliche Akzeptanz der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ gedeutet werden [9]. Durch eine solche Instrumentalisierung schrecklichster Verbrechen werden nicht nur Andersdenkende diffamiert, was schlimm genug ist. Viel wichtiger – wegen der damit verbundenen Verharmlosung der Nazi-Gräueltaten – ist die zugleich erfolgende, wenn auch unbeabsichtigte Bagatellisierung der Leiden von Holocaust-Opfern, welche im Übrigen eine solche Gleichsetzung von Nazi-Euthanasie und Sterbehilfe ablehnen [10].

Es gibt eindeutig – in der deutschen medizinischen Fachliteratur zu selten diskutierte – Gründe, die für eine Legalisierung der freiwilligen aktiven Sterbehilfe sprechen. Diese sollen im Folgenden diskutiert werden.

Nach einer Besprechung möglicher Einwände werde ich zu zeigen versuchen, dass a) der moralische Unterschied zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe eher gering ist, dass b) es dennoch nicht gerechtfertigt ist, aktive und passive Sterbehilfe normativ gleichzustellen, und dass c) kein wesentlicher Unterschied in der moralischen Bewertung zwischen aktiver und indirekter Sterbehilfe erkennbar ist. Daraus folgt, dass die gegenwärtige gesetzgeberische Orientierung in dieser Frage nicht nachvollziehbar ist und geändert werden sollte.

Einwände gegen die Freigabe der aktiven Sterbehilfe

Gegen eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe wird angeführt, dass menschliches Leben unantastbar sei; aktive Sterbehilfe gegen die Menschenwürde und das Recht auf Leben verstoße; Ärzte niemals toten dürften; ein solcher Schritt im Sinne ...

eines Dammbrochs zwangsläufig Missbrauchsgefahren mit sich bringe, die letztlich wie in der Zeit des Nationalsozialismus zur unfreiwilligen Tötung von „Ballastexistenzen“ führen könnten, sowie ein ökonomischer Druck entstehe, der alte und pflegebedürftige Menschen dazu bringe, ihrem Ableben als „kostengünstiger Lösung“ zuzustimmen. Treffen diese Argumente zu?

Der zweite Artikel des deutschen Grundgesetzes legt fest, dass jeder Mensch das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit hat. Es ist leicht einsehbar, dass man auf die Ausübung eines Rechts verzichten kann. Zwar haben wir das Recht, unsere Regierung zu wählen, wir dürfen aber zweifellos auch zu Hause bleiben und uns jeglicher politischer Aktivität, auch des Aufsuchens der Wahlurne, enthalten. Anderenfalls würde man von einer Wahlpflicht sprechen. Warum soll das Gleiche im Prinzip nicht auch für wichtigere Rechte gelten? Ist es sinnvoll, dass ein körperlich Gesunder zwar mit einer Überdosis Medikamenten einen bilanzierten Suizid begehen kann, während ein Querschnittsgelähmter, der dazu nicht in der Lage ist, sich nicht helfen lassen darf, ohne dass der Helfer fünf Jahre Haft riskiert? Und warum ist die Verweigerung dieses Wunsches mit der Konsequenz eines erzwungenen Weiterlebens (oder im Fall karzinomatöser Erkrankungen mit therapieresistenten Schmerzen eines qualvollen Todes) keine Verletzung der Menschenwürde, deren Unantastbarkeit der erste Artikel des Grundgesetzes zusagt? Ganz offensichtlich wird die begrifflich schwer zu definierende, aber in Auseinandersetzungen häufig als „Diskussionsstopper“ zitierte Menschenwürde in unserer Verfassung erst durch die Formulierung von bestimmten Grund- oder Menschenrechten, wie z.B. dem Recht auf Leben und Unversehrtheit, in Geltung gesetzt. An dieser Stelle sei erwähnt, dass hier nur von einer *freiwilligen* aktiven Sterbehilfe im ernsthaften Interesse des Betroffenen die Rede sein kann, die z.B. die Mitwirkung beim Suizid eines akut depressiv Erkrankten ausschließt. Denn in einer solchen Situation muss davon ausgegangen werden, dass ein in Ruhe gereifter und rationaler Sterbewunsch nicht vorliegt. Vernünftigerweise wird deshalb jede Bitte um Sterbehilfe von einem behandelnden Arzt einer noch genaueren Prüfung unterzogen werden als beispielsweise der (möglicherweise nicht indizierte) Wunsch, sich wegen eines Bandscheibenvorfalles operieren lassen zu wollen. Ebenso wird kein verantwortungsbewusster Chirurg den rechten Arm eines schizophren Erkrankten auf dessen Wunsch hin amputieren, nur weil der Kranke meint, der Arm sei vom Teufel an seinem Körper befestigt worden.

Schwieriger als bei schwersten Erkrankungen ohne Heilungschancen, die mit qualvollen Leidenszuständen einhergehen, ist die Bewertung beim permanenten vegetativen Status: Können wir wirklich mit absoluter Gewissheit davon ausgehen, dass in diesem Zustand keine Empfindungen mehr möglich sind [11]? Wenn dies nicht so ist, liegt die Vermutung nahe, dass das Schicksal von Menschen, die so zu leben gezwungen sind, grauenvoll ist. Viele würden vermutlich in diesem Zustand, könnten sie sich bemerkbar machen, den Tod herbeiwünschen. Da hier das Interesse des Patienten nicht zu erfragen ist, muss auf den mutmaßlichen Willen abgestellt werden. Aktive Sterbehilfe könnte nur dann erfolgen, wenn eine entsprechende – möglichst kurz zuvor verfasste – Verfügung existierte und keine Hinweise vorhanden wären, dass der Patient nach Unterzeichnung eines solchen Dokumentes seine Meinung geändert hat; oder die Aussagen der Angehörigen im Hinblick auf den Willen des Betreffenden sind glaubhaft und widerspruchsfrei. Dennoch ist in einer solchen Situation selbst bei geringen Zweifeln größte Zurückhaltung geboten.

Das Prinzip der Unantastbarkeit der menschlichen Würde bzw. des Rechts auf Leben kann also ebenso wenig wie sonstige Bestimmungen des Grundgesetzes eine substantielle Begründung für ein Verbot der aktiven Sterbehilfe liefern. Eine solche Unantastbarkeit könnte allerdings auf einer überpositiven Werteordnung basieren, die mit einem empirisch

orientierten Weltbild eines säkularen Staates zwar nicht – mit unseren religiösen Traditionen aber sehr wohl vereinbar ist. Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass der heftigste Widerstand gegen die aktive Sterbehilfe von theologischer Seite kommt. Für die katholische Kirche erwächst die Unantastbarkeit aus der Heiligkeit des Lebens, und diese wiederum begründet sich durch die Gottesebenbildlichkeit des Menschen. Eine solche Position, die ohnehin nur für Angehörige der entsprechenden Glaubensüberzeugung Verbindlichkeit beanspruchen kann, ist nicht unbedingt schlüssig: Woher will man wissen, dass – entsprechend der Position des katholischen Lehramtes – Gott zwar die Todesstrafe erlaubt [12], aber Sterbehilfe als Mord wertet [13]?

Häufig wird, oft ohne weitere Begründung, die Auffassung vertreten, Ärzte dürften niemals töten. Hierbei handelt es sich zweifellos um ein sehr schwaches Bekenntnis: In Deutschland gibt es mehr als 130 000 als Schwangerschafts„unterbrechungen“ bezeichnete Tötungen menschlichen Lebens pro Jahr.

Befürchtungen des Missbrauchs einer legalen aktiven Sterbehilfe sind prinzipiell unwiderlegbar, da es keine ethische Entscheidung gibt, die dieser Gefahr nicht ausgesetzt ist. Trotzdem gibt es Daten, die dieser Befürchtung widersprechen (s.u.). Um ein spezifisches Argument gegen die aktive Sterbehilfe handelt es sich ohnehin nicht; denn gerade die passive Sterbehilfe ist schon aufgrund ihres weitaus häufigeren Vorkommens einer Missbrauchsgefahr in viel höherem Maße ausgesetzt und müsste dann konsequenterweise verboten werden. Selbstverständlich ist es gerade für Ärzte einfach, auch indirekte Sterbehilfe in missbräuchlicher Absicht einzusetzen.

Assistierter Suizid

Der Vorwurf, eine Zulassung der aktiven Sterbehilfe oder des assistierten Suizids würden palliativmedizinische Maßnahmen konterkarieren, wenn nicht aufgrund ökonomischer Zwänge ersetzen, wobei insbesondere unterprivilegierte Mitglieder der Gesellschaft die Opfer seien, wurde in Oregon eindrucksvoll widerlegt: Die Verwirklichung des assistierten Suizids, die keinesfalls von Armen oder Nicht-Versicherten wahrgenommen wurde, und die auch von Patienten gewünscht wurde, denen Hospiz-Angebote zuteil geworden waren, ging sogar einher mit einer deutlichen Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung und nicht mit einem Ausufern der Beihilfe zum Suizid [14, 15].

Es trifft nicht zu, dass insbesondere in Deutschland die Gesetze menschliches Leben besonders effektiv gegen jegliche Form fremder Einflussnahme schützen. Denn, wie schon angedeutet, ist gemäß deutscher, nicht aber österreichischer und amerikanischer Gesetzgebung (außerhalb Oregons) die Beihilfe zur Selbsttötung straflos. Das führt dazu, dass in der Bundesrepublik jedermann im Normalfall in gewinnsüchtiger Intention Kaliumzyanid an eine 18-Jährige, unter Beziehungsschwierigkeiten („Liebeskummer“) Leidende verkaufen und diese zum Suizid überreden darf [16]. Strafrechtliche Konsequenzen sind nach Vollendung der Tat nicht zu befürchten. Es kann also ein solcher „Beihilfetäter“ um eines materiellen Vorteils willen das vorübergehende Unglück eines Menschen straflos ausnutzen. Wer dies für unzutreffend hält, erinnere sich des „Falles Atrott“, also des früheren Vorsitzenden der „Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben“, der seinerzeit wegen Verkaufs von Kaliumzyanid an Sterbewillige nicht belangt werden konnte. Allenfalls droht in einer solchen Situation eine Geldbuße wegen Verstoßes gegen Chemikaliengesetze. Fünf Jahre Haft für die Sterbehilfe auf Verlangen, aber Straffreiheit für solche Geschäfte mit dem Tod? Das kann nicht richtig sein.

Passive Sterbehilfe

„Der Behandlungsabbruch bedeutet für ihn ... [den Arzt], auf die Macht seiner Kunst zu verzichten ... Die Haltung des Arztes bei der passiven Sterbehilfe lässt sich am ehesten mit Begriffen wie Zurückhaltung, Achtung, Ehrfurcht vor dem Leben kennzeichnen“ [17]. Passive Sterbehilfe wird oft in dieser Weise mit einer sehr wohlwollenden Konnotation versehen. „Sterben lassen“ hat einen anderen Klang als „töten“. Scheinbar wird beim Sterben lassen der Natur oder dem Willen Gottes kein Hindernis in den Weg gelegt, während beim „Töten“ der Mensch wider die Natur handelt oder Gott spielt. Schon einfache Beispiele aber zeigen, dass dieser Sprachgebrauch unzulässig ist: Sterben lassen kann ebenfalls Mord oder Totschlag sein: Eine Mutter, die ihren hilflosen Säugling verhungern lässt, ist ebenso wie ein Gefängnisdirektor, der einem Inhaftierten jegliche Nahrung verweigert, des Totschlags oder Mordes durch Unterlassung schuldig. Das Merkmal der Aktivität allein kann also keine sinnvolle ethische Differenzierung rechtfertigen.

Fuchs [17] konstruiert dennoch eine „unterschiedliche Sinnstruktur“ von Töten und Sterben lassen: Das Abschalten eines Beatmungsgerätes sei Sterben lassen und nicht Töten, da ein bereits begonnener Desintegrationsprozess nicht behindert werde. Der Arzt werde also nicht zum Verursacher des Todes, sondern lasse der Natur freien Lauf. Nach dieser Logik wäre ein Anästhesist, der einen ateminsuffizienten Patienten intubiert und beatmet, zwar kausal an seiner Rettung beteiligt, nicht aber für dessen Tod verantwortlich, wenn er nach einigen Tagen die Stromverbindung des Beatmungsgerätes unterbricht. Das ist offenbar absurd. Auch wenn ein erbberechtigter Verwandter heimlich in das Zimmer des Kranken eindringt und das Beatmungsgerät abstellt, so lässt sich ein solches Verhalten schwerlich als Unterlassen einer weiteren Therapie beschreiben. Wir würden vernünftigerweise der Meinung sein, er habe einen Mord aus niedrigen Beweggründen begangen. Ganz offensichtlich erfährt der Behandlungsabbruch seine Legitimation allein durch die Übereinstimmung mit dem Patientenwillen und nicht durch vollzogene oder unterlassene Handbewegungen: Fuchs beachtet nicht, dass eine Wirkung aus der Kausalkette aller Handlungen und Unterlassungen besteht, die zu dieser Wirkung führten. Wer als Erwachsener einem dreijährigen Kind, das in einem Bach zu ertrinken droht, nicht zu Hilfe eilt, erwirkt ohne Zweifel durch seine Unterlassung eine kausal notwendige Bedingung für den Tod des Kindes (auch wenn dies z.B. in den USA nicht einmal strafbewehrt ist). Die Beziehung zwischen Arzt und Patient (oder Mutter und Kind) beinhaltet noch ein zusätzliches Element, welches die Unterlassung als ethisch verwerflich charakterisiert: Wer für das Wohl und Wehe eines anderen zu garantieren hat, macht sich der Tötung schuldig, wenn ein Nicht-Handeln den Tod des Schutzbefohlenen herbeiführt! So ist ein diensttuender Arzt, der seinen ateminsuffizienten Patienten einfach sterben lässt, ebenso wie die den Säugling nicht mit Nahrung versorgende Mutter nicht nur moralisch kritikwürdig, sondern auch im juristischen Sinn verantwortlich für Totschlag oder Körperverletzung mit Todesfolge durch Unterlassen.

Aus den vorstehenden Erwägungen kann dennoch nicht gefolgert werden, dass zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe normativ kein wesentlicher Unterschied zu erkennen sei. Es liegt nämlich zwar in der Verweigerung einer gewünschten Unterlassung (etwa Nahrungszufuhr auf künstlichem Weg gegen den Willen eines Patienten), nicht aber stets in der Verweigerung einer gewünschten Tat (aktive Sterbehilfe durch Kaliumchlorid-Injektion) eine gravierende Verletzung des Selbstbestimmungsrechtes vor [16]. Anders ausgedrückt: Die aktive Sterbehilfe ist keine Pflicht des Arztes, die durch seine Garantienstellung erwirkt wird. Deshalb besteht auch keine Gefahr, dass Ärzte zur Sterbehilfeleistung gezwungen werden könnten. Das beweist die Praxis des Schwangerschaftsabbruches, in welchem jedem Arzt die Teilnahme freisteht.

...

Indirekte Sterbehilfe

Erstaunlicherweise gibt es eine Form der aktiven Tötung, die als erlaubt gilt: die indirekte Sterbehilfe. Bekanntlich führt eine Opiat-Therapie, die zur Behandlung schwerer Schmerzen eingesetzt wird, im Normalfall nicht zu einer Lebensverkürzung [18]. Anders ist es jedoch bei der so genannten „terminalen“ Sedierung, wie sie z.B. Truog und Mitarbeiter beschrieben: Hierbei werden medikamentöse Substanzen in einer solch hohen Dosierung appliziert, dass nach einer zumeist starken Sedierung der Tod infolge Hypoxämie und Dehydration eintritt [4]. Manchmal beträgt dabei die Überlebenszeit nur 23 Stunden [91]. An der Beschleunigung des Todeseintritts kann es somit keinen vernünftigen Zweifel geben. Bei dieser indirekten Sterbehilfe handelt es sich nach Koch um eine „ärztlich durchgeführte, ja den Ärzten vorbehaltene und von diesen berufsethisch akzeptierte aktive Sterbehilfe“ [20]. Im Prinzip ist auch diese gemäß § 216 STGB bzw. § 77 des österreichischen Strafgesetzbuches verboten, woran der Hinweis, dass diese Form der Tötung „nach herrschender Meinung“ bzw. wegen einer „sozialen Adäquanz“ [21] straffrei sei, aus folgendem Grund nichts ändern kann: Das Strafrecht erkennt normalerweise durchaus auch für solche Straftaten eine Verantwortung des Täters, die als unbeabsichtigte Nebenwirkungen der Tat aufgefasst werden können. Wer eine Scheune anzündet – nicht wissend, aber in Kauf nehmend, dass ein schlafender Obdachloser in ihr verbrennt –, wird wegen eines Tötungsdeliktes – und nicht etwa nur wegen Sachbeschädigung – zur Rechenschaft gezogen. Eine Einschränkung gilt nur insofern, dass er diese Möglichkeit in Betracht gezogen haben muss, etwa weil ihm bekannt war, dass in der betreffenden Gegend häufig Obdachlose Zuflucht in Scheunen suchen. Auch wer im Straßenverkehr, eine rote Ampel übersehend, einen Menschen tötet, begeht eine aktive, wenn auch nur fahrlässige Tötung [16].

Die Handlung eines Arztes, eine tödliche Injektion zu verabreichen oder in gleicher Weise wirkende Tabletten auszuhändigen, kann den moralischen Unterschied – und eine mögliche Haftstrafe von 5 Jahren – ebenfalls nicht rechtfertigen. Denn falls der Arzt die Tabletten aushändigt, der Patient diese aber mit Wissen des Arztes einem Mitpatienten heimlich unter das Essen mischt, woraufhin dieser stirbt, so würden wir wohl keinen Zweifel haben, dass beide wegen gemeinschaftlichen und heimtückischen Mordes zur Rechenschaft zu ziehen sind. Insgesamt bleibt die im Folgenden zitierte Feststellung des deutschen Bundesgerichtshof aus dem Jahre 1996 nicht ohne weiteres nachvollziehbar: „... dass eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Maßnahme entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen ... nicht dadurch unzulässig [werde], dass sie als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenwirkung den Todeseintritt beschleunigen kann“ [22].

Das Prinzip der Doppelwirkung

Ein wichtiger Grund für die Akzeptanz der indirekten Sterbehilfe dürfte in der aus der mittelalterlichen Scholastik hervorgegangenen, aber heute noch im Katholizismus gültigen und auch von manchen säkularen Ethikern und Rechtswissenschaftlern [23] akzeptierten moraltheologischen Doktrin der doppelten Wirkung (DDW) zweier Handlungen zu erkennen sein. Dieses Prinzip wurde im dreizehnten Jahrhundert entwickelt von Thomas von Aquin [24], relativierte das bis dahin im Christentum geltende absolute Verbot der Tötung unschuldigen menschlichen Lebens und charakterisierte die Bedingungen, die es erlaubten, schlechte Nebenwirkungen bei der Verfolgung guter Ziele in Kauf zu nehmen. Bekanntlich wurde damit in früheren Zeiten z.B. die operative Entfernung eines schwangeren. Aber

...

karzinomatösen Uterus mit der Folge der Tötung des Fötus gerechtfertigt. Es ist nicht meine Absicht, die Verbindlichkeit eines solchen Prinzips wegen seines religiösen Ursprungs zu bestreiten, denn man kann ihm auch ohne Berufung auf religiöse Normen eine gewisse Plausibilität nicht absprechen. Der springende Punkt ist ein anderer: Indirekte Sterbehilfe kann nicht hierdurch gerechtfertigt werden, weil die Anwendung des Prinzips hier nicht gültig ist, auch wenn sogar offizielle Verlautbarungen des Vatikan dies postulieren [25]. Um ihm nämlich zu genügen, müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

1. Die eigentliche Handlung muss gut oder wenigstens neutral sein.
2. Die Intention des Handelnden zielt lediglich auf den guten Effekt.
Könnte der gute Effekt allein, d.h. ohne Inkaufnahme der nicht intendierten, schlechten Nebenwirkung erzielt werden, so wäre dieser Weg zu gehen.
3. Der gute Effekt wird nicht durch die schlechte Handlung erzielt.
4. Es gibt wichtige Gründe dafür, die schlechte Wirkung in Kauf zu nehmen [26].

Es ist wichtig, den zweiten Satz der 2. Klausel (Hervorhebung durch den Autor des vorliegenden Artikels) nicht zu verschweigen, wie es häufig geschieht [27]. Er besagt, dass die unerwünschten, schlechten Nebenwirkungen nicht nur unbeabsichtigt, sondern auch unvermeidbar sein müssen! Das ist nachvollziehbar: Was sollte sonst der Grund sein, eine an sich schlechte Wirkung zu akzeptieren?

Nur: Ist der Tod unvermeidbar, wenn eine Barbiturat- und/oder Opiat-Gabe zu Sedierung, Dehydration und Atemdepression führt? Die Antwort ist: Nein!

Den genannten unerwünschten Komplikationen kann man leicht therapeutisch oder prophylaktisch durch Beatmung und Flüssigkeitszufuhr begegnen. Dann braucht der Patient als Nebenfolge guter Absichten auch nicht zu sterben! Der Einwand, dass dies kein gangbarer Weg ist, wenn der Patient lebensverlängernde Maßnahmen abgelehnt hatte, ist nicht schlüssig. Denn warum soll plötzlich die Patientenautonomie eines der wichtigsten Prinzipien christlicher Ethik – das Verbot der Tötung Unschuldiger – außer Kraft setzen, wenn dies bei der direkten Sterbehilfe keinesfalls zugestanden wird und die Autonomie hier keine Rolle spielt?

Ein diesbezügliches Aufklärungsgespräch müsste etwa wie folgt aussehen: „Sie wünschen keine künstliche Beatmung, wenn dadurch Ihr Leben ‚sinnlos‘ um einige Tage verlängert würde. Möglicherweise tritt aber der Fall ein, dass wir Ihre Schmerzen nicht ausreichend behandeln können. Aufgrund unserer gemeinsamen Bejahung des Prinzips der Doppelwirkung dürften wir Ihnen trotzdem keine Mittel in der Absicht geben, Ihr Leben abzukürzen. Wenn wir Sie stark sedieren, müssen wir Sie gegebenenfalls auch beatmen. Dann leben Sie zwar etwas länger, empfinden aber keine Schmerzen.“ Es ist zu vermuten, dass unter diesen Umständen die meisten Menschen in eine Beatmung einwilligen würden.

Pauser hat kürzlich in dieser Zeitschrift den Nachweis erbringen wollen, dass die Argumente der Sterbehilfebefürworter einer näheren Untersuchung nicht standhalten [28]. Einen Großteil seines Artikels verwendet der Verfasser darauf, den Lesern die philosophischen Positionen des Konsequentialismus und des Utilitarismus sowie seine Kritik daran zu erklären, nachdem er einleitend Bezüge zu diesen Positionen seitens der Sterbehilfe-Befürworter behauptet hatte. Seine Darstellung des Konsequentialismus ist nach meiner Ansicht keineswegs überzeugend, wenn er zum Beispiel die Meinung äußert, dass es im Interesse eines konsequentialistischen Ethikers liegen müsste, einen erfolglosen Mordversuch *nicht* strafrechtlich zu ahnden, weil angeblich im Ergebnis kein Interesse verletzt worden sei. Gerade ein überzeugter Konsequentialist aber hat keineswegs ein Interesse an einer Norm, welche ungestraft Mordversuche toleriert. Immerhin erweisen sich manche Mordversuche als erfolgreich, und

ihre Nichtverfolgung würde für die Mitglieder der Gesellschaft eine höhere Lebensgefahr bedeuten. Dies aber dürfte kaum im Interesse der Betroffenen liegen.

Im Übrigen bedarf es zur Bejahung der aktiven Sterbehilfe durchaus nicht des Rückgriffs auf einen im Sinne des Präferenzutilitarismus eng gefassten konsequentialistischen Standpunkt. Man kann durchaus eine konsequentialistische Position auf individualistischer Grundlage einnehmen. In ihr findet ein individuelles Recht auf Leben seine Begründung nicht darin, dass es utilitaristisch die Befriedigung sämtlicher berührter Interessen optimiert. Eine solche Sichtweise soll vielmehr dem fundamentalen Interesse des Individuums dienen, welches unmittelbar durch dieses Recht begünstigt wird, mit der einzigen Einschränkung, dass dadurch gravierende Interessen anderer nicht verletzt werden dürfen. Die Berücksichtigung individueller Interessen, aber auch ihr Ausgleich innerhalb der Gemeinschaft, sind danach der wesentliche Schlüsselbegriff zur Regulierung der Bedingungen menschlichen Zusammenlebens. Nebenbei bemerkt scheint mir eine Forderung des allgemeinen Glücks – ein klassisches Hauptanliegen des Utilitarismus – auf diesem Weg eher en passant erfüllt werden zu können.

Obwohl Pauser den Anspruch verkündet, kritisch und rational „Für und Wider“ Argumente abwägen zu wollen, findet man eine Darstellung der „wider“ (wider die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe) Argumente nur schwerlich: Lediglich in einigen kurzen Sätzen kommt er zu dem Ergebnis, dass die „bisherige“ Ethik als Deontologie bezeichnet werde und auf Kant zurückgehe, um dann die mehr als gewagte Folgerung zu ziehen, dass mit dessen Vorstellungen zwar die passive und indirekte, keinesfalls aber die aktive Sterbehilfe zu rechtfertigen sei. Bei Letzterer handele der Arzt nämlich nicht autonom, sondern heteronom. Diese Argumentation ist äußerst merkwürdig: Handelt ein Arzt, der einen Patienten operiert, weil dieser Schmerzen hat, ebenfalls „heteronom“? Und inwieweit soll die gewünschte Heteronomie zu deontologischen Vorstellungen im Widerspruch stehen? Das kann sie ohne Zweifel nur, wenn der Arzt zu einem solchen Vorgehen gezwungen wird, was ernsthaft niemand fordern wird. Dabei bleibt unberücksichtigt, dass der Verfasser ganz offensichtlich der Meinung ist, dass die deontologische Sichtweise Kants, der er sich anschließt, einer näheren Begründung gar nicht bedarf, was selbstverständlich nicht zutrifft.

Dambruch: Glaube und Fakten

Führte die Zulassung des assistierten Suizids in Oregon oder die de facto legalisierte aktive Euthanasie in den Niederlanden zu Dambrüchen? Dies wird häufig behauptet. Die Fakten sprechen eine andere Sprache: Csef meint zwar, dass es in den Niederlanden inzwischen voreilige Tötungen depressiv Erkrankter ebenso gebe wie unfreiwillige Euthanasie [7]. Er behauptet sogar, dass dort 40,4% aller Todesfälle auf Euthanasie zurückzuführen seien. In seine Rechnung gehen alle Fälle von Behandlungsabbruch und -verzicht wie auch der indirekten Sterbehilfe ein. Aus der Tatsache, dass 1995 die Zahl der Tötungen auf Verlangen im Vergleich zu 1990 um 900 Fälle zunahm, die Zahl der unfreiwilligen Fälle aber abnahm, kann schwerlich ein Dambruch abgeleitet werden: Ebenso ist möglich, dass die Änderung der Fallzahlen mit der Bereitschaft, solche Daten öffentlich zugänglich zu machen, korreliert. Gegen einen solchen Umgang mit Daten spricht im Übrigen schon die mangelnde Vergleichbarkeit mit den schlicht nicht existierenden Zahlen anderer Länder.

Es gibt im Übrigen deutliche Hinweise, dass die Zulassung der aktiven Sterbehilfe keineswegs zu einer Zunahme ärztlicher Maßnahmen, die auf eine Beendigung des Lebens abzielen oder diese in Kauf nehmen, führen: In Australien wurde 1996, also bevor das

Euthanasie-Gesetz des Nordterritoriums zur Geltung kam, der von der so genannten Rimmelink-Kommission eingesetzte Erhebungsbogen [29] 3 000 Ärzten vorgelegt. Die Antwortrate betrug 64%. Die Bevölkerungszahlen in Australien (18 Millionen) und den Niederlanden (15,3 Millionen) sind ebenso wie die jährlichen Todesraten gut miteinander vergleichbar. Die entscheidende Frage, ob Ärzte Maßnahmen veranlasst hatten mit der Zielsetzung, den Todeseintritt zu beschleunigen, wurde in 30% oder 37 000 der Todesfälle in Australien bejaht. In den Niederlanden betrug diese Quote nur 13,3% [30]. Auch die Zahl der Tötung ohne Verlangen war in Australien weit höher als in den Niederlanden (3,5% versus 0,7%).

Nach der Einführung des „Death With Dignity Act“ im US-Staat Oregon 1997, der den ärztlich assistierten Suizid mit gewissen Einschränkungen erlaubte, zeigte sich ebenfalls kein Dambruch: Nur 140 Menschen nahmen die verschriebenen Medikamente und noch weniger machten von ihnen Gebrauch und starben zwischen 1998 und 2001. Es handelte sich keinesfalls um Arme oder Nicht-Versicherte, wie dies befürchtet worden war. Viele von ihnen waren in einem Hospiz-Programm. Dies bestritten selbst die Reporter des bis dahin dem Programm sehr kritisch gegenüberstehenden Journalisten des „Oregonian“ nicht: „It’s odd, but true, that the assisted suicide debate has created an improvement in palliative care. Opponents of suicide saw better pain relief as an alternative to letting people kill themselves“ [15].

Selbstverständlich ist richtig, dass niemals ökonomische Gründe – zum Beispiel hohe Kosten – für eine mangelhafte schmerztherapeutische Versorgung als Alibi für die aktive Sterbehilfe dienen dürfen. Es ist begrüßenswert, wenn, wie von Illhardt und Zenz berichtet, 46% sterbewilliger Patienten ihre Meinung ändern, nachdem palliativmedizinische Interventionen begonnen wurden [31]. Dies muss aber auch für die anderen 54% gelten, die offensichtlich ihre Meinung nicht geändert haben. Hierzu führt M. Angell aus: „... one of the most important ethical principles in medicine is respect for each patient’s autonomy, and when this principle conflicts with others, it should almost always take precedence“ [2].

Die Frage, ob die aktive Beendigung des Lebens erlaubt werden soll oder nicht, kann nur im Kontext eines demokratischen Diskussionsprozesses einer gut informierten Bevölkerung – auf sachliche Weise gelöst werden [32].

Danksagung

Für wertvolle Hilfe bei der Vorbereitung dieses Manuskriptes und kritische Durchsicht habe ich den Herren Professor Dr. Dr. Norbert Hoerster, Dr. Jörg Klein und Professor Erich Loewy zu danken.

Literatur

1. Hufeland, C. W. (1837): Enchiridion medicum oder Anleitung zur medizinischen Praxis. Jonas, Berlin, S. 898
 2. Angell, M. (1997): The Supreme Court and physician-assisted suicide - the ultimate right. N Engl J Med 336, S. 50-53
 3. Chin, A.E./ Hedberg, K./ Higginson, G.K./ Fleming, D.W. (1999): Legalized physician-assisted suicide in Oregon – the first year’ experience. N Engl J Med 340, S. 577-583
 4. Truog, R. D./ Berde, C. B./ Mitchell, C.D./ Grier, H. E. (1992): Barbiturates in the care of the terminally ill. N Engl J Med 327, S. 1678-1681
 5. Quill, T.E./ Meier, D.E./ Block, S. D./ Billings, J. A. (1998): The debate over physician-assisted suicide: empirical data and convergent views. Ann Intern Med 128, S. 552-558
 6. Thiel, A./ Schmidt, H./ Prange, H./ Nau, R. (1997): Die Behandlung von Patienten mit Thrombosen der Arteria basilaris (Locked-In-Syndrom). Nervenarzt 68, S. 653-658
- ...

7. Csef, H. (1998): Aktive Euthanasie oder bessere Palliativtherapie? Schmerz 12, S. 1-7
8. Spaemann, R. (1991): Die Herausforderung des ärztlichen Ethos durch die medizinische Wissenschaft. Med Klin 86, S. 595-600
9. Dörner, K. (1996): Hält der BGH die „Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ wieder für diskutabel? Z Rechtspol 3, S. 93-96
10. Leichtentritt, R. D./ Rettig, K. D./ Miles, S. H. (1999): Holocaust survivors' perspectives on the euthanasia debate. Soc Sci Med 48, S. 185-196
11. Klein, M. (1997): Perception of pain in the persistent vegetative state. Eur J Pain 1, S. 165-168
12. Katechismus der katholischen Kirche (1993) Vers 2266. Oldenbourg, Leipzig
13. a.a.O, Vers 2277
14. Sullivan, A. D./ Hedberg, K./ Fleming, D. (2000): Legalized physician-assisted suicide in Oregon - the second year. N Engl J Med 342, S. 598-604
15. Steinbrook, R. (2002) Physician-assisted suicide in Oregon - an uncertain future. N Engl J Med 346, S. 460-464
16. Hoerster, N. (1998): Sterbehilfe im säkularen Staat. Suhrkamp, Frankfurt
17. Fuchs, T. (1997) Was heißt „töten“? Die Sinnstruktur ärztlichen Handelns bei passiver und aktiver Euthanasie. Ethik Med 9, S. 78-90
18. Wall, P. D. (1997): The generation of yet another myth on the use of narcotics. Pain 73, S 121-122
19. Greene, W. R./ Davis, W. H. (1991): Titrated intravenous barbiturates in the control of symptoms in patients with terminal cancer. South Med J 84, S. 332-337
20. Koch, H. G. (1998): Inwieweit ist „aktive“ Sterbehilfe strafwürdig? In: Illhardt, F.J./ Heiss, H. W./ Dornberg, M. (Hrsg) Sterbehilfe – Handeln oder Unterlassen. Schattauer, Stuttgart New York, S. 137-151
21. Pauser, P. (2001): Rechtliche Überlegungen zur Sterbehilfe. Wien Klein. Wochenschr. 113, S. 704-712
22. Bundesgerichtshof (1996) 3 STR 79/96 (LG Kiel)
23. Eser, A. (1985): Sterbehilfe und Euthanasie in rechtlicher Sicht. In: Eid V (Hrsg) Euthanasie oder soll man auf Verlangen töten? Mathias Grünewald, Mainz, S. 45-47
24. Aquin, Th. v. (1985): Summe der Theologie, Bd III. Kröner, Stuttgart, S. 309-310
25. Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith (1980) Declaration on euthanasia. Vatican Press, Vatican City
26. New Catholic Encyclopedia, vol 4 (1967) McGraw Hill, New York. pp 1020-1022
27. Sulmasy, D. P./ Pellegrino, E. D. (1999): The rule of double effect. Clearing up the double talk. Arch Intern Med 159, pp 545-550
28. Pauser, P. (2001): Ethische Überlegungen zur Sterbehilfe. Wien Klin Wochenschr 113, S. 622-632
29. van der Maas, P.J./ van der Wal, G./ Haverkate, I./ de Graaf, C.L./ Kester, J. G./ Onwuteaka-Philipsen, B. D./ van der Heide, A./ Bosma, J. M./ Willems, D. L. (1996): Euthanasia, physician assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands 1990-1995. N Engl J Me 335, pp 1699-1705
30. Kuhse, H. (1998): From intention to consent. In: Battin MF Rhodes R, Sivers A (eds) Physician assisted suicide Routledge, New York London, pp 252-266
31. Illhardt, F. J./ Zenz, M. (2001): Ethik in der Schmerztherapie In: Zenz M, Jurna I (Hrsg) Lehrbuch der Schmerztherapie Wiss. Verlagsgesellschaft, Stuttgart, S. 209-220
32. Loewy, E. H. (1996): Textbook of healthcare ethics. Plenum Press, New York, p 191

Korrespondenz: Dr. Martin Klein, Hermann Hesse Weg 2 D-97276 Margetshöchheim, Deutschland, E-Mail: Dr.MartinKlein@t-online.de